HAL open science

Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées : enjeux territoriaux en France métropolitaine, Thèse pour l'obtention du doctorat en géographie

Mélina Ramos-Gorand

▶ **To cite this version:**

Mélina Ramos-Gorand. Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées : enjeux territoriaux en France métropolitaine, Thèse pour l'obtention du doctorat en géographie. Géographie. Université Paris Est Créteil, 2015. Français. NNT : . tel-01289666

HAL Id: tel-01289666

https://theses.hal.science/tel-01289666

Submitted on 17 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

École Doctorale « Ville, Transport et Territoires »

Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées : enjeux territoriaux en France métropolitaine

Thèse pour l'obtention du doctorat en GÉOGRAPHIE

Présentée par Mélina RAMOS-GORAND
Sous la direction de Jeanne-Marie AMAT-ROZE

Soutenue publiquement le 20 octobre 2015, à Créteil, devant un jury composé de :

Mme Jeanne-Marie AMAT-ROZE, Professeur des universités émérite, Paris Est Créteil, Lab'Urba, géographe, *Directeur de thèse*

Mme Béatrice GIBLIN, Professeur des universités émérite, Paris VIII - Vincennes Saint-Denis, Institut français de géopolitique, géographe, *Rapporteur*

Mme Agnès GRAMAIN, Professeur des universités, Paris I - Panthéon-Sorbonne, Centre d'économie de la Sorbonne, sciences économiques, *Rapporteur*

M. Jean-Claude DRIANT, Professeur des universités, Paris Est Créteil, Lab'Urba, urbaniste-géographe, *Examinateur*

M. Franck VON LENNEP, Directeur de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, *Examinateur*

M. Jean-Pierre SABLÉ-TEYCHENÉ, Chef de service Autonomie, Conseil départemental de l'Ariège, *Examinateur*

Cette recherche est financée par la Drees - MiRe

À Manue,

À Milo,

À ceux qui, comme eux, n'ont pas la chance de mourir vieux

Un seul mot, usé, mais qui brille comme une vieille pièce de monnaie : merci !
Pablo Neruda

Je souhaite dès à présent témoigner ma gratitude à tous ceux qui, de près ou de loin, d'une manière ou d'une autre, ont permis l'élaboration et l'aboutissement de ce projet de recherche. Le travail accompli doit beaucoup à de nombreux échanges, rencontres et discussions.

Au terme de cette recherche, je tiens à témoigner ma profonde reconnaissance d'abord à Jeanne-Marie Amat-Roze, ma directrice de thèse, qui m'a vu évoluer pendant sept ans, de la fin de ma licence à l'achèvement de mon doctorat. Merci pour votre soutien constant, votre disponibilité et votre philosophie d'encadrement : vos conseils ont été stimulants sans être directifs, vos indications pertinentes sans être jamais envahissantes. Exigence et bienveillance ont ainsi marqué cette recherche.

Je remercie l'ensemble des membres de mon jury, Béatrice Giblin et Agnès Gramain, rapporteurs, Jean-Claude Driant, Franck Von Lennep et Jean-Pierre Sablé-Teychené, examinateurs, d'avoir accepté de lire ce travail, d'en juger la qualité et de m'avoir permis de le discuter avec eux.

Ma gratitude va ensuite à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, en tant que financeur de cette étude.

Elle va, au-delà, aux hommes et aux femmes qui incarnent cette institution, qui ont soutenu et accompagné de manière continue et intense ces travaux de recherche et dont j'ai partagé le quotidien pendant cinq ans et demi. Rémy Marquier a fait le pari de me recruter en stage de master, et a depuis accompagné et marqué immanquablement mon parcours. Joëlle Chazal, Isabelle Leroux, Yara Makdessi, Delphine Roy, Valérie Ulrich et Mélanie Vanderschelden, des bureaux des Collectivités locales, Handicap-Dépendance et de la Mission Recherche, Ronan Mahieu puis Magda Tomasini, responsables de la sous-direction de l'observation de la solidarité, ont accepté de suivre ces travaux et les ont enrichis par leurs conseils avisés et suggestions habiles, je les en remercie. Sabrina Volant, Mélanie Bérardier, Amélie Carrère, Monique Carrière, Clémentine Collin, Arnaud Fizzala, Tahiry Marcel, Jean-Luc Outin, Jacqueline Perrin-Haynes et Françoise Trespeux, spécialisés sur l'accompagnement des personnes âgées dépendantes ou sur les modèles d'accessibilité géographique, ont contribué, par nos longs échanges instructifs, à ce travail. Elisabeth Golberg a accepté de relire intégralement cette thèse de son œil attentif et a grandement facilité sa mise en page, merci. Je tiens plus largement à remercier l'ensemble des membres des deux bureaux, avec qui j'ai échangé et déjeuner pendant ces années. Un merci particulier à Élise Amar, Françoise Borderies et Sandra Nahon, ainsi qu'à ma super colocataire Ida Falinower.

Quatre Conseils départementaux m'ont accordé leur confiance, et ont enrichi cette thèse par leur vision de terrain. En Ariège, je remercie Jean-Pierre Sablé pour son optimisme indéfectible, Aline Eychenne, Christine Séverin et Pierre-Alexandre Debono. En Loire-Atlantique, je voudrai témoigner ma gratitude à Joël Guist'hau, Camille Sourice et Marie-Ève Mosset. Dans le Nord, je remercie d'abord Camille Leconte, pour sa disponibilité et sa gentillesse, Arnaud Lopez, Cédric Hardy et Christine Blondel. Pour finir, en Val-de-Marne, je souhaite remercier pour leur implication dans la recherche Sylvie Lemasle, Nadia Laporte-Phoeun, Mélanie Bourjal, Martine Conin, Claudie Bertrand-Laroche. Parce qu'ils m'ont apporté leur soutien dans la construction des entretiens, je remercie Annie Loubet (Ariège), Julien Le Pluart (Loire-Atlantique), Grégory Delahaye, Myriam Hémard, Laurence Humilière et Béatrice Trempont (Nord), et Myriam Helbert, Irène Shakouri et Fatiha Zemouki (Val-de-Marne).

Parce qu'ils ont accordé de leur temps pour témoigner de leur ressenti d'acteurs de terrain et partager leurs analyses, je remercie l'ensemble des professionnels qui ont participé aux entretiens.

En Ariège, Mesdames Antras, Audabram, Bonnet, Bouquier, Breton, Capozza, Causse, Costes, Coupeau, Escalf, Gabarre-Delort, Gombaud, Goujon, Grauby, Labadie, Lebreton, Lecuyer, Marmey, Moskal, Pitorre, Prat, Pujol-Hoyau, Rauzy, Reforgiato, Rodriguez, Roques, Rouan, Rumeau, Soum, Vavassori et Vicq ; Messieurs Debraye, Ferrand, Galtier, Lapoufade, Laussel, Lopez, Moutard et Pouech.

En Loire-Atlantique, Mesdames Arrial-Francillon, Belliot, Dupas, Forcheaud, Foucher, Foucher-Briand, Jan, Lemeur, Levier, Loko, Merlet, Plessis, Solari et Turbe ; Messieurs Durand, Gilet et Le Pluart.

Dans le Nord, Mesdames Baert, Berne, Bils, Blaze, Botiuk, Bouillez, Boukrouna, Dartois, Decock, Dedeire, Delatre, Delhalle, Denys, Dermy, Deroo, Dubois, Dugrain, Dumas, Dureuil, Duterte, Duwelz, Ekobo, Fenin, Fourmestraux, Fromager, Gledic, Hémard, Humilière, Kiebbe, Knechciak, Lambert, Lemorvan, Lepers, Mouquet, Penez, Pouleur, Rodrigue, Schwartz, Siab et Trempont ; Messieurs Baton, Darras, Dusautoir, Giafferi, Lebon, Lefebvre, Leroux, Mascaut, Masson, Oumziz, Pareja, Rousseaux, et Van Laethem.

En Val-de-Marne, Mesdames Akbaraly, Arnaudin, Aubert, Baillon, Bazille, Beldjilali, Berry, Borel, Bouffaut, Bouillet, Bourges, Bouteiller, Cadieu, Carre, Centesimo, Chabalier, Ciolfi, Coquet, Corre, Cottin, Danilo, David, Deloume, François, Froget-Mainfray, Gérinte, Gillet, Girard, Gonord, Gorand, Grevoul, Guillemot, Jacquot, Khlifi, Labi, Lagarrigue, Le Bonniec, Magnier, Ohana, Oun, Pelletier, Person, Petitjean, Piaget, Prost, Razendra, Ropert-Charles, Roulleau, Royer, Sgambato, Thibault, Verrouil, Zissler ; Messieurs Albert, Brillant, Da Silva, Fleury, Paynot, Périès, Richou, Sève, Taballon.

Et, puisque sans eux aucune des analyses quantitatives développées ci-après ne serait possible, je tiens à témoigner ma gratitude à tous les gestionnaires d'établissements et statisticiens départementaux, qui passent de leur temps à remplir consciencieusement les enquêtes, et en font pour nous un matériau si riche.

Parce que d'autres sujets et d'autres approches sont enrichissants, je voudrai remercier deux doctorantes et amies : Cécile Martin, avec qui j'ai longtemps échangé sur les causes du turn-over du personnel en EHPAD ou les stratégies d'implantation des EHPAD privés à but lucratif, et Noémie Rapegno, pour tous les échanges que nous avons eu sur les logiques croisées handicap et dépendance.

Merci pour leurs encouragements à Céline B., Céline L., Gulay et Nathalie, et à la bande des Gibbons.

Parce qu'ils ont influencé mon parcours, j'ai une pensée pour quelques-uns de mes professeurs : Anne Elkaim, Catherine Bloquet-Favier, François Louveaux, Olivier Coquart et Bernard Phan.

Enfin, merci à toute ma famille et belle-famille, mes grands-parents, ma mère et mon père, mes sœur, frère et associés, pour leur soutien et leur confiance dans la réalisation de ce projet. Merci à Conception, Joseph, Farida et Gérard. Merci à Alain pour son antidote et ses conseils. Merci à Ginette et Michel pour leurs relectures minutieuses et nombreuses de mon travail. Merci pour leur joie de vivre à Coralie, Jérôme, Malou, Soane, Sacha et Odélia. Merci à Sylvie pour son soutien toutes ces années, et pour son œil attentif de professionnelle de terrain. Pour finir, je remercie du fond du cœur Mehedi, pour son appui au quotidien et talent à mettre chaque jour de l'extra dans l'ordinaire.

Conseils de lecture

Au début de chaque chapitre composant le manuscrit, les enjeux sont résumés sur une page et un sommaire est présenté.

Les annexes contiennent une table des sigles. Les acronymes et abréviations utilisés sont également précisés au fur et à mesure de leur emploi.

Cette thèse contient de nombreuses illustrations. Nous avons distingué les cartes, figures, graphiques et tableaux. Une table des illustrations est présente en fin d'ouvrage.

Les extraits d'entretiens sont présentés sous deux formes. Afin qu'ils soient identifiables, ces extraits sont détachés du texte, avec une plus importante marge à gauche. Des citations en italique ou des extraits de synthèses, réalisées à l'issue de ceux-ci, sont présentés dans le texte.

Nous avons choisi d'indiquer une bibliographie générale, non thématique, à la fin de la thèse. Le nom des auteurs et l'année de publication sont cités dans le texte entre parenthèses. Si les auteurs sont plus de trois, seul le premier est cité, suivi de la mention « *et al.* » dès le premier appel de référence. S'il y a plusieurs références des mêmes auteurs publiés la même année, les lettres a, b, c etc. sont ajoutées après l'année de publication.

En espérant que ces indications puissent rendre la lecture moins fastidieuse.

Sommaire

Introduction générale p13

Prologue méthodologique p29

Partie 1 : dépendance et acteurs de l'accompagnement, quelles offres professionnelles pour quels besoins ? p73

Chapitre 1, du vieillissement à la dépendance : définitions et évaluations p75

Chapitre 2, les professionnels et les financeurs : un accompagnement global et gradué de la dépendance sur les territoires p133

Chapitre 3, la coordination des professionnels pour mieux accompagner les personnes : gage d'efficience p167

Partie 2 : la géographie pour évaluer l'équité territoriale p223

Chapitre 4, une offre modelée par une longue histoire : proximité, accessibilité et accès, l'exemple des EHPAD p225

Chapitre 5, l'activité des professionnels de l'accompagnement à l'échelle départementale : nombre d'heures et dépense publique relative à l'aide humaine apportée p273

Chapitre 6, enjeux économiques, politiques et sociaux des substitutions entre professionnels et financeurs p319

Partie 3 : quelle place au choix des personnes dans les recours à l'offre ? p363

Chapitre 7, le non-recours à l'APA-D : défaillance des pouvoirs publics ou expression du choix de la personne ? p365

Chapitre 8, migrations à l'entrée en institution, révélatrices d'une contrainte de l'offre ou manifestation du choix des personnes âgées ? p417

Conclusion générale : de l'intérêt d'une analyse géographique de l'accompagnement professionnel de la dépendance p459

Bibliographie p473

Table des illustrations p493

Table des matières p501

Annexes p515

« *L'espace de notre vie n'est ni continu, ni infini, ni homogène, ni isotrope. Mais sait-on précisément où il se brise, où il se courbe, où il se déconnecte et où il se rassemble ? On sent confusément des fissures, des hiatus, des points de friction, on a parfois la vague impression que ça coince quelque part, ou que ça éclate, ou que ça se cogne. Nous cherchons rarement à en savoir davantage et le plus souvent, nous passons d'un endroit à l'autre, d'un espace à l'autre sans songer à mesurer, à prendre en charge, à prendre en compte ces laps d'espace. Le problème n'est pas d'inventer l'espace, encore moins de le ré-inventer (trop de gens bien intentionnés sont là aujourd'hui pour penser notre environnement…), mais de l'interroger, ou, plus simplement encore, de le lire ; car ce que nous appelons quotidienneté n'est pas évidence, mais opacité : une forme de cécité, une manière d'anesthésie.* »

Georges Perec, Espèces d'espaces, Prière d'insérer

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1. UNE « RECHERCHE-ACTION » DE CINQ ANS, SOUTENUE PAR LA DREES ET QUATRE CONSEILS DÉPARTEMENTAUX **19**

1.1. Les appuis humains, techniques et financiers de la Drees **19**

1.2. Le soutien de quatre Conseils départementaux **20**

2. À LA BASE DE NOTRE CONSTRUCTION INTELLECTUELLE, LA DÉCLARATION UNIVERSELLE DES DROITS DE L'HOMME ET LES PRINCIPES RÉPUBLICAINS **21**

2.1. La dignité, principe majeur de la Déclaration universelle des droits de l'homme **21**

2.2. Équité, liberté, solidarité : la loi 2002-2 transpose les principes républicains au champ médico-social **22**

3. UN SUJET D'INTÉRÊT GÉNÉRAL ET UN ENJEU DE POLITIQUES PUBLIQUES : LE POSITIONNEMENT DE CETTE RECHERCHE **25**

3.1. Problématique : questionner l'application dans l'action médico-sociale des principes républicains **25**

3.2. Hypothèses de recherche **25**

3.3. Une approche globale, permise par un positionnement disciplinaire en géographie original et fort de sens **26**

3.4. Plan du mémoire **27**

« *Autrefois, la longévité avait été le privilège d'une minorité.*
Au XXe siècle, ce privilège était devenu le destin de la majorité ».
(Assemblée mondiale sur le vieillissement, Nations Unies, 1982)

Le vieillissement de la population est une évolution majeure des sociétés humaines contemporaines, à tel point qu'il semble aujourd'hui ordinaire et évident. Le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus devrait doubler à l'horizon 2050, ce qui conduit la mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population à écrire que « *la question consiste tout simplement à savoir si cette chance que représente l'allongement de la durée de la vie en bonne santé va se transformer en catastrophe potentielle, ou en autant d'opportunités positives* » (Broussy, 2013).

Et les enjeux sont nombreux. D'abord, le maintien ou non du système par répartition de protection sociale. Fondé au lendemain de la Seconde Guerre mondiale et établi par le Conseil national de la résistance, le financement de ses branches Retraite et Maladie[1] interroge en particulier. Ensuite, la garantie du « vivre-ensemble », sans tensions ou clivages entre les générations. Surtout, la capacité de la société à accompagner la dépendance, au cœur de débats sociétaux depuis des années : c'est l'objet de cette recherche, portant sur un sujet d'intérêt général.

Souvent associée et parfois assimilée au vieillissement des personnes, la dépendance au grand âge est entendue comme le développement d'incapacités et d'états polypathologiques qui vont croissants, et contraignent à l'intervention d'un tiers pour effectuer les actes ordinaires de la vie. Légalement, est dépendante une personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière (JORF, 1997). Comment la société accompagne-t-elle cette population fragile ? Certes l'accroissement de la part de personnes âgées dans la population globale ne signifie pas une augmentation proportionnelle de la dépendance et des coûts y afférents (Coquillon, 2007) mais l'impuissance de l'offre à croître autant que les besoins, et la difficulté pour les financeurs de suivre l'évolution des coûts en font un sujet clé des politiques de solidarité.

Entre les acteurs locaux, les questionnements sont explicites, comme en témoigne l'échange lors de l'un de nos entretiens entre le Directeur général adjoint des services d'une commune et le coordinateur du Centre local d'information et de coordination (CLIC) couvrant celle-ci.

A : *« Ça pose la question de la prise en charge de la dépendance*
B : *Et sans limite d'âge*
A : *Que ce soit le handicap, le vieillissement : est-ce qu'on pourrait faire appel à une solidarité familiale, ou est-ce qu'on doit faire appel à une solidarité plus sociale ou plus sociétale*
B : *Ou les deux, et comment on les mixte ?*
A : *Ou les deux, et la question, c'est toujours qui paie et qui prend le temps de*
B : *Oui, les deux, vraiment* ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Limeil-Brévannes, Val-de-Marne, mai 2014

Ces deux questions du financement d'une part, et de la nature de l'accompagnement d'autre part, sont un débat de fond qui traverse les acteurs politiques aux niveaux national et local, les professionnels, les usagers potentiels et donc la société toute entière.

[1] La distinction de branches au sein de la Sécurité sociale n'est effective que depuis l'ordonnance 67-707 du 21 août 1967, relative à l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale (JORF, 1967). Seule la branche famille était distinguée précédemment.

Le besoin d'aide, pour une personne dépendante, peut consister en un appareillage ou des aménagements lui permettant une meilleure autonomie mais surtout en une présence humaine qui apporte un soutien pour les actes de la vie quotidienne. Celle-ci est apportée par des professionnels et par des membres de l'entourage, conjoint, enfants, essentiellement des femmes, qui jouent donc un rôle crucial (Soullier et Weber, 2011, Commissariat général du plan, 2005). La recherche se focalise sur l'accompagnement professionnel de la dépendance. Les aidants apparaissent en filigrane dans plusieurs chapitres, mais ces acteurs s'inscrivent dans un cadre et dans des logiques différentes de l'offre professionnelle. La mesure de leur activité est de surcroit très problématique et les enjeux de leur étude différents. Surtout, par l'autorisation d'ouverture de structures et services, par la formation des professionnels, par la solvabilisation de l'aide, les pouvoirs publics disposent sur le champ de l'accompagnement par des professionnels de marges de manœuvre plus importantes.

Le financement de la dépendance nécessite l'arbitrage entre les solidarités collectives, financées par l'impôt ou les cotisations, quelles que soient leurs formes d'une part (État, Collectivités territoriales, Sécurité sociale…), et les solidarités privées d'autre part (famille ou assurances). Certes, la journée de solidarité, effective depuis 2005, finance l'action de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), et donc une partie de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et des coûts des établissements. Elle ne permettra cependant pas de répondre à l'ensemble des dépenses, cette question reste donc entière.

Ni la question des financements, ni celle de l'accompagnement ne sont arrêtées : étudier ce sujet implique d'accepter son caractère mouvant et de continuelle transformation, notamment depuis les années 2000. D'abord, sous le gouvernement de Lionel Jospin, la Loi du 2 janvier 2002 rénove l'action sociale et médico-sociale, la définissant dans un cadre interministériel, comme tendant à « *promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets* ». La place de la personne au cœur de l'accompagnement y est affirmée.

Après le plan *Vieillesse-Solidarité* présenté en 2003 par Jean-Pierre Raffarin, le plan *Solidarité Grand Âge*, socle de la politique publique menée jusqu'en 2012 en faveur des personnes âgées, est annoncé en 2006 par Dominique de Villepin. Face au défi particulier de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées, le *Plan Alzheimer* 2008-2012, doté de moyens spécifiques, s'inscrit également dans ces réponses politiques. Début 2011, des groupes de travail sont mis en place, sans cependant donner lieu à une proposition de loi, malgré la volonté affichée de Nicolas Sarkozy de légiférer avant la fin de son mandat (Charpin, 2011 ; Ratte, 2011 ; Fragonard, 2011 ; Morel, 2011). Après l'élection de François Hollande en 2012, des groupes de travail sont réunis, trois rapports publics sont rendus début 2013 (Broussy, 2013 ; Aquino, 2013 ; Pinville, 2013). Un projet de loi sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population est rédigé et devrait être applicable dès 2016 dans son volet afférent au domicile, le volet relatif à l'accompagnement en établissements a quant à lui été reporté.

Le caractère mouvant de cet objet d'études n'est pas lié qu'aux récents travaux parlementaires. En quelques années, le fonctionnement des structures et services, et même la terminologie ont évolué : sur les données relatives à la fin 2007, les « EHPAD », désignant les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes n'avaient pas encore remplacé les « maisons de retraite ». Les conventions tripartites, entre l'établissement, le Conseil départemental et l'Assurance maladie se mettaient progressivement en place, alors que celles qui arrivent à leur terme actuellement mutent en Contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM). Les logements-foyers, ceux qui n'avaient pas été transformés en EHPAD dans les années 2000, ne bénéficiaient pas d'un crédit important (Union

nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (UNCCAS), 2012). L'évolution de ces logements-foyers en Résidences-autonomie dans les prochains mois, avec une importante mission de prévention, signe un renouveau qui était tout juste amorcé en 2010.

Au cours des quelques années de recherche, le cadre territorial a lui aussi été discuté : la suppression des départements a questionné plusieurs mois la scène politique, les limites cantonales et régionales ont été redessinées.

Ces rapports, débats et évolutions au cours des cinq années de la recherche ont demandé un important travail de veille et au-delà, ont incliné nos problématiques, d'où l'importance de présenter la progression dans le temps de notre travail.

1. Une « recherche-action » de cinq ans, soutenue par la Drees et quatre Conseils départementaux

1.1. Les appuis humains, techniques et financiers de la Drees

Le caractère évolutif des débats sur l'accompagnement de la dépendance des personnes âgées et la responsabilité des pouvoirs publics sur ce thème expliquent l'intérêt de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), direction du ministère des Affaires sociales, de la Santé et du Droit des femmes pour ce sujet, depuis déjà plusieurs années. En atteste le financement de recherches dès les années 1980 par le SESI, Service statistique des études et des systèmes d'information, précurseur de la direction. La recherche co-conduite par Martine Bungener et Marie-Ève Joël sur le financement de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées à la fin des années 1980 (Bungener et Joël, 1990), les recherches sur les services urbains et les personnes âgées conduites entre 1989 et 1991 par une quinzaine de chercheurs, celle sur les décisions de recours au système de soins dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes (Florens, 1998) se sont par exemple inscrites dans ce contexte.

La Drees est un service statistique public. À ce titre, sa mission est de fournir aux décideurs publics, aux citoyens, et aux responsables économiques et sociaux des informations et des analyses sur les politiques sanitaires et sociales et les populations qu'elles atteignent. La mission d'animation de la recherche finance et accompagne des projets de recherche au sein de la direction sur ces problématiques, visant à accroître les connaissances. Accompagner les réflexions sociétales est le bel enjeu de cette direction, au sein de laquelle j'ai évolué pendant cinq ans.

Cette collaboration débute 18 mois avant le début de cette thèse. Le 19 avril 2010, je commence un stage de cinq mois, dans le cadre de mon master 1 de *géomarketing et stratégies territoriales des entreprises et institutions publiques* de l'Université Paris-Est Créteil, avec pour objectif l'étude des migrations interdépartementales de personnes âgées lors de leur entrée en maison de retraite. Ce premier questionnement, alors en lien avec un discours croissant sur l'impossibilité de rejoindre une maison de retraite à proximité de son lieu de vie, est au cœur du dernier chapitre de ce mémoire de doctorat : la boucle est bouclée. L'assurance pour la Drees, grâce à ces premiers mois d'études, de développements prometteurs sur ce sujet appuyés sur une approche géographique innovante, et l'ouverture opportune de la deuxième année du master en alternance m'ont permis, à la mi-septembre 2010, de débuter une nouvelle année à la Drees, au sein du bureau qui se consacrait alors à l'étude des Établissements et services médico-sociaux, aux prestations et professions sociales (ESPAS). Au-delà de la poursuite des deux études débutées en stage, relatives à la répartition géographique des Établissements d'hébergements pour personnes âgées et aux migrations lors de l'entrée en

établissement, la rédaction d'un projet de thèse concerté avec la Drees et l'Université Paris-Est Créteil figure alors dans les objectifs de l'année.

Fin 2011, la Drees décide de financer l'étude, via une convention de recherche. Le sujet et l'approche géographique proposés se sont donc révélés pertinents pour cette direction.

Ce projet s'inscrit dans une série de recherches menées en partenariat entre la Drees et des chercheurs :

- la prise en charge des personnes âgées dépendantes, les logiques économiques sous-jacentes des politiques départementales (Catherine Duchêne) ;
- capacité d'accueil, efficacité et qualité des soins, réflexions sur l'organisation de l'offre de soins de long terme en France (Cécile Martin, 2013) ;
- la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, les dimensions territoriales de l'action publique (sous la direction d'Agnès Gramain et de Florence Weber, 2012) ;
- disparités et déterminants des dépenses sociales des départements (Gilbert *et al.*, 2010) ;
- modes de gestion des offreurs et déterminants de l'offre dans le secteur des établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (Romain Sibille, 2015).

D'autres recherches, également financées par la Drees, se focalisent entre 2008 et 2011 sur la qualité de l'aide à domicile.

- Qualité de mise en œuvre de l'APA à domicile : positionnements de gestionnaires, professionnels et bénéficiaires pour une approche croisée de la qualité (Jean Mantovani *et al.*, 2011).
- Non recours et non adhésion : la disjonction des notions de « qualité de vie » et « qualité de l'aide à domicile » (sous la direction de Catherine Gucher, 2011).

Indépendamment du financement, la collaboration avec la Drees lors de la thèse a permis de poursuivre l'analyse de données et d'en mobiliser de nouvelles, dont la direction est propriétaire ou auxquelles elle a accès. Ces données nombreuses et de qualité sont afférentes aux prestations, établissements et services sociaux, médico-sociaux et sanitaires. Il s'agit d'exploitations dites « *secondaires* » des bases de données, que la direction favorise : les sources sont riches et les travaux en interne ne permettent pas de les exploiter dans toutes leurs dimensions. Une dizaine de sources ont ainsi été utilisées de manière novatrice.

Surtout, la collaboration avec la Drees, et mon installation dans ses locaux a favorisé les échanges et synergies entre cette recherche et les travaux menés en interne sur la dépendance. Mon rattachement au bureau des Collectivités locales et au bureau Handicap Dépendance, ainsi que le financement de la thèse par la Mission Recherche se sont traduits par un suivi des travaux par les responsables de ces trois bureaux. Ces échanges et réflexions communes aboutissent à des conclusions partagées, et garantissent que cette étude soit utile à la direction. La publication grand public sur la proximité, l'accessibilité et l'accès aux EHPAD, co-rédigée avec Sabrina Volant, chargée d'enquête et d'études dans le bureau Handicap Dépendance, témoigne du caractère fructueux de ces échanges.

1.2. Le soutien de quatre Conseils départementaux

Les Conseils départementaux sont chefs de file de l'action sociale, et donc de celle en direction des personnes âgées : ils sont une institution incontournable sur notre sujet. Leur action est double. D'abord leur incombe la gestion des prestations, et notamment l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), mais aussi la Prestation de compensation du handicap (PCH) ou le Revenu de solidarité

active (RSA). Cette politique étant décentralisée, chacun d'eux développe sa politique d'accompagnement de la dépendance, en partie spécifique. Celle-ci est inscrite dans des schémas départementaux.

Programmé dans le projet de recherche, le partenariat avec quatre Conseils départementaux a été initié dès fin 2011 : l'Ariège, la Loire-Atlantique, le Nord et le Val-de-Marne participent à cette étude.

Afin d'assurer la réussite de la collaboration, la convention de prêt de données a fait l'objet, dans les quatre départements, d'une validation par la commission permanente, instance de délibération du Conseil départemental – donc par les élus. La coopération avec quatre Conseils départementaux avait deux objectifs : disposer de données localisées sur l'accompagnement à domicile et construire une étude qualitative pour enrichir l'étude quantitative.

Ensuite, les Conseils départementaux disposent des données relatives aux bénéficiaires de l'APA à domicile nettement plus complètes qu'au niveau national, l'adresse des personnes étant connue. La mobilisation de ces données en 2012 et 2013 a permis une étude locale fine de l'accompagnement à domicile des personnes âgées bénéficiaires. L'association avec les Conseils départementaux permettait ensuite de bénéficier de leurs réseaux, condition essentielle de la rencontre d'environ deux cents professionnels de terrain. La richesse et l'intérêt de cette étude qualitative locale ont d'ailleurs conduit la Drees à financer une quatrième année de thèse, visant à approfondir ces dimensions. Surtout, la collaboration avec des Conseils départementaux permet d'observer et de comprendre leur fonctionnement, leur politique, leurs enjeux. Les nombreux échanges et fréquentes rencontres avec les équipes locales ont profondément enrichi notre connaissance du sujet et éclairé nos réflexions.

2. À la base de notre construction intellectuelle, la Déclaration universelle des droits de l'homme et les principes Républicains

« *Sans principes communs, ce n'est pas la peine de discuter* »
Confucius

2.1. La dignité, principe majeur de la Déclaration universelle des droits de l'homme

Avant d'expliciter notre problématique et nos hypothèses de recherche, nous explicitons ici nos axiomes, c'est-à-dire ce que nous ne discutons pas mais admettons comme base de notre construction intellectuelle sans discussion.

L'importance des acteurs publics, État et Conseils départementaux, dans la réalisation de cette recherche et l'exigence des citoyens envers les pouvoirs publics sur cette thématique, impliquent que l'accompagnement de la dépendance proposé sur le territoire français réponde à plusieurs principes. D'abord, le respect des droits de l'Homme, tels que reconnus dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH) du 10 décembre 1948. Tous les articles de la DUDH ne se rapportent pas à notre sujet avec la même acuité, deux d'entre eux, décisifs sont repris pour mémoire ci-après :

> *« Article 1 : Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité.*
>
> *Article 3 : Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne ».*

Déjà, le préambule de la Constitution de 1946 soulignait son opposition aux régimes qui asservissent et dégradent la personne humaine. Cela « *renvoie au sens même du principe de dignité qui implique que la personne humaine ne soit pas traitée comme un objet (« dégradée »), à une fin qui lui est étrangère (« asservie »)* » (Mathieu, 2009).

Le principe de dignité fait l'objet du troisième article de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale (JORF, 2002a), qui débute ainsi : « *l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux* » (L116-2). Ce principe qui avait « *reçu une reconnaissance en droit interne par le juge constitutionnel (décision n°94-343-344 DC du 27 juillet 1994), reçoit là une consécration législative ; il tend à devenir un principe matriciel sur lequel repose l'ensemble des droits de l'Homme* » (Dalloz, 2015). Ce principe de dignité, au cœur de la loi de 2002, a fait l'objet d'échanges repris ci-après entre deux médecins, par ailleurs élus locaux, sur le territoire de l'Avesnois, dans le Nord.

> « *On associe à la personne âgée qui est dépendante, entre guillemets, et qui urine dans son pantalon, une certaine image d'indignité, comme si la personne était devenue indigne. Je pense que la dignité, c'est simplement le regard qu'on porte sur les personnes. Si on a un regard fraternel, ou un regard de compassion envers les personnes, la dignité, elle est maintenue* » D'autant que, « *la dignité ça renvoie directement, d'un point de vue étymologique, à la notion de valeur. Pas la valeur pécuniaire, la valeur humaine. Et d'un point de vue humaniste, une personne égale une personne. Avec le maximum de handicaps, ou le maximum d'âge, ou le minimum d'âge […] on est sur un socle républicain, c'est quand même important* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Maubeuge, Nord, juin 2014**

La participation des personnes dans la construction de leur accompagnement, le respect de leur positionnement et la citoyenneté des personnes âgées découlent de ce principe de dignité. Ils sont assurés par la loi 2002-2 qui replace la personne au centre des dispositifs et au cœur de son parcours. La section 2 de la loi porte explicitement sur les droits des usagers du secteur social et médico-social. Cette loi impose une démarche globale et oblige à prendre en compte la parole des personnes.

2.2. Équité, liberté, solidarité : la loi 2002-2 transpose les principes républicains au champ médico-social

La loi 2002-2 commande le respect des principes républicains, transposés au champ médico-social, pour guider l'action publique.

La liberté, l'égalité et la solidarité sont des choix de société, loin d'être évidents à travers le monde. L'Assemblée mondiale, réunie à Vienne par les Nations Unies en 1982, ancre le vieillissement dans les sujets majeurs de la gouvernance mondiale. Son rapport souligne que « *dans le cadre de ses traditions, structures et valeurs culturelles propres, chaque pays devrait réagir aux tendances démographiques comme aux transformations qui en résultent. Les personnes de tous âges devraient s'attacher à créer un équilibre entre les éléments traditions et innovation dans la recherche d'un développement harmonieux* » (Nations Unies, 1982).

2.2.1. De l'égalité à l'équité

C'est d'abord l'égalité qui est au centre de notre réflexion, ou plutôt l'équité, puisque la deuxième partie de l'article L116-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), ajouté par la même loi centrale de 2002, érige en principe : « *l'action sociale et médico-sociale est conduite […] en […] garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire* ».

Ce principe fait l'objet d'importants développements dans notre propos, c'est pourquoi l'origine de son inscription dans les textes législatifs est retracée. Le texte fait référence à l'équité territoriale, et non à l'égalité: « *on notera, dans le recours à la notion « d'équité » qui n'a pas été sans débats au Parlement, la concession faite à une certaine conception contemporaine de la justice sociale ; on aurait pu parler « d'égal accès » ; le terme aurait eu le mérite de renvoyer à la construction juridique plus familière, en droit français, de l'égalité. Le choix de « l'équité » a sans doute voulu marquer la volonté d'approcher le possible, dans un secteur où une stricte égalité de desserte du territoire en équipements et services est très largement utopique* » (Dalloz 2015).

Des extraits des débats à l'Assemblée nationale lors de la deuxième séance du 31 janvier 2001 appuient cette lecture de l'utilisation du terme d'équité. Patrice Carvalho, député de l'Oise, présente alors le sous-amendement n° 239, qui « *entend garantir aux personnes visées par la présente réforme une égalité d'accès sur l'ensemble du territoire. Il s'agit ici de tenir compte de l'existence de déséquilibres territoriaux dans la satisfaction des besoins des personnes handicapées ou susceptibles d'intégrer le champ d'application de l'action sociale et médico-sociale. La référence au concept d'égalité nous semble plus appropriée. En effet, en droit français, l'égalité constitue un meilleur critère pour apprécier et garantir les conditions d'accès de chacun. Ce sous-amendement entend donc faire prévaloir l'égalité d'accès sur le flou conceptuel de l'équité en cohérence avec le principe d'égale dignité mentionné dans les rédactions du rapporteur et du projet de loi* ». La commission des affaires culturelles, familiales et sociales, représentée par son rapporteur Francis Hammel, se porte défavorable à l'amendement, « *car la notion d'équité paraît suffisante* ». Le gouvernement, par la voix de sa Secrétaire d'État à la santé et aux handicapés partage alors l'avis du rapporteur. La notion d'équité avait préalablement fait débat au sein même de la commission, dans le cadre de laquelle le député Maxime Gremetz « *a proposé de substituer dans cet amendement la notion d' « accès égal » à celle d' « accès équitable ». M. Pascal Terrasse a souligné la pertinence de la notion d'accès équitable compte tenu de l'existence de déséquilibres territoriaux dans la satisfaction des besoins* […] *La commission a rejeté le sous-amendement de M. Maxime Gremetz* » (Hammel, 2001).

2.2.2. La liberté et le libre-choix

C'est ensuite la liberté ou le libre-choix qui est un principe récurrent des politiques d'accompagnement de la dépendance, qui guide notre réflexion : libre-choix du lieu de vie, libre-choix des intervenants professionnels et même, libre-choix de solliciter ou non des interventions. Citons par exemple le second rapport de la mission Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes, intitulé « *personnes âgées dépendantes, bâtir le scénario du libre-choix* » (Le Bouler, 2006). Le groupe répondait alors à la lettre de mission adressée au Commissaire du plan par Philippe Bas[2], faisant clairement apparaître que « *la volonté du gouvernement est de donner aux personnes âgées une liberté de choix qui exige un développement simultané et complémentaire des offres de services de maintien à domicile et des capacités d'hébergement en maison de retraite* ».

[2] Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, lettre du 24 août 2005.

La question philosophique de déterminer ce qui fait du choix un choix libre est complexe et n'est pas notre sujet. Nous avons décidé de retenir cette notion de choix, car elle nous semble ici suffisante. Le choix est alors défini comme une décision non contrainte par l'organisation ou la localisation de l'offre.

Au-delà de la liberté des citoyens âgés de choisir leur lieu de vie ou le type de structures auxquelles ils feront appel, c'est aussi la liberté de tous les citoyens, dans le cadre de la décentralisation de l'action sociale aux départements, d'influer sur les politiques publiques menées au niveau local qui est présentée dans ce travail de recherche.

2.2.3. De la fraternité à la solidarité

La fraternité est le principe Républicain le moins cité dans les rapports nationaux. Définie comme le « *lien qui existe entre les personnes appartenant à la même organisation, qui participent au même idéal* » (Larousse), elle est fréquemment remplacée par le terme de solidarité, qui renvoie à la « *dépendance mutuelle entre les êtres humains, existant à l'état naturel et due au besoin qu'ils ont les uns des autres* » (Centre National de ressources textuelles et lexicales). Ce concept est nettement plus utilisé sur notre champ, comme en témoigne les noms des directions des Conseils départementaux associés à l'étude, dites pour trois d'entre elles « direction des solidarités ».

La solidarité est d'une grande importance, puisqu'il est acquis pour les Français que la dépendance doit être prise en charge par les acteurs publics, et donc la société : une majorité d'entre nous considère que l'État, les collectivités territoriales, les Caisses de retraite ou l'Assurance maladie, devraient être les principaux acteurs de la prise en charge de ce public (Grobon, 2014), avant les enfants ou la famille des personnes. Selon une enquête annuelle de la Drees auprès de 3 000 personnes, c'est d'abord une attente des citoyens envers l'État, premier acteur cité tous les ans entre 2000 et 2013, par 40 à 50 % des personnes interrogées (Mourier et Kubiak, 2015). Étudier ce sujet implique donc de prendre acte de la forte attente envers les pouvoirs publics, qui s'explique par le passage progressif de l'accompagnement des personnes âgées de la sphère privée à la sphère publique, depuis le début du XXe siècle et la loi de 1905 relative à l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables. Il est donc de la responsabilité des institutions, et en particulier du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, de veiller à ce qu'un accompagnement global et adapté à chaque situation puisse être mis en place.

3. Un sujet d'intérêt général et un enjeu de politiques publiques : le positionnement de cette recherche

3.1. Problématique : questionner l'application dans l'action médico-sociale des principes républicains

La volonté profonde que les réflexions développées soient utiles aux acteurs publics et mobilisées comme outils d'aide à la décision implique que ces principes Républicains et leur traduction dans la réalité soient au cœur de la construction de ce travail. C'est pourquoi nous avons choisi la problématique suivante :

> **Comment l'action publique d'accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées peut-elle, en pratique, garantir à la fois une réponse adaptée aux besoins, équitable sur le territoire de France métropolitaine, en respectant la liberté de choix des citoyens ?**

Notre questionnement porte donc sur la manière dont les principes Républicains sont appliqués, suivis dans la réalité, et guident l'action des divers acteurs de l'accompagnement de la dépendance.

La formulation de notre problématique suppose ensuite une tension entre les principes républicains, notamment de liberté et d'équité : il semble a priori impossible de garantir complètement chacun d'entre eux. La problématique fixe pour finir le champ de l'étude, délimitée à l'accompagnement par des professionnels, rémunérés, sur lequel les pouvoirs publics, comme financeurs et gestionnaires de l'offre ont un impact, et circonscrite à la France métropolitaine.

3.2. Hypothèses de recherche

De cette problématique générale découlent quatre hypothèses de travail.

La première de ces hypothèses est que la répartition territoriale actuelle des offres professionnelles d'accompagnement de la dépendance des personnes âgées ne respecte pas le principe d'équité territoriale. Ainsi, il existerait des iniquités dans l'accessibilité géographique aux équipements et services, et une inégalité dans l'accès aux droits. Cette hypothèse vise à évaluer le respect du principe d'équité territoriale dans la réalité de l'offre proposée.

Les trois hypothèses suivantes questionnent la tension, voire la contradiction entre les principes d'équité et de liberté. Cette tension est déclinée à plusieurs niveaux : les institutions, les professionnels, et les personnes âgées elles-mêmes.

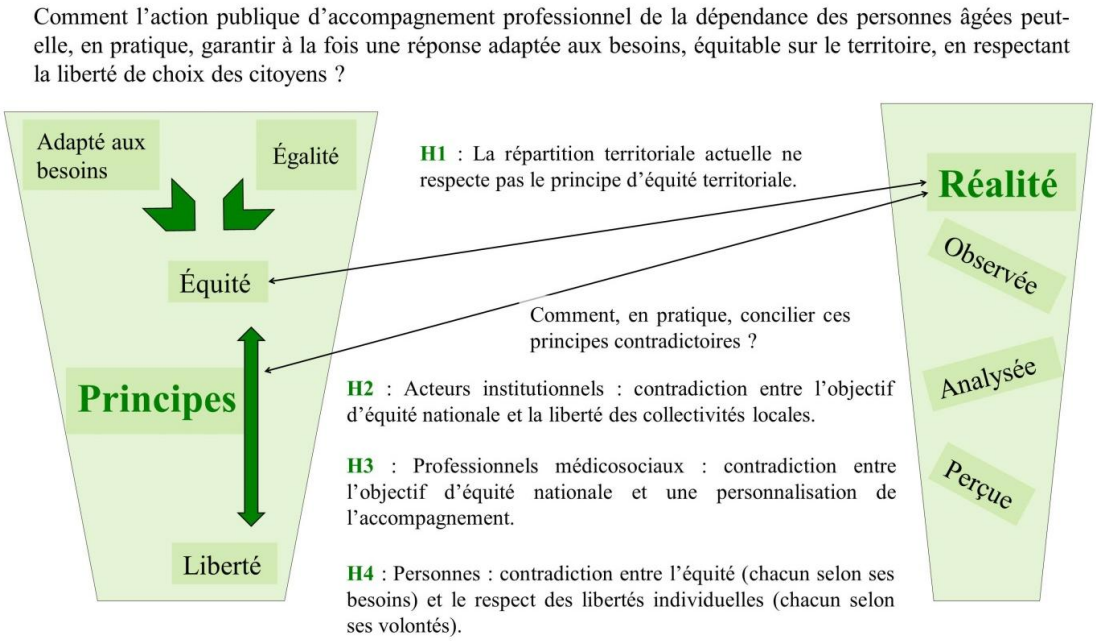
D'abord, c'est notre seconde hypothèse, au niveau des institutions. L'objectif d'équité nationale serait contradictoire avec la liberté dont disposent les collectivités territoriales, Conseils départementaux et communes, dans le diagnostic, la politique menée et l'application des politiques nationales. La décentralisation des politiques d'action sociale et la clause de compétence générale nous questionnent directement.

Ensuite, c'est notre troisième hypothèse, sur le plan des professionnels qui organisent l'accompagnement de la dépendance. D'abord, la prise en charge financière par les pouvoirs publics de l'accompagnement de la dépendance repose, pour les personnes âgées, sur une évaluation, souvent réalisée par les professionnels médico-sociaux afin de déterminer si la personne peut relever ou non de

l'APA. Nous posons comme hypothèse que cette évaluation est subjective, dépend du professionnel, ce qui crée des inégalités dans l'accès aux prestations de droit. Ensuite, la multiplicité des intervenants auprès des personnes dépendantes rend centrale la question de la coordination gérontologique. Là encore, la diversité des cadres et des professionnels, ainsi que les marges de manœuvre dont ils disposent, entrent en contradiction avec l'équité territoriale et l'égalité de droit.

Enfin, c'est notre dernière hypothèse, concernant les individus. Nous posons comme hypothèse que le respect du choix des individus implique d'adapter l'offre à leurs volontés, et peut donc être contradictoire avec une réponse équitable, qui vise à accorder l'aide en fonction des besoins. La problématique générale ainsi que les hypothèses sont reprises sur le schéma récapitulatif ci-après (Figure 1).

Figure 1 - Schéma des hypothèses



3.3. Une approche globale, permise par un positionnement disciplinaire en géographie original et fort de sens

De ces quatre hypothèses de travail découle notre protocole méthodologique. Étant donné la complexité de la réalité et la difficulté à saisir un tel sujet dans sa globalité, seule une démarche multiscalaire, mêlant méthodes quantitatives et qualitatives et s'appuyant sur des sources d'origine variée permet d'éclairer la problématique et de valider ou d'invalider les hypothèses de travail précédemment présentées.

Notre recherche vise à comprendre comment les principes Républicains se traduisent dans une réalité complexe, et comment les tensions qui existent entre eux sont appréhendées par les acteurs. Cela nécessite de croiser les regards et les méthodes. L'approche géographique sur laquelle repose cette recherche permet cette approche globale, c'est pourquoi elle est une plus-value importante.

Comme chaque recherche géographique, nous puisons dans les autres sciences. Nos propos s'appuient sur des méthodes et des concepts sociologiques, économiques, de sciences politiques, démographiques ou encore historiques. Ceux-ci sont enrichis d'outils d'observations et d'analyses spécifiquement

géographiques, d'autant plus opportuns que la diversité des territoires français est importante. Et, pour paraphraser Vidal de la Blache (1913), ce que la géographie, en échange du secours qu'elle reçoit des autres sciences, peut apporter au trésor commun, c'est l'aptitude à ne pas morceler ce que la nature rassemble, à comprendre la correspondance et la corrélation des faits.

Cette démarche est donc loin de se limiter aux traitements statistiques et à la cartographie des données. « *L'originalité majeure de la démarche géographique est de faire de la dimension spatiale une catégorie d'étude explicite alors qu'elle reste implicite, mais bien présente, dans les autres disciplines* » (Picheral et Salem, 1992). Il s'agit d'appréhender les phénomènes dans leur environnement global, naturel, social, économique, culturel, politique et à différentes échelles, et d'étudier les processus de territorialisation.

Bien qu'elle n'ait pas été la première mise en place – loin de là – sur le thème de la dépendance des personnes âgées, on considère que l'analyse territoriale est pertinente et complémentaire aux autres : sociologique, politique, économique ou encore médicale dans notre compréhension de l'accompagnement de la dépendance, offrant un observatoire de la société dans toutes ses dimensions.

Ainsi, l'intérêt de notre recherche réside alors dans l'approche globale proposée. La question du vieillissement de la population, et en particulier de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, mêle des considérations sociales, économiques, philosophiques, médicales, historiques, de politiques publiques : la démarche géographique, en s'ancrant dans la réalité territoriale, investit l'ensemble de ces facettes. Cette thèse, par sa réflexion d'ensemble offre une lisibilité inédite du sujet étudié.

3.4. Plan du mémoire

Notre démarche à diverses échelles géographiques nous conduit à appréhender notre problématique à l'échelle nationale, puis départementale, enfin infra-départementale, ou encore à l'échelle de zonages mis en place par les Conseils départementaux dans le cadre des schémas gérontologiques. L'interaction entre ces différents niveaux est riche, l'opposition entre l'étude nationale et l'étude locale, bien que simple à réaliser, se serait révélée peu éclairante.

Alors que nombre d'acteurs de terrain, les rapports publics ou les chercheurs pointent la segmentation des dispositifs, à la fois en termes de qualification des professionnels et de diversité des financeurs, un plan opposant acteurs médico-sociaux, sanitaires et sociaux n'aurait pas permis de répondre aux exigences de la problématique. Une opposition par lieu de vie, entre domicile et établissement, à l'heure où l'on parle de fluidité et continuité des parcours de vie, en replaçant la personne au cœur, aurait été contreproductive et même à l'encontre des évolutions des mentalités sur l'accompagnement de la dépendance.

Suivant notre problématique de politiques publiques, le plan proposé est le suivant.

Le prologue méthodologique retrace pour commencer les méthodes quantitatives et qualitatives utilisées, les difficultés rencontrées pour les unes et les autres dans la mise en œuvre de notre travail.

La première partie de la thèse s'attache à exposer et analyser l'accompagnement des personnes âgées dans la diversité des situations de dépendance, en replaçant la personne au cœur des dispositifs. Dans le premier chapitre, le choix du terme de « dépendance » et non de celui de « perte d'autonomie » est explicité, les enjeux de l'évaluation de la dépendance, par des évaluateurs médicosociaux s'appuyant sur une grille d'incapacités, sont analysés. Dans le second chapitre, les acteurs professionnels et

financeurs de l'accompagnement de la dépendance des personnes âgées sont présentés, leurs ancrages territoriaux sont cartographiés et étudiés. Le troisième chapitre, dernier de la partie, se focalise sur le rôle des structures de coordination et des réseaux, notamment pour garantir la fluidité des parcours de vie.

Notre deuxième partie interroge plus en détail l'ancrage spatial, les complémentarités et substitutions entre les structures professionnelles d'accompagnement : celles-ci remettent-elles en cause l'équité territoriale ? La géographie résulte de l'association des facteurs historiques, politiques, sociaux et culturels. Le chapitre 4 se concentre sur l'ancrage spatial des EHPAD, analysé au prisme de trois notions clés de la géographie : proximité, accessibilité, accès. Le chapitre 5 s'attache à quantifier, pour les aides à domicile, les infirmiers libéraux, les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les EHPAD, l'activité appréhendée par une même mesure : le nombre d'heures et l'argent public dépensé. Le chapitre 6 découvre les enjeux économiques, politiques et sociaux des substitutions entre les intervenants.

Notre troisième et dernière partie questionne la tension entre les choix des personnes et la responsabilité des pouvoirs publics de mettre en place une offre équitable. Deux thèmes révélateurs sont explorés, celui du non-recours à l'APA à domicile, dans le chapitre 7, puis des migrations de personnes âgées lors de l'entrée en EHPAD, au chapitre 8.

PROLOGUE MÉTHODOLOGIQUE

Enjeux

Les sources mobilisées pendant cette recherche sont de plusieurs natures : enquêtes nationales, fichiers administratifs locaux, recueil de témoignages de professionnels. En conséquence, les méthodologies utilisées sont différentes. Par lisibilité, elles ne sont pas présentées au fil du texte mais dans ce prologue, dont la lecture n'est pas indispensable à la compréhension des résultats exposés ensuite.

Les bases de données de la Drees, riches par les informations qu'elles rassemblent, sont peu exploitées dans leur dimension géographique : cette thèse leur donne une nouvelle lisibilité. Les données localisées nécessitent des précautions spécifiques. Par exemple, en fonction de l'échelle d'analyse d'un phénomène, les résultats obtenus varient.

La principale enquête exploitée, réalisée tous les quatre ans auprès des gestionnaires d'établissements d'hébergement pour personnes âgées, est dite « EHPA ». Puisque l'objectif est de saisir l'offre dans sa globalité, les données d'autres organismes comme l'Insee ou la CNAMTS sont utilisées. Elles ne permettent cependant pas d'approcher l'offre médico-sociale à domicile. C'est pourquoi une étude locale, auprès de quatre départements choisis pour leur diversité, complète l'éventail des données quantitatives. L'Ariège, la Loire-Atlantique, le Nord et le Val-de-Marne ont accepté de participer à l'étude.

Les problématiques auxquelles nous souhaitons apporter des éléments de réponse ne se prêtent pas toutes à une analyse quantitative. Une étude qualitative consistant en vingt entretiens collectifs est conduite au premier semestre 2014. Dans chaque département, des représentants de l'équipe médico-sociale chargée de l'évaluation APA, des responsables de Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et de Centres communaux d'action sociale (CCAS), premiers guichets d'information sont conviés tour à tour. Lorsqu'ils sont cités, ces entretiens sont identifiables par la nature des professionnels rencontrés et le département. Un deuxième type d'entretien réunit des acteurs différents de la prise en charge exerçant sur un même territoire infradépartemental : responsables de services, représentants hospitaliers ou associations d'usagers. Ces entretiens sont identifiés dans le texte par la commune dans laquelle ils se sont tenus. C'est pourquoi apparaissent Pamiers et Saint-Girons (Ariège), Pornic (Loire-Atlantique), Maubeuge, Dunkerque et Valenciennes (Nord), Limeil-Brévannes et Créteil (Val-de-Marne).

INTRODUCTION DU PROLOGUE **33**

1. LES DONNÉES QUANTITATIVES NATIONALES : DES DONNÉES RICHES AUX DIMENSIONS GÉOGRAPHIQUES PEU EXPLOITÉES **33**

1.1. Données d'enquêtes et fichiers administratifs : aux sources de la recherche **33**

1.2. Spatialisation, distance : des concepts géographiques majeurs, que les données permettent de mobiliser **39**

1.3. L'accessibilité, ou la difficulté à lier l'offre, la demande et la distance **44**

2. DES DONNÉES LOCALES POUR UNE VISION GLOBALE **49**

2.1. Le choix des quatre Conseils départementaux comme terrains d'étude **49**

2.2. Les quatre Conseils départementaux : Ariège, Loire-Atlantique, Nord, Val-de-Marne **53**

2.3. La localisation des bénéficiaires et le choix des unités spatiales d'analyse **55**

3. UN IMPORTANT PROTOCOLE QUALITATIF POUR DONNER DU SENS **56**

3.1. Le choix de la méthodologie et du protocole d'enquête : des entretiens qualitatifs et la confiance dans la parole collective **56**

3.2. Assurer la qualité du matériau **68**

CONCLUSION DU PROLOGUE **71**

Introduction du prologue

Cette recherche interroge l'application des principes républicains, transposés au champ médico-social, dans l'accompagnement de la dépendance des personnes âgées en France métropolitaine. La réalité mêle de nombreuses dimensions, la démarche géographique, valorisant par essence l'appréhension transversale des phénomènes, est donc adoptée. L'intrication délicate de toutes ces facettes implique la mobilisation de sources et donc d'approches différentes, s'enrichissant mutuellement : enquêtes nationales, fichiers administratifs locaux, recueil de témoignages de professionnels, ici présentés successivement quand le bon sens nous conduit à les croiser par la suite.

La lecture de ce prologue technique n'est pas indispensable à la compréhension des résultats exposés dans les chapitres. Il s'agit d'un outil pour ceux de nos lecteurs qui souhaitent juger la qualité scientifique de ce travail, sont curieux d'en comprendre les racines, ou envisagent de transposer sur leur propre champ les méthodes proposées.

1. Les données quantitatives nationales : des données riches aux dimensions géographiques peu exploitées

Les analyses statistiques ont d'abord pour objectif de synthétiser des données nombreuses, afin de décrire et de représenter le réel. Surtout, elles visent à analyser et interpréter des données quantifiables, afin de dresser le portrait global d'une population ou d'une activité.

Les analyses nationales présentées dans la recherche sont adossées à des données produites ou du moins disponibles à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Notre présence physique au sein de cette direction a facilité l'accès aux données les plus précises, et non à celles traditionnellement accessibles aux chercheurs au centre Maurice Halbwachs, sans qu'il soit nécessaire de réaliser pour chaque source une convention : un gain inestimable de temps. Il a même été possible de solliciter des partenaires de la direction, comme l'Institut de retraite complémentaire des employés de maison (Ircem) et ainsi avoir accès à leurs données agrégées, grâce à la convention les liant à la Drees.

1.1. Données d'enquêtes et fichiers administratifs : aux sources de la recherche

Les bases de données nationales mobilisées sont collectées par deux méthodes : des enquêtes ou des remontées administratives. Toutes sont déjà analysées par la Drees ou l'Insee et font l'objet de publications. L'objectif est triple. D'abord, exploiter les données sous un angle novateur, en utilisant les variables peu exploitées de la localisation géographique. Ensuite, offrir une nouvelle visibilité à ces données, en montrant combien leur croisement entre elles est instructif. Enfin, leur donner une nouvelle lisibilité : les représentations cartographiques présentées sont inédites et enrichissantes.

Ces « exploitations secondaires » de données pour des analyses exploratoires sont une préoccupation importante de la Drees. Elles justifient le financement de la recherche par la direction.

1.1.1. Exploitation de données d'enquêtes et participation à des Comités de Pilotage

Les enquêtes recueillent des informations, en réponse à un besoin de connaissance. Les plus exploitées dans la recherche sont réalisées auprès des gestionnaires d'établissements médico-sociaux ou de professionnels des Conseils départementaux.

1.1.1.1. L'enquête « EHPA », centrale dans le travail de thèse

L'enquête auprès des Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) a longtemps concentré notre intérêt : son exploitation constituait la commande de la Drees lors des deux premières années au sein de la direction. Quadriennale et exhaustive sur son champ, l'enquête compte 550 items pour décrire précisément l'activité des établissements. Elle est structurée en sept fiches :

- Les deux premières portent sur l'activité.
- La 3e décrit chaque professionnel.
- Les 4e et 5e décrivent individuellement les résidents.
- La 6e porte sur le bâti.
- La 7e renseigne les pathologies et la prise de médicament d'un échantillon de résidents.

L'enquête EHPA permet ainsi de disposer de données individuelles, renseignant nombre de caractéristiques, comme l'âge, le sexe, le domicile antérieur ou encore les incapacités des résidents.

Quelques enquêtes sont réalisées dans les années 1970 sur un champ partiel, mais EHPA est entreprise pour la première fois au milieu des années 1980. Son périmètre et ses objectifs sont définis à la fin de l'année 1984 par la Commission des statistiques « Solidarité – Santé », pour répondre à un besoin d'information actualisée sur l'activité et la clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées. L'enquête nationale lancée au cours du 1er trimestre 1985 sur l'exercice 1984 est ensuite reconduite tous les deux ans. Non conduite entre 1996 et 2003[3], elle devient à cette date quadriennale et vise toujours le même objectif : répondre aux besoins de connaissance des acteurs du champ. C'est pourquoi elle réunit, préalablement à son lancement, des Comités de Pilotage (CoPil) auxquels sont conviées organisations et fédérations. Celles-ci peuvent requérir la suppression, la reformulation, ou l'ajout d'items.

Les acteurs présents sont autant de fins connaisseurs qui ont, en 2011 et 2015 attiré notre attention sur les principaux enjeux du secteur et sur les problématiques émergentes. Sont notamment présents :

- des directions du ministère de la Santé, la Drees puisqu'elle finance et réalise l'enquête, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), concevant, pilotant et évaluant les politiques publiques de solidarité ;
- des agences nationales : la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), chargée de garantir l'égalité de traitement sur le territoire, et financeur d'aides aux personnes âgées dépendantes et aux personnes en situation de handicap ; l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm), chargée d'accompagner les établissements dans la mise en place des évaluations de qualité ;
- la Caisse nationale d'assurance maladie des Travailleurs salariés (CNAM-TS), important financeur des EHPAD ;

[3] En 1998, la Mission d'appui à la réforme de la tarification de l'hébergement en établissement pour personnes âgées dépendantes (MARTHE) du ministère de l'Emploi et de la solidarité réalise une collecte d'informations auprès des structures suite à la réforme des EHPAD. L'enquête EHPA est annulée pour ne pas surcharger les établissements.

- des Agences régionales de santé (ARS), chargées d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, sont responsables de la collecte de l'enquête. Elles en sont par ailleurs d'importantes utilisatrices ;
- des fédérations d'établissements : la Fédération des établissements hospitaliers & d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP), l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS), la Fédération hospitalière de France (FHF), le Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (Synerpa) ;
- des représentants des directeurs des établissements : la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO), l'Association des directeurs au service des Personnes âgées (AD-PA) et la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA) ;
- des représentants d'usagers : la Fondation Médéric Alzheimer.

Les évolutions sont mesurables si les questions sont posées de façon identique d'une enquête sur l'autre, d'où l'attention à reformuler le moins possible d'items, afin de disposer de séries longues.

La flexibilité du questionnaire permet cependant d'éclairer les débats de société qui se posent dans des termes inédits. En témoigne l'ajout lors de l'enquête 2011, à la demande du nouvel Observatoire de la Fin de Vie, d'un encadré spécifique sur l'approche de celle-ci en EHPAD. Les réponses ont permis d'alimenter le rapport annuel de l'observatoire. Autre exemple, jusqu'en 2007, c'est le département du précédent lieu de vie des résidents qui était enquêté. En 2011, le CoPil précise la question, sollicitant le code postal. En 2015, c'est la commune elle-même qui sera renseignée. Encore exclusivement sur papier en 2007, la collecte sera uniquement sur internet en 2015 après un double mode de collecte en 2011, témoignant de l'adaptation de l'enquête au raccord aujourd'hui abouti des structures à internet. Outre une baisse du coût, il n'y a plus de saisie des questionnaires papier, permettant de disposer plus rapidement des données : la dématérialisation de l'enquête dite « ES-handicap », pendant d'EHPA sur le champ du handicap, a permis ainsi un gain de six mois sur la récupération des données brutes.

Les résultats de cette enquête sont publiés sous forme de données de cadrage (Volant, 2014a et 2014b), de résultats détaillés (Perrin-Haynes, 2010) ou d'études : la publication grand public rédigée avec Sabrina Volant au cours de la thèse s'inscrit dans ce cadre (Ramos-Gorand et Volant, 2014). Par ailleurs, des demandes régulières sont adressées à la Drees par les cabinets ministériels, par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ou encore par la presse, par des associations et entreprises, auxquelles l'enquête EHPA apporte des résultats. Une personne à temps plein a pour mission à la Drees de préparer l'enquête, de veiller au déroulement de la collecte, d'effectuer les principaux redressements et de mettre à disposition les résultats.

Les données de l'enquête sont par ailleurs mises à disposition des chercheurs sur le réseau Quetelet, certains organismes partenaires conventionnent avec la Drees pour exploiter cette source, et les agences régionales de santé s'appuient sur EHPA pour réaliser des études régionales.

1.1.1.2. Les autres données Drees mobilisées, le plus souvent auprès de structures ou d'institutions

D'autres enquêtes conduites par la Drees complètent l'analyse : les enquêtes annuelles auprès des Conseils départementaux sur les bénéficiaires et les dépenses d'aide sociale, ou encore l'enquête conduite en 2008 auprès des Services de soins infirmiers à domicile.

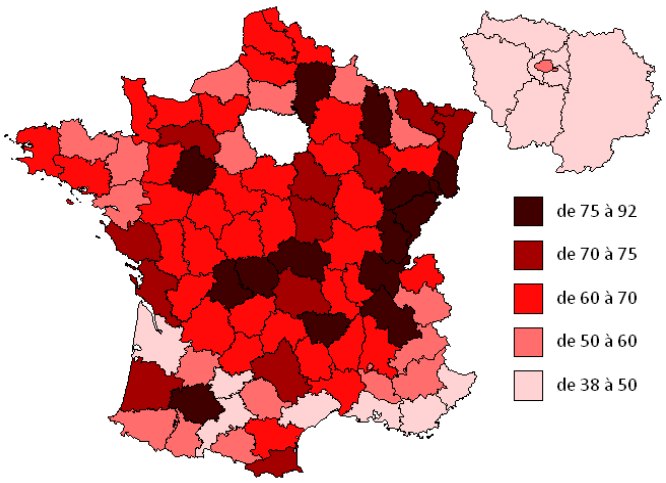
Peu d'enquêtes réalisées auprès des personnes elles-mêmes sont incluses, bien que l'enquête auprès des Résidents en EHPAD (Drees, 2007) ou l'enquête Handicap-Santé-Ménages (Drees-Insee, 2008) soient occasionnellement mobilisées. Ces enquêtes sont moins nombreuses à la Drees et surtout, le faible nombre de personnes décrites rend l'exploitation locale des résultats inenvisageable – l'enquête Résidents recueille des données relatives à 2 000 personnes environ. De plus, des programmes de recherche spécifiques, financés par la Drees et la CNSA, sont mis en place, comme celui des post-enquêtes qualitatives sur le handicap de l'École des Hautes études en santé publique (EHESP).

1.1.2. Pondérer ou imputer pour assurer une représentativité locale

Les enquêtes auprès des établissements, dont EHPA, sont exhaustives: elles interrogent l'ensemble des structures relevant de leur champ. Cependant, il n'y a pas d'obligation de réponse et en fin de collecte, un établissement sur cinq est manquant. Par ailleurs, les données relatives aux personnes accueillies peuvent être incomplètes. Après élimination des EHPAD trop partiellement répondants, le taux de réponse est de 61 %.

Or, les résultats communiqués doivent être représentatifs de l'ensemble des établissements, c'est pourquoi les données sont pondérées : à chaque observation est affecté un coefficient pour extrapoler les résultats de l'enquête à partir des répondants à l'ensemble des structures. Pour que les données soient localement utilisables, les pondérations sont calculées par département : plus le nombre de répondants est faible dans un département, plus les poids attribués aux EHPAD répondants sont importants. La variabilité des taux de réponse rend ce critère discriminant : ne pas l'intégrer conduit à sous-estimer les observations relatives à la région parisienne ou au littoral méditerranéen (Carte 1).

Carte 1 - Taux de réponse départementaux à l'enquête EHPA 2011



Lecture : En petite couronne parisienne, les taux de réponse sont inférieurs à 50 %, quand ils sont supérieurs à 75 % dans le Doubs. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011, France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Drees (EHPA 2011). **Source cartographique** : Arctique.

Le redressement s'effectue en fonction de variables clés, connues. Les pondérations permettent une représentativité par département, par statut juridique, en fonction des capacités autorisées des structures et des effectifs présents au 31 décembre 2011. Après repondération départementale, les 322 000 résidents renseignés sont représentatifs de 570 000 personnes.

Au-delà, certains items ne sont pas remplis, même dans les établissements globalement répondants. Pour conserver au mieux l'information, certaines données sont alors imputées de manière aléatoire : l'établissement se voit affecter une valeur observée sur un autre établissement considéré comme

similaire. Utilisée dans le chapitre 5, cette méthode l'est aussi dans le traitement de l'information spatiale. En effet, l'enquête renseigne le code postal du précédent lieu de vie du résident. Mais les 36 600 communes françaises sont couvertes par 6 300 codes postaux, chacun d'eux pouvant regrouper jusqu'à 40 communes. Lorsqu'un code postal correspond à une unique commune, le résident est rattaché à celle-ci. Dans le cas contraire, une des communes du code postal est affectée de manière aléatoire, selon le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus des communes concernées.

L'enquête EHPA est utilisée pour présenter un panorama de l'accompagnement en EHPAD (chapitre 2), pour étudier l'ancrage territorial des EHPAD (chapitre 4), pour évaluer le nombre d'heures passées auprès des personnes âgées dépendantes (chapitre 5), et pour mieux comprendre pourquoi certains résidents parcourent une distance importante lors de leur entrée dans les établissements (chapitre 8).

1.1.3. Exploiter des fichiers administratifs

Au contraire des données d'enquêtes, les données administratives sont liées à un objectif de gestion. Souvent exhaustives, leur exploitation à des fins statistiques est peu couteuse, mais implique une vigilance spécifique : elles ne sont pas conçues pour répondre aux questions des statisticiens et chercheurs.

Le Ficher national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) recense l'ensemble des établissements. Continuellement mis à jour, il renseigne pour chaque structure le statut, l'adresse ou encore le nombre de places autorisées. Ces données permettent de redresser l'enquête EHPA.

Les Déclarations annuelles de données sociales (DADS, Insee), disponibles à la Drees, rassemblent nombre de données sur les salariés, les conditions d'emploi, leur lieu d'exercice ou d'habitation. Formalité administrative, elles sont exhaustives donc ne nécessitent pas de pondération.

1.1.4. Les contraintes liées à l'utilisation de données anciennes

La volonté de donner de la profondeur aux analyses développées conduit à utiliser d'anciennes sources. La première, Finess, est exhaustive sur son champ depuis les années 1980. Tous les établissements qui ont accueilli des personnes entre 1980 et aujourd'hui, qu'ils soient actuellement ouverts ou fermés, sont présents. Les transformations de Finess conduisent à privilégier une approche par nombre d'établissements et non par nombre de places.

La seconde source historique est un recensement réalisé par une association, l'Office central des œuvres charitable, à la fin du XIXe siècle (Figure 2). L'ensemble des établissements charitables, et notamment ceux qui deviendront les établissements sanitaires et médico-sociaux, y est décrit.

Les fichiers départementaux, sous format pdf, sont mis à disposition par la Bibliothèque nationale de France (BNF). Les informations relatives à 2 420 hôpitaux, hospices ou asiles, classés dans la catégorie « Vieillesse » sont minutieusement numérisées (Figure 3). Ces fichiers ne sont pas disponibles pour tout le territoire : le fascicule de l'Hérault a été égaré, les départements d'Alsace-Moselle, qui n'étaient alors pas rattachés à la France, n'ont pas été enquêtés.

Les données départementales de population issues de précédents recensements, mises à disposition sur le site de l'Insee, sont la dernière source historique. Les plus anciennes données utilisées datent de 1896. Ces données n'ont pas fait l'objet de traitements particuliers, si ce n'est pour reconstituer les données de population, souvent présentées par âge et par sexe, sur les fichiers distincts.

Figure 2 - Extraits des statuts de l'Office central des œuvres charitables.

ARTICLE PREMIER.

L'Association d'assistance libre, dite « Office central des Œuvres charitables », fondée en 1890, a pour but de rendre l'exercice de la charité plus efficace, de faire connaître aussi exactement que possible l'état de la misère et les œuvres destinées à la soulager, de discerner et de propager les moyens les plus propres à la prévenir et à la combattre. Elle a son siège à Paris.

ARTICLE 2.

Elle se propose d'atteindre ce but :

1° En procédant à une enquête permanente sur les œuvres charitables de toute nature qui existent en France et sur les services qu'elles peuvent rendre ;

2° En les reliant, en fournissant des indications sur ces œuvres et en servant d'intermédiaire auprès d'elles ;

3° En recueillant des renseignements sur les pauvres ;

4° En provoquant la création d'œuvres d'assistance et notamment d'assistance par le travail, et en aidant à leur développement ;

5° En facilitant le rapatriement des individus susceptibles de trouver des moyens d'existence hors de la capitale, et en multipliant, à cet effet, le nombre de ses correspondants ;

6° En échangeant des informations et des services avec les œuvres charitables établies à l'étranger, en faisant connaître les différents systèmes d'assistance et leurs résultats pratiques ;

7° En propageant les institutions de prévoyance et notamment en facilitant les assurances ouvrières.

Champ : France métropolitaine, hors Hérault, Moselle, Bas-Rhin, Haut-Rhin. **Sources** : la France charitable et prévoyante, tableau des œuvres et institutions des départements, publié par les soins de l'Office central des Œuvres charitables, 1896. Fichiers disponibles sur Gallica (BNF).

Figure 3 - Extrait de la France Charitable et Prévoyante, exemple des institutions « vieillesse » en Haute-Savoie

VIEILLESSE

ASILES DE TOUTE NATURE POUR LES VIEILLARDS

Asile des vieillards, à Annecy. — Fondé, en 1858, par les Dames de charité de la ville. — *Reconnu établ. d'util. publ.* en 1876. — Desservi par les *Sœurs de Saint-Vincent de Paul.* — Reçoit des vieillards indigents des deux sexes, célibataires, âgés de 60 ans au moins, moyennant une pension variant de 15 à 25 francs. — 65 lits.

Hôpital d'Annecy. — A 17 lits réservés à des vieillards indigents âgés de 60 ans au moins et domiciliés depuis plusieurs années dans la ville.

Asile départemental de vieillards et d'incurables, à Reignier. — Dirigé par une commission administrative. — Desservi par un personnel laïque. — Reçoit des vieillards et des incurables domiciliés dans la Haute-Savoie, moyennant une pension de 1 franc par jour, dont la moitié est payée par le département.

Champ : France métropolitaine, hors Hérault, Moselle, Bas-Rhin, Haut-Rhin. **Sources** : La France charitable et prévoyante, tableau des œuvres et institutions des départements, publié par les soins de l'Office central des œuvres charitables, 1896. Fichiers disponibles sur Gallica (BNF).

Sans qu'elles soient anciennes, les données sont souvent présentées sur plusieurs années, afin de suivre une évolution. Pour deux sources, des ruptures de série présentent une difficulté. Dans les Comptes de la santé, partie des Comptes nationaux, les calculs en « base 2005 » deviennent en « base 2010 »[4]. Le

[4] Les Comptes nationaux élaborés par l'Insee font l'objet d'un changement de base périodique, afin de corriger d'éventuelles erreurs et d'intégrer les sources d'information les plus récentes. À l'occasion de la publication de la nouvelle base, dite « base 2010 », le contour et l'évaluation des principaux agrégats des Comptes de la santé ont été revus : les données issues des Tableaux centralisés des données comptables (TCDC), exprimés en droits constatés des régimes d'assurance maladie obligatoires ainsi que des données des professionnels du médicament sont par exemple mobilisées (Zaidman et Roussel (dir), 2014).

questionnaire relatif aux bénéficiaires de l'APA est précisé pour l'année 2009, créant une rupture. Quand les producteurs des données ne le proposent pas, les séries sont rétropolées.

1.1.5. L'intérêt de la visualisation cartographique

La cartographie est définie par le Comité français de cartographie comme « *l'ensemble des études et des opérations scientifiques, artistiques et techniques, intervenant à partir des résultats d'observations directes ou de l'exploitation d'une documentation, en vue de l'élaboration et de l'établissement de cartes, plans et autres modes d'expression, ainsi que dans leur utilisation* » (Rystedt, 2014). La cartographie est à la fois une science, car ses bases sont mathématiques, un art, car il s'agit d'une mode d'expression graphique et une technique, car elle nécessite un savoir-faire.

La carte est « *une représentation géométrique conventionnelle, généralement plane, en positions relatives, de phénomènes concrets ou abstraits, localisables dans l'espace* » (Comité Français de Cartographie, 1980). Puisqu'elle véhicule une partie de la réalité du monde, utile et compréhensible, elle ne représente qu'une ou deux informations. Les cartes présentées donnent à voir des phénomènes non visibles, comme l'équipement en EHPAD. Elles sont dites cartes thématiques.

La carte est un document graphique, qui représente un espace en utilisant un langage spécifique, normé. L'utilisation des formes et couleurs est conforme aux usages cartographiques. Ainsi, les effectifs sont représentés par des symboles dont la taille est proportionnelle à la valeur. Les ratios et pourcentages sont figurés par la gradation continue d'une couleur. La palette des rouges, la plus lisible, est retenue dès lors que les données sont positives. Les données qualitatives mobilisent une palette diverse de couleurs. Les cartes présentées font l'objet d'une sélection rigoureuse, garantissant leur utilité dans la compréhension de l'analyse.

1.2. Spatialisation, distance : des concepts géographiques majeurs, que les données permettent de mobiliser

1.2.1. Un préalable à toute étude : la spatialisation

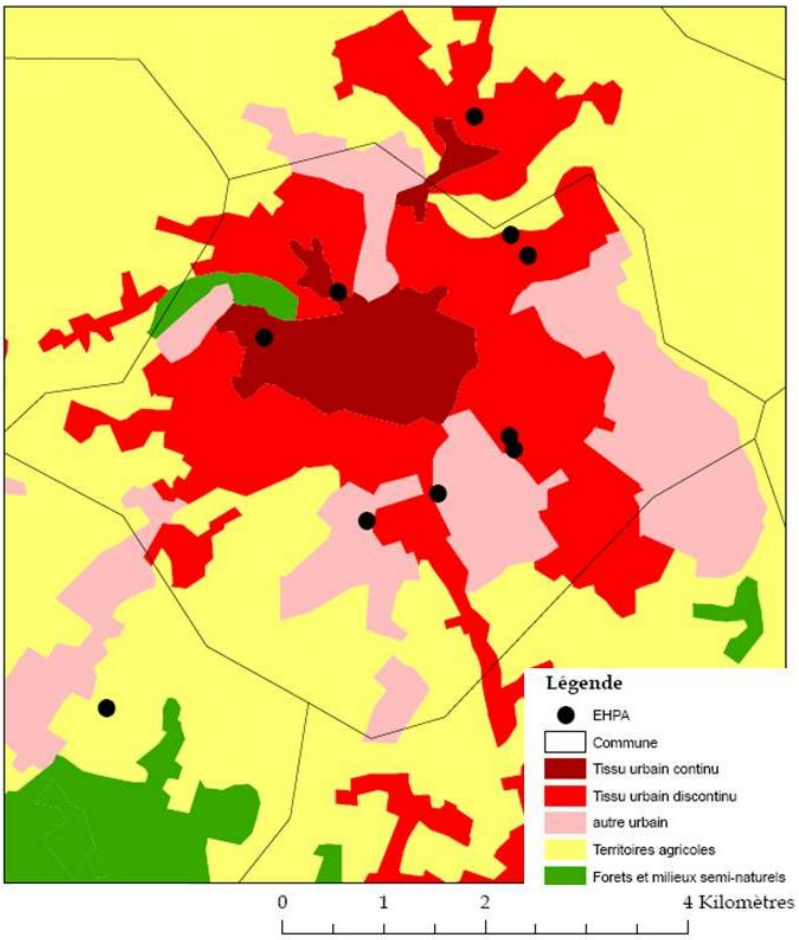
La localisation est présente sous différentes formes. Le plus souvent, la commune est renseignée, ou imputée à partir du code postal. Mais lors d'analyses locales, une géolocalisation communale n'est pas toujours suffisante : une analyse par quartier est ponctuellement nécessaire. Les adresses, lorsqu'elles sont disponibles et que cela se justifie, sont géocodées : le logiciel Batch Geocodeur leur attribue des coordonnées géographiques, sous forme (x, y). Elles sont ensuite recoupées avec d'autres données, relatives au zonage administratif, ou à l'occupation du sol (Carte2).

Les données du Corine Land Cover de 2006 sont développées par le Ministère de l'Écologie, du Développement durable, des Transports et du Logement et plus particulièrement par le bureau d'observation et de statistiques de l'environnement. D'après des clichés satellite, cette source permet un inventaire biophysique de l'occupation des terres et recense également les espaces urbains. L'unité spatiale au sens de Corine Land Cover doit présenter une surface significative sur le terrain et se distinguer nettement des unités qui l'entourent. La surface de la plus petite unité cartographiée (seuil de description) est de 25 hectares.

Cinq types d'occupation du sol ont été distingués : l'espace urbain continu, correspondant au centre des agglomérations, l'espace urbain discontinu, comprenant par exemple les zones d'habitation périphériques des centres des agglomérations, composées d'immeubles, de maisons individuelles, et

d'espaces verts, les autres espaces urbains, comme les zones industrielles ou commerciales, l'espace agricole et enfin les forêts et les milieux semi-naturels.

Carte 2 - Localisation des établissements et types d'occupation du sol à Châteauroux, dans l'Indre, en 2007



Lecture : Chaque point représente un établissement. L'établissement au sud-est est situé au sein de territoires agricoles. **Champ** : Établissements ouverts au 31 décembre 2007, à Châteauroux et dans les communes limitrophes (Indre). **Sources** : Drees (EHPA 2007), Datar (Corine Land Cover). **Source cartographique** : ArcGIS.

L'analyse géographique, qui ne se limite pas à la spatialisation, est développée dans les chapitres. Le prologue vise cependant à rappeler les précautions nécessaires à l'emploi de données spatiales.

1.2.2. Effet d'échelle et effet de zonage, l'importance du maillage

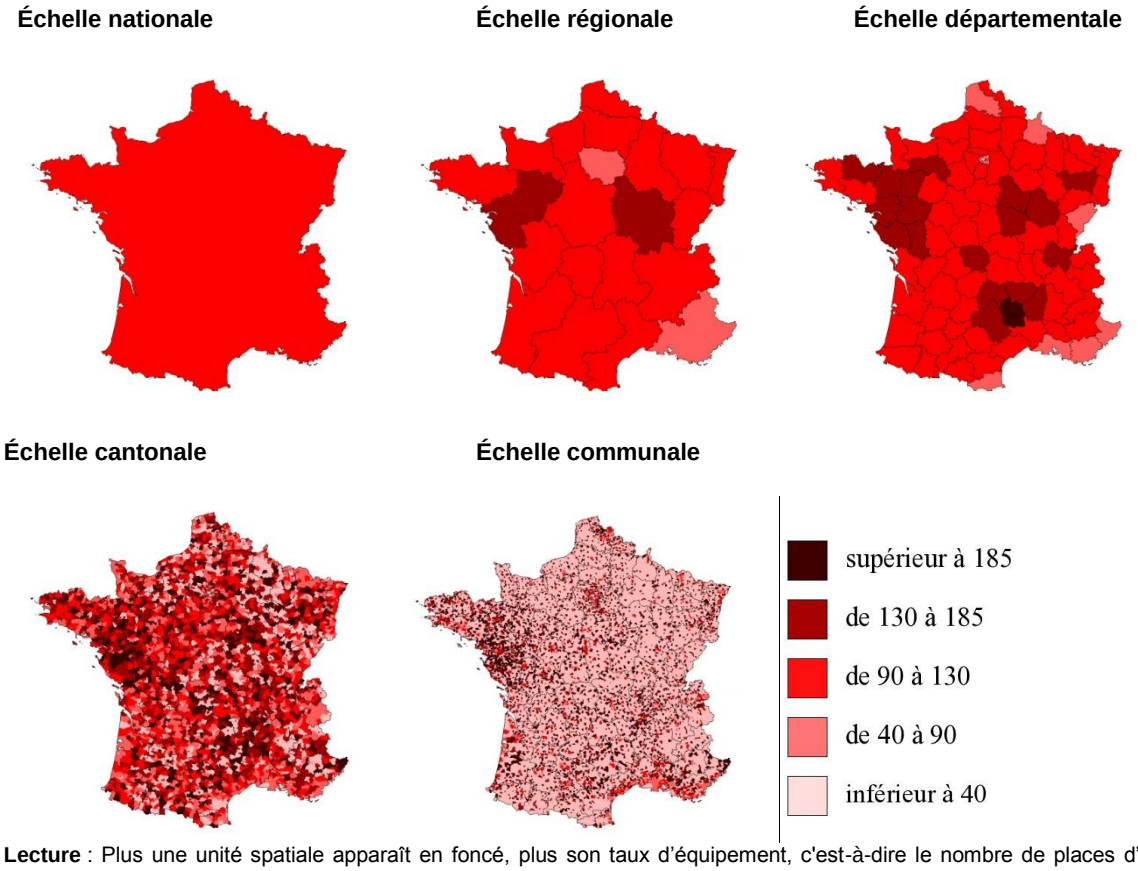
L'échelle désigne à la fois la taille des phénomènes et la distance à laquelle on les regarde. En fonction de l'échelle, ce ne sont pas les mêmes facettes de la réalité qui sont observables. Une démarche multi-scalaire, c'est-à-dire à plusieurs échelles, rend compte d'un espace de manière plus complète.

Le découpage des unités spatiales lui-même influence les résultats des traitements statistiques. Selon le niveau d'agrégation des données, les relations entre les variables changent, ce qui est conceptualisé à la fin des années 1970 sous l'acronyme MAUP, pour « *Modifiable Areal Unit Problem* ».

La différence de maillage implique d'abord un effet d'échelle : le déploiement d'un phénomène est connu à travers une variable compilée dans un maillage. Or, on n'observe pas toute sa variabilité spatiale puisqu'une partie en est cachée à l'intérieur des unités territoriales : la variance de cette variable exprime la variabilité inter-mailles du phénomène. Plus la taille des mailles augmente, plus la

variabilité spatiale à l'intérieur de celles-ci croît. Par soustraction, la variabilité entre elles diminue (DIACT, 2008 ; Société française de statistique, 2010). Est prise ici pour exemple la répartition géographique de l'offre en EHPAD, usuellement synthétisée par le taux d'équipement localisé, rapport entre le nombre de places et la population âgée de 75 ans ou plus (Cartes 3).

Cartes 3 - Taux d'équipement pour 1 000 en EHPAD à la fin 2011, en France métropolitaine, hors Corse



Lecture : Plus une unité spatiale apparaît en foncé, plus son taux d'équipement, c'est-à-dire le nombre de places d'EHPAD dont elle dispose rapporté à sa population âgée de 75 ans ou plus, est important. Inversement, lorsqu'une unité territoriale apparaît dans la couleur la plus claire, son taux d'équipement est inférieur à 40 places pour 1 000. La discrétisation est identique sur l'ensemble des cartes. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011. **Sources** : Drees (EHPA 2011), Insee (Populations 2010, recensement de la population). **Source cartographique** : Arctique.

Les taux d'équipement reflètent l'offre agrégée disponible dans une zone géographique, mais ne tiennent pas compte de l'interaction avec les mailles voisines : ils communiquent une image uniforme de l'offre au sein de la même maille. C'est donc l'appartenance ou non à une maille qui est déterminante : le choix de celle-ci est donc primordial.

L'échelle la plus fine permet d'observer au mieux la variabilité, à condition de garantir la fiabilité des données statistiques, et surtout de la pertinence de l'analyse. Dans l'exemple, une cartographie par commune fait l'hypothèse que la norme serait d'avoir un établissement dans chacune, ce qui n'est ni souhaité, ni envisageable. Ce n'est donc pas un maillage adéquat. Le choix de l'échelle nécessite une réflexion en amont : celle pertinente pour spatialiser un phénomène ne le sera pas forcément pour un autre, et la plus fine n'est pas toujours la plus adaptée.

Le second effet du MAUP, de moindre ampleur, est un effet de zonage : « *en utilisant des unités territoriales de taille comparable, deux zonages de configurations différentes, peuvent entraîner des paramétrages différents de mêmes modèles statistiques* » (DIACT, 2008). Dans la recherche, les limites administratives sont mobilisées, alors même que les territoires sont hétérogènes en forme et en

dimension : Castelmoron, en Gironde, s'étend sur 4 hectares quand Arles en couvre presque 76 000, Paris s'étend sur 105 km², quand la Gironde en couvre près de 11 000. Des analyses fondées sur les distances au chapitre 8 montrent que certains effets des migrations des personnes lors de leur entrée en EHPAD sont liés au zonage. Cependant, le zonage administratif a deux avantages importants. D'abord, il s'agit d'un découpage exhaustif (tous les territoires font partie d'une commune) et emboîtable (les départements sont un rassemblement de communes). Surtout, cela permet de considérer l'espace non comme un support neutre, mais comme déterminant dans les enjeux de l'accompagnement de la dépendance, et d'intégrer les différences dans les politiques locales.

Toutes les données ne sont pas également affectées par les deux effets du MAUP : « *les distorsions paraissent être plus importantes pour les données exprimées en valeur absolue, tandis que les ratios et pourcentages semblent moins touchés* » (DIACT, 2008). Puisque la plupart des données présentées dans la thèse sont des ratios et pourcentages, les biais liés au zonage sont mesurés.

1.2.3. Mesurer la distance

La distance mesure l'écart spatial, c'est-à-dire la séparation entre deux lieux. Elle est un intervalle à franchir pour se rendre d'un lieu dans un autre. Notion fondamentale en géographie, elle possède un statut explicatif dans les grandes théories et les modèles de base.

Certaines mesures de la distance reposent sur des formules mathématiques. C'est le cas de la distance euclidienne, dite également « à vol d'oiseau », et définie comme le plus court chemin entre deux points par une droite. Mais ces mesures ne tiennent pas compte de la réalité de l'espace, par exemple une route contournant une montagne, une rivière. Leur principal avantage est leur simplicité de calcul. L'estimation de la distance routière nécessite quant à elle un distancier, base de données intégrant le réseau routier et nombre de ses paramètres : forme de la route, inclinaison, vitesse maximale autorisée, estimation des vitesses moyennes etc. L'algorithme de calcul des distances utilisé dans le logiciel Odomatrix, développé par l'Institut national de la recherche agronomique (INRA), est celui du plus court chemin entre deux chefs-lieux de communes. Les distances intracommunales sont considérées comme nulles (Hilal, 2008).

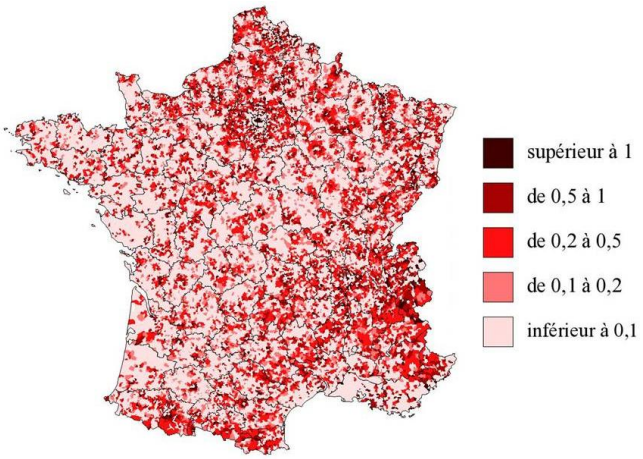
Le nombre de kilomètres par la route et le temps de parcours sont renseignées par ce distancier, disponible à la Drees. La corrélation entre eux deux est de 92,5 %. Les différences les plus importantes sont approchées par les écarts à la droite de régression linéaire de la distance-temps en fonction de la distance kilométrique (Carte 4), dans l'exemple de l'accès à l'établissement le plus proche.

L'Irdes souligne que la distance-temps « *est très sensible aux conditions locales (spatiales et temporelles) et ces paramètres sont difficilement contrôlables, car ils varient beaucoup en fonction des conditions de trafic locales (heures de pointe, week-end/semaine, saison)* » (Coldefy *et al.*, 2011). Odomatrix renseigne le temps nécessaire pour parcourir une distance en heure pleine ou heure creuse. Mais l'application, bien que distinguant les types d'agglomérations et de voies, ne permet pas d'inclure tous les paramètres nécessaires à l'estimation. Par ailleurs, l'accès aux EHPAD n'accorde pas un rôle central à la temporalité, comme les urgences hospitalières, l'accès à un bloc opératoire ou à une maternité. Les distances en kilomètres par la route sont donc retenues dans la thèse.

D'autres mesures de la distance existent, par exemple en fonction de relations de contiguïté : un territoire sera alors d'autant plus accessible qu'il pourra être atteint en traversant le minimum d'unités spatiales. La distance peut également être subjective, liée à des notions positives, comme le dépaysement ou négatives, supposant un effort ou une contrainte. Par exemple, les distances

pourraient être approchées par le nombre d'EHPAD auxquels les personnes ont renoncé, c'est-à-dire qui étaient plus proches de leur ancien lieu de vie que l'EHPAD dans lequel elles sont allées.

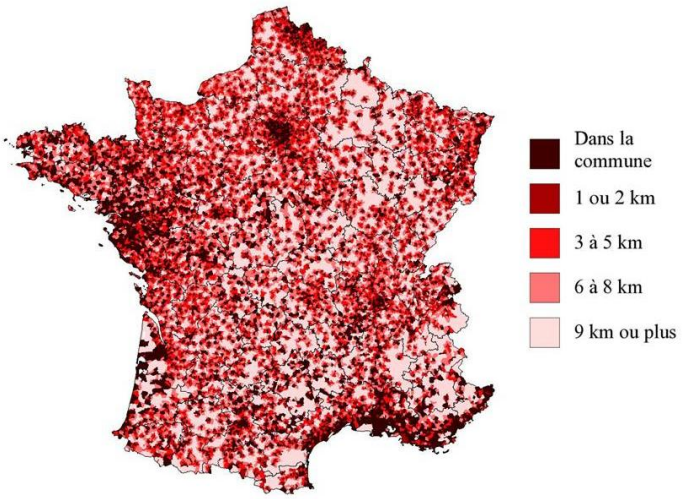
Carte 4 - Distorsion entre distance kilométrique et distance-temps à l'EHPAD le plus proche, fin 2011



Lecture : Une commune qui apparaît en foncé sur la carte est nettement plus accessible d'après la distance kilométrique que d'après la « distance-temps ». **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011, en France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Drees (Répertoire FINESS) ; distancier INRA (Odomatrix). **Source cartographique** : Arctique.

Usuellement, la proximité est représentée par une carte isochrone[5]. Sur la carte figurant pour exemple, plus les communes sont claires, plus la distance séparant les personnes de l'EHPAD le plus proche est importante (Carte 5).

Carte 5 - Proximité géographique en 2011, à la commune (nombre de kilomètres à parcourir pour rejoindre l'EHPAD le plus proche)



Lecture : Plus la commune apparaît en foncé, plus elle est proche d'un établissement. Les communes les plus foncées sont celles qui ont au moins un EHPAD implanté sur leur territoire. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011. **Sources** : Drees (EHPA 2011), distancier INRA (Odomatrix). **Source cartographique** : Arctique.

Cependant, des analyses sont difficilement réalisables à partir de cette unique carte, mouchetée.

[5] D'autres représentations existent, par exemple les cartes par anamorphose.

1.3. L'accessibilité, ou la difficulté à lier l'offre, la demande et la distance

1.3.1. Les modèles gravitaires : estimer l'offre, la demande et la distance

« *L'accessibilité d'un lieu est généralement définie comme la plus ou moins grande facilité avec laquelle ce lieu peut être atteint à partir d'un ou plusieurs autres lieux, par un ou plusieurs individus* » (Chapelon, 2004). C'est donc un concept et non une mesure.

Les modèles d'accessibilité permettent une simplification de la réalité : ils ne véhiculent pas la complexité du monde dans son ensemble, mais une partie compréhensible. Les modèles gravitaires sont retenus. Ils sont inspirés des modèles gravitaires en physique, qui montrent qu'un corps exerce une attraction d'autant plus importante sur un autre corps que sa masse est importante et que la distance entre les deux corps est réduite. Transposés en géographie, ils reposent sur deux fondements : un effet dissuasif de la distance (plus elle augmente, moins le lieu est accessible) et un effet positif du rapport entre offre et demande (plus il augmente, plus l'établissement est attractif). Ces modèles interviennent « *dans l'explication de presque toutes les structures spatiales (par exemple le modèle centre-périphérie) ou processus spatiaux (par exemple la diffusion spatiale)* » (Pumain et Saint-Julien 2010), c'est pourquoi les géographes Pumain et Saint-Julien les considèrent comme les modèles de base de la géographie.

Calculé par commune, l'indicateur décrit la forme générale de l'aire d'attraction autour d'un lieu disposant d'une ressource. Il est par exemple utilisé dans le cadre d'études d'implantation d'établissements, de commerces ou de services et en aménagement du territoire pour délimiter les zones de desserte. Contrairement au taux d'équipement, le modèle gravitaire est peu sensible au maillage, puisque le calcul tient compte de l'offre voire de la demande dans les communes alentours.

Un modèle gravitaire classique, également dit de simple densité flottante, permet de tenir compte de l'offre disponible dans les communes alentours. Il est comparé dans ce prologue à un modèle de doubles densités flottantes, tenant compte de l'offre et de la demande alentours. Développé sous la terminologie de *Two-step floating cathment area* (2SFCA) (Luo et Wang, 2003 ; Luo et Qi , 2009), il est nommé Accessibilité potentielle localisée (APL) par le groupe de travail Drees-Irdes-Insee, qui l'applique aux professionnels et équipements sanitaires (Barlet *et al*, 2012). La comparaison entre simples et doubles densités flottantes n'avait, à notre connaissance, jamais été entreprise sur un même champ, alors même que ces deux modèles reposent sur des équations comparables[6].

D'abord, pour chaque commune de France *i* croisée avec chaque commune équipée à 35 kilomètres ou moins *j*, A_{ij} modélise l'attraction de la commune j sur les personnes âgées résidant dans la commune *i*.

$$A_{ij} = \frac{offre\ disponible_j}{distance_{ij}} = \frac{\frac{offre_j}{demande_{de\ l'équipement\ j}}}{distance_{ij}}$$

Lecture : La population âgée d'une commune i est attirée par les établissements d'une autre commune *j* proportionnellement à l'offre disponible dans la commune j, mais en proportion inverse de la distance séparant i et j. La distance n'est alors pas un nombre de kilomètres, mais une mesure qui peut prendre différentes formes fonctionnelles. Par convention, quand la distance routière séparant les communes i et j est supérieure à 35 km, l'attraction exercée par la commune j sur la commune i est nulle.

[6] Cette analyse fait l'objet d'un article complet de 36 pages, dans les Actes des Journées de méthodologie statistique de l'Insee de 2015, sous le titre *L'apport des statistiques à trois concepts majeurs de la géographie : proximité, accessibilité, accès*. Disponible en ligne.

L'attractivité exercée par une commune *j* sur une commune *i* n'est pas un indicateur synthétique à l'échelle communale : la commune *i* aura autant de mesures d'attractivité qu'il existe de communes équipées à 35 km ou moins. L'indicateur synthétique retenu pour la commune est dit potentiel de relation de Huff. Il reflète la possibilité, pour les habitants âgés d'une commune, d'obtenir une place à proximité de leur lieu de vie. Il somme, pour chaque commune *i*, « les attractivités » précédemment calculées.

$$PR_i = \sum_{j=1}^{n} A_{ij} = \sum_{j=1}^{n} \frac{\frac{offre_j}{demande_{de\ l'équipement j}}}{distance_{ij}}$$

Apparaissent donc dans ces modèles d'accessibilité géographique trois composantes : l'offre, la demande et la distance. Les mesures de l'offre et de la demande sont exposées dans les chapitres, seul l'effet de la distance est expliqué ci-après.

Celui-ci peut être approché par une fonction mathématique, le plus souvent la fonction décroissante $1/X^2$. Par convention, lorsqu'un résident est resté dans sa commune, la distance qu'il a parcourue est de 500 mètres : puisque le modèle impose une division par la distance, celle-ci ne peut pas être nulle.

L'effet de la distance peut également être approché à partir des pratiques spatiales effectives des résidents en EHPAD. Mais cet effet n'est alors pas continu : la part des résidents ayant parcouru une distance donnée ne décroît pas constamment : alors qu'un tiers a rejoint l'EHPAD de sa commune, ils sont moins de 1 % à avoir parcouru 1 kilomètre, et presque 5 % à avoir parcouru 5 kilomètres (Graphique 2). Ceci tient à plusieurs éléments.

- D'abord, les distances présentées sont entre chefs-lieux de communes. Or, toutes les mairies des communes de France ne sont pas à moins d'un kilomètre de la mairie d'une autre commune. Est donc calculé, pour chaque distance, le nombre de résidents qui l'ont parcourue par rapport à ceux qui auraient pu la parcourir.

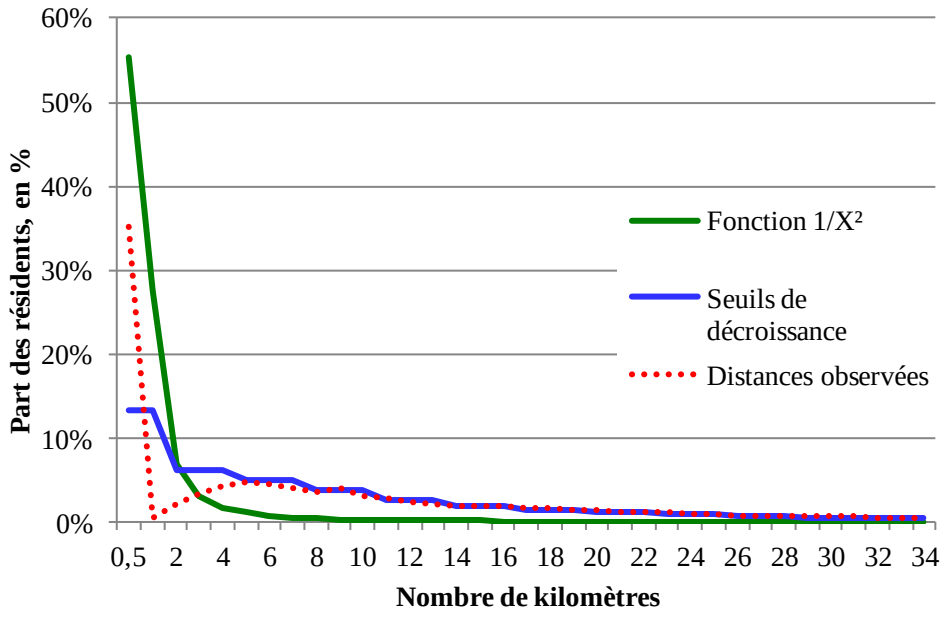
- Ensuite, les pratiques spatiales des résidents dont la commune du lieu de vie antérieur est équipée en EHPAD se distinguent de celles pour lesquels ce n'est pas le cas. En incluant cette distinction, l'effet de la distance serait davantage décroissant, mais cela complexifierait le modèle et lui ferait perdre d'importantes propriétés mathématiques.

- Enfin, la présence de l'Île-de-France dans le champ de l'étude, où les pratiques spatiales sont spécifiques. Les résidents originaires de cette région sont exclus du calcul suivant.

À partir des pratiques spatiales observées, des « seuils » sont déterminés pour modéliser la décroissance de la distance : la courbe devient une fonction en escalier. Un seuil correspond à deux kilomètres, en fonction des résidents ayant parcouru ces distances. Par exemple le même coefficient est appliqué aux personnes ayant parcouru 3, 4 ou 5 kilomètres.

Les deux estimations de l'effet de la distance sont retenues : la fonction mathématique exogène et la décroissance par seuils, ancrée sur des pratiques spatiales observées. Dans les deux cas, l'objectif est de calculer une accessibilité géographique locale : la fonction mathématique et les coefficients nationaux afférents aux seuils sont affectés à chaque commune.

Graphique 2 - Fréquences observées et décroissance de la distance



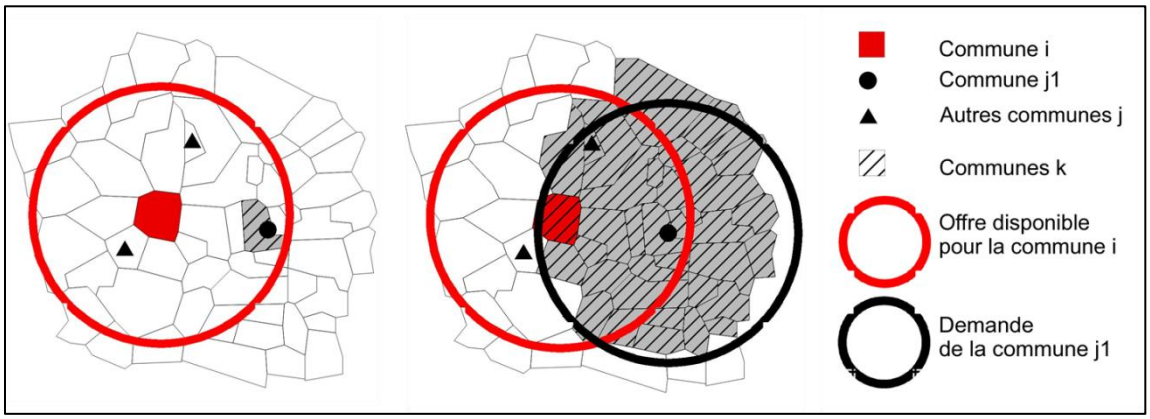
Lecture : Les distances réellement parcourues par les résidents institutionnalisés fin 2011, lors de leur entrée en EHPAD, figurent en pointillés rouges. **Champ** : Résidents en EHPAD fin 2011. **Sources** : Drees (EHPA 2011), Insee (Populations 2010, recensement de la population).

La comparaison entre les deux mesures montre d'importants écarts dans les plus courtes distances, qui se réduisent ensuite. En effet, la situation géographique est le premier critère de choix d'un EHPAD (Weber, 2011), mais d'autres éléments entrent en jeu: les tarifs, la disponibilité des places au moment de la demande ou le rapprochement familial influencent les mobilités. Lorsque les seuils sont utilisés, le modèle intègre ces éléments complémentaires. Le modèle reflète une accessibilité géographique, si les pratiques spatiales dans la commune étaient similaires à celles observées en moyenne dans le reste de la France métropolitaine (hors Île-de-France).

1.3.2. De la simple à la double densité flottante

Le modèle des simples densités flottantes considère qu'une personne, par exemple d'une commune non équipée d'un canton rural, aura d'autant plus de possibilités d'accéder à l'EHPAD du chef-lieu de canton que la demande dans la commune du chef-lieu, approchée par la population âgée de celle-ci, est faible. Le modèle des doubles densités flottantes permet d'inclure, pour chaque commune *j* équipée, la demande des communes alentours : ce modèle intègre le rayonnement de l'offre au-delà de la commune d'implantation (Figure 4).

Figure 4 - Simples et doubles densités flottantes



Lecture : La commune *i* est celle pour laquelle l'accessibilité est calculée. Celle-ci dépend de la présence de l'offre à proximité, c'est-à-dire incluse dans le cercle rouge. Pour la commune équipée j_1, la demande est d'abord restreinte à la commune, puis élargie aux communes alentour. **Champ** : Zonage communal dans le Territoire de Belfort. **Source cartographique** : Arctique.

Dans ce second modèle, la demande potentielle est calculée d'après la même fonction de décroissance de la distance (fonction 1/X² ou les seuils), à partir de la population de référence de l'ensemble des communes *k* alentour.

$$A_{ij} = \frac{\dfrac{offre_j}{demande_j + demande_{autour\ de\ j}}}{distance_{ij}}$$

$$\text{Avec : } demande_{autour\ de\ j} = \sum_{k=1}^{m} \frac{pop_ref_k}{distance_{jk}}$$

Les différences entre le potentiel de relation pour les simples et les doubles densités flottantes apparaissent dans les formules ci-après.

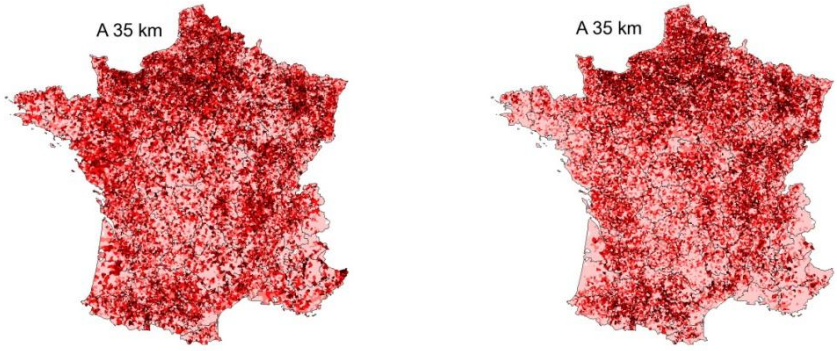
$$PR_simple_i = \sum_{j=1}^{n} \frac{\dfrac{offre_j}{demande_j}}{distance_{ij}} \qquad PR_double_i = \sum_{j=1}^{n} \frac{\dfrac{offre_j}{demande_j + \sum_{k=1}^{m} \dfrac{pop_ref_k}{distance_{jk}}}}{distance_{ij}} ;$$

Faire varier la zone considérée comme accessible, c'est-à-dire la taille des cercles sur le schéma, transforme les résultats obtenus : quelle est l'accessibilité si l'on considère qu'une personne âgée devrait pouvoir trouver un EHPAD dans sa commune ou bien faire moins de 15 km ? Le rayon de l'aire choisie « *peut être fixé selon une distance jugée ''acceptable''* » (Dersy, 2010). La borne de 35 kilomètres est retenue, considérant qu'au-delà il s'agit d'une migration, et donc que le choix de la personne ou la contrainte de l'offre rompent avec une logique de proximité (Carte 6).

Carte 6 - Accessibilité aux EHPAD selon le modèle

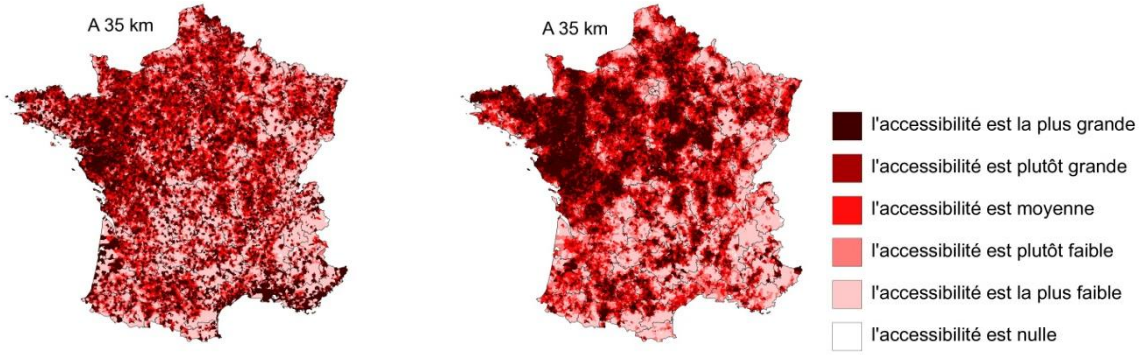
a) Simple densité flottante - décroissance de la distance en 1/X²

Décroissance de la distance en 1 / X² **Décroissance de la distance par seuil**



b) Double densité flottante

Décroissance de la distance en 1 / X² **Décroissance de la distance par seuil**



Lecture : Plus une commune apparaît en foncé, plus les personnes âgées de la commune ont de facilité, par rapport aux personnes âgées des autres communes, à trouver une place dans un EHPAD à proximité de leur lieu de vie. Chacune des cinq classes de couleur regroupe environ un quintile des communes, pour lesquelles l'accessibilité n'est pas nulle. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011, France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Drees (EHPA 2011), Insee (Populations 2010, recensement de la population), distancier INRA (Odomatrix). **Source cartographique** : Arctique.

Les quatre cartes visent à représenter l'accessibilité aux EHPAD à 35 kilomètres, les images offertes varient cependant, les espaces les plus accessibles apparaissant plus ou moins concentrés. L'impression visuelle est différente entre cartes à simple et à double densité flottante, alors même que dans les deux cas, 20 % des communes figurent dans la couleur la plus foncée. Les corrélations obtenues entre les modèles sont importantes sur le territoire, excepté en région parisienne où les résultats s'inversent, la demande potentielle étant mieux approchée.

Pour cette thèse, le modèle des doubles densités flottantes avec une décroissance de la distance par seuil est retenu. Celui-ci rend mieux compte de la demande, et l'effet de la distance y est fondé sur les pratiques effectives. Les résultats sont présentés au chapitre 4.

2. Des données locales pour une vision globale

Les données collectées ou disponibles à la Drees ne permettent pas de couvrir l'offre de manière exhaustive. En particulier, l'accompagnement de la dépendance à domicile par les Conseils départementaux est connu peu précisément. Un questionnaire départemental annuel renseigne sur les dépenses brutes d'APA à domicile (APA-D) ainsi que sur le nombre de bénéficiaires par âge, par sexe ou par GIR (Drees). L'enquête Remontées Individuelles (Drees) regroupe quant à elle les données individuelles présentes dans les fichiers de gestion de l'APA, permettant de disposer de données détaillées pour environ 850 000 personnes bénéficiaires de la prestation en 2011, dans 66 Conseils départementaux. Bien que permettant des analyses détaillées (Bérardier, 2014), la commune de résidence de la personne n'est pas enquêtée, ce qui limite la possibilité d'une étude géographique.

L'établissement de conventions avec quatre départements permet d'accéder aux données individuelles relatives à leurs bénéficiaires de l'APA à domicile, incluant la localisation de ceux-ci. En 2011, le document « *objectifs et attentes de l'étude locale* » expose aux Conseils départementaux contactés la démarche de cette étude locale. Trois phases étaient distinguées :

- choix des départements ;
- signature des conventions avec les départements, récupération et étude des données locales ;
- étude qualitative de terrain.

Les deux premiers items sont repris ci-après. L'étude qualitative justifie le développement de la troisième partie du chapitre. Au-delà, puisque les départements sont chefs de file de l'action sociale, collaborer avec leurs directions donne l'opportunité d'observer leur fonctionnement : qui sont les premiers interlocuteurs pour cette recherche ? Quelles équipes sont ensuite mobilisées ? Par exemple, quels sont les liens entre les équipes en charge de l'accompagnement à domicile et des établissements ? Les liens entretenus avec les autres acteurs, CLIC et CCAS notamment, sont ensuite observés. C'est donc une occasion d'analyser les réseaux en place autour du département, et les partenaires « habituels ».

2.1. Le choix des quatre Conseils départementaux comme terrains d'étude

2.1.1. L'objectif de diversité

Le choix des départements est guidé par un objectif de diversité. En effet, une enquête qualitative ne recherche pas la représentativité, son objectif est d'offrir un panorama de situations variées. Aussi, déterminer les terrains d'étude nécessite de bien connaître les caractéristiques de l'ensemble des départements. Une typologie départementale de l'offre d'accompagnement de la dépendance est réalisée en master 2 à partir de données de la Drees, de l'Insee, de l'Assurance maladie et de caisses de retraite. Sa présentation fait l'objet des chapitres 5 et 6. Celle-ci est enrichie par la lecture des schémas gérontologiques de 87 départements, permettant une première sélection.

Le recours à l'offre est différencié en fonction de la densité de population, du contexte socioéconomique, du type d'habitat et du niveau de services proposé. Par exemple, la différence entre pays d'Oc et d'Oïl reste culturellement fondamentale, notamment sur l'organisation des familles (Pitte, 2012). Or, celle-ci a des conséquences sur l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. La diversité politique était par ailleurs souhaitée, elle n'est pas obtenue (Tableau 1).

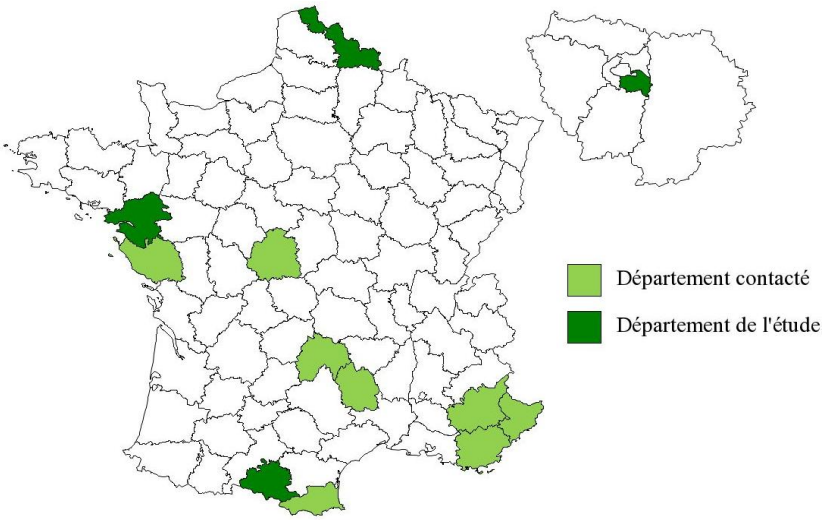
Tableau 1 - Caractéristiques des départements contactés

Département	Localisation	Offre dominante	Densité de population	Revenus médians	Couleur politique
Alpes de Haute-Provence	Sud-est	Infirmiers	23	18 290 €	PS
Alpes maritimes	Sud-est	Infirmiers	252	20 540 €	UMP
Ariège	Sud-ouest	Aides à domicile	31	16 772 €	PS
Cantal	Centre	--	26	14 880 €	UMP
Indre	Centre	EHPAD	34	16 478 €	UMP
Loire-Atlantique	Ouest	EHPAD	190	18 194 €	PS
Lozère	Centre	Aides à domicile	15	15 388 €	PS
Nord	Nord	Aides à domicile	449	17 014 €	PS
Pyrénées-Orientales	Sud	Infirmiers	110	17 632 €	PS
Val-de-Marne	Petite couronne	Aides à domicile	5 443	23 386 €	PCF
Var	Sud	Infirmiers	170	20 890 €	UMP
Vendée	Ouest	EHPAD	61	16 534 €	UMP

Lecture : Le revenu médian est par unité de consommation, pour les ménages dont le référent fiscal à 75 ans ou plus (éviter les biais liés au changement des revenus par âge), les départements participants sont colorés. **Champ** : Départements de France métropolitaine contactés pour l'étude locale. **Sources** : Insee 2012 (Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal).

Ainsi, les Conseils départementaux sont sollicités pour garantir une diversité des territoires d'étude (Carte 7).

Carte 7 - Localisation des départements contactés ou participant à l'étude



Lecture : Les départements en vert foncé ont accepté de participer à l'étude (Ariège, Loire-Atlantique, Nord et Val-de-Marne). Les départements en clair ont été contactés, l'étude locale n'a cependant pas pu y aboutir (Alpes de Haute Provence, Alpes-Maritimes, Cantal, Indre, Lozère, Pyrénées-Orientales, Var, Vendée). **Champ** : Départements de France métropolitaine, hors Corse. **Sources** : Journal de terrain. **Source cartographique** : Arctique.

Cependant, la réalisation de l'étude dépend de son acceptation par les administrations locales.

2.1.2. L'étude nécessite l'accord des Conseils départementaux, puis l'appui de ses équipes et réseaux

2.1.2.1. Une démarche décisive mais difficile : obtenir l'accord d'un responsable administratif

Obtenir l'accord des Conseils départementaux s'est révélé une étape longue et difficile en début de thèse, pour quatre raisons majeures.

- Il s'agit d'une étude exploratoire. Les personnes contactées se projetaient parfois malaisément dans la démarche, d'autant que les résultats de l'étude seraient fortement liés aux données

qu'ils pourraient eux-mêmes communiquer. Le travail auprès des départements était pour nous une nouveauté. Identifier les arguments pouvant convaincre les professionnels était complexe.

- Tout partenariat demande du temps. Cette étude nécessite plusieurs jours de travail pour les équipes départementales, et pendant plusieurs années. Pour certains départements, déjà en en difficultés pour assurer leurs missions, ce n'était pas envisageable.

- Les compétences en interne ne permettent pas toujours de réaliser les extractions de bases de données nécessaires à l'étude, particulièrement dans les départements ruraux où les équipes sont moins nombreuses et moins spécialisées. La proposition est alors faite d'aider la personne en charge des requêtes. Ainsi, les difficultés du département de l'Ariège ont été palliées par des extractions réalisées conjointement lors d'un déplacement au Conseil départemental. Un autre département rural a cependant refusé l'étude.

- « L'étiquette » de l'université et de la Drees pourraient avoir nui à certains partenariats. En atteste le refus d'un département de participer, percevant l'étude comme une intrusion de l'État dans la gestion départementale.

Conformément à la méthodologie présentée dans la convention de recherche avec la Drees, quatre départements participent à l'étude : l'Ariège, la Loire-Atlantique, le Nord et le Val-de-Marne. Le nombre de départements était réduit dans le projet de thèse, anticipant le temps nécessaire au contact de ces derniers, à la récupération des données et à leur exploitation. La plupart des données départementales ont finalement été accessibles courant 2013, alors que la démarche de coopération avec les départements est entreprise dès la fin 2011.

Malgré les contacts pris avec plusieurs départements dans lesquels l'offre en infirmiers domine, aucun n'a rejoint l'étude. Des trois départements dans lesquels les EHPAD représentent l'offre dominante, un seul a finalement donné son accord. La motivation de ces départements pour participer à une telle étude pourrait être moindre puisque localement la recherche porte sur les bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile. Les problématiques liées au recours seraient peut-être moins aiguës. Cela n'avait pas été envisagé en début de thèse, ces catégories de départements n'ont pas été sollicitées en plus grand nombre.

Surtout, la plupart des Conseils départementaux contactés sans avoir en leur sein quelqu'un déjà convaincu de l'intérêt de l'étude ont refusé la collaboration. Ainsi, le Nord et la Loire-Atlantique participaient au groupe de conception des indicateurs sociaux départementaux, piloté par la Drees. Le premier contact est fait dans ce cadre. En Val-de-Marne, par des connaissances communes, il nous a été possible de rencontrer les professionnels de la direction de la solidarité ainsi que l'élue responsable des personnes âgées. Seule l'Ariège a accepté la collaboration sans contact préalable.

2.1.2.2. Obtenir le portage politique

L'étude fait l'objet d'une déclaration au correspondant de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) à l'université et dans les départements, les données exploitées étant individuelles et identifiantes. Au-delà, une convention de partage de données était nécessaire à établir entre chaque Conseil départemental et le laboratoire de recherche, celle signée avec l'Ariège figure pour exemple en annexe. Les responsables administratifs des Conseils départementaux ont souhaité valider la convention par son passage en commission permanente, émanation de l'Assemblée départementale (Code général des collectivités territoriales, article L3122-4). Il s'agit de faire entériner par les élus la

collaboration, ce qui n'était pas obligatoire puisque celle-ci ne contient aucun élément d'ordre financier. En conséquence, cette exigence des services a impliqué un délai supplémentaire d'obtention des signatures.

Le portage politique de l'étude et l'appui du directeur des solidarités sont cependant une plus-value pour en garantir le bon déroulement. Puisque l'étude demande du temps dans plusieurs services départementaux, afin de bénéficier des compétences et des réseaux de tous, elle doit être intégrée aux missions des professionnels.

Afin d'obtenir l'accord des élus, il fallait les convaincre de l'intérêt du partenariat. Dans les départements, mener cette étude était conforme à l'un au moins des engagements des schémas gérontologiques, dans lesquels les départements inscrivent les axes forts de leur politique d'accompagnement (Tableau 2). Dès la prise de contact, l'étude est présentée comme un outil d'aide à la décision. Les enjeux exposés visent à répondre aux contextes locaux dans leur dimension spatiale et temporelle : évaluation du schéma actuel ou élaboration du prochain, questionnement sur les périmètres d'intervention des services etc. L'Ariège met ainsi en valeur l'intérêt pour le département « *de collecter des informations qualitatives et quantitatives sur un département rural de moyenne et haute montagne [et de] proposer une nouvelle approche géographique, pour appréhender les prises en charge de la dépendance des personnes âgées* » (convention du 25 juillet 2013, entre le département de l'Ariège et le Lab'urba, figurant en annexe).

Tableau 2 - Engagements du Schéma gérontologique du Nord dans lesquels s'inscrit la recherche

Engagement n°1, organiser la fonction d'observation, d'analyse et de diffusion en matière de dépendance.
Engagement n°2, expérimenter une démarche territoriale de réponse aux besoins, notamment en élaborant un diagnostic territorial, permettant de faire un état des lieux de l'offre et de le rapprocher des besoins existants, en identifiant les modes d'intervention des différents acteurs.
Engagement n°10, assurer une offre de service équilibrée entre les territoires en structurant le partenariat.

Lecture : Le premier engagement du schéma gérontologique du Nord consiste à organiser la fonction d'observation, d'analyse et de diffusion en matière de dépendance. **Sources** : Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale du Nord, volet Personnes âgées (2012-2015).

L'étude locale s'est construite en étroite collaboration avec les services départementaux, dont les équipes ont été rencontrés fréquemment (le calendrier des rencontres figure en annexe). Étant peu à peu convaincus de l'intérêt de cette étude, des participants de plusieurs autres services ont rejoint les réunions de suivi.

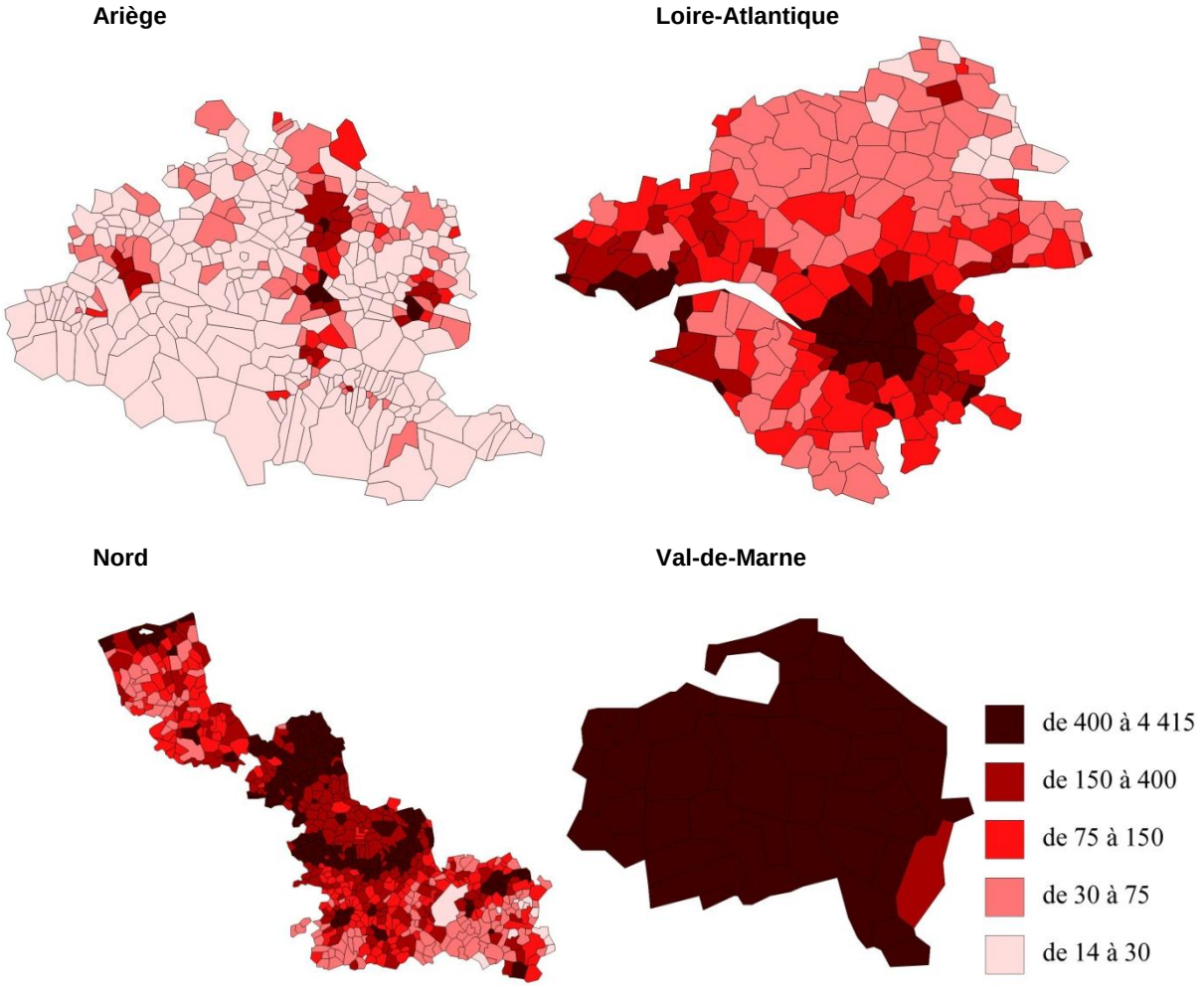
Ainsi, l'étude est conduite pour répondre aux attentes des responsables et décideurs des Conseils départementaux. Cela demande une disponibilité pour répondre aux sollicitations des personnes du département et pour valoriser les enseignements de l'étude auprès de la direction, des élus, des professionnels locaux ou du Comité départemental des personnes âgées.

Un temps important de la thèse est donc consacré aux relations avec les départements. Celles-ci se sont révélées riches, sans doute plus que ce qui était attendu lors de la rédaction du projet de thèse. Elles ont permis de bénéficier de l'expertise de nombreux professionnels locaux. Recueillir leur point de vue sur l'analyse quantitative s'est révélé très enrichissant, et un travail en commun régulier a facilité la mobilisation des équipes pour l'étude qualitative. Finalement, l'étude est devenue un travail collectif, ce qui garantit qu'elle pourra devenir cet outil d'aide à la décision initialement souhaité. C'est ce qui conduit à solliciter un responsable départemental dans le jury de la thèse.

2.2. Les quatre Conseils départementaux : Ariège, Loire-Atlantique, Nord, Val-de-Marne

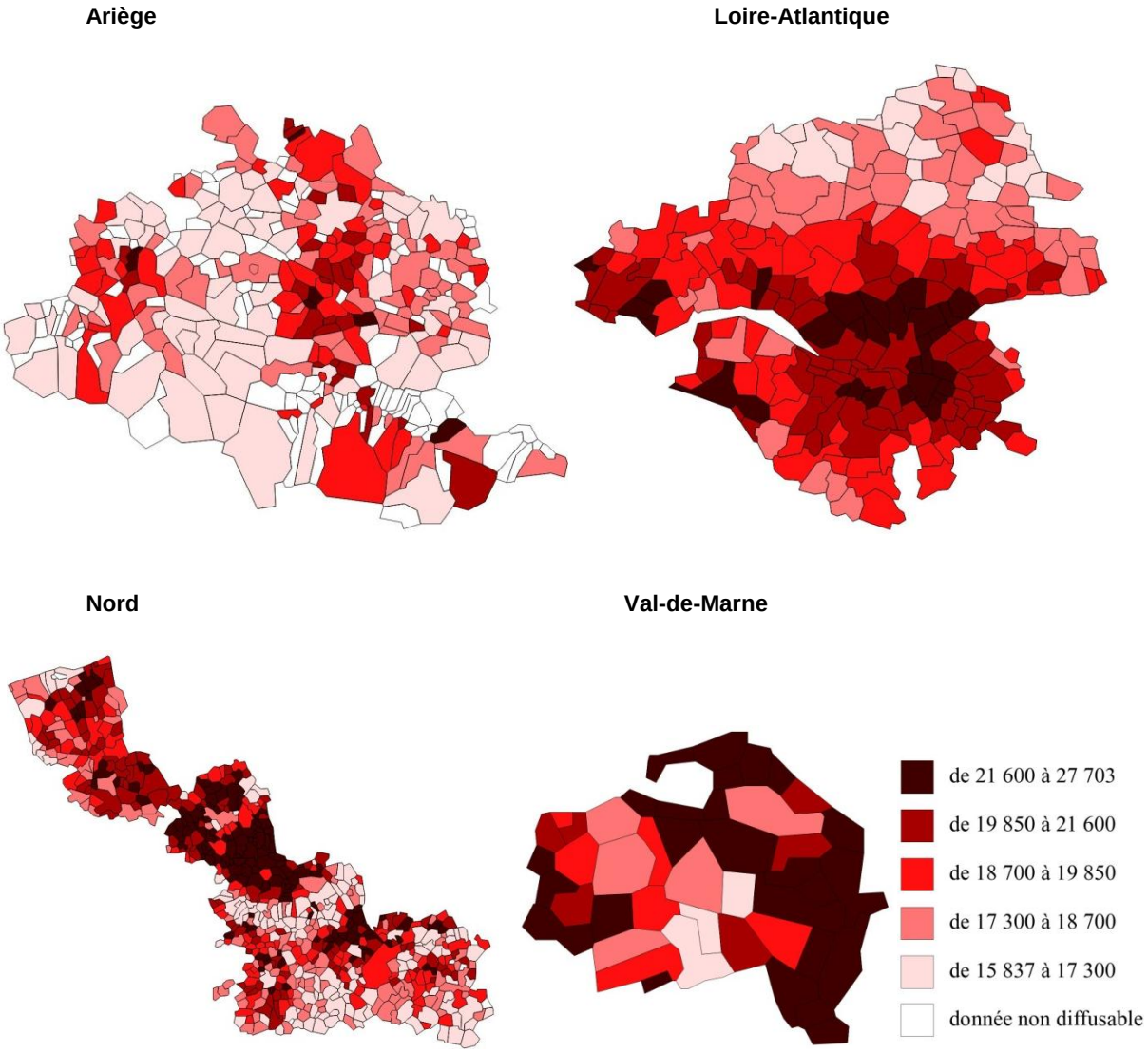
Quatre départements participent à l'étude. Quelques-unes de leurs caractéristiques sont reprises ci-après. Leur localisation géographique, la structuration de leur habitat, leurs conditions socioéconomiques répondent à l'objectif de diversité fixé. Ainsi, alors que la densité de population est proche de 100 habitants par kilomètre carré en France, elle est le plus souvent trois fois inférieure en Ariège, et quatre fois supérieure en Val-de-Marne (Carte 8). La médiane des revenus disponible varie également entre départements (Carte 9).

Carte 8 - Densité de population dans les départements de l'étude



Lecture : Les communes apparaissant dans la couleur la plus foncée ont une densité supérieure à 400 habitants par kilomètre carré. **Champ** : Départements de l'étude, en 2011. **Sources** : Insee (Recensement de la population, exploitation principale). **Source cartographique** : Arctique.

Carte 9 - Médiane du revenu disponible, par unité de consommation, en 2012, en euros



Lecture : Dans les communes apparaissant dans la couleur la plus foncée, les revenus médians par unité de consommation sont supérieurs à 21 600 €. **Champ** : Départements de l'étude, en 2012. **Sources** : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, (Fichier localisé social et fiscal). **Source cartographique** : Arctique.

Ces deux cartes montrent à la fois les différences entre les départements et l'ampleur des différences infra-départementales en termes socioéconomique et d'urbanisation. En conséquence, les publics rencontrés sur les territoires sont différents, en témoignent des professionnels ariégeois.

> On peut schématiquement distinguer les anciens ouvriers, la population agricole, la population citadine. L'Ariège a été un territoire industriel : usines textiles à Lavelanet, métallurgie à Pamiers, aluminium à Vicdessos, talc à Luzenac ou les papeteries à Saint-Girons. Selon plusieurs évaluateurs, les anciens ouvriers « *sont très usés physiquement* ». Les personnes âgées qui « *se retirent de la ville et qui viennent se mettre au vert* » constituent un autre profil. Dans le Couserans, « *les gens qui ont des revenus plus élevés, c'est des gens qui sont revenus dans des maisons de famille, passer leur retraite* ». Les personnes peuvent également choisir de petites villes touristiques, comme Mirepoix. Enfin, sur le territoire de Pamiers et notamment à proximité de la Nationale 20, qui mène à Toulouse, « *les gens sont citadins, avec une manière de vivre et d'aborder le vieillissement comme… dans les villes* ». D'autres cantons sont plus isolés : le Quérigut, au sud-est du département : « *n'est accessible l'hiver qu'en passant par l'Aude. C'est une bulle, pour certaines administrations ils s'adressent à l'Ariège, d'autres ils s'adressent à l'Aude, et d'autres ils s'adressent encore aux Pyrénées-Orientales. Parce qu'*ils sont *dans une configuration* [spatiale] *très difficile. Ce qui oblige les gens à une manière d'exister. C'est un*

peu de la vieille histoire, mais quand il y a des coupures d'électricité, ils ne sont pas affolés, ils attendent que ça revienne. Ils sont dans cette culture-là ! Il ne leur viendra pas à l'esprit de râler. En termes de services ou d'attentes vis-à-vis des services, ils sont aussi dans cette configuration-là ».

Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014

Selon les membres de l'équipe médico-sociale, ce caractère rural se traduit par une absence d'anonymat, à plusieurs niveaux.

L'Ariège, « *c'est petit, tout le monde se connait* ». C'est « *un territoire où on personnalise beaucoup les choses* ». Le territoire est marqué par l'absence d'anonymat, « *autant entre les institutions qu'entre les salariés et les personnes âgées, à plein de niveaux, il y a cette constante. Avec laquelle il faut travailler* ». Sur le plan individuel, les personnes âgées « *vont préférer un intervenant [de leur territoire], même si c'est très difficile à trouver* ». « *Parce que, ils veulent connaître, ils veulent que ce soit quelqu'un de là, même si c'est quelqu'un qui ne sait pas passer le balai… c'est le souci secondaire* ». « *C'est une force sur laquelle on peut s'appuyer parce qu'effectivement, les gens ont confiance* ». C'est parfois un piège parce qu'il est difficile de se séparer d'un intervenant qui ne répondrait plus aux besoins. Cette absence d'anonymat « *déteint même au niveau institutionnel* », dans les relations que les institutions ont entre elles. Les institutions « *n'ont pas cette exigence qu'elles peuvent avoir de manière automatique dans des grands départements que, non, on ne communique pas ces informations-là, il n'y a pas lieu de répondre favorablement à votre demande d'information. Alors qu'ici, le réflexe est plutôt le contraire. C'est-à-dire que postulat, c'est l'information circule* ».

Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014

En Loire-Atlantique ou dans le Nord, s'ajoute l'opposition entre les territoires littoraux et les autres territoires.

2.3. La localisation des bénéficiaires et le choix des unités spatiales d'analyse

Lorsqu'un territoire compte moins de 5 bénéficiaires, il ne peut pas être inclus dans l'analyse, qui respecte le seuil du secret statistique proposé par l'Insee. Même lorsqu'un territoire compte plus de cinq bénéficiaires, un zonage trop fin peut fausser les analyses quantitatives, qui sont d'autant plus pertinentes qu'elles reposent sur un grand nombre d'individus.

Si le zonage est trop large, les résultats de l'étude risquent ici encore de manquer de pertinence. Dans le Val-de-Marne, les disparités au sein des communes sont importantes. Mobiliser cette échelle lisse les disparités. L'échelle retenue dans ce département est un zonage intermédiaire entre le quartier et le « pâté de maisons », appelé IRIS (« *Îlot regroupé pour l'information statistique* »), niveau géographique le plus fin de diffusion des données de l'Insee[7]. Les données relatives aux bénéficiaires, diffusées à l'adresse, sont géolocalisées dans les 527 IRIS des 47 communes du département. Il s'agit d'un zonage nouveau pour le Conseil départemental, les données relatives aux bénéficiaires de l'APA n'ayant jamais été exploitées à une échelle aussi fine.

Inversement, en Ariège, au vu des faibles densités de population et des disparités infra-cantonales, il est proposé aux responsables de la Direction des solidarités d'introduire une échelle d'analyse construite de la manière suivante.

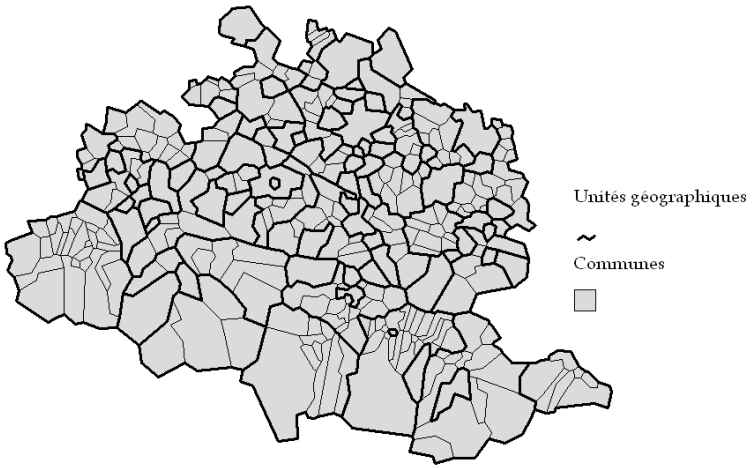
- Lorsqu'une commune compte 10 bénéficiaires de l'APA fin 2013 au moins, elle est étudiée de manière isolée.

[7] Zonage développé par l'INSEE au début des années 2000, il découpe le territoire en mailles de taille homogène. Ce zonage constitue « *la brique de base en matière de diffusion de données infra-communales* ». Les communes d'au moins 10 000 habitants et une forte proportion des communes de 5 000 à 10 000 habitants sont découpées en IRIS.

- Les communes qui comptent 9 bénéficiaires ou moins sont regroupées avec les autres communes du canton dans la même situation.

79 unités géographiques sont ainsi obtenues (Carte 10). Elles sont présentées sur la carte ci-après. Ce zonage n'est pas remis en question lors de la présentation de l'étude au Service autonomie, aux responsables de la direction ou à des Conseillers départementaux en avril 2014.

Carte 10 - Unités géographiques utilisées dans le cadre de l'étude



Lecture : Les limites plus épaisses dessinent les contours des unités géographiques utilisées dans l'étude. **Champ** : Ensemble des communes d'Ariège. **Sources** : Conseil départemental de l'Ariège (bénéficiaires de l'APA à domicile en 2013). **Source cartographique** : Arctique.

Dans le Nord, le département a souhaité utiliser le zonage des unités territoriales de prévention et d'action sociale découpant le département en 46 territoires. En Loire-Atlantique comme en Val-de-Marne, les IRIS sont utilisés lorsqu'ils existent, par exemple à Nantes et dans la périphérie. Quand elles ne sont pas découpées en IRIS, les communes sont utilisées. Les quelques communes comptant trop peu de bénéficiaires sont supprimées de l'étude.

Au cours de la thèse, les valeurs d'indicateurs départementaux sont comparées. Or, celles-ci sont fondées sur les zonages précédemment décrits, très différents. En effet, les unités spatiales retenues ne sont pas comparables ni en surface ni en population. Elles le sont cependant en ce qu'elles représentent les plus fines unités auxquelles il est possible de travailler : la diversité des zonages utilisés témoigne en elle-même de l'hétérogénéité des territoires d'étude.

3. Un important protocole qualitatif pour donner du sens

3.1. Le choix de la méthodologie et du protocole d'enquête : des entretiens qualitatifs et la confiance dans la parole collective

L'intérêt d'approfondir la recherche quantitative par une étude qualitative apparaît dès le projet de thèse, rédigé avec la Drees et le directeur de thèse en 2011. L'objectif était d'approfondir trois thématiques : la coordination entre les acteurs, les conséquences de la substitution entre les acteurs pour les personnes, et les déterminants du non-recours à l'APA, prestation de droit. Celles-ci font respectivement l'objet des chapitres 3, 6 et 7. L'intérêt du qualitatif est alors sa capacité à renseigner sur des phénomènes faibles quantitativement ou émergents, et à démêler les différents déterminants d'un phénomène. Il est par ailleurs adapté pour l'étude des pratiques culturelles. C'est alors « *dans le rapport au terrain que se joue une part décisive de la connaissance* » (Olivier de Sardan, 2008).

L'entretien s'impose d'emblée comme l'outil d'investigation adéquat pour recueillir les témoignages des acteurs locaux. Dès l'origine les entretiens de personnes âgées elles-mêmes sont exclus, moins pertinents sur notre problématique et chronophages. Privilégiant le partage de points de vue professionnels, la méthode des entretiens collectifs est retenue. Ceux-ci récoltent un discours émanant d'une dynamique collective, et saisissent « *les prises de position en interaction les unes avec les autres, et non de manière isolée. Dans cette optique, [ils permettent] à la fois l'analyse des significations partagées et du désaccord* » (Haegel, 2005). Les entretiens conduits ont permis à la fois un partage d'analyse et un partage d'expérience entre les professionnels présents.

Les entretiens collectifs trouvent leur origine dans des méthodes ethnologiques et anthropologiques : les chercheurs les mobilisaient pour comprendre les organisations sociales. Ils se développent ensuite dans les sphères des médias et du marketing, particulièrement dans le monde anglo-saxon. Ils sont alors utilisés par les entreprises pour mener des recrutements, permettant l'analyse de réactions en situation, ou surtout pour mener des études à bas coûts : ils rassemblent davantage de personnes. En conséquence, jusque récemment, peu de recherches s'appuyaient sur des entretiens collectifs, mais ceux-ci sont actuellement en essor dans la recherche académique française. Le cadre conceptuel de la thèse ne pouvait s'appuyer sur les méthodes des « focus group » élaborées pour le marketing, les objectifs et la rigueur attendus étant trop différents. Dans le même temps, peu de recherches mobilisent pour l'instant la méthode en explicitant leur cadre conceptuel.

La justification des choix méthodologiques et des hypothèses dont ils découlent a été communiquée sous forme de document de travail au conseil scientifique de la recherche. Les principaux éléments sont résumés ci-après. Trois déterminants influencent particulièrement les contenus récoltés : le type d'analyse souhaité, le recrutement des participants et l'animation (Garcia et Haegel, 2011). La préparation des entretiens nécessite un temps de travail long et incompressible ; leur exploitation incluant retranscription intégrale et analyse, également. Il est donc nécessaire de choisir un nombre raisonnable de groupes, construits de manière satisfaisante.

Un journal de terrain est élaboré en amont des entretiens (Beaud et Weber, 2012), il est utilisé à l'issue de chaque entretien afin de dresser rapidement un bilan des thèmes abordés et des impressions, et plus globalement lors de l'ensemble de l'étude qualitative : il sert d'appui à l'élaboration de notre analyse, il est souvent cité par la suite.

3.1.1. Une analyse par territoire et appartenance institutionnelle

L'étude qualitative veut vérifier, compléter et enrichir les problématiques mises en lumière par l'enquête statistique et la recherche bibliographique.

Afin de laisser libre-court à la discussion, l'entretien est semi-directif à faible encadrement : l'animation peu interventionniste. Les groupes les plus nombreux sont ceux dans lesquels l'animation a été la plus présente, le risque de conversations fractionnaires étant le plus élevé. Cependant, dans l'ensemble des entretiens, la présence face à un groupe nécessite une grande disponibilité. Les guides d'entretien, dont un exemple figure en annexe, visaient à faciliter la prise de notes et à garantir une attention constante au groupe. C'est pourquoi ils sont par commodité présentés sur une double-page (format A3).

Des thèmes sont abordés spontanément, ou au contraire pas du tout. Les dialogues conduisent à des échanges sur des problématiques qui n'étaient pas apparues dans l'étude quantitative, ce qui s'est

révélé très enrichissant : les professionnels abordent des problématiques annexes car ils identifient un lien. Il est nécessaire de comprendre celui-ci pour établir s'il s'agit ou non d'une digression.

De nombreux ouvrages conseillent une animation par deux chercheurs ce qui n'était pas possible dans le travail de thèse. Un représentant du Conseil départemental est souvent présent, notamment pour présenter l'étude et ses enjeux sur le territoire, mais il n'anime pas la rencontre. La proximité créée par la coopération permet cependant de recueillir l'avis de ce professionnel à l'issue de l'entretien. Les entretiens collectifs nécessitent un important temps de préparation, c'est pourquoi l'organisation par une seule personne est complexe. « *L'entretien collectif nécessite, plus sans doute que n'importe quelle autre méthode, de travailler en équipe : le recrutement des participants, phase décisive, est très prenant […]. Il est donc raisonnable de déconseiller la méthode, dont la mise en œuvre apparaît très lourde, quand on travaille seul* » (Duchesne et Haegel, 2005). L'appui des Conseils départementaux a cependant permis leur réalisation.

Le nombre de groupes « *dépend principalement du nombre de critères que l'on croit devoir prendre en compte dans la construction de l'échantillon* » (Duchesne et Haegel, 2005). S'agissant d'une thèse en géographie, le premier de nos critères est le territoire, faisant de « *la dimension spatiale une catégorie d'étude explicite, alors qu'elle reste implicite, mais bien présente, dans les autres disciplines* » (Picheral et Salem, 1992). Le second concerne l'appartenance institutionnelle des professionnels : leurs analyses dépendraient des institutions au sein desquelles ils évoluent.

Le nombre de groupe dépend également « *du degré de structuration et de standardisation de l'organisation de la discussion. Moins la discussion est structurée, plus la variabilité des groupes est importante et plus on doit pouvoir disposer de cas afin de s'assurer que les différences constatées ne relèvent pas d'une dynamique spécifique, propre à chacun des groupes* » (Duchesne et Haegel, 2005). Chacun des groupes est donc conduit dans les quatre départements. Dans chaque département, entre trois et sept groupes sont rencontrés.

L'étude qualitative, éclairée dans son élaboration par les nombreux échanges avec la Drees et les Conseils départementaux, identifie deux types d'entretiens :

- ceux qui réunissent des acteurs exerçant la même fonction sur des territoires infradépartementaux différents, dits « entretiens d'acteurs » ;

- ceux qui réunissent des acteurs dont la fonction ou l'institution sont différentes, mais exerçant sur un même territoire infradépartemental, dits « entretiens de territoire ». Au sein de ceux-ci, la variabilité des groupes est la plus grande, ils sont donc doublés dans chaque département.

Ces deux catégories d'entretien sont développées ci-après.

3.1.1.1. Entretiens d'acteurs

Trois catégories de professionnels sont principalement distinguées.

- Les *Équipes médico-sociales* (EMS), qui réalisent l'évaluation ouvrant droit à l'APA et l'élaboration du plan d'aide (chapitre 1).

- Les *Centres locaux d'information et de coordination* (CLIC), reconnus aujourd'hui comme dispositifs centraux dans la coordination gérontologique sur les territoires (chapitre 3).

- Les *Centres communaux ou intercommunaux d'action Sociale* (CCAS), premier guichet d'information de proximité, ils sont impliqués dans les politiques « vieillesse » : gestionnaires de services et d'établissements, ils développent pour nombre d'entre eux des dispositifs extralégaux de prévention, en parallèle les dispositifs dont ils ont la charge, comme l'élaboration et la mise en place d'un registre des personnes fragiles (chapitres 2 et 3).

- L'organisation déconcentrée du Nord a conduit à rencontrer les responsables des Pôles Autonomie, au sein desquels évoluent les EMS et qui ont pour mission, en plus des évaluations APA, de mettre en place une coordination locale (chapitre 3).

Ces professionnels n'ont pas les mêmes missions, mais il incombe au département que les actions qu'ils mènent soient cohérentes entre elles : « *le département veille à la cohérence des actions respectives des centres locaux d'information et de coordination, des équipes médico-sociales mentionnées au premier alinéa de l'article L. 232-3 et des établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1* » (CASF, article L313-2). Les CCAS sont inclus ici au titre des établissements et services, mais pas en tant que premiers guichets de proximité pour les personnes et structures impliquées à la fois dans la prévention et l'accès aux droits. N'étant pas autant formalisées dans la loi, les relations entre Conseils départementaux et CCAS sont nettement plus variables qu'avec les EMS ou CLIC. Les entretiens se sont révélés plus difficiles à organiser.

En fonction des acteurs, les objectifs sont différents (Tableau 3). Les guides d'entretien sont spécifiques à chacun d'eux, mais identiques pour les quatre départements (un exemple figure en annexe).

Tableau 3 - Objectifs des entretiens de groupe, en fonction des catégories d'acteurs

Acteurs	Objectifs
EMS	Comment leurs pratiques influencent / conditionnent le GIRAGE et les plans d'aide et donc l'accompagnement de la dépendance sur le territoire ?
CLIC	Comment la création d'un réseau coordonné d'acteurs permet l'accompagnement de la dépendance des usagers de qualité sur le territoire ?
CCAS	Comment leur connaissance fine du territoire leur permet, via les actions de prévention et les services / établissements gérés, de participer activement à la détection et à l'accompagnement de la dépendance sur le territoire ?

Lecture : pour les EMS, l'objectif était d'analyser comment leurs pratiques influencent et conditionnent le GIRAGE et les plans d'aide, et donc l'accompagnement de la dépendance sur le territoire. **Champ** : entretiens de l'étude qualitative. **Source** : document de travail de préparation de l'étude qualitative.

Lorsque les équipes médico-sociales ou les CLIC sont peu nombreux, tous sont conviés, permettant dans certains entretiens de rencontrer l'ensemble des professionnels exerçant la même mission dans le département. Si le nombre de professionnels pouvant relever du groupe est important, mais le nombre d'équipes faible, des volontaires au sein de chacune de celles-ci sont sollicitées. L'invitation des évaluateurs APA en Loire-Atlantique, rédigée par la Directrice des solidarités, se termine ainsi « *Merci par la même occasion de m'indiquer les noms des collègues volontaires pour participer à cette réunion d'échanges animée par Mme Ramos-Gorand avec les médecins et évaluateurs. Il serait souhaitable que tous les territoires puissent être représentés* ». Cinq des douze groupes d'acteurs relèvent de ce recrutement : équipes médico-sociales de Loire-Atlantique, du Nord ou Val-de-Marne, CLIC de Loire-Atlantique. Si le nombre d'équipes est important, une sélection préalable est réalisée, respectant la diversité des territoires d'intervention des structures. En Val-de-Marne, deux groupes sont organisés pour les CCAS.

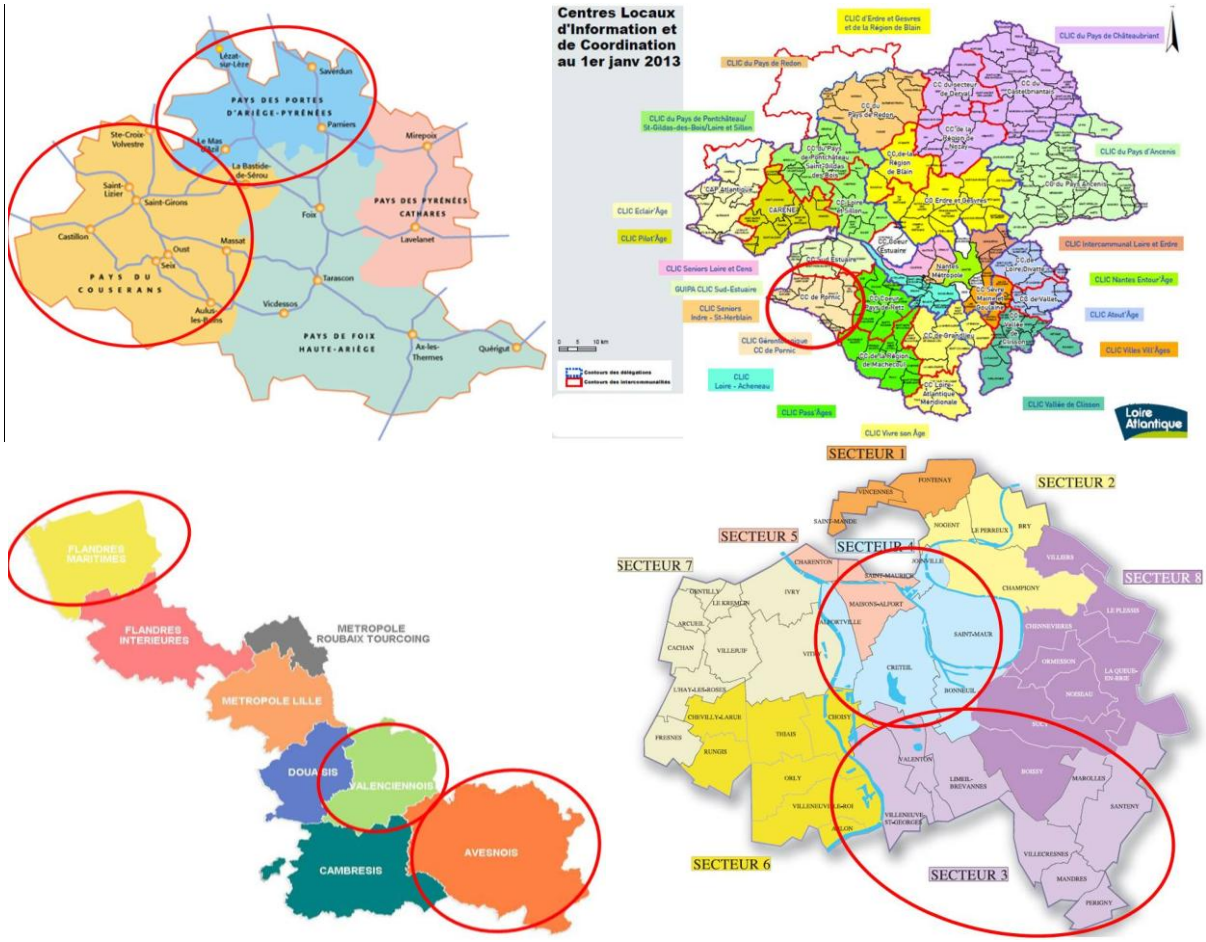
D'autres acteurs et institutions interviennent sur le territoire et influencent l'accompagnement professionnel de la dépendance proposé. Ils sont enquêtés dans les groupes « territoire ».

3.1.1.2. Entretiens de territoire

Deux territoires infradépartementaux sont d'abord sélectionnés dans chaque département. Un seul a cependant pu être conduit en Loire-Atlantique, quand trois ont été réalisés dans le Nord, à la demande de l'administration départementale. Sont alors réunis des acteurs d'organismes différents pour échanger de leur perception du territoire, et de l'accompagnement de la dépendance sur celui-ci.

Comme pour les départements, la diversité a prévalu au choix des territoires, au sein et entre les départements : il était important de disposer de territoires urbains, périurbains, ruraux, littoraux et de montagne, aux caractéristiques socioéconomiques et à l'organisation variée. Connaissant ces contraintes, les équipes départementales ont choisi le zonage territorial, et les territoires eux-mêmes, ce qui révèle en soi l'appréhension des contextes locaux par cette administration. Au-delà de la pertinence, la faisabilité de l'entretien, et notamment la possibilité d'organiser la rencontre dans les territoires a été prise en compte. Un territoire évoqué en Val-de-Marne est mis de côté suite à une importante surcharge de travail au premier trimestre 2014.

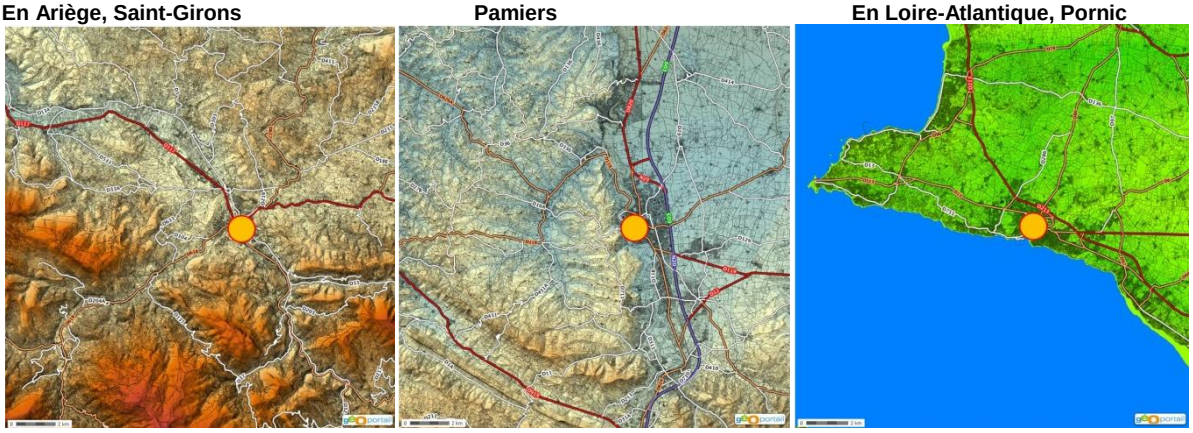
Carte 11 - Territoires retenus pour les focus territoriaux



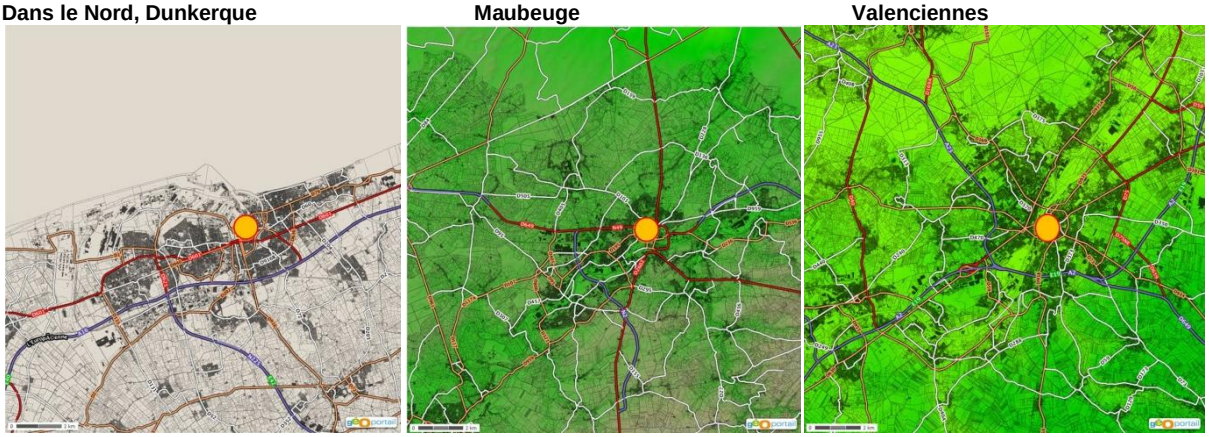
Lecture : Les administrations départementales distinguent chacune des unités territoriales par une couleur spécifique. Les cercles rouges entourent les territoires où les focus territoriaux sont réalisés. **Champ** : Zonages départementaux, en 2013. **Sources** : Conseils départementaux de l'Ariège, de la Loire-Atlantique, du Nord et du Val-de-Marne.

Carte 12 - Relief, parcelles cadastrales et routes principales dans les territoires d'étude

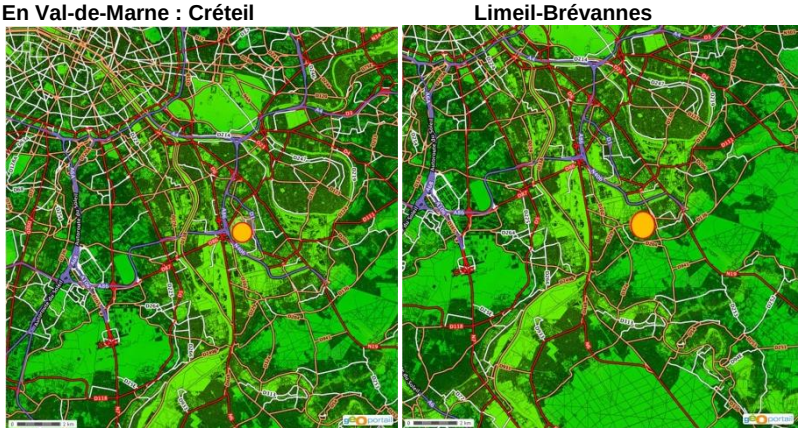
En Ariège, Saint-Girons **Pamiers** **En Loire-Atlantique, Pornic**



Dans le Nord, Dunkerque **Maubeuge** **Valenciennes**



En Val-de-Marne : Créteil **Limeil-Brévannes**



Lecture : Chaque carte offre quatre informations. La couleur rend compte de l'altitude, sous forme de teintes hypsométriques (fausses couleurs) : plus la couleur est proche du vert, plus l'altitude est faible, plus elle est proche du marron, plus l'altitude est importante. Ainsi, les territoires d'Ariège enregistrent une altitude supérieure à celle du Val-de-Marne. Le cadastre est ensuite repris, il permet d'abord de visualiser les espaces bâtis, et ensuite la taille des parcelles cultivées. Les principaux axes routiers sont portés à l'écran. Enfin, le point orange au centre de la carte représente le lieu des entretiens. L'échelle présente en bas à gauche des cartes représente deux kilomètres. **Champ** : Périmètre proche des lieux d'entretiens. Le relief n'est pas disponible pour les alentours de Dunkerque. **Sources** : Géoportail (plans cadastraux transmis par la Direction générale des finances publiques, relief et routes transmis par l'Institut national de l'information géographique et forestière (IGN)).

L'échelle retenue fait rapidement consensus, après quelques échanges, par exemple dans le Nord.

A : *« La DT [Direction territoriale], c'est la zone d'intervention, la zone d'évaluation, la zone d'organisation du territoire, je trouve que c'est mieux la DT »*.

Restitution de l'étude quantitative et préparation de l'étude qualitative avec la direction des solidarités, personnes âgées et personnes handicapées, Nord, octobre 2013

Les différences dans les zonages reflètent la structuration du territoire, telle qu'elle est perçue par l'administration. L'Ariège s'appuie sur les Pays, qui rassemblent plusieurs CLIC et divisent le territoire en quatre entités, la Loire-Atlantique sur les unités territoriales, correspondant au zonage des CLIC et intercommunalités. Le Nord utilise ses Directions territoriales, qui ne recoupent ni les CLIC, ni les intercommunalités, et le Val-de-Marne le zonage des CLIC (Carte 11). L'organisation de l'entretien est, ou non, ou partiellement, déléguée à des professionnels des territoires. En Val-de-Marne et en Loire-Atlantique, l'entretien a été organisé par les responsables de CLIC, dans le Nord, il est co-organisé par le siège et les directions territoriales concernées. En Ariège, il est organisé par le siège.

La consigne relative au recrutement est identique pour l'ensemble des départements, il s'agit d'inviter les interlocuteurs « pertinents » sur le territoire, charge aux organisateurs de déterminer les institutions et professionnels devant être sollicités. Suivant les territoires, les profils des participants sont divers.

Huit territoires sont finalement retenus, caractérisés par leur diversité (Carte 11 et Carte 12).

En Ariège, le Pays des Portes d'Ariège, dont l'entretien est réalisé à Pamiers, est un territoire de plaine, industriel et plus riche que le Couserans, territoire de montagne moins accessible autour de Saint-Girons. Le choix de ces territoires concorde avec les périmètres retenus pour le diagnostic MAIA, alors en cours de réalisation.

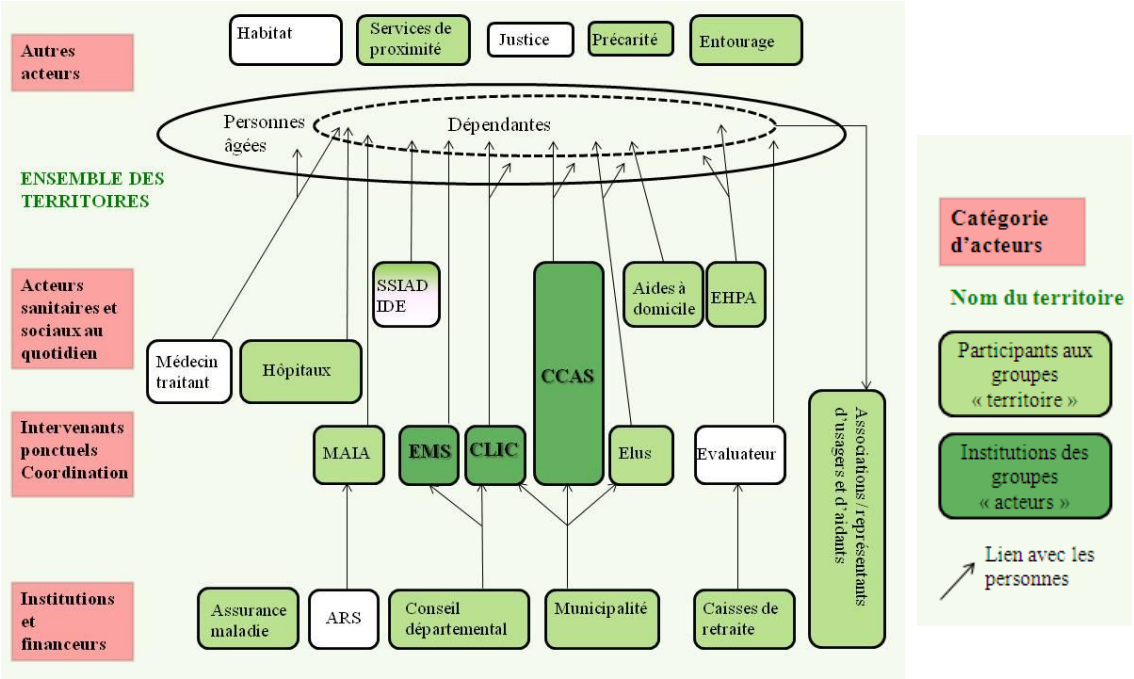
En Loire-Atlantique, la communauté de communes de Pornic recoupe un territoire littoral attractif, et un arrière-pays rural. La comparaison n'est pas possible avec le territoire de Redon, initialement prévu puisque son CLIC est interdépartemental : les responsables avaient donné leur accord mais l'entretien n'a pas pu, faute de temps, y être organisé.

Dans le Nord, à la demande du département, et étant donnée la diversité des territoires, trois groupes territoriaux sont réunis. Le territoire des Flandres Maritimes, autour de Dunkerque, est un second territoire littoral pour l'étude. Au sein du département, c'est également celui dans lequel le vieillissement de la population sera le plus important. L'Avesnois est au contraire un territoire rural dans lequel la part des personnes âgées est déjà importante. Enfin, le Valenciennois est retenu, la spécificité de l'habitat et des services dans l'ancien bassin minier justifie ce choix.

En Val-de-Marne, le territoire du CLIC 3 couvre le secteur 3 et une partie du secteur 8, au Sud-est du département. Il présente l'intérêt majeur de réunir dans un espace restreint les communes les moins urbaines du département, anciennement rattachées au département de la Seine-et-Oise, et les communes urbaines les plus pauvres (Villeneuve-Saint-Georges et Valenton). L'entretien a lieu à Limeil-Brévannes. Le second territoire retenu est celui du CLIC 4, qui couvre notamment la ville-préfecture. Le territoire urbain et dense est mieux desservi par les transports en commun. Anciennement rattaché au département de la Seine, les questions foncières y sont centrales lors de l'installation d'infrastructures ou services. Par ailleurs, les oppositions socioéconomiques sont fortes. L'entretien a lieu à Créteil.

L'objectif des entretiens de territoire est commun aux huit groupes, et interroge l'adaptation des acteurs, dans leurs missions et dans leur organisation, aux contextes locaux. Le rattachement institutionnel des participants est repris sur la figure ci-après (Figure 5).

Figure 5 - Structuration des acteurs de l'accompagnement de la dépendance sur les territoires, et participation aux entretiens



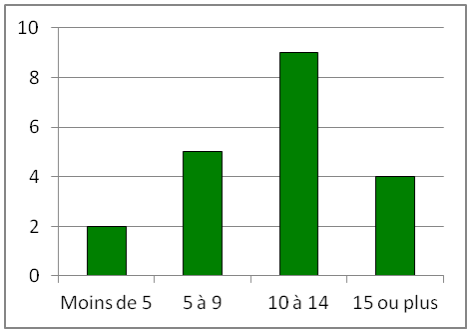
Lecture : Les caisses de retraite font partie des financeurs, des représentants de celles-ci ont été rencontrés lors des entretiens de territoire. **Champ** : Ensemble des entretiens. **Sources** : Fiches de présence.

Lors de l'analyse, et notamment dans le chapitre 3, cette figure est déclinée par entretien de territoire.

3.1.2. Taille des groupes

« *La taille optimale d'un groupe est sujette à des appréciations diverses […]. La plupart des spécialistes s'accordent pour établir que le nombre doit être compris entre 5 et 10 personnes. La discussion dans un petit groupe peut 'prendre' plus facilement mais court le risque d'être moins animée et riche, en raison de la moindre variété des points de vue représentés. Quant aux grands groupes, ils sont plus difficiles à animer. […] Plus les participants sont nombreux, plus est forte la probabilité que des conversations fractionnaires s'engagent* » (Duchesne et Haegel, 2005). Le travail avec les Conseils départementaux s'est organisé de manière à garantir le plus souvent des groupes d'une dizaine de personnes (Graphique 1).

Graphique 1 - Nombre d'entretiens, en fonction du nombre de participants à chacun d'eux



Lecture : Neuf entretiens ont réuni entre 10 et 14 personnes, nous excluant. **Champ** : Ensemble des entretiens. **Sources** : Journal de terrain.

Lors du recrutement, davantage de personnes sont conviées, afin de limiter l'impact des défections sur la dynamique de groupe. Pour certains entretiens, il a été envisagé de limiter les invitations afin que le groupe ne soit pas trop nombreux. Cependant, le Conseil départemental étant l'institution qui invite, le respect d'un protocole est important. Parfois, il n'est pas possible de ne pas inviter tous les partenaires. Un des entretiens a par exemple lieu dans le cadre d'un comité de pilotage, l'ensemble des partenaires y était donc convié. En Val-de-Marne, le groupe de CCAS est réuni sur deux dates, afin d'équilibrer le nombre de participants. Ce nombre s'est révélé variable en fonction des territoires, du lien entre l'institution invitante et les acteurs et des contraintes de temps des invités aux dates proposées. Cela a poussé à accepter, par pragmatisme, des écarts à la taille de groupe optimale envisagée : six entretiens ont ainsi réuni plus de quinze participants ou moins de cinq.

Les représentants de CLIC, CCAS ou EMS enquêtés dans les groupes d'acteurs sont, pour certains, conviés une nouvelle fois aux groupes de territoire. Aucune restriction n'apparaît dans la littérature quant à la participation d'une même personne à deux groupes distincts, d'autant que les guides d'entretien sont différents et l'animation non directive.

3.1.3. Appuyer l'organisation sur l'interconnaissance

Le portage par le Conseil départemental donne davantage de légitimité à l'étude et permet de rencontrer des professionnels qui ne se seraient peut-être pas déplacés pour une étude universitaire : directeurs de CLIC, de CCAS, médecins et professionnels d'équipes médico-sociales. La prise de contact avec les participants est opérée par le département, et donc « *par l'intermédiaire d'un membre fondateur du groupe qui contacte à son tour tous les autres membres de telle sorte que leur participation relève pour eux d'une logique sociale d'invitation* » (Lefébure, 2011).

Sur le plan méthodologique, les groupes réunis sont dits d'interconnaissance ou naturels. En effet, « *l'idée de 'groupe' suppose, au-delà du cadre ponctuel des quelques heures consacrées à l'entretien, quelque chose existe qui relie les personnes interrogées, qu'il s'agisse de relations effectives (on parle alors de groupes 'naturels') ou d'une forme quelconque 'd'identité' fondée sur l'expérience commune* ». Dans tous les entretiens, les professionnels rencontrés se connaissent au moins en partie, voire sont habitués à échanger régulièrement ou à travailler ensemble. Les EMS et CLIC se réunissent ainsi fréquemment. L'Union départementale des CCAS peut avoir ce rôle pour les centres communaux d'action sociale, de façon plus ou moins affirmée en fonction des départements. L'interconnaissance pourrait permettre une expression plus libre, dépassant « *l'inhibition vis-à-vis des jugements des autres : les éventuels désaccords n'étant pas assez puissants pour menacer les liens, ils peuvent être exprimés sans crainte de préjudice* » (Lefebure, 2011). Par ailleurs, « l*'habitude des échanges fluidifie la prise de parole et convient donc mieux aux protocoles non directifs ou semi-directifs à faible encadrement* » (Lefebure, 2011).

L'inconvénient de groupes d'interconnaissance est triple.

D'abord, les paroles peuvent être transformées en raison des personnes présentes dans la salle : « *si les participants, non seulement, se connaissent avant, mais surtout s'ils sont amenés à se fréquenter après la discussion, les risques d'autocensure sont plus forts car la divulgation d'expériences et d'opinions intimes, sensibles ou conflictuelles peut peser sur les relations interpersonnelles après l'entretien* » (Duchesne et Haegel, 2005). Les questions posées ne sont pas personnelles, mais portent sur une pratique professionnelle, ce qui limite les gênes. Au contraire, nombre de professionnels ont remercié à la fin de la réunion, satisfaits d'avoir pu librement apporter leur témoignage.

Ensuite, les professionnels peuvent rester dans le registre de l'implicite : ils se connaissent et connaissent le territoire dont ils parlent. Quelques demandes d'explicitations, mais surtout la connaissance préalable des missions des acteurs et des réalités locales, grâce aux études quantitatives nationale et locale, ont permis de limiter les incompréhensions liées à l'implicite. Lorsqu'une initiative n'est pas explicitée par un participant, les autres acteurs interviennent. Un participant déclare ainsi : « *elle [ne] sait pas, la dame. Elle ne sait pas tout ce qu'on fait de bien et qu'on ne dit jamais* » (entretien).

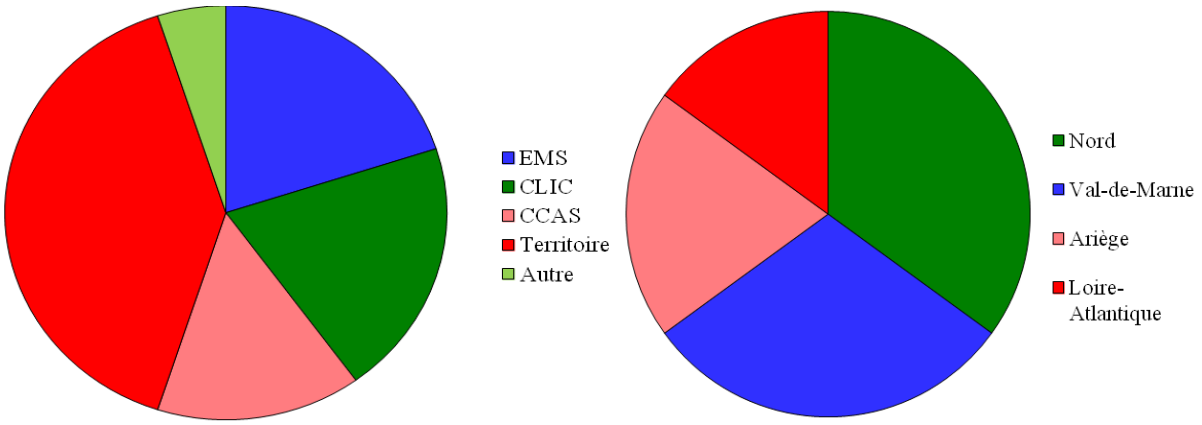
Enfin, il peut exister au préalable un discours construit et convenu. Malgré la fréquence des réunions entre les équipes, les thématiques abordées lors de l'entretien l'ont rarement été précédemment, plusieurs professionnels soulignant combien c'est intéressant pour eux de prendre le temps d'en discuter.

Le contact est pris par le Conseil départemental. L'étude est présentée sur une page, jointe à l'invitation et disponible sur papier lors de la rencontre. Les principaux points sont repris en ouverture de la réunion. Le guide n'est pas communiqué : des discussions auraient pu avoir lieu hors du cadre de l'entretien. Le département impulse la dynamique des CLIC et les finance[8], les EMS sont des personnels départementaux, ce qui facilite l'organisation. Le lien entre le département et les CCAS est moins ténu. Dans le Nord, le département s'appuie sur l'UDCCAS, à la fois pour sélectionner les CCAS et pour bénéficier de sa légitimité vis-à-vis de ceux-ci. Les invitations aux groupes territoires sont envoyées par le Conseil départemental ou par un organisme référence sur le territoire (direction territoriale, CLIC…). Il est bien précisé que l'étude est soutenue par le Conseil départemental et a fait l'objet d'une convention avec l'université.

3.1.4. Bilan : répartition par département et type d'acteurs

Au total, vingt entretiens ont été conduits, douze entretiens d'acteurs, et huit de territoire (Graphique 2).

Graphique 2 - Répartition des entretiens, par acteurs et par département



Lecture : Sept des vingt entretiens se sont déroulés dans le Nord. **Champ** : Ensemble des entretiens. **Sources** : Journal de terrain.

Afin de faciliter l'organisation des entretiens, « *il s'agit […] de réunir le groupe à un moment et dans un lieu qui sont décidés par ses membres, souvent le domicile du membre fondateur* » (Lefébure,

[8] Il existe donc un lien de « tutelle ». Ceux-ci remettent d'ailleurs annuellement un rapport d'activité au Conseil départemental.

2011). La procédure mise en place avec les Conseils départementaux – transposée en milieu professionnel – est conforme à cette recommandation méthodologique.

En termes de temporalité, pour six des douze groupes d'acteurs, l'entretien se déroule lors de créneaux horaires préexistants (Tableau 4). Les entretiens sont échelonnés dans le temps et demandent une importante disponibilité, mais cela garantit une bonne participation et limite le temps d'organisation par les équipes départementales. Cette inclusion dans des réunions préexistantes est bien perçue par les acteurs, qui y voient une mise à disposition du chercheur.

Le lieu habituel des réunions, lorsqu'elles préexistent, est respecté. Les réunions construites pour l'étude, notamment les trois entretiens auprès des CCAS, se sont déroulés dans les locaux des Conseils départementaux. Les réunions « territoire » se sont tenues dans les locaux des CLIC ou directions territoriales départementales qui structurent l'organisation des groupes. Outre la praticité pour les participants, le déplacement permet de découvrir les territoires ce qui est nécessaire dans la démarche géographique, et de se mettre à disposition des acteurs.

Les motivations des participants sont diverses. La plupart viennent par intérêt, souvent pour échanger avec d'autres acteurs – l'animation peu interventionniste est alors particulièrement adaptée. Certains voient dans les entretiens un moyen de s'adresser au Conseil départemental, voire aux institutions nationales, montrant les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs missions et proposant des changements. Enfin, certains participants sont contraints par leur hiérarchie de participer, certains sont alors restés en retrait lors des échanges.

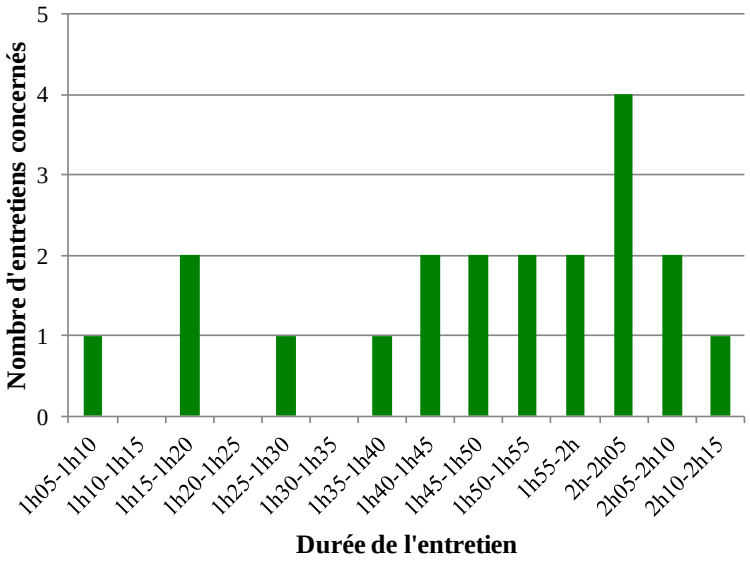
Tableau 4 - Tenue des entretiens dans le temps

Date	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
1er						
2						
3						Avesnes et Valenciennes, 59
4			EMS 94			Dunkerque, 59
5					Créteil 94	
6						
7						
8						
9						
10			CLIC 94	Limeil 94		Pornic 44
11				CCAS 59		
12						
13		EMS 44	EMS 59			
14				EMS 09		
15				CLIC 09		
16						
17				Pamiers 09		
18				Couserans 09		
19						
20						
21						
22						
23	RPA 59				CLIC 44	CCAS 94
24						CCAS 94
25						
26						
27	CLIC 59					
28						
29						
30						
31						

Lecture : L'entretien auprès des Responsables de Pôles Autonomie du Nord s'est tenu le 23 janvier 2014. **Champ** : Ensemble des entretiens. **Sources** : Journal de terrain.

Les contraintes horaires, plus ou moins fortes, mais aussi la richesse des discussions et la disponibilité des acteurs ont induit des temps d'entretien variables (Graphique 3). Seuls 4 ont duré moins d'une heure et demie, et un tiers a duré au-delà de deux heures.

Graphique 3 - Nombre d'entretiens, en fonction de leur durée



Lecture : Quatre entretiens ont duré entre 2h00 et 2h05. **Champ** : Ensemble des entretiens. **Sources** : Journal de terrain.

3.2. Assurer la qualité du matériau

3.2.1. Enregistrer et intégralement retranscrire chaque entretien : fastidieux mais rigoureux

Après une expérience d'exploitation de bases de données quantitatives pendant plusieurs mois, l'un des déterminants nous permettant d'accorder notre confiance en ce matériau qualitatif était d'en assurer la qualité.

D'abord, par l'enregistrement intégral des échanges. Pour prévenir d'éventuels dysfonctionnements matériels et pour garder une trace de l'ensemble des échanges malgré les bruits de personnes qui toussent, jouent avec leur stylo ou renversent du café, les entretiens sont doublement enregistrés. Les dictaphones sont placés de part et d'autre de la salle. L'animation d'un groupe étant en soi complexe, celui-ci évite une prise de notes abondante au cours de l'entretien lui-même.

Tous les entretiens ont ensuite été intégralement retranscrits, plusieurs écoutes sur les deux dictaphones étant nécessaires pour garantir l'exhaustivité et la qualité de la retranscription.

3.2.2. Réaliser une synthèse pour garantir une bonne compréhension de l'entretien

Le fonctionnement même des entretiens implique des discours parfois décousus. Les entretiens collectifs ajoutent une richesse dans l'analyse, mais une complexité dans l'exploitation, les acteurs émettant des affirmations parfois contradictoires, répétant des éléments dits par d'autres.

Afin de vérifier notre bonne compréhension, chaque retranscription est suivie par la réalisation d'une synthèse de l'entretien, envoyée ensuite à l'ensemble des participants, pour avis et validation. Le plan de chaque synthèse est spécifique, augmentant le temps nécessaire à l'exploitation des entretiens. La synthèse de l'entretien auprès de CCAS du Val-de-Marne figure pour exemple en annexe.

Les synthèses permettent de se prémunir d'interprétations erronées des propos, d'oublis d'éléments importants. Nombre de participants n'ont pas répondu, plusieurs ont envoyé de brefs messages, par exemple : « *Bonjour et merci* ». D'autres se sont révélés plus longs, un est repris ci-dessous pour exemple.

> **De :** XXX
> **Envoyé :** vendredi XX XXXX 2014 12:59
> **À :** RAMOS-GORAND, Mélina
> **Objet :** RE: Compte-rendu d'entretien
>
> Bonjour Madame Ramos,
>
> Je suis tout à fait en phase avec les éléments repris que j'ai également soumis à mes collaborateurs lors de notre réunion de service.
>
> Ils sont également en accord avec les éléments et soulignent, insistent sur xxxxxxxxxxx.
>
> Cordialement

Les corrections apportées sur les synthèses ont finalement été peu nombreuses.

Ce choix méthodologique a facilité l'exploitation de l'étude qualitative et la rédaction de cette thèse. Les témoignages issus des entretiens sont présentés sous forme de verbatim ou d'extraits de ces synthèses, ce qui est systématiquement précisé.

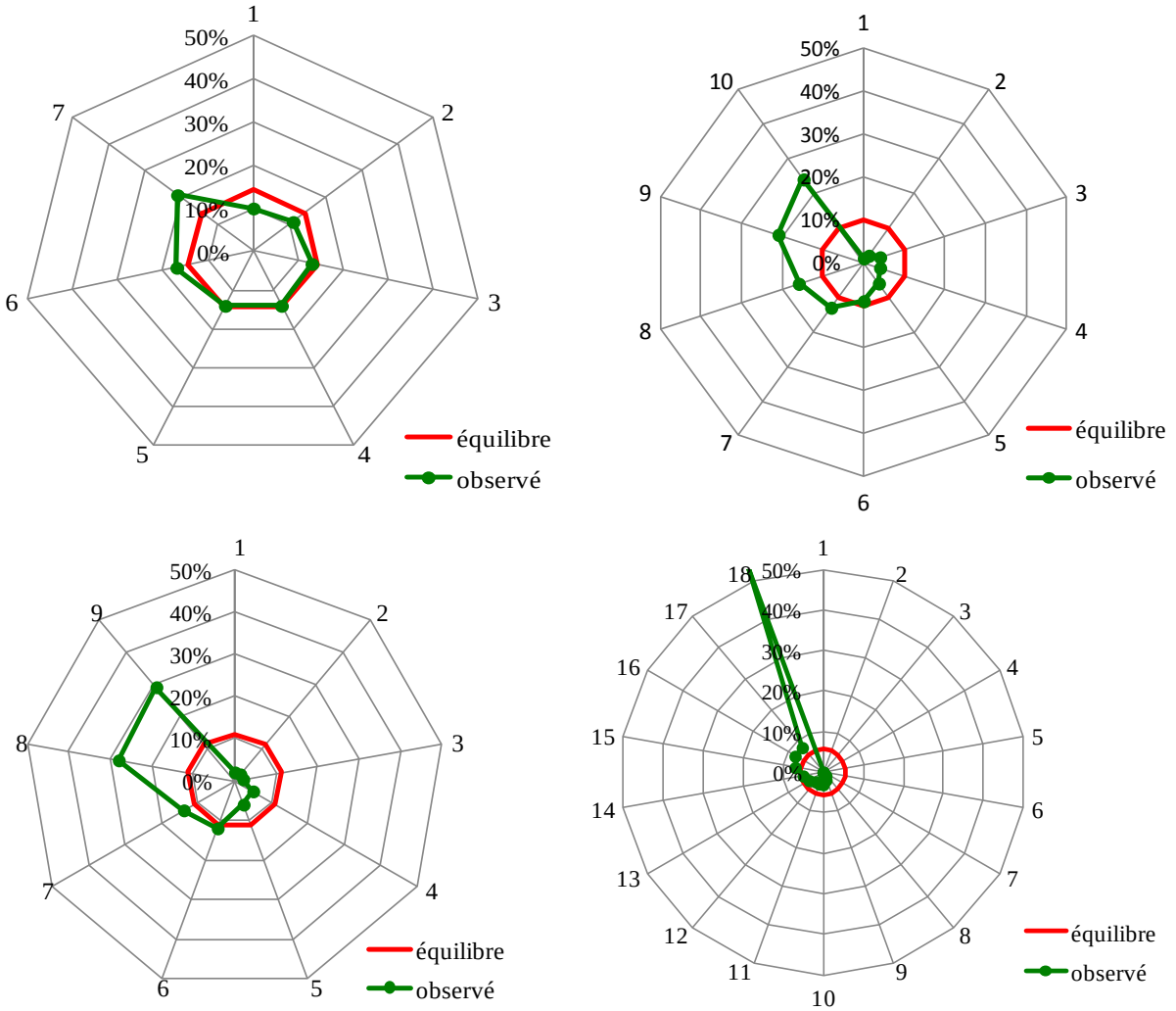
Précisons que, lors de la réalisation de l'étude qualitative, le département était dirigé par un Conseil général, c'était également la dénomination de l'administration. Le changement en Conseil départemental, lors des élections départementales de 2015 – ex élections cantonales, conduit à changer le vocabulaire. Cependant, le terme de conseil général et son abréviation CG sont conservés dans les citations.

3.2.3. Mesurer l'équilibre de la parole, variable en fonction des entretiens

L'équilibre de la parole est un défi des entretiens collectifs, surtout lorsque l'animation est peu interventionniste : l'ensemble des personnes doit pouvoir s'exprimer. L'équilibre de la parole ne peut pas représenter l'objectif principal : tous les participants n'ont pas la même connaissance du sujet ou la même aptitude à parler en public. Tous ceux qui ont envie de s'exprimer doivent cependant pouvoir le faire, et la monopolisation par un ou quelques-uns pose question. En effet, garantir l'équilibre de la parole c'est aussi reconnaître la valeur de chaque témoignage. Usuellement, l'entretien débute par un tour de table, afin que chacun se présente, ce qui est particulièrement utile dans les groupes territoire. Cela contraint chaque participant à s'exprimer, facilitant une nouvelle prise de parole par la suite.

Après retranscription, l'équilibre de la parole est mesurable : le nombre de mots prononcés au cours de l'entretien est utilisé comme référence. Les configurations rencontrées sont variables (Graphique 4).

Graphique 4 - Équilibre du temps de parole, exemple de quatre entretiens



Lecture : Le radar compte autant de branches que de participants à l'entretien. En rouge, l'équilibre correspond à la part des mots qui auraient été prononcés si la répartition de la parole entre professionnels était identique. La courbe bleue correspond à la répartition de la parole observée. Plus celle-ci est proche de la courbe rouge, plus l'équilibre est respecté. **Champ** : Professionnels présents, nous excluant ainsi que les éventuels membres du Conseil départemental. **Sources** : Retranscription exhaustive des entretiens.

Les entretiens collectifs, dans leur organisation, leur déroulement, leur retranscription puis leur synthèse, représentent un important volet du travail de thèse.

L'étude qualitative répond aux exigences fixées en amont de sa réalisation, à la fois en termes de nombre d'entretiens, de diversité des territoires ou de professionnels rencontrés et d'équilibre du temps de parole.

Conclusion du prologue

Le prologue visait à présenter les méthodologies quantitatives nationales et locales, ainsi que le choix des départements et la méthode qualitative développée lors de la recherche. La segmentation par méthode permet si besoin de se référer facilement au prologue dans la suite de la lecture.

La diversité des sources et des méthodes mobilisées, essentielle pour répondre à la problématique, demande un temps important. Aussi, un an et demi après le début de la thèse, il est convenu avec la Drees le financement d'une année de recherche supplémentaire, vouée à la réalisation et l'analyse de l'étude qualitative ambitieuse, et à une exploitation davantage approfondie des données des Conseils départementaux.

PARTIE 1

DÉPENDANCE ET ACTEURS DE L'ACCOMPAGNEMENT, QUELLES OFFRES PROFESSIONNELLES POUR QUELS BESOINS ?

CHAPITRE 1

DU VIEILLISSEMENT À LA DÉPENDANCE : DÉFINITIONS ET ÉVALUATIONS

Enjeux

Ce chapitre replace dans leur contexte spatial, juridique et historique le vieillissement et la dépendance. Il s'interroge en outre sur leur mesure, déterminante dans la suite de la thèse.

Le vieillissement de la population résulte de plusieurs phénomènes, et notamment de l'arrivée aux grands âges de générations pleines, dont l'espérance de vie infanto-juvénile et aux âges élevés a augmenté. Ce vieillissement est variable selon les territoires, notamment en raison de disparités socioprofessionnelles qui se traduisent par des différences de taux de mortalité prématurée et d'espérances de vie à 60 ans : un homme de 60 ans de Haute-Garonne peut ainsi espérer vivre trois ans de plus qu'un homme du Nord. La déclinaison communale d'indices dans quatre départements permet une approche précise et inédite de ces réalités, dont la compréhension est nourrie par le dialogue avec des acteurs locaux.

Le terme de dépendance, légalement défini comme le besoin de l'aide de tiers pour effectuer les actes essentiels de la vie, est préféré aux termes de perte d'autonomie, signifiant la perte de la capacité à choisir pour soi-même : ces termes de recoupent pas les mêmes réalités. Par exemple, seuls 10 % des bénéficiaires de l'APA feraient face à une perte d'autonomie nécessitant une mesure de protection juridique des majeurs.

La prestation d'accompagnement de la dépendance en France est l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Attribuée par les Conseils départementaux après une visite par une équipe médico-sociale auprès de la personne, cette prestation, délivrée à domicile et en EHPAD, est universelle et recouvre une diversité d'aides, humaines ou techniques. Le montant de la prestation varie en fonction du niveau de dépendance, évalué par le groupe iso-ressources (GIR), indicateur synthétique du besoin. Celui-ci fonctionne par ordre inverse de gravité : les GIR 6 sont ainsi les personnes autonomes, quand les GIR 1 sont les plus dépendantes.

Ponctuelle ou mensuelle, l'APA permet à la fois de rémunérer l'intervention d'un service, des protections hygiéniques périodiques ou encore de financer une barre d'appui. Le contenu est détaillé dans le plan d'aide, réalisé lors de l'évaluation par l'équipe médico-sociale. Cette évaluation vise à prendre en compte la globalité de la situation de la personne, elle est donc empreinte de la perception des évaluateurs. Cette personnalisation n'empêche-t-elle pas la garantie de l'égalité de traitement à l'entrée et pendant l'octroi de la prestation ? L'étude montre que la subjectivité de l'évaluation constitue un avantage du dispositif, permettant une aide répondant aux besoins des personnes. Pour être équitable, l'évaluation doit cependant faire l'objet d'échanges entre les évaluateurs et d'harmonisation dans les départements.

INTRODUCTION DU CHAPITRE **79**

1. VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET « HAINE DE LA VIEILLESSE » ? **80**

1.1. Définir la vieillesse par l'âge **80**

1.2. Le vieillissement de la population : quelles réalités territoriales ? **85**

1.3. Les « vieux », une construction sociale récente **90**

1.4. Les politiques publiques liées au vieillissement : de la précarité à la dépendance **97**

2. DÉPENDANCE, PERTE D'AUTONOMIE, INCAPACITÉS… POURQUOI RETENIR LE TERME DE DÉPENDANCE DANS LA RECHERCHE ? **101**

2.1. Quel terme choisir et pourquoi ? **101**

2.2. Comment accompagner la dépendance ? **104**

2.3. Comment mesurer la dépendance ? **111**

2.4. Estimer les besoins d'aide des personnes âgées dépendantes **114**

3. COMMENT GARANTIR UNE ÉVALUATION FINE DE LA DÉPENDANCE, UN ACCÈS ET UN TRAITEMENT ÉGALITAIRE DANS L'ALLOCATION ? **118**

3.1. De la composition de l'équipe médico-sociale au suivi des plans d'aide : l'organisation varied'un territoire à l'autre **118**

3.2. L'évaluation médico-sociale est subjective **123**

3.3. Comment alors garantir l'équité de l'évaluation ? **126**

CONCLUSION DU CHAPITRE **131**

J'ai souvent pensé c'est loin la vieillesse
Mais tout doucement la vieillesse vient
Petit à petit par délicatesse
Pour ne pas froisser le vieux musicien

Si je suis trompé par sa politesse
Si je crois parfois qu'elle est encore loin
Je voudrais surtout qu'avant m'apparaisse
Ce dont je rêvais quand j'étais gamin
Jean Ferrat, les Cerisiers, 1985

Introduction du chapitre

En 2011, 1,2 million de personnes de plus de 60 ans sont administrativement reconnues dépendantes au sens qu'elles ont besoin de l'aide de tiers pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Analyser les politiques publiques d'accompagnement qui sont consacrées à ces personnes nécessite préalablement de définir et d'analyser ce que cette réalité recouvre, c'est l'objet de ce chapitre.

Le vieillissement démographique de la population conduit à questionner le regard de notre société envers ses membres les plus âgés, et l'évolution des politiques en direction des personnes âgées depuis un siècle. Les définitions légales permettent de justifier le choix du terme de dépendance, et non celui de perte d'autonomie, qui tend à le remplacer dans les débats législatifs comme dans les discours des acteurs, au cours de la recherche.

Les politiques publiques consacrées à l'accompagnement de la dépendance émergent depuis vingt ans.

Le dispositif public qu'elles ont mis en place repose en France sur une prestation de droit, universelle : l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Celle-ci est une prestation en nature, visant à financer des aides humaines, comme l'intervention d'un service, ou techniques, comme des protections d'hygiène ou des barres d'appui. À domicile, le contenu de la prestation, pour chaque personne, est détaillé dans un plan d'aide. Celui-ci est élaboré par un professionnel médico-social lors d'une évaluation au domicile, compte tenu de la situation globale de la personne. Le montant de la prestation varie en fonction de la dépendance : celle-ci est évaluée au regard de la grille Autonomie gérontologique groupes iso-ressources (AGGIR), qui classe les personnes en six groupes iso-ressources (GIR), par ordre inverse de gravité. Seules les personnes les plus dépendantes au regard de cette grille, classées en GIR 1 à 4, sont éligibles à la prestation.

Ainsi, la personne qui sollicite la prestation fait l'objet d'une évaluation personnalisée par une équipe médico-sociale avant son attribution. Cette évaluation vise à prendre en compte la globalité de la situation de la personne, elle est donc empreinte de la perception par les évaluateurs de la situation. Le chapitre, enrichi par l'analyse qualitative, met en regard la subjectivité de l'évaluation de la dépendance avec l'exigence d'égalité de droit d'accès et de traitement dans les prestations sociales dédiées en France à son accompagnement.

1. Vieillissement de la population et « haine de la vieillesse » ?

1.1. Définir la vieillesse par l'âge

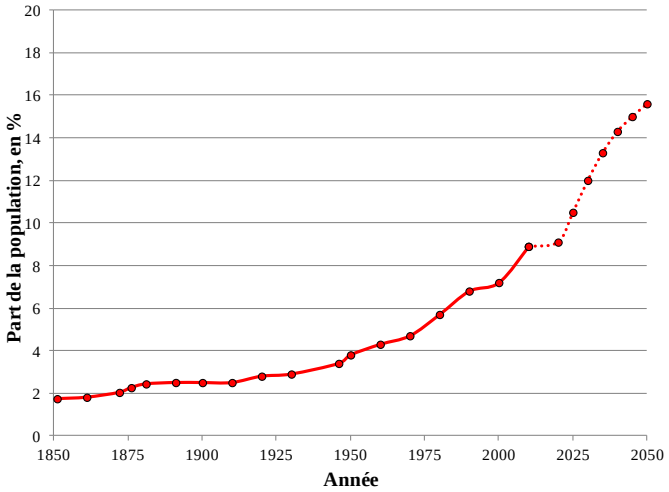
1.1.1. Le vieillissement démographique depuis 150 ans

Les instruments règlementaires et statistiques français définissent comme « âgées » les personnes de 60 ans et plus. Elles représentent actuellement quinze millions de personnes en France métropolitaine (Insee), soit un quart de la population. Cet âge-seuil, retenu dans les textes législatifs par exemple pour l'ouverture des droits à l'APA, daterait de la fin du XIXe siècle : alors, « *un accord commence à se faire autour d'une borne précise, 'au commencement de la soixantième année'* », pour définir la vieillesse (Pollet, 2001).

Aujourd'hui, ce seuil est peu pertinent concernant le processus de vieillissement individuel, puisqu'il ne correspond ni à la réalité vécue, ni à la réalité en termes d'incapacités ou de développements d'états polypathologiques. La mission de préfiguration de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) note ainsi que « *d'un point de vue à la fois statistique et médical, l'âge de soixante ans n'est pas déterminant en ce qui concerne la perte d'autonomie (liée au vieillissement) des personnes* » (Briet et Jamet, 2004). Quelle limite d'âge serait alors pertinente ? Rochefort, dans le rapport *Seniors et Cités* du Conseil économique, social et environnemental (CESE) fonde sa définition de la vieillesse sur trois critères associés. Le premier, sanitaire, prend en compte l'état de santé et le niveau de dépendance. Le deuxième est social, et s'appuie sur les liens familiaux et sociaux. Le troisième, psychologique, évalue la capacité à se projeter dans l'avenir et à agir. En croisant ces critères, il fixe l'âge de la vieillesse en France à 76 ans, précisant que, par commodité, cet âge peut être arrondi à l'unité inférieure, d'autant que l'espérance de vie en bonne santé à l'âge de 50 ans serait de l'ordre de 25 ans (Boutrand, 2009).

Que l'on retienne le seuil réglementaire de 60 ans, ou l'âge de 75 ans, la part des « personnes âgées » dans la population augmente depuis le XIXe siècle et le mouvement s'amplifie : les projections Insee s'accordent sur une accélération de cette transformation dans les décennies à venir (Graphique 5).

Graphique 5 - Part des personnes âgées de 75 ans ou plus dans la population, en %, en France métropolitaine, entre 1850 et 2050



Lecture : Alors que la part des personnes âgées de 75 ans ou plus dans la population était de 2,5 % en 1901, elle pourrait être supérieure à 15 % en 2050. Les évolutions de populations observées sont en traits pleins, les évolutions attendues selon les projections Insee figurent en pointillés. Les points expriment les dates pour lesquelles l'information est communiquée. **Champ** : France métropolitaine. **Sources** : Statistique générale de France (SGF) (Recensements de la population, 1856 à 1921, mise à disposition Insee), Insee (Estimations de population 1901-2010, projections de population 2005-2050).

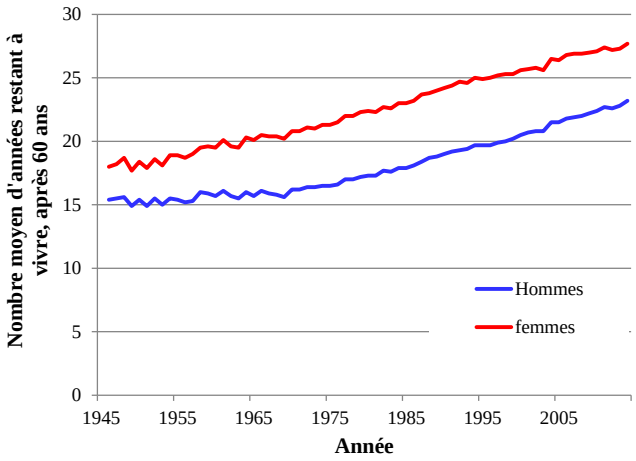
Le vieillissement est défini comme l'augmentation de la part des personnes âgées dans la société. Il résulte de trois principaux facteurs, combinés : l'augmentation de l'espérance de vie aux âges élevés et l'arrivée de générations pleines conduisent à la croissance du nombre de personnes âgées, et sont repris ci-après ; la faible natalité, historique en France (Vallin et Caselli, 1999), et qui n'est pas étudié dans cette thèse, contribue à augmenter la part des personnes âgées dans la population[9].

1.1.2. Gérontocroissance et baisse de la natalité : les facteurs du vieillissement de la population

1.1.2.1. Une augmentation de l'espérance de vie à 60 ans, différenciée par sexe, catégorie socioprofessionnelle et territoire

Globalement, l'espérance de vie des personnes âgées a progressé. Les données relatives à l'espérance de vie à 60 ans montrent qu'en moins d'un siècle, celle-ci a cru de moitié, passant de 15 à 23 ans pour les hommes, et de 18 à 28 ans pour les femmes depuis 1945 (Graphique 6).

Graphique 6 - Évolution de l'espérance de vie à 60 ans par sexe, en France métropolitaine, depuis 1945



Définition : L'espérance de vie à 60 ans représente le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de cet âge, dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée. **Lecture** : l'espérance de vie à 60 ans des hommes, en bleu, était de 15 ans en 1963. **Champ** : France métropolitaine. **Sources** : Insee (estimations de population et statistiques de l'état civil).

Les écarts d'espérance de vie par sexe, inférieurs à trois ans à la fin des années 1940, oscillent entre quatre et cinq ans et demi depuis 1960. Cette différence conduit à souligner que les femmes représentent aux grands âges la part la plus importante de la population : deux tiers des personnes âgées de 75 ans ou plus, et trois quarts de celles de 90 ans ou plus sont des femmes. Malgré cette « *féminisation de la vieillesse* », Perrig-Chiello souligne que les femmes âgées sont « *une majorité muette, à peine présente dans l'esprit des gens* », et beaucoup plus touchées par les discriminations liées à l'âge que les hommes (Perrig-Chiello, 2001). Cette réalité a des conséquences sur les actions des professionnels locaux, bien que peu la soulignent lors des entretiens.

A : *« Ces femmes d'un certain âge qui ont peu travaillé, se retrouvent seules avec des tous petits moyens. Elles choisissent de garder le logement, parce que sinon c'est le déracinement, des logements qui sont devenus trop grands, qui sont énergivores. Elles sont déchirées entre quitter leur quartier, leur voisinage, les relations de solidarité, quitter leur maison avec l'histoire, et se retrouver dans un logement petit, mais dans un environnement qu'elles méconnaissent totalement, et là, c'est un appel de femmes. […]Et les femmes à ce moment-là*

[9] Les migrations internationales peuvent également transformer la structure démographique. Leur influence est cependant mineure en France au cours de la période.

elles deviennent pauvres de tout : elles ont peur d'être pauvres de la relation, elles manquent de moyens matériels et financiers. Quelques fois, elles n'ont pas pris en charge des démarches administratives, elles n'ont pas osé. Il y a toute la confiance en elles qu'elles doivent retravailler ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Valenciennes, Nord, juin 2014

Cette différence en fonction des sexes apparaît en filigrane dans la recherche : les femmes sont les principales bénéficiaires des prestations de droit visant à pallier la dépendance, parce qu'elles sont plus nombreuses dans la population, et plus souvent seules. Ainsi, « *les femmes vieillissent seules, les hommes vieillissent à deux* » : trois quarts des hommes âgés de 75 à 79 ans vivent en couple contre un tiers des femmes. « *Outre le veuvage plus fréquent, les femmes sont pénalisées par leur plus grande difficulté à fonder une nouvelle union lorsqu'elles sont veuves ou divorcées. À ces âges, la sur-féminisation de la population et la tendance des hommes à se remettre en couple avec des femmes plus jeunes qu'eux leur est préjudiciable* » (Delbes *et al.*, 2006). Or, « *le fait d'être en couple minore sensiblement l'impact du handicap sur l'isolement relationnel* » (Fondation de France, 2013) et la dépendance elle-même, grâce à la présence du conjoint comme principal aidant. Cela expliquerait que les hommes entrent dans l'APA avec une dépendance plus importante que les femmes. Dans le Val-de-Marne par exemple, l'exploitation des fichiers administratifs locaux montre que 58 % des femmes entrent dans le dispositif en GIR 4, niveau de dépendance le plus faible ouvrant le droit à l'allocation, contre 51 % des hommes (Conseil départemental du Val-de-Marne, 2011). Sept points de différence sont également observés en Loire-Atlantique, où 65 % des femmes entrent en GIR 4, contre 58 % des hommes (Conseil départemental de Loire-Atlantique, 2011). L'écart est moins marqué en Ariège : 57 % des femmes entrent dans le dispositif en GIR 4, contre 54 % des hommes (Conseil départemental de l'Ariège, 2013).

En lien avec les inégalités sociales de santé, les écarts d'espérance de vie entre les catégories socioprofessionnelles sont également importants (Tableau 5).

Tableau 5 - Années restant à vivre en moyenne à 60 ans par sexe et par catégorie socioprofessionnelle, en 2000- 2008

Catégorie socioprofessionnelle	Hommes	Femmes
Cadres	24,0	27,8
Professions intermédiaires	22,3	27,4
Agriculteurs	22,3	26,2
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	22,2	27,1
Employés	21,0	26,4
Ouvriers	19,6	25,5
Inactifs non retraités	16,0	25,2
Ensemble	21,1	26,1

Lecture : En 2000-2008, l'espérance de vie des hommes cadres de 60 ans est de 24 ans, elle est de 16 ans pour les inactifs non retraités. **Champ** : France métropolitaine. **Sources** : Insee (Échantillon démographique permanent).

Les inégalités de parcours depuis le plus jeune âge, les expositions différenciées aux risques, les comportements inégaux dans la prévention impliquent une différence d'espérance de vie à 60 ans de quatre ans et demi entre cadres et ouvrier.

« *Il y a des îlots de population qui n'ont pas bénéficié, même dans notre pays* » de l'accès aux soins, d'un suivi dentaire, ophtalmologique ou auditif parce que « *ça coute très cher* ». « *Tous ces trucs qui font que ça nous évite après d'avoir des pathologies, ça s'appelle la prévention, et la prévention elle est meilleure dans les quartiers riches que dans les quartiers pauvres* ». Ce n'est « *pas parce qu'on a la Sécurité sociale qu'on a une égalité* » : « *il n'y a pas le même accès à la connaissance, aux droits* ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Créteil, Val-de-Marne, mai 2014

Au-delà de l'espérance de vie, les ouvriers vivent plus longtemps en incapacité que les cadres[10]. Cela conduit des chercheurs de l'institut national d'études démographiques (Ined) et de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) à parler de « *double-peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte* » (Cambois *et al.*, 2008). Les inégalités sociales devant la dépendance sont liées aux différences dans les parcours de vie, mais aussi « *à des différences dans les ressources humaines et matérielles mobilisables pour y faire face* » (Davin *et al*., 2006).

Ces différences par sexe et par catégorie socioprofessionnelle éclairent les disparités spatiales. L'espérance de vie à 60 ans est ainsi nettement plus faible, pour les hommes et pour les femmes, dans le Nord que dans le Val-de-Marne (Carte 13).

Les inégalités face à la dépendance et à la mort sont souvent citées dans les entretiens, en particulier dans le Nord, où celles-ci sont importantes. Le vieillissement de la population ne doit pas occulter qu'une partie de la population française meurt avant de vieillir (Michel *et al.*, 1996). Ainsi, 18 % des décès ont lieu avant 65 ans en 2013, comparés à 25 % il y a vingt ans. Cette mortalité prématurée est également socioéconomiquement et donc spatialement différenciée (Carte 14).

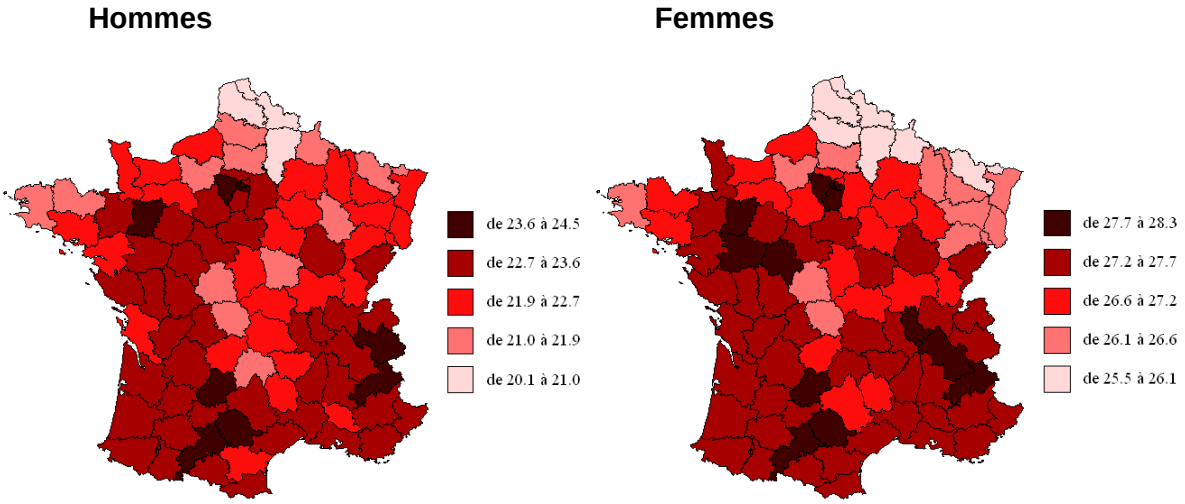
A : « *Il y [a] vraiment une problématique de la personne âgée, qui n'arrive pas au-delà de 75 ans.*
B : *Dépendance plus précoce et mortalité plus précoce aussi.*
C : *Il y a un différentiel de 7 années, c'est quand même énorme, les plus de 75 ans, il n'y en a pas beaucoup, forcément, ils ne sont plus là.*
A : *C'est pour ça que mes chiffres ils ne sont pas bons au niveau des 75 ans, ils sont morts avant.*
D : *Il y a de fortes chances.*
E : *Nous on a la [moyenne d'âge la plus élevée], mais peut-être qu'on peut corréler ça à une hygiène de vie.*
A : *On ignorerait qu'il y a un régime crétois à Cambrai ?*
F : *À Marcq-en-Barœul ils vivent très bien.*
B : *Ça dépend des revenus.*
F : *Sur certaines communes de mon territoire, ce que j'appelle BMW (Bondues, Marcq, Wasquehal), le triangle d'or, les communes les plus riches, comme par hasard, c'est une poche où quand même l'on vieillit bien, poche de vieillissement.*
G : *Corrélé aux revenus, population cadre.*
F : *Non ouvrier, voilà.*
D : *Quand t'es riche ça aide* ».

Entretien auprès des responsables des pôles autonomie, Nord, janvier 2014

Le Nord de la France, une partie de la Bourgogne et du Centre affichent les taux de mortalité prématurée les plus élevés, quand l'Île-de-France et la moitié Sud regroupent les départements où ces taux sont les plus faibles.

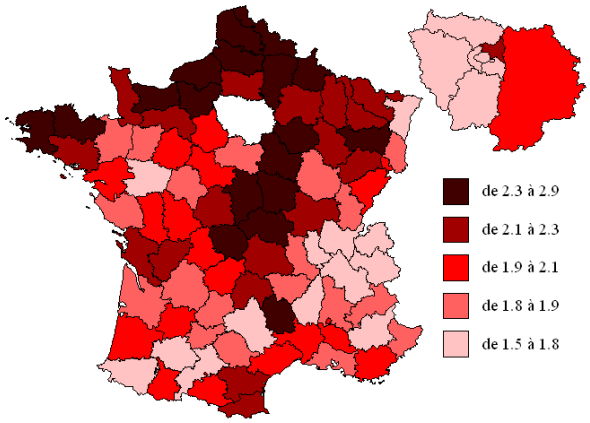
[10] L'espérance de vie sans incapacité est le nombre d'années sans incapacité qu'il resterait à vivre en moyenne aux individus, si les conditions de vie et de santé du moment continuaient à s'appliquer dans le futur. Elle combine la prévalence par âge de l'incapacité avec les tables de mortalité du moment, pour décomposer les années restant à vivre en années vécues avec et sans incapacités (Cambois et al, 2008).

Carte 13 - Espérance de vie à 60 ans, par département et par sexe, en 2013



Lecture : L'espérance de vie à 60 ans des hommes dans le Pas-de-Calais est inférieure à 21 ans. **Discrétisation** : Égales étendues, pour chaque carte. Chaque classe représente 0,88 ans pour les hommes et 0,56 ans pour les femmes. **Champ** : France métropolitaine, hors Corse, 2013. **Sources** : Insee (état civil), mise à disposition Irdes (éco-santé, 2013). **Source cartographique** : Arctique.

Carte 14 - Taux standardisé de mortalité prématurée en 2011, pour 1000, par département



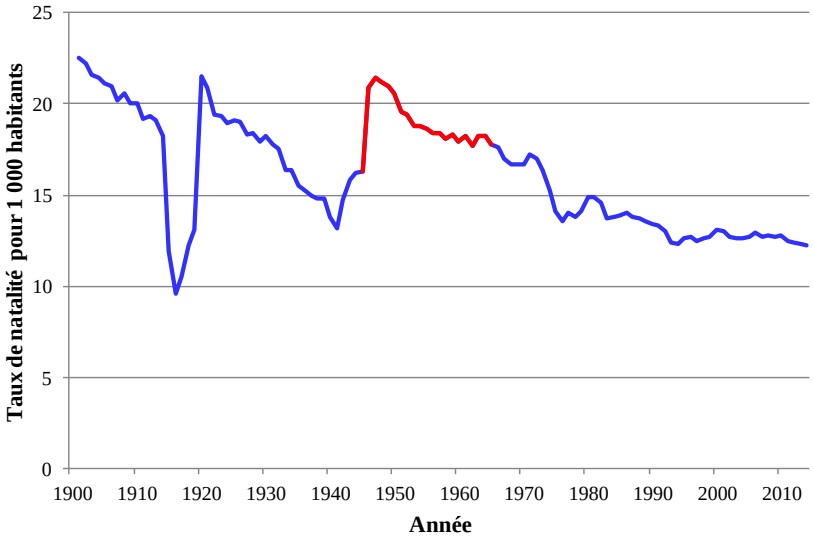
Définition : Le taux de mortalité prématurée est le nombre de décès, au cours de l'année, d'individus âgés de moins de 65 ans, rapporté à la population totale des moins de 65 ans, de la même année. Le taux standardisé correspond au taux de mortalité prématurée que l'on observerait si la structure par âge de la population était la même que celle France entière. **Lecture** : Le taux standardisé de mortalité du Nord est de 2,7 ‰, le classant parmi les départements de France métropolitaine où il est le plus important. **Champ** : France métropolitaine, hors Corse (standardisation sur la France entière), 2011. **Sources** : Insee (état civil, estimations de population, 2011). **Source cartographique** : Arctique.

1.1.2.2. Du baby boom au papy-boom : les générations pleines arrivent

Deuxième facteur déterminant du vieillissement actuel et à venir après l'augmentation de l'espérance de vie, les personnes qui ont actuellement entre 60 et 70 ans sont plus nombreuses du fait d'un rattrapage des naissances après la guerre, dit « baby-boom ». Ces générations pleines nées après guerre vont gonfler la population des plus de 75 ans dans les prochaines années (Graphique 7).

Combiné à l'importante espérance de vie à la naissance de cette génération et la hausse de son espérance de vie aux âges élevés, le baby-boom entraîne une gérontocroissance (Dumont, 1993), c'est-à-dire une augmentation du volume des personnes nées entre 1945 et 1965. Même si l'espérance de vie ne progressait plus, cette augmentation serait importante : « *c'est notre passé qui explique en grande partie (à 80 %) le papy-boom des 25 prochaines années. En d'autres termes, le papy-boom jusqu'en 2035 est déjà inscrit dans la pyramide des âges actuelle* » (Blanpain et Chardon, 2011).

Graphique 7 - Taux de natalité en France depuis 1900



Définition : Le taux de natalité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année. **Lecture** : En 1947, le taux de natalité atteint un maximum local de 21,4 ‰. Alors que toutes les autres années sont figurées en bleu, les années entre 1945 et 1965, correspondant usuellement au baby-boom (Insee), sont figurées en rouge. **Champ** : France hors Mayotte. **Sources :** Insee (état civil, annuel, 1901-2013).

La gérontocroissance ne se traduit pas toujours par un vieillissement de la population, il faut pour cela que la population jeune augmente moins que la population âgée. Cependant, concomitants avec la diminution de la natalité entre 1970 et 2000, et la stagnation de celle-ci depuis, ces éléments impliquent un changement dans la structure démographique du pays.

1.2. Le vieillissement de la population : quelles réalités territoriales ?

1.2.1. Nombreuses dans les départements urbains, les personnes âgées représentent une part importante de la population rurale

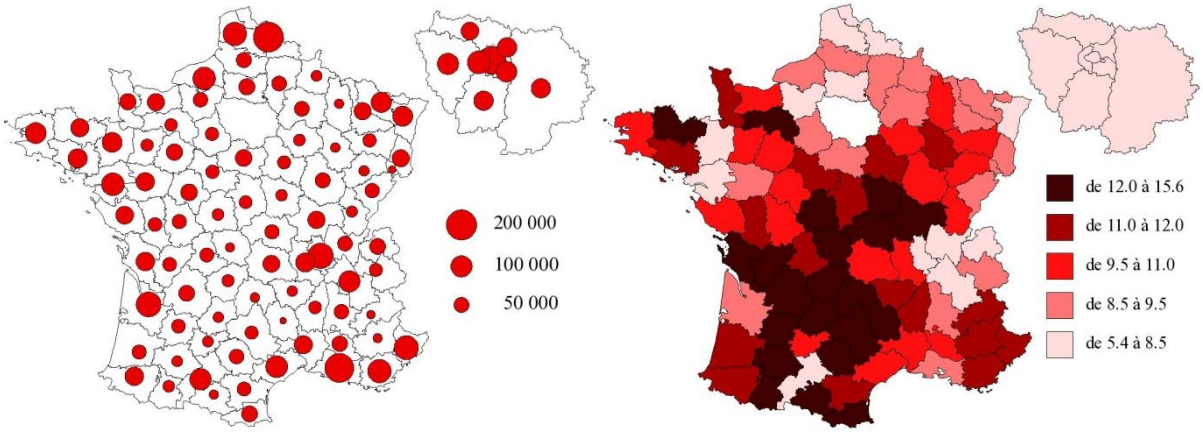
Les personnes âgées sont les plus nombreuses dans les villes ou espaces littoraux, c'est-à-dire dans les espaces densément peuplés (Carte 15). Ce sont ainsi les départements dans lesquels sont situées les grandes villes françaises qui comptent le plus de personnes âgées : le Nord, les Bouches-du-Rhône, Paris, le Rhône ou la Gironde comptent chacun deux fois plus de personnes âgées de 60 ans ou plus, et de 75 ans ou plus, que la moyenne départementale. Dans ces départements urbains, de nombreux retours au centre-ville font suite à l'isolement ressenti en zone rurale et à la recherche de la proximité avec les services de santé et commerces. Ces dynamiques existent également dans les villes petites et moyennes. Par exemple, en Charente-Maritime, le schéma gérontologique départemental « *constate une demande nouvelle de personnes âgées seules, décidant de vendre leur patrimoine en secteur rural pour se rapprocher des services citadins dans un petit logement fonctionnel* » (Conseil départemental de Charente-Maritime, 2010). À l'inverse, les zones périurbaines comptent jusqu'à présent moins de personnes âgées.

Les régions les plus productives attirent la population jeune mais « *les régions littorales ainsi que celles correspondant à ce que l'Union européenne a contribué à identifier comme notre 'diagonale aride' (axe Est/Ouest traversant notre pays de la Champagne-Ardenne à l'Aquitaine), accueillent largement les populations en âge d'être à la retraite, constituant ainsi des 'réservoirs de vieillissement'* » (Le Bouler, 2006) : la part des personnes âgées de 75 ans et plus dans la population

est plus importante dans les territoires ruraux et littoraux, comme les Pyrénées-Orientales ou les Côtes-d'Armor.

Carte 15 - Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus, et part de la population, par département en 2014

Nombre de personnes **Part de la population âgée**



Lecture : Carte a, plus les disques rouges sont étendus, plus le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus est important, Paris compte ainsi 167 000 personnes âgées en 2014 ; carte b : la part de la population âgée de 75 ans ou plus est inférieure à 8,5 % dans tous les départements d'Île-de-France. **Champ** : France métropolitaine hors Corse, 2014. **Sources** : Insee (estimations de population au 1er janvier 2014, par département, sexe et âge quinquennal). **Source cartographique** : Arctique.

Les territoires ruraux ou de montagne accueillent d'anciens résidents secondaires pouvant se replier, le moment venu, en milieu urbain fortement doté en services mais aussi d'anciens résidents locaux, souvent proches du seuil de pauvreté, immobiles. Pour ces derniers, la mobilité envisageable une fois le grand âge arrivé est intrafamiliale ou en établissement (Berthod-Wurmser *et al.*, 2009). Pour ces résidents, vieillir dans leur village peut être une contrainte, mais aussi un souhait.

A : « *On a une centenaire, elle est partie chez ses enfants, elle a été là-bas, ils n'ont pas eu le temps de faire la révision qu'elle était revenue, parce qu'elle était allergique aux poils du chat du fils. Elle est revenue dans son petit village, elle a été malade, elle est repartie chez lui, à Toulouse, elle a refait un transfert de dossier, et là, ça y est, elle revient.*
B : Elle revient où ?
A : Chez elle. Elle a 101 ans quoi. Et elle habite un village paumé. Il n'y a pas plus haut perché.
C : Mais elle connaît tout le monde là-bas. Si elle est dans une cité pavillonnaire à Toulouse, elle doit s'ennuyer à 100 sous de l'heure.
A : Voilà, donc elle trouve toujours un prétexte pour partir de chez les enfants et revenir.
D : Il y en a qui ne veulent pas, ça ne leur convient pas.
A : Sur la Corniche, c'est joli au moins.
E : Oui, en plein hiver c'est joli oui [sarcastique].
B : Ils sont habitués.
F : C'est des gens qui sont nés là.
A : Elle est née là, elle veut mourir là ».

Entretien auprès de responsables de CLIC, Ariège, avril 2014

Cependant, la population a moins vieilli dans l'espace rural que dans l'espace urbain au cours des dernières années. La part de la population âgée dans les communes rurales, déjà importante, a peu progressé quand celle-ci a nettement augmenté dans les villes. Les structures par âge des villes et des campagnes pourraient se rapprocher (Berthod-Wurmser *et al.*, 2009).

La partition entre territoires urbains et ruraux manque de finesse pour rendre compte de la diversité territoriale du vieillissement. Par exemple, l'histoire et la géographie rurale montrent que différents

paysages ruraux et civilisations agraires cohabitent en France : champs ouverts, ou « *open field* » au nord de la Loire, « type méridional » au Sud et bocage à l'Ouest. Cette tripartition historique s'est maintenue jusqu'à l'époque contemporaine : la société française s'est constituée lentement, « *moyennant l'absorption de plusieurs sociétés ou fragments de sociétés qui primitivement appartenaient à des mondes étrangers.* […] *Longs champs sans clôtures autour de gros villages lorrains, enclos et hameaux bretons, villages provençaux, pareils à des acropoles antiques, parcelles irrégulières du Languedoc et du Berry, ces images si différentes* […] *ne font qu'exprimer des contrastes humains très profonds* » (Bloch, 1931). Les structures du bâti sont différentes en fonction de ces paysages : alors que, dans *l'open field*, l'habitat est groupé en petits villages, il est dispersé dans le bocage, même si un bourg-centre demeure. Or, la maison isolée « *suppose un autre régime social et d'autres habitudes* » que l'habitat groupé, et de l'organisation de l'habitat découlent des différences dans l'accompagnent de la dépendance. C'est pourquoi des départements incluant des territoires urbains, périurbains et ruraux, du Nord, de l'Ouest, du Sud et de l'Île-de-France, sont sélectionnés pour l'étude locale.

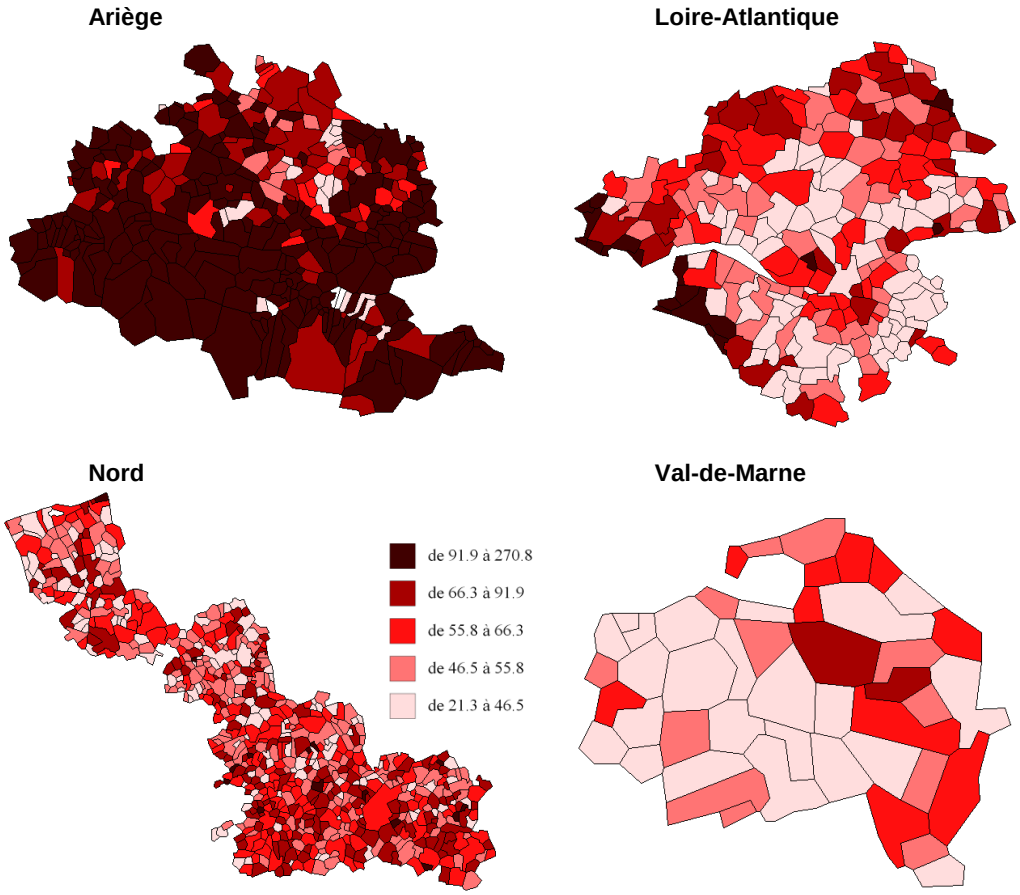
1.2.2. Indice de vieillissement et indice de sénescence : quels équilibres démographiques dans les départements de l'étude ?

L'indice de vieillissement est le ratio entre la population « âgée » et la population « jeune », les limites d'âge retenues variant selon l'analyse réalisée et l'échelle choisie. Les âges de 30 ans au plus et de 60 ans au moins sont ici utilisés, rendant possible une déclinaison communale de l'indicateur.

Celui-ci dépend autant des évolutions de la population considérée comme âgée que jeune : deux territoires comptant un nombre similaire de personnes âgées mais très différent de population jeune auront ainsi un indice éloigné. Celui-ci rend compte du vieillissement de la population, et notamment d'un changement de l'équilibre entre les générations. Il est mobilisé par les acteurs publics dans les réflexions intergénérationnelles, par exemple sur l'équilibre des systèmes de protection sociale, en particulier sur les retraites, financées en France par un système de répartition, ou sur l'assurance maladie, puisque l'âge est un marqueur empirique de la dépense de santé. En effet, la consommation de soins augmente avec l'âge, car le nombre de maladies et leur intensité croissent avec le vieillissement et la fragilité de l'organisme (Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie [HCAAM], 2010).

Quatre départements inclus dans l'étude quantitative et qualitative locale : l'Ariège, la Loire-Atlantique, le Nord et le Val-de-Marne. L'indice départemental oscille entre 100 en Ariège et 47 en Val-de-Marne. Alors que la population âgée de 30 ans ou moins est aussi nombreuse que la population de 60 ans ou plus en Ariège, elle est deux fois plus nombreuse que celle-ci en Val-de-Marne. Décliné par commune, l'indicateur permet de comparer plus finement les quatre territoires : il montre le département de l'Ariège comme nettement « plus vieux » que les autres (Carte 16). Les cartes communales permettent surtout d'observer d'autres réalités territoriales : le vieillissement de la population en Ariège, hors quelques communes du Nord du département, est diffus. Inversement, en Loire-Atlantique, l'indicateur varie nettement entre la façade maritime, l'espace rural du Nord du département, et un large périmètre autour de Nantes. La carte du Nord est particulièrement mouchetée : des communes à l'indice de vieillissement fort sont limitrophes de communes ou celui-ci est faible.

Carte 16 - Indice communal de vieillissement en 2014, dans les quatre départements de l'étude

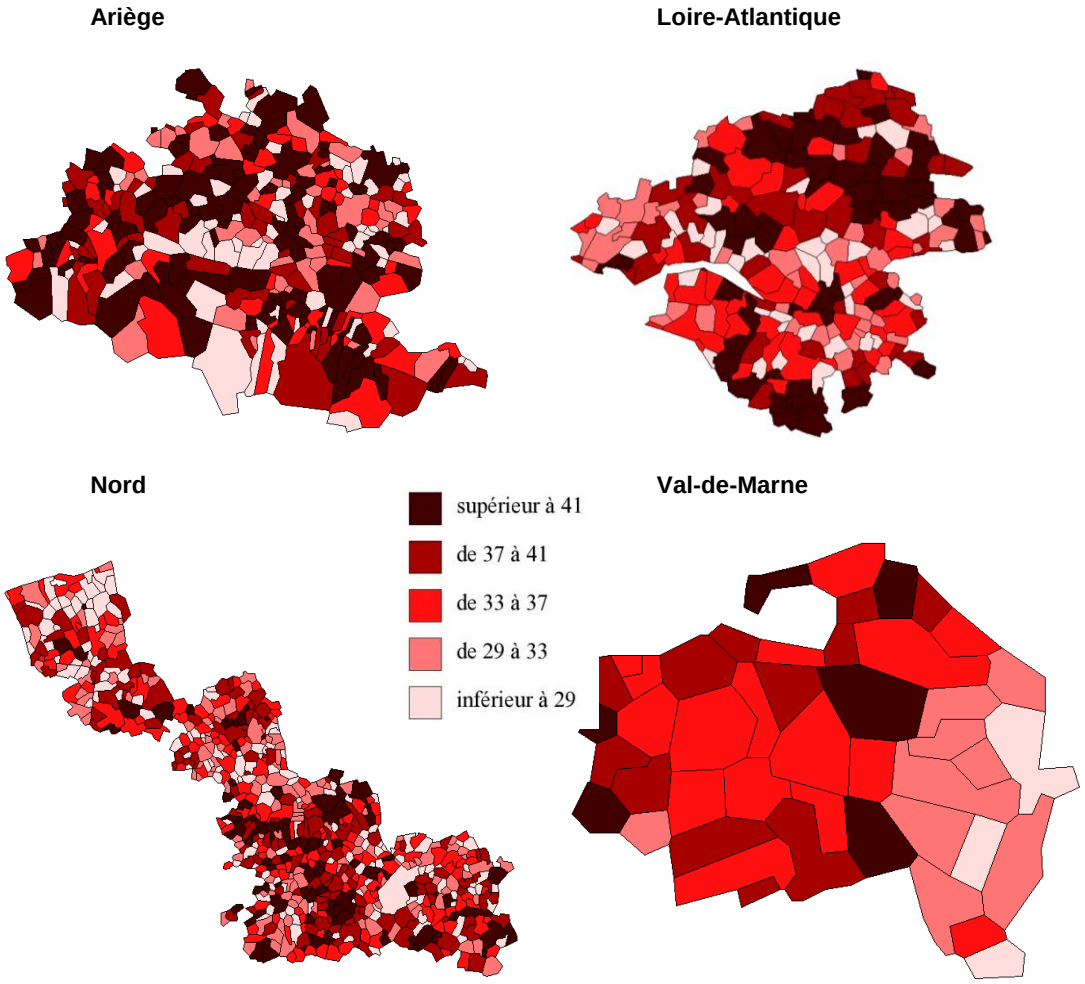


Définition : L'indice de vieillissement est le rapport entre la population âgée de plus de 60 ans et celle âgée de moins de 30 ans. **Lecture** : Plus les communes figurent en clair, plus l'indice communal de vieillissement est faible, c'est-à-dire que la population jeune est nombreuse par rapport à la population âgée. **Discrétisation** : Quintiles, tous départements confondus. **Champ** : Ariège, Loire-Atlantique, Nord et Val-de-Marne, 2014. **Sources** : Insee (estimations de population au 1er janvier 2014, par département et par âge quinquennal). **Source cartographique** : Arctique.

L'indice de sénescence est le rapport entre la population la plus âgée et la population âgée selon la définition légale, c'est-à-dire ici le rapport entre la population âgée de 75 ans ou plus, et celle âgée de 60 ans ou plus. Schématiquement, il rend compte de la part des personnes du « quatrième âge » dans le total des personnes âgées. Quand cet indice est élevé, les personnes les plus âgées représentent une part importante de la population des personnes âgées. Quand il est faible, ce sont les personnes du « troisième âge » qui représentent une grande part. Sa variation entre les quatre départements est moins ample, d'ailleurs, aucune carte départementale ne concentre que des communes dans lequel il est élevé ou faible, contrairement à l'indice de vieillissement (Carte 16).

L'indice de sénescence est le plus élevé en Ariège, où 42 % de la population âgée a plus de 75 ans, et le plus faible à nouveau en Val-de-Marne, où 37 % de la population âgée est dans ce cas. Des situations diverses coexistent au sein de chaque département.

Carte 17 - Indice communal de sénescence en 2014, dans les quatre départements de l'étude



Définition : L'indice de sénescence est le rapport entre la population âgée de plus de 75 ans et celle âgée de plus de 60 ans. **Lecture** : plus les communes figurent en clair, plus l'indice est faible, c'est-à-dire que la population âgée a moins de 75 ans. **Discrétisation** : quintiles, tous départements confondus. **Champ** : Ariège, Loire-Atlantique, Nord et Val-de-Marne, 2014. **Sources** : Insee (estimations de population au 1er janvier 2014, par département et par âge quinquennal). **Source cartographique** : Arctique.

Puisque « *le bien vieillir se traduit majoritairement par un vieillissement sur place* » (Morel, 2011), les territoires dans lesquels l'indice de sénescence est faible sont, pour l'instant, moins confrontés au « grand âge » mais verront prochainement une augmentation importante de ces personnes et des problématiques spécifiques qu'elles rencontrent. L'indice détermine les territoires qui seront le plus impactés par l'augmentation du nombre de personnes très âgées dans les prochaines années. En Val-de-Marne, par exemple, le territoire du Plateau Briard, à l'est du département est celui qui enregistrera probablement les augmentations de population très âgée les plus importantes.

Dans tous les départements, des communes seront particulièrement confrontées au vieillissement à l'avenir. Les territoires infradépartementaux dans lesquels se sont tenus les entretiens d'acteurs sont sélectionnés pour garantir une diversité des territoires, en termes de vieillissement actuel et à venir.

Approcher la vieillesse par l'âge est commode. Outre la simplicité de la définition, la possibilité de mobiliser des chiffres pour la mesurer est facile. Cependant, la période couverte par la vieillesse telle qu'elle est ici définie couvre plus de quarante ans de la vie, les situations rencontrées sont donc très hétérogènes, questionnant la construction sociale de cette catégorie de la population.

1.3. Les « vieux », une construction sociale récente

La rareté de l'évocation de la vieillesse dans l'histoire écrite témoigne de sa tardive émergence comme phénomène autonome et question sociale (Benoit-Lapierre, 1980). Pour analyser la vieillesse, il a fallu préalablement qu'elle soit « *une catégorie spécifique, socialement reconnue et légitimée* » (Pollet, 2001). Ainsi, à la Renaissance, celle-ci n'est pas un âge, mais un « *état d'incapacité à pourvoir à sa propre subsistance* » : « *la conscience d'appartenir à une catégorie d'âge est finalement récente, n'apparaissant qu'avec le bouleversement démographique et l'ensemble des progrès matériels qui accompagnent le passage du Moyen Âge à l'époque moderne* » (Bois, 2006). Un docteur en théologie du XVIIe siècle, se consacrant à *l'Entretien des vieillards, ou miroir dans lequel ils verront les avantages de leur âge pour leur consolation*, écrit ainsi que « *la vieillesse n'est pas un défaut de notre âge, mais une ennuyeuse habitude que nous avons gagnée par l'indisposition maligne et maladive de notre corps, ou un reste fâcheux de nos débauches et excès* » (Vavre, 1625).

Ainsi, « *au cours des siècles, le groupe des personnes âgées, dont la perception a sensiblement évolué, s'est vu attribuer un système de valeurs et de représentations, un nom qui finit par faire de la vieillesse un âge différencié de la vie, avec ses spécificités et son identité* » (Dumons et Pollet, 1995). La construction de ce groupe d'âge particulier est liée à la distinction sociale entre retraités et actifs, née de la diffusion des droits à retraite, et à la concentration de la mortalité sur cette classe d'âge, qui implique une difficulté à approcher le vieillissement, individuellement et collectivement.

1.3.1. Les retraites, et l'opposition entre les retraités et les actifs

Le premier régime de retraite, spécifique à la marine de guerre, est mis en place par une ordonnance de Colbert en 1670, mais c'est à la fin du XVIIIe siècle se précisent « *pour la première fois de véritables politiques de la vieillesse, inaugurées par la politique des pensions militaires de retraite, indicateur non ambigu de la nouveauté du problème social vécu* » (Bois, 1989). Le régime de retraite des fermiers généraux (les impôts) est élargi à l'ensemble des fonctionnaires pouvant attester de trente ans de services et ayant plus de 50 ans par l'Assemblée constituante en 1790 : « *le discours révolutionnaire, qui met l'accent sur l'égalité sociale assigne logiquement une importance particulière à la question de la vieillesse. […] Les phases de l'existence humaine étant les sources génératrices de l'inégalité, la Nation a un devoir sacré de maîtriser le cycle de vie des citoyens pour assurer le bien-être social* ». Mais les difficultés politiques et économiques de la fin du XVIIIe conduisent à l'échec de la mise en place d'une solution généralisée (Thiveaud, 1997).

Jusqu'à la moitié du XIXe siècle, les politiques « vieillesse » relèvent essentiellement de politiques d'assistance. Alors que les sociétés de secours mutuels se développent, l'hypothèse voit le jour de l'instauration d'une caisse d'État destinée aux retraites des ouvriers pour pallier les insuffisances des premières, dont les nombreuses faillites sont dues à leur incapacité à servir les retraites. La Caisse des retraites pour la vieillesse, créée par l'État en 1850, est destinée aux salariés désireux de constituer une épargne capitalisée pour la retraite. Mais selon une enquête de 1898, moins de 5 % des salariés disposent d'une caisse de retraite en cette fin de XIXe siècle. À cette époque, la croissance économique et le désir ou le besoin de mettre à l'écart une main-d'œuvre vieillissante conduit, après vingt ans de

discussions, à un consensus politique, qui donne naissance à la loi de 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes, première législation d'assurance sociale à caractère obligatoire et non corporative. À l'initiative de Viviani, premier Ministre du travail et de la prévoyance sociale, elle rend obligatoire la constitution d'une épargne pour la retraite aux employés de l'industrie et de l'agriculture, sans viser une corporation particulière comme les mineurs ou les cheminots. Le financement repose sur les cotisations des ouvriers, de l'employeur et une rente versée par l'État. Mais en 1912, seuls 2,7 millions de personnes y sont assujetties, sur 10 millions de salariés potentiellement concernés, son succès est donc relatif (Hautcœur et le Quéré, 2002 ; Dumons et Pollet, 1995 ; Thiveaud, 1997).

L'influence du capitalisme industriel, et la place centrale occupée par le travail amènent à cette partition en trois étapes principales de la vie : phase de préparation au travail, période d'activité et phase de retraite (Frinault, 2005). Cependant, au début du XXe siècle, le nombre de travailleurs exclus de tout droit à la retraite reste important.

Le milieu du siècle est marqué par une diffusion et par une amélioration régulière de tous les régimes de pensions, favorisées par les conditions économiques des Trente Glorieuses (Bois, 2006), après la mise en place de la Sécurité sociale dans l'immédiat après-guerre. Le régime de retraite n'est plus par capitalisation mais par répartition : les cotisations des actifs sont immédiatement utilisées pour financer les retraites. Une ordonnance de 1967 crée différentes branches au sein de la Sécurité sociale, dont une est spécifique à l'assurance vieillesse.

L'âge du départ à la retraite évolue à plusieurs reprises : la retraite est amenée à 60 ans au début des années 1980, puis reculée régulièrement depuis la fin des années 2000. Le report de la retraite rend la limite d'âge des 60 ans de moins en moins pertinente : c'est le fait d'être ou non retraité qui change la situation sociale des personnes, et est parfois difficile à vivre.

> A : « *Passer à la retraite, [c'est] passer de 'je me lève tous les matins parce que je vais travailler', à 'je me lève le matin, pour quoi ?'* »
>
> **Entretien auprès de professionnels du territoire, Valenciennes, Nord, juin 2014**

> Les publics concernés par l'action des CCAS sur le vieillissement sont divers ne serait-ce que par leur âge, entre 55 et plus de 100 ans. C'est pourquoi les CCAS ont une vision globale dans le temps : « *l'idée c'est d'accompagner les personnes à chaque étape. La première, c'est peut-être la retraite, moment important dans la vie, préparer sa retraite fait partie des actions qu'on peut mener en CCAS* ».
>
> **Entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014**

Caradec, étudiant les mécanismes de la transition identitaire au moment de la retraite, montre que les nouveaux retraités sont confrontés à une perte de leur statut, à la privation de leur rôle instrumental, et à la disparition du groupe des pairs formés par leurs collègues de travail. Cependant, parce que la retraite est en France un moment de l'existence particulièrement valorisé, à la fois dégagé des contraintes du travail et considéré comme propice à la réalisation et à l'épanouissement de soi, la majorité des personnes vivent plutôt bien leur passage à la retraite (Caradec, 2008). Peut-être est-ce parce que la concentration de la mortalité sur les personnes les plus âgées conduit à segmenter la population âgée en deux groupes : le troisième et le quatrième âge.

1.3.2. Concentration de la mortalité sur les personnes les plus âgées

Dans les années 1970 se confirme une opposition entre une vieillesse heureuse et en bonne santé et une vieillesse plus tardive qui s'accompagne de problèmes de santé récurrents[11]. Le troisième âge est synonyme d'épanouissement et de liberté, les seniors sont une cible commerciale, disposant à la fois de ressources financières et de temps. À l'inverse, le quatrième âge est associé à la maladie, à la fin de vie et à la dépendance. Chacun de ces âges correspondrait à peu près à une génération.

> Les personnes ne se sentent pas « *vieilles* ». « *Le vieillissement a été un sujet tabou dans notre société* », mais « *les tabous se lèvent progressivement […] il y a plein de choses sur les personnes âgées* ». « *Ça nous concerne, on vieillit tous, c'est bien aussi de savoir ce qu'on a envie et d'en discuter avec ses proches. Quand les gens sont encore autonomes, valides, avoir une réflexion sur, comment on se projette* ». Mais *« quand on arrive à la retraite on n'a surtout pas envie qu'on nous parle de notre dépendance* » ; « *la projection est difficile* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Loire-Atlantique, mai 2014**

Ce constat est cohérent avec la tendance à repousser les frontières du vieillissement au fur et à mesure que l'on s'en approche (Perrig-Chiello, 2001). Alors, « *le troisième âge est moins un âge qui vient s'interposer entre l'âge mûr et la vieillesse que la négation de la vieillesse* » (Lenoir, 1979). Il éloigne ces perspectives.

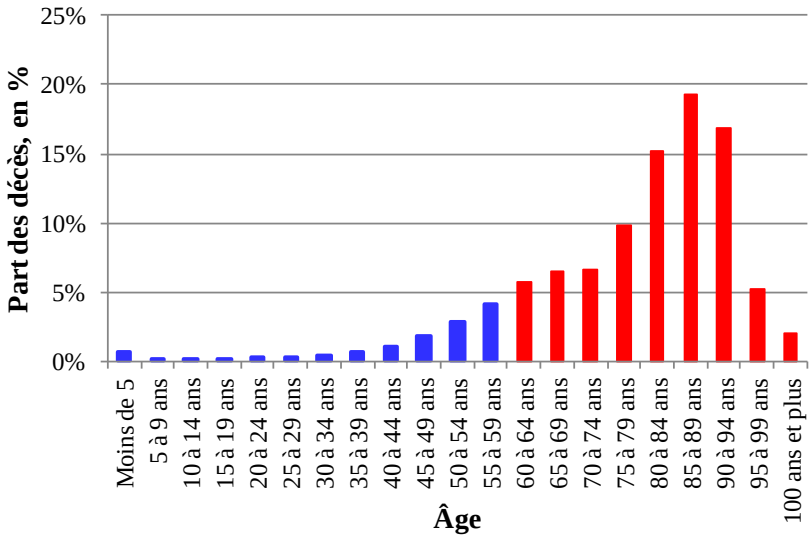
La concentration de la mortalité sur les personnes âgées de 75 ans ou plus conduit à en faire un « âge » spécifique, le quatrième âge. Pourtant, la plus grande fréquence des décès à ces âges est d'abord liée à la diminution de la mortalité des plus jeunes, et en particulier celle de la mortalité des enfants et des femmes en suites de couches : au XVIIIe siècle, la moitié des enfants décédaient avant l'âge de cinq ans, et la rare présence de « vieillards » rendaient ces derniers exceptionnels : ils avaient échappé à la mort (Pélissier, 2013). L'importance de la mortalité à tous les âges de la vie au cours de l'époque moderne conduit le philosophe Montaigne à déclarer au XVIe siècle que « *mourir de vieillesse, c'est une mort rare, singulière et extraordinaire, et d'autant moins naturelle que les autres : c'est la dernière et extrême sorte de mourir […] c'est bien la borne, au-delà de laquelle nous n'irons pas, et que la loi de la nature a prescrite, pour n'être point outrepassée : mais c'est un [de ses] rares privilèges de nous faire durer jusque là. C'est une exemption qu'elle donne par faveur particulière, à un seul, en l'espace de deux ou trois siècles* » (Montaigne, 1580).

Aujourd'hui, la majorité des décès ont lieu aux grands âges (Graphique 8), ce qui fait de la mort une suite logique de la vieillesse. La baisse des effectifs de population conduit à un nombre de décès décroissant à partir de 90 ans, mais le taux de mortalité, c'est-à-dire le nombre de décès rapporté à la population, est continuellement croissant en fonction de l'âge : au-delà de 80 ans, chaque année, 5 % d'une classe d'âge décède. Au-delà de 95 ans, c'est un tiers de la population qui décède au cours de l'année.

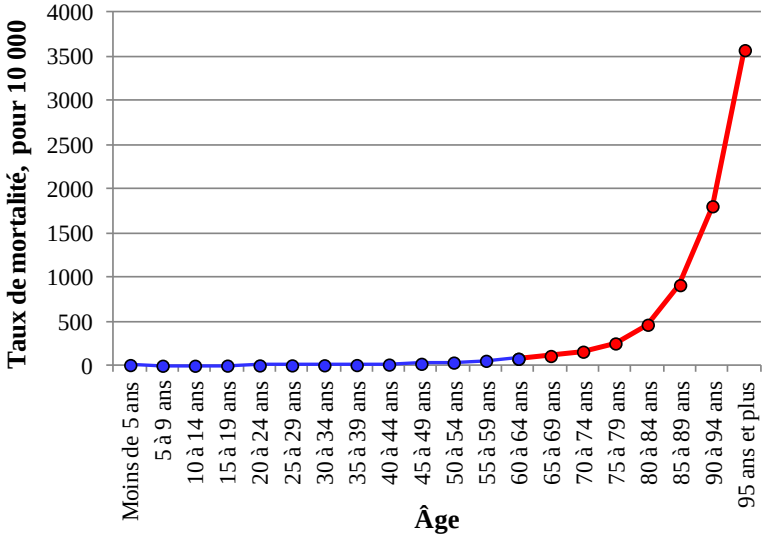
[11] La distinction entre plusieurs âges de la vieillesse apparaît cependant bien avant. Dans un ouvrage de 1749 sur les agréments de la vieillesse, divise ainsi la vieillesse. La vieillesse est verte, quand « *il paraît encore des marques d'une force assez verte et vigoureuse, [malgré] une lenteur dans les travaux du corps et de l'esprit, ce qui cependant ne les empêche pas encore de s'acquitter des fonctions de leurs emplois* ». Lors de la vieillesse dite meure, « *les infirmités et incommodités deviennent beaucoup plus violentes. Car l'élasticité des boyaux et des fibres diminue de plus en plus* ». Enfin, la vieillesse devient décrépite, elle « *renferme et termine le cours universel de la vie. Lequel âge est de tous le plus impuissant pour exécuter toutes ses fonctions, puisque pendant son cours, il y a dans tout le corps une très grande langueur, accompagnée d'une débilité maladive, avec un dégoût et un découragement* » créé par toute action entreprise (Le chevalier D.l.p, 1749).

Graphique 8 - Indicateurs de mortalité par âge en France, en 2013

Répartition des décès par tranche d'âge



Taux de mortalité pour 10 000



Définition : Le taux de mortalité correspond au nombre de décès au cours de l'année 2013, rapporté à la population moyenne entre les 1ers janvier 2013 et 2014. Jusqu'à 60 ans, la courbe est figurée en bleu, au-delà de ce seuil, elle est représentée en rouge. **Lecture** : (a) 15 % des décès enregistrés en 2013 concernent des personnes âgées de 80 à 84 ans. (b) entre 85 et 90 ans, le taux de mortalité est de 1 000 pour 10 000, soit de 10 %. **Champ** : France entière. **Sources** : Insee (fichier des décès 2013, État civil ; estimations de population 2013 et 2014, par âge quinquennal).

Alors que « *les médias publient le faire-part de naissance du premier clone humain, dernier avatar de notre désir d'immortalité, de jeunesse et de beauté, […] jamais notre société n'a aussi bien tenu en échec [la mort], la repoussant toujours plus loin de notre quotidien, d'abord en reculant les limites de la vie puis, quand enfin elle va triompher, en la cachant derrière les murs des institutions dont la mission est de la rendre la moins bruyante et la moins visible possible […] Le vieux, c'est celui qui a perdu le combat, qui, par paresse, ignorance ou incapacité, a permis au temps de marquer son corps, qui au lieu de garder la maîtrise de son apparence, l'a laissée devenir l'œuvre du temps* » (Désimpel, 2003). Tout se passe comme si les situations de dépendance soulignaient cette finitude.

1.3.3. Le malaise sociétal face au grand vieillissement : il augure de la mort

Une certaine exclusion des personnes âgées serait alors à lier à l'image qu'elles nous renvoient : « *le vieux est à exclure, à ne pas voir, non pas tant à cause de ce qu'il porte en mémoire que de ce qu'il annonce : la finitude, la mort* ». (Veysset, citée par Désimpel, 2003). Ariès, historien, parle de « *mort interdite* » dans les sociétés occidentales contemporaines : alors que « *la mort autrefois était une tragédie souvent comique où l'on jouait à celui qui va mourir, la mort aujourd'hui est comédie toujours dramatique où l'on joue à celui qui ne sait pas qu'il va mourir* ». Dans la première partie du XXe siècle, « *l'évolution va se précipiter. Cette accélération est due à un phénomène matériel important : le déplacement du lieu de la mort. On ne meurt plus chez soi au milieu des siens, on meurt à l'hôpital, et seul* » (Ariès, 1975). Alors que les décès avaient principalement lieu au domicile jusqu'aux années 1950, désormais, seul un quart des Français meurent chez eux (Pennec *et al.*, 2015). La négation de la mort dans la société s'accroît. *« Vieillir est indécent, mourir une erreur »* (Désimpel, 2003) : « *la mort n'est plus comprise comme la conclusion logique de toute vie, mais comme un accident de parcours. Et comme pour tout accident, il vaut mieux cacher son existence aux survivants* » (Sarg, 1993).

Contrairement au décès qui est incontournable, les situations de dépendance physique et psychique, bien que plus fréquentes aux grands âges ne sont pas systématiques. Cela contribue à comprendre pourquoi la perspective de la dépendance est encore davantage niée que celle du décès, malgré les publicités qui fleurissent sur les assurances dépendance.

> Il existe une difficulté à appréhender la dépendance, à l'échelle de l'individu. « *Les personnes prévoient leurs obsèques, mais ne prévoient jamais leur entrée en dépendance* ». « *Ça fait peur, c'est morbide, la vieillesse, le handicap, la fin de vie* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès des responsables des pôles autonomie, Nord, janvier 2014**

« *La difficulté même à trouver le terme adéquat témoigne du malaise : 'vieux' par opposition à 'jeune', étant presque perçu comme une insulte, le mot est devenu quasiment tabou. Au gré des modes, on parle donc de 'personnes âgées', de 'seniors', d''aînés' ou d''anciens'* » (Pélissier, 2013). Le vocabulaire a notablement évolué depuis deux cents ans. Le terme de « vieux », après avoir évincé celui de « vieillard », est officiellement remplacé par celui de « personnes âgées » dans les textes législatifs et réglementaires à partir de 1985 : « *l'expression personne âgée est commode pour remplacer celles de vieux, vieilles, vieillards car le mot vieux a souvent des connotations négatives de déclin, de déchéance, d'obsolescence ou d'incapacité ; on peut être âgé […] sans être vieux en ce sens-là* » (JORF, 1985).

Les professionnels éprouvent des difficultés à évoluer dans ce champ professionnel de la dépendance des personnes âgées.

> Lorsqu'il y a des opérations immobilières, les « *vieux* » ne sont pas sur les images, « *ou alors, quand ils sont là, ils ont toujours soit un petit enfant à la main, soit ils sont sur un vélo* ». « *Quand on discute avec des urbanistes, ou des publicitaires, ils disent : 'les vieux, ça fait baisser le prix du mètre carré'* », alors même que les quartiers pensés pour le vieillissement peuvent devenir les « *quartiers les plus agréables à vivre pour toutes les populations* ». Mais « *la vieillesse est une réalité. Il suffit d'être auprès des personnes âgées, de vieillir soi-même pour s'en rendre compte. Mais l'ensemble de la société souffre de ce que l'on a appelé parfois une forme de jeunisme, c'est-à-dire que le vieux n'est intéressant que s'il est encore jeune ; ou s'il donne l'impression d'être jeune* ». L'accompagnement de la dépendance « *est compliqué à mettre en œuvre dans une société qui hait ses vieux* », ou plutôt qui a « *une haine contre la vieillesse. Ça ne fait pas seulement peur, ça ne fait pas partie de nos représentations aujourd'hui acceptables. On aime bien représenter des vieux, qui ne sont pas vieux* ». Concrètement, *« où est-ce qu'on les montre et où est-ce qu'ils se voient ?* »
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014**

Autre témoin de la conception sociétale du vieillissement, la difficile reconnaissance des professionnels qui exercent les métiers auprès des personnes les plus âgées. Ceux-ci sont bien moins valorisés que les métiers de la petite enfance, par exemple.

> « *Les gens qui travaillent auprès des vieux n'ont pas les mêmes statuts, la même reconnaissance que ceux qui travaillent dans les autres secteurs* ». Or, pour changer l'image de la vieillesse, il faut « *travailler aussi sur l'image et la rémunération des personnes qui interviennent à domicile* ». « *Pourquoi le statut des personnels qui travaillent auprès des personnes âgées serait moins avantageux que celui de ceux qui travaillent auprès des enfants par exemple* » ? Pour les agents des crèches, il n'y a pas « *de précarité, il y a des règles* » notamment sur les taux de personnels qualifiés, ce qui n'existe pas dans le secteur de l'aide à domicile. Dans le secteur sanitaire, une aide-soignante ne peut exercer qu'en possession d'un diplôme, « *elle a une reconnaissance symbolique beaucoup plus importante. Et pourtant c'est plus difficile d'être aide à domicile. Ça nécessite d'intégrer un certain nombre de données complexes, et on est étonné, admiratif devant la réussite de personnes qui n'ont pas toujours la formation* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014**

Les professionnels soulignent également la difficulté qu'ont les personnes à anticiper leurs potentielles incapacités futures, conduisant fréquemment à des accompagnements en urgence.

> *A :* *Comment conscientiser les gens de leurs futurs besoins, trente ans avant, voilà la vraie question.*
> *B :* *C'est de la communication.*
> *C :* *Enfin, vous allez dire aux jeunes qu'ils vont être vieux !*
> *D:* *On n'y croit pas, c'est normal.*
> *C :* *Ils ne veulent pas y croire. Qu'ils vont mourir… quand vous êtes jeune, vous êtes immortel !*
> *[…]*
> *A :* *Les gens imaginent qu'ils sont immortels, qu'ils ne seront jamais malades. Alors qui manque ici, autour de la table : est-ce que ce sont les enseignants, qui doivent nous conscientiser dès le plus jeune âge ? Qu'un jour on sera vieux, qu'un jour on sera malade.*
> *B :* *Ou mort.*
> *A :* *Qu'un jour on sera dépendant des autres, il faut qu'ils y croient eux-mêmes. Est-ce qu'il manque des journalistes ? C'est une question que je pose : des enseignants, des journalistes, peut-être d'autres.*
> *B :* *Des philosophes ou des religieux, quelle que soit la religion.*
> *A :* *Il manque Montaigne pour nous faire prendre conscience qu'un jour on sera vieux et qu'un jour on sera malade.*
> *C :* *Mais bon, l'ambiance est déjà morose, si vous allez en rajouter une couche…*
> *A :* *Il ne faut pas voir ça dans une dynamique de pessimisme, ni d'idéalisme.*
> *C :* *Non, c'est pas ça. Si vous prenez, dans le climat actuel, le moins qu'on puisse dire, c'est qu'il est plutôt morose. Et d'arriver en expliquant aux jeunes qu'ils vont être vieux.*
> *A :* *Et malades en plus.*
> *C :* *Et aux vieux qu'ils vont devenir dépendants, enfin aux vieillissants, qu'ils vont devenir dépendants, et que leur logement sera inadapté… tout ça c'est très optimiste quoi ! »*
>
> **Entretien auprès de professionnels du territoire, Maubeuge, Nord, juin 2014**

La conception sociétale du vieillissement donc conditionne l'action des professionnels. Or, l'approche du vieillissement par la société est ambivalente.

1.3.4. Une approche sociétale ambivalente : du vieillissement comme déclin au vieillissement comme chance

Le vieillissement démographique conduit à des réflexions collectives ou individuelles, sous forme de rapports publics, études, plaidoyers ou essais, oscillant entre deux thèses contradictoires. Des auteurs du XIXe siècle, inquiets du vieillissement de la population lié à la baisse de la natalité et de la « dépopulation » qui pourrait survenir, considéraient le vieillissement de la société, à l'image du

vieillissement individuel, comme synonyme de déclin, de maladie, d'usure, de sclérose ou encore de déchéance. Gonnard, dans sa thèse de doctorat en 1898, rappelle un discours répandu en cette fin de XIXe siècle : « *on a parlé d'un affaiblissement général de la race française, race vieillie dit-on, et qui aurait perdu dans sa vieillesse la force de reproduction qu'elle eût jadis* » (1898). La parution en 1979 de la *France Ridée, échapper à la logique du déclin* (Chaunu *et al.*) témoigne de la survivance de ces analyses tard dans le XXe siècle. Le premier chapitre, rédigé par Legrand, au titre révélateur « *comment meurt un pays* », indique : « *un pays meurt lorsque ses enfants se font rares ; alors à plus ou moins long terme, les cercueils s'alignent, plus nombreux que les berceaux* ».

Depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale et jusqu'aujourd'hui, les ouvrages sont de plus en plus nombreux à souligner la chance que peut représenter le vieillissement pour les personnes. Michèle Delaunay, Ministre déléguée chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie, déclare porter par le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, une « *image positive, optimisme et volontaire de l'avancée en âge* » (CESE, 2014). Les rapports continuent depuis les années 1980 à attirer l'attention sur le défi social, sociétal et économique que représente cette évolution, en contestant l'approche décadente précédente. Ainsi en est-il, un an après l'ouvrage de Chaunu, du groupe Prospectives Personnes Âgées, qui souligne que : « *la France s'alarme de ce gonflement du nombre des retraités, elle découvre cette cohorte grandissante des octogénaires, elle rapproche enfin ces évolutions du recul de la fécondité. La France a peur de vieillir. Elle hésite à se regarder, d'autant qu'on lui répète, qu'« elle se couvre de rides », ou qu'elle se trouve dans « la logique du déclin». Ne sera-t-elle pas, demain, moins vigoureuse, moins créative, parce que l'âge de la population s'élèvera, et parce que vivront aux dépens des actifs des vieillards de plus en plus nombreux et coûteux ?* ». Ce groupe s'élève « *contre le ton dramatique que prennent tant d'analystes superficiels ou intéressés pour parler de la vieillesse demain* » mais souligne « *les tensions financières et les déchirements sociaux qui pourraient survenir, si ce problème est mal abordé et mal maîtrisé. On n'a pas hésité à dire que l'insouciance ou les demi-mesures pourraient faire des rapports entre la société et la population âgée une affaire explosive au début du prochain siècle* » refusant cependant « *de se faire l'écho de l'alarmisme à la mode* » (Lion, 1980). Une génération plus tard, la Cour des comptes souligne un « *défi médical, social et financier encore largement sous-estimé* » (2005).

Alors que dans les rapports publics, l'approche du vieillissement est de plus en plus positive, plusieurs professionnels ont souligné la dégradation de l'image et du rôle des personnes âgées dans la société depuis quelques années. Cette opinion ne fait pas toujours consensus entre les acteurs.

A : « *Mais pourquoi tout d'un coup on a ce regard sur la personne âgée qui a changé ? Qui est beaucoup plus négatif qu'il y a quelques années.*
B : *Parce qu'on n'a pas envie d'être comme ça.*
C : *Mais ça on ne le changera pas, c'est un phénomène de société.*
D : *Ah non, moi je ne souscris pas, là, pour une fois. Je pense qu'on ne s'est jamais aussi bien occupé des vieux que maintenant.*
B : *Ah bon ?*
A : *Vous trouvez ?*
D : *Ah oui !*
A : *On s'en occupe pour s'en débarrasser, pas pour se l'approprier je trouve.*
B : *Dans les paroles et dans ce qu'on voudrait, mais pas de la bonne manière je pense.*
D : *Moi je suis un peu plus vieux. J'en ai connu un certain nombre dans mes proches, je peux vous assurer qu'on est bien mieux traité maintenant qu'on ne l'était il y a vingt et il y a quarante ans. Il n'y a pas photo. Et je peux vous assurer que, pour diriger hôpital et établissement d'hébergement, moi j'ai connu les hospices, je peux vous dire… ce que j'en pense. J'ai vu des maintiens à domicile dans des conditions impossibles, avec des gens qui n'avaient pas les toilettes, enfin un trou perdu au bout de la cour, avec des gens qui n'avaient pas d'eau chaude, qui n'avaient pas de feu. Il faut relativiser. Remettez tout ça en perspective et en pourcentage.*

Et je peux vous assurer que, ce qui est offert aujourd'hui, si ça ne l'était pas, vous n'auriez pas un allongement de durée de vie en bonne santé.

B : Est-ce qu'ils sont en mieux-être, je ne pense pas.

D : Est-ce qu'ils se sentent mieux ? Ça je ne sais pas, les miens, oui ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Maubeuge, Nord, juin 2014

Effectivement, les chercheurs montrent que l'ambivalence sur les personnes âgées est historique : « *en littérature, tour à tour symbole de tempérance et de sagesse et tourné en dérision, le vieux jouit d'une image ambiguë. À la fin du XIXe siècle […] le barbon du XVIIe siècle cède la place au grand-père vénéré de Victor Hugo. Ces images idéalisées ne font cependant référence qu'au vieillard riche et cultive. Les femmes et les vieillards miséreux restent encore affublés d'une image misérabiliste* » (Pollet, 2001). Or, la façon d'envisager la vieillesse influe sur l'approche politique de celle-ci.

Un participant témoigne : « *mon principal problème vient d'un portage politique* », « *j'en veux pour preuve que nous passons d'un Ministère à un Secrétariat d'État, ce n'est pas que du symbole* »[12]. Nombre de difficultés demeureront « *tant que la question des retraités sera un strapontin, que ce soit ministériel ou dans les collectivités* ».

Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014

Au-delà, la conception du vieillissement et les problématiques spécifiques qui l'accompagnent impliquent des différences dans les prises en charge et dans les dispositifs mis en place.

1.4. Les politiques publiques liées au vieillissement : de la précarité à la dépendance

1.4.1. Au début du XXe siècle, l'assistance aux vieillards devient une obligation sociale

Par la loi du 14 juillet 1905, les législateurs votent l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables. C'est par cette loi, qui nécessite plusieurs années d'échanges entre les parlementaires, que l'assistance devient une obligation sociale. Les débats, dès 1903, montrent ce changement de mentalité, avec l'affirmation du droit individuel en face du droit social : les formules « *tout Français privé de ressources reçoit gratuitement l'assistance* » ou « *l'assistance est due à* » sont remplacées lors des discussions parlementaires par un texte plus précis : « *tout Français privé de ressources, soit âgé de 70 ans, soit atteint d'une infirmité ou d'une maladie reconnue incurable et qui le rend incapable de pourvoir à sa subsistance par le travail, a droit, aux conditions et sous les réserves ci-après, au service de solidarité sociale institué sous forme d'assistance obligatoire par la présente loi* » (Campagnole, 1905).

L'assistance devient exclusivement un service public. Il en résulte que l'autorité publique a seule qualité pour assurer « *l'exact accomplissement du devoir de solidarité sociale* » et qu'elle ne doit pas déléguer cette compétence aux œuvres de bienfaisance privée, ni aux sociétés de secours mutuels. Monod, commissaire du gouvernement déclare en 1903 : « *La Chambre a repoussé – et comment ne l'eût-elle pas fait ? – tous les systèmes qui avaient pour but ou pour résultat de permettre aux représentants de la bienfaisance privée de s'immiscer dans la direction d'un service public, d'intervenir dans la désignation des bénéficiaires de l'assistance, de recevoir des subventions qui, payées par les deniers publics, ne doivent être allouées qu'à des établissements publics, soumis au contrôle administratif et financier d'autorités publiques* ». Ce point soulève nombre de débats, dans le

[12] L'entretien se déroule fin juin 2014, moins de trois mois après le remplacement de Michèle Delaunay, Ministre déléguée chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie (décret du 21 juin 2012 relatif à la composition du gouvernement) par Laurence Rossignol, Secrétaire d'État chargée de la Famille, des Personnes âgées et de l'Autonomie (décret du 2 avril 2014 relatif à la composition du Gouvernement).

contexte du début du XXe siècle, marqué par l'élaboration de la loi relative à la séparation des Églises et de l'État.

Ainsi, en quelques années, l'assistance facultative limitée aux secours à domicile devient assistance obligatoire limitée au devoir social, sans reconnaissance du droit corrélatif de l'individu aux secours puis assistance obligatoire, donnée soit à l'hospice, soit à domicile, avec organisation d'un service public et reconnaissance du droit de l'individu à l'allocation mensuelle, à la pension en argent, ou au traitement hospitalier, suivant la forme admise pour permettre à la société d'acquitter sa dette (Campagnole, 1905).

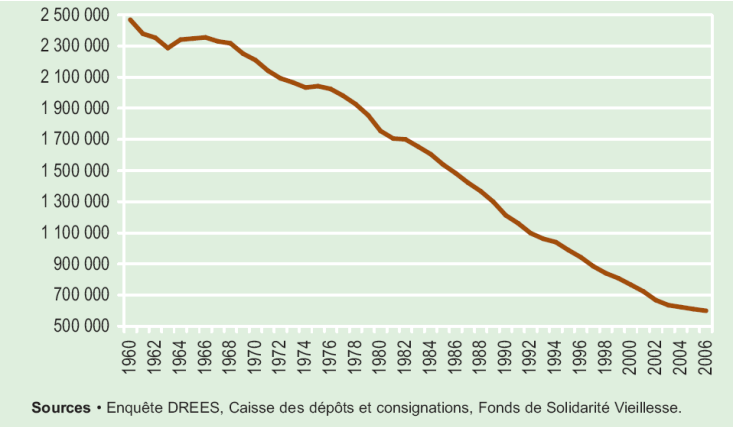
Autre nouveauté de cette loi, le secours qu'elle propose n'est pas temporaire, comme c'est le cas des hospitalisations, mais de longue durée, renouvelable tous les ans. En effet, les maladies de la personne âgée, souvent, n'ont pas de fin, bien que certains traitements en limitent l'inconfort. La loi de 1905 est la première à en prendre acte.

1.4.2. Après la Seconde Guerre mondiale, les politiques publiques visent à limiter la précarité financière

Les politiques mises en œuvre après la Seconde Guerre mondiale se sont concentrées sur l'aide aux personnes âgées les plus pauvres. En effet, la période de l'Occupation est marquée par les pénuries, qui touchent d'abord les plus démunis, dont les personnes âgées, déjà fragilisées, font partie. « *Le premier revenu minimum a été établi pour les personnes âgées, et les maisons de retraite ont longtemps été utilisées principalement comme des lieux d'accueil pour personnes indigentes* », rappelle l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) (Sanchez *et al.*, 2007). Effectivement, de nouvelles allocations sont créées après-guerre, unifiées en 1956 pour créer le « minimum vieillesse ». À cette époque, celui-ci concerne 90 % des personnes âgées de plus de 65 ans, et « *illustre tout autant l'effort de la Nation en faveur de ses vieux que l'ampleur des besoins des personnes âgées* » (Brodiez-Dolino, 2013).

Aujourd'hui, le vieillissement semble de *« moins en moins synonyme de détresse économique* », et ce – selon l'ODAS – grâce à l'augmentation des revenus et des patrimoines, la progression du travail féminin, l'obligation de cotisation pour tous et les retraites acquises qui en découlent. Les auteurs justifient cette affirmation par la « *diminution tendancielle depuis 20 ans du nombre de bénéficiaires de l'allocation supplémentaire vieillesse – le revenu minimum vieillesse – avec 609 385 bénéficiaires en 2005, dont la moitié âgés de plus de 75 ans* ». L'ODAS utilise les données de la Drees, reprises sur le graphique ci-après (Graphique 9).

Graphique 9 - Évolution des effectifs allocataires de l'Allocation spéciale vieillesse (ASV) en France depuis 1960



Lecture : 2,5 millions de bénéficiaires de l'ASV étaient recensés en 1960. **Champ** : France entière. **Sources** : Drees (Augris, 2008, « *Les allocataires du minimum vieillesse* », Études et Résultats n° 631, p. 3).

Depuis 1956, la population âgée a augmenté et le nombre de bénéficiaires de l'allocation s'est effondré. Cela conduit le Conseil économique, social et environnemental (CESE) à penser pour le futur deux scénarios opposés. D'abord, l'extinction de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), qui a remplacé le minimum vieillesse, avec ses actuels bénéficiaires, ou au contraire l'augmentation du nombre de retraités pauvres dans les prochaines années, « *compte tenu des réformes qui ont conduit à l'élévation de la durée de cotisation et à la diminution du taux de remplacement d'une part, de la dégradation du marché du travail d'autre part* » *[…] La situation des personnes, essentiellement des femmes, qui ont effectué de longues périodes à temps partiel, restera très difficile* » (Boutrand, 2009).

En effet, alors que les personnes âgées disposent de revenus permettant qu'elles soient actuellement « *relativement épargnées, les choix retenus pour les réformes des retraites, les parcours professionnels moins linéaires et les recompositions familiales peuvent laisser craindre un retour de [leur] pauvreté* » (Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2006). Presque une décennie plus tard, les acteurs rencontrés témoignent de cette hausse de la précarité économique sur les territoires.

> *A :* « *Non seulement, il y a l'isolement, mais aussi la grande précarité des personnes âgées, qui ont un niveau de revenu très bas sur le territoire.*
> *Mélina : Qui est lié à des parcours professionnels, c'est ça ?*
> *A : Oui, parce qu'il y a des anciens exploitants agricoles qui ont une très, très petite retraite.*
> *B : Et qui sollicitent notamment le service [social du département] pour se chauffer, qui n'arrivent pas à acheter des médicaments qui ne sont pas remboursés. C'est une population qui sollicite de plus en plus, parce qu'ils n'arrivent pas à répondre à leurs besoins.*
> *C : Et ce qu'on remarque aussi… c'est une population qui demande à accéder aux restos du cœur. Ça c'est quand même nouveau, c'est une extrême précarité* ».
>
> **Entretien auprès de professionnels du territoire, Saint-Girons, Ariège, avril 2014**

Lors de plusieurs entretiens, des professionnels, notamment sociaux, soulignent l'importance des situations de détresse économique à venir.

Des personnes précaires commencent à atteindre 60 ans, « *on va voir des effets de masse […] avec une problématique précarité, un recours aux soins tardif* ». « *La période la plus difficile va arriver dans les années qui viennent [on aura] tous ces publics qui ont connu le chômage, des ruptures* ». Les ressources pourraient être faibles « *voire inexistantes […] actuellement, les femmes bénéficient des pensions de réversion. Quand bien même seraient-elles toutes petites, il y a quand même ça. Ce public […] n'aura rien* ».

Synthèse de l'entretien auprès des responsables des pôles autonomie, Nord, janvier 2014

Le fait que les personnes âgées « *soient sorties de la catégorie des nécessiteux* » (Sanchez *et al.*, 2007) a conduit les politiques publiques à réorienter leur action sur l'accompagnement des difficultés à accomplir les actes essentiels de la vie.

1.4.3. Le contexte conduit à une restructuration des politiques publiques pour pallier les incapacités

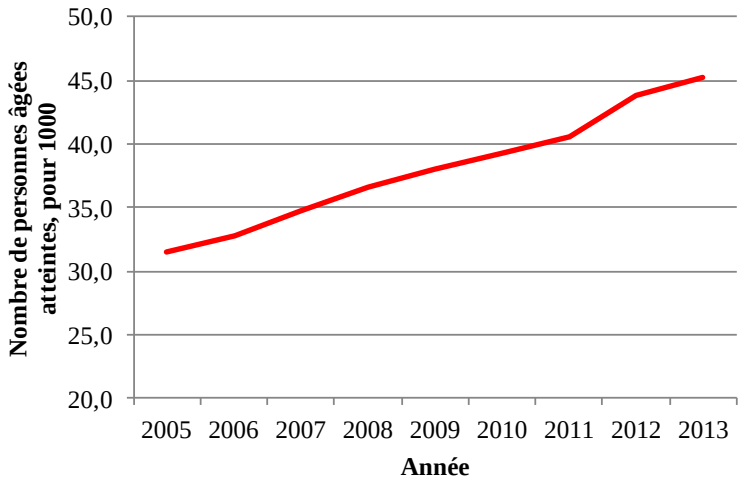
Dans les années 1980, l'Allocation compensatrice tierce personne (ACTP), créée par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975, est étendue aux personnes âgées. La fin des années 1990 voit naître la première loi consacrée spécifiquement à l'accompagnement de leur dépendance.

Cette réorientation des politiques de la vieillesse conduit à rappeler que le lien entre le quatrième âge et les situations de dépendance est difficile à quantifier (Sénat, 2007). L'accroissement du nombre de personnes âgées ne signifie pas un accroissement proportionnel de la dépendance et des charges qui y sont associées (Boutrand, 2009). Cependant, c'est bien parce que les personnes âgées sont plus nombreuses que leurs pathologies sont plus fréquentes. Au-delà, leur détection est meilleure, c'est aussi ce qui explique la croissance du nombre de personnes âgées reconnues atteintes d'Alzheimer ou de maladies associées depuis 2005 (Graphique 10).

A : « *Il y a une population âgée qui se distingue par son nombre. C'est ça l'événement nouveau. On a toujours eu des grands-parents, des arrières grands-parents, et si c'est pas nous, nos familles. Là, c'est le nombre qui fait : le nombre étant plus grand, leurs besoins spécifiques, leurs maladies spécifiques émergent aussi* ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Valenciennes, Nord, juin 2014

Graphique 10 - Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus atteintes d'Alzheimer /ou de maladies associées, pour 1 000 personnes âgées, en France métropolitaine, depuis 2005



Lecture : 38 personnes âgées de 75 ans ou plus pour 1 000 étaient diagnostiquées atteintes d'Alzheimer ou d'une maladie associée en 2009. **Champ** : France métropolitaine 2005-2013. **Sources** : CNAMTS, mise à disposition site éco-santé.

Le rapport Wanless, au Royaume-Uni, a examiné les déterminants sanitaires de la dépendance des personnes âgées, insistant sur la force du lien prédictif entre la dépendance et quatre groupes de pathologies : les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les pathologies rhumatismales, les problèmes coronariens et les démences. Les trois premiers devraient diminuer, les démences constituant la principale inconnue des projections concernant la dépendance (Boutrand, 2009).

Ainsi, les projections affirment une croissance de la part des plus de 75 ans dans les années à venir, mais les états de dépendance pourraient se manifester plus tard. Les politiques d'accompagnement actuellement en place et leurs enjeux font l'objet de la deuxième partie du chapitre.

2. Dépendance, perte d'autonomie, incapacités… Pourquoi retenir le terme de dépendance dans la recherche ?

2.1. Quel terme choisir et pourquoi ?

Au lancement de cette recherche en 2010, le thème d'étude était la dépendance des personnes âgées. L'évolution du vocabulaire en cinq ans conduit cependant à expliciter le maintien de ce terme dans le manuscrit de thèse. En effet, la notion de perte d'autonomie tend à remplacer sur le champ celle de dépendance, qui dominait entre 1995 et 2010. Le débat national lancé en 2011 porte sur la dépendance. Quatre groupes de travail sont réunis, autour de Charpin, Fragonard, Ratte et Morel. Le renversement semble être officiellement attesté à partir de 2013 : de nouveaux groupes de travail, réunis autour d'Aquino, Pinville et Broussy, sont invités à réfléchir sur la « perte d'autonomie », par lettre de mission de la Ministre de la Santé et de la Ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie.

2.1.1. Perte d'autonomie et dépendance ne renvoient pas aux mêmes réalités

La dépendance est, au plus simple définie comme une relation de subordination, de solidarité ou de causalité (Centre national de ressources textuelles et lexicales [CNRTL], 2015). Dans ce dictionnaire, rien ne fait référence à un état de santé ou d'incapacités rendant nécessaire l'intervention d'une aide, humaine ou technique. La dépendance des personnes âgées est définie pour la première fois dans la loi en 1997, et fait référence au besoin, pour une personne, d'être aidée dans les actes ordinaires de la vie. Le terme de dépendance se rapporte donc à une idée collective de solidarité et de besoin mutuel (Ennuyer, 2007).

L'autonomie est le fait, pour une collectivité, de se gouverner par ses propres lois. Par analogie c'est, pour une personne, la faculté de se déterminer par soi-même, de choisir, d'agir librement. (CNRTL, 2015). La perte d'autonomie serait alors le fait de ne plus avoir cette capacité. Ce terme serait lié à une conception plus libérale et individualiste de l'individu (Ennuyer, 2007).

Ainsi, il est lexicalement incorrect de considérer les terminologies de « dépendance » et de « perte d'autonomie » comme substituables. C'est pourtant souvent le cas dans les entretiens qualitatifs.

Une importante perte d'autonomie, et donc une incapacité à agir librement conduisent, en droit français, à des mesures de protection juridique des majeurs : une sauvegarde de justice, une curatelle ou une tutelle[13]. Ainsi, lorsque la maladie, le handicap, l'accident altèrent les facultés d'une personne et la rendent incapable de défendre ses intérêts, le juge peut décider d'une mesure de protection juridique par laquelle une autre personne l'aide à les protéger (Site officiel de l'Administration française, 2015). La protection doit être la moins contraignante possible, et en priorité être exercée par la famille. Ainsi, la personne n'est pas privée de ses droits, mais elle ne les exerce pas directement, en raison de sa perte d'autonomie.

Il résulterait de ces manques d'autonomie une mise sous protection juridique de 800 000 majeurs en France en 2012 (Rougier et Waquet, 2014). Au sein de ces majeurs protégés, les personnes âgées seraient une part de plus en plus faible : de la moitié de l'effectif au milieu des années 2000 (de Richemont, 2007), ils représenteraient 42,3 % en 2011 selon une enquête réalisée par la Direction générale de la cohésion sociale (Observatoire national des populations majeures protégées, 2014). Les personnes âgées seraient environ 340 000 à faire l'objet d'une protection juridique. Ce chiffre représente l'équivalent de 28 % des 1,2 millions de personnes âgées administrativement reconnues comme dépendantes.

Surtout, une enquête de l'Observatoire national des populations de majeurs protégés souligne que 40 % des majeurs protégés de plus de 60 ans sont bénéficiaires de l'APA, soit moins de 140 000 personnes, les autres sollicitant aucune ou d'autres prestations (ONPMP, 2011). À l'inverse, seuls 11 % des bénéficiaires de l'allocation feraient l'objet d'une protection juridique des majeurs. La dépendance n'implique donc pas une perte d'autonomie. La troisième partie de la thèse montre que des personnes qui ont besoin d'aide pour accomplir des actes de la vie quotidienne conservent la faculté à se déterminer par elles-mêmes. Une personne dépendante au sens administratif peut faire le choix, par exemple, de ne pas solliciter les prestations de droit auxquelles elle pourrait prétendre. C'est surtout ce qui justifie l'existence du principe du libre-choix, qui ne pourrait exister si l'on considérait que les personnes ne disposent pas des capacités de jugement.

La différence entre ces deux populations confirme la nécessité de distinguer les deux notions.

2.1.2. La dépendance est définie dans la loi et dispose d'un outil de mesure

La dépendance, dont le terme apparaît pour la première fois en 1973 sous la plume de gériatres, est explicitée dans la loi de 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une Prestation spécifique dépendance (PSD). La dépendance est définie comme « *l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière* » (JORF, 1997). La perte d'autonomie n'a pas, à ce jour, fait l'objet d'une telle définition légale. Actuellement, c'est le terme de dépendance qui est référence pour les institutions publiques.

Concept clé dans l'attribution de la prestation de droit visant à la compenser, la dépendance dispose d'un outil de mesure, la grille d'évaluation des besoins dite « AGGIR », qui évalue les incapacités, et donc le fait que la personne ait ou non besoin d'aide, humaine ou technique, pour pallier à ses

[13] La différence entre ces mesures se situe dans le degré de contrainte appliquée aux actions de la personne qui en fait l'objet. Une personne sous curatelle peut ainsi gérer ses biens librement mais doit être assistée de son curateur pour tous les actes de disposition (par exemple une donation). Pour une tutelle, le tuteur perçoit les revenus de la personne et assure ses dépenses, les sommes laissées à disposition du majeur protégé sont déterminées au vu de la situation (http://vosdroits.service-public.fr).

difficultés. Cette prestation est centrale dans la thèse, et l'évaluation des besoins via AGGIR notre référence. Cela plaide à nouveau pour la mobilisation du terme de dépendance pour désigner cette réalité du besoin des personnes.

2.1.3. Comme tous les termes décrivant le grand âge, la dépendance est négativement connotée

C'est la perception stigmatisante de la notion qui justifie son abandon par les professionnels de terrain qui s'adressent à cette population et se doivent de mettre toutes les chances de leur côté pour l'accompagner au mieux. C'est également ce qui motive les Conseils départementaux et l'État, dans le cadre de la réflexion sur la loi d'adaptation de la société au vieillissement, à délaisser cette terminologie.

Comme l'ensemble des termes employés sur le champ de la vieillesse, celui de dépendance a progressivement revêtu une connotation négative. La vision négative de la vieillesse décrite précédemment, au niveau sociétal et individuel, se propage aux termes qui la désignent. N'est-ce pas alors par euphémisme que le terme de dépendance est évincé pour celui de la perte d'autonomie ? Ce dernier n'est-il pas déjà éclipsé par celui de « Care », terme anglais qui devient usuel sans même être traduit ? Ce dernier signifie « prendre soin », valorisant l'aspect relationnel et l'individualisation du suivi par les professionnels. Or, ceux-ci sont inclus dans le terme de dépendance, en tous cas dans sa définition d'origine.

Notre position scientifique ne nous contraint pas à faire ce choix, mais au contraire à privilégier la terminologie la plus exacte et légalement définie. Cela semble également être le choix de la Drees, au vu des titres de récentes publications : « *les ménages aisés envisageraient plus souvent de déléguer la prise en charge de leur proche parent dépendant* » (Grobon, 2011), « *le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060* » (Renoux *et al.*, 2014). La présence, au sein de la sous-direction de l'observation de la solidarité, d'un bureau nommé « handicap-dépendance » témoigne pour finir de ce choix.

2.1.4. Les limites du terme « dépendance »

La principale limite de l'emploi du terme de dépendance tient dans son aspect potentiellement statique et binaire. L'importance du processus conduisant à l'accroissement des incapacités est peu lisible dans la terminologie, qui peut en outre conduire à segmenter en deux populations, dépendante et non dépendante, alors que la réalité est plus complexe. Le terme de dépendance est ci-après employé en considérant le caractère évolutif et la diversité des situations rencontrées par les personnes.

La seconde limite est soulevée par un élu, ancien médecin, de l'Avesnois : nous sommes tous et toujours dépendants de quelqu'un.

> A : « *Quand on dit 'les gens deviennent dépendants', c'est comme si, à un moment donné dans leur vie, ils étaient indépendants. Et je crois que l'indépendance, ça n'existe pas. Le bébé qui vient au monde, il est dépendant de ses parents pour le nourrir, pour l'élever, pour changer ses couches. Quand on est à l'école, on est dépendant du maître d'école pour nous instruire et de nos parents pour nous éduquer, on est dépendant de notre garagiste, de notre coiffeur, de notre médecin. On est toujours dépendant, toute notre vie* ».
>
> **Entretien auprès de professionnels du territoire, Maubeuge, Nord, juin 2014**

La troisième limite est liée à l'utilisation d'une définition légale, et donc potentiellement fluctuante. En effet, la grille AGGIR est un outil de mesure, qui fixe un cadre. Cependant, celui-ci est sensible à la

norme légale, qui est fluctuante dans le temps. Ainsi, des déterminants économiques et sociaux peuvent conduire à retravailler cette norme. Par exemple, la PSD, en 1997, ne reconnaissait comme dépendantes que les personnes évaluées en GIR 1, 2 ou 3. Le public visé s'élargit avec la mise en place de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui peut être sollicitée par les GIR 4. Ceux-ci représentent aujourd'hui 60 % des bénéficiaires de l'allocation (Borderies et Trespeux, 2015). Ainsi, si la loi avait reconnu les GIR 5 comme dépendants, comme cela avait été proposé lors de débats en 2011, les personnes relevant de cette évaluation auraient été incluses dans le champ de la thèse. Inversement, si les GIR 4 n'avaient pas été inclus dans le champ d'application de l'APA, ce qui avait également été discuté en 2011, ils auraient été exclus de l'étude.

2.2. Comment accompagner la dépendance ?

2.2.1. Définir le besoin

Dans le dossier « *Vieillesse, dépendance et lieux de vie* », la revue d'action sociale et médico-sociale *l'Observatoire* note que toutes les approches de la dépendance – la définition française ne fait pas exception – insistent sur la nécessité de l'aide d'une tierce personne « *dans les actes 'essentiels' ou 'ordinaires' de la vie* ». Selon l'article, cela recouvre la plupart des fonctions de survie proposées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans les années 1980 (L'Observatoire, 2004-2005), c'est-à-dire :

- s'orienter dans son environnement : orientation spatiale, temporelle, sensorielle ; se déplacer (mobilité physique) ;
- maintenir une existence indépendante de façon efficace en rapport avec les besoins physiques immédiats (indépendance dans les actes de la vie courante) ;
- occuper son temps de façon normale compte tenu de son sexe, de son âge et de sa culture ;
- participer à des relations sociales et les maintenir (intégration sociale) ;
- exercer une activité socio-économique, maintenir son indépendance grâce au travail ou à l'exploitation de ses biens (suffisance économique).

La difficulté est posée par l'aspect multidimensionnel de la dépendance : la personne a-t-elle ces besoins parce qu'elle est âgée ? Parce qu'elle est isolée ? Parce qu'elle est malade ? La dépendance implique de prendre en compte les aspects bio-médiaux conséquents de pathologies, mais aussi les aspects économiques, sociaux et environnementaux.

Accompagner la dépendance nécessite de définir le besoin, qui est subjectif et relatif puisqu'il se transforme sous l'influence de divers facteurs, au premier rang desquels figure le temps. À niveau d'incapacité identique, la personne peut être dépendante ou autonome si un dispositif de compensation est mis en place. Accompagner le besoin nécessite de l'objectiver. Alors, le besoin mesuré peut être différence du besoin ressenti.

Enfin, la dépendance se traduit de façons diverses : elle peut consister en une perte des capacités fonctionnelles, et / ou une perte d'autonomie, les réponses à apporter et les réalités vécues étant différentes. Le besoin peut, en fonction des situations, nécessiter l'accompagnement par une personne, ou la mise en place d'une aide technique, comme une barre d'appui.

2.2.2. L'APA, une prestation spécifiquement dédiée à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes

2.2.2.1. Principes fondateurs et mise en place de la prestation

La personne dépendante peut recourir à une prestation de droit, l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Celle-ci est créée par 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, et entrée en vigueur en 2002 (JORF, 2001). Il s'agit d'une prestation en nature « *destinée à prendre en charge la perte d'autonomie des personnes âgées pour accomplir des gestes ordinaires de la vie courante.*» (Vasselle, 2008). Ainsi, elle permet de financer l'intervention d'une personne pour aider à réaliser ces actes : une aide humaine. Elle peut également prendre en charge l'achat de matériel, dit aide technique, comme des fournitures d'hygiènes ou le financement de barres d'appui ou de sièges de douches. Ainsi, la plupart des prestations sont financées mensuellement, quand quelques aides techniques sont ponctuelles. Pour chaque bénéficiaire, un plan d'aide contenant l'ensemble des prestations auxquelles il va recourir est élaboré par des professionnels après une visite à domicile pour évaluer les besoins de la personne. L'APA s'adresse à la fois aux personnes résidant à domicile et en établissement.

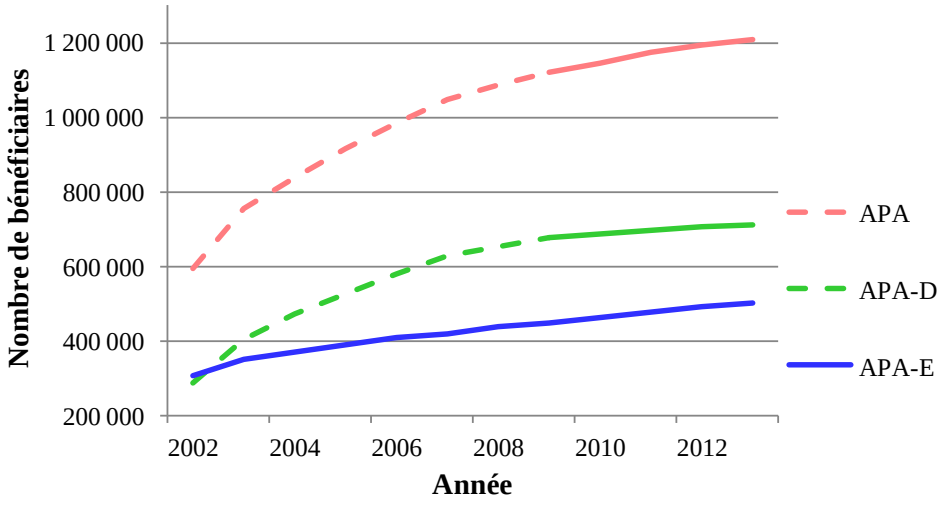
Cinq principes sont fondateurs de l'APA (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'État aux Personnes âgées, 2001) :

- c'est un droit objectif et universel. Elle s'adresse à l'ensemble des personnes âgées dépendantes et est attribuée dans les mêmes conditions sur tout le territoire ;
- le champ des bénéficiaires est élargi par rapport à la PSD. D'abord, elle est accessible aux personnes appartenant aux GIR 1 à GIR 4. Ensuite, elle est attribuée sans condition de ressources, même si son calcul tient compte des revenus du bénéficiaire ;
- « *des prises en charge diversifiées* » : l'APA est une prestation en nature personnalisée : elle est donc affectée à des dépenses précisément adaptées aux besoins particuliers de chaque allocataire ;
- « *une gestion de proximité, rigoureuse et transparente* », l'APA étant gérée par les départements ;
- « *l'apport de la solidarité nationale* » : la CNSA, complète le financement par les départements.

L'attribution de l'APA dépend de l'âge de la personne, qui doit être au moins égal à 60 ans, et de son degré de dépendance, évalué grâce à la grille AGGIR. Le demandeur doit attester pour finir d'une résidence stable et régulière en France.

Entre la mise en place de la prestation en 2002 et 2013, le nombre de bénéficiaires a doublé. La hausse est liée d'abord à l'augmentation du nombre des bénéficiaires de l'APA à domicile (Graphique 11).

Graphique 11 - Nombre de bénéficiaires de l'APA, à domicile (APA-D), en établissement (APA-E) et total, en France métropolitaine, depuis 2002



Lecture : En 2002, l'APA à domicile et en établissement comptaient chacune environ 300 000 bénéficiaires. En 2009, la définition des bénéficiaires de l'APA à domicile est précisée, impliquant une rupture de série, les données figurant en pointillés sur le graphique sont constituées par rétropolation. **Champ** : Bénéficiaires de l'APA au 31 décembre, en France métropolitaine. **Sources** : Drees (enquêtes relatives aux bénéficiaires de l'aide sociale départementale).

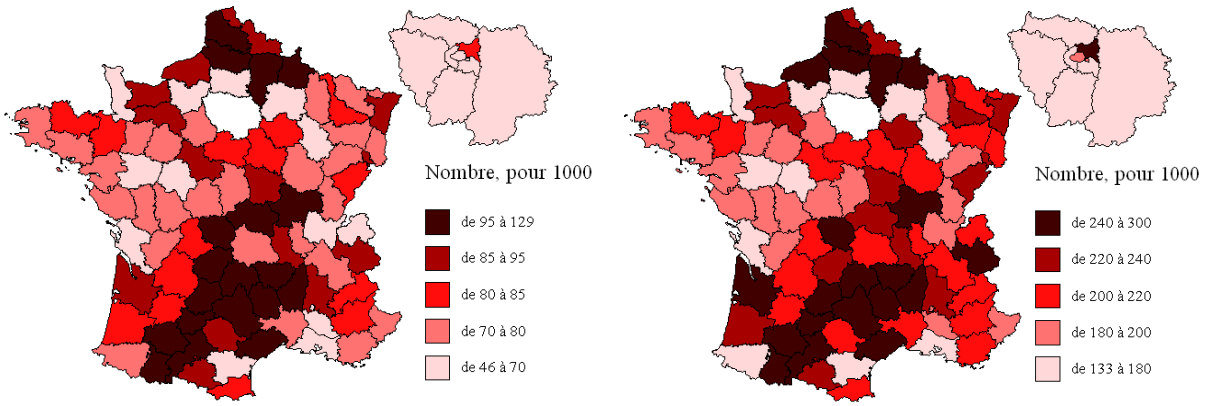
L'APA est une prestation de droit. La personne qui souhaite en bénéficier doit néanmoins faire des démarches administratives : la demande d'APA est individuelle et n'est pas systématique, d'où les problématiques de non-recours, auxquelles est consacré le chapitre 7.

2.2.2.2. D'importantes différences territoriales

Le recours à l'APA est irrégulier sur les territoires (Carte 18) et les disparités constatées entre les départements sont pour partie inexpliquées (Sénat, 2005).

Carte 18 - Nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1 000 habitants en 2013

De 60 ans ou plus **De 75 ans ou plus**

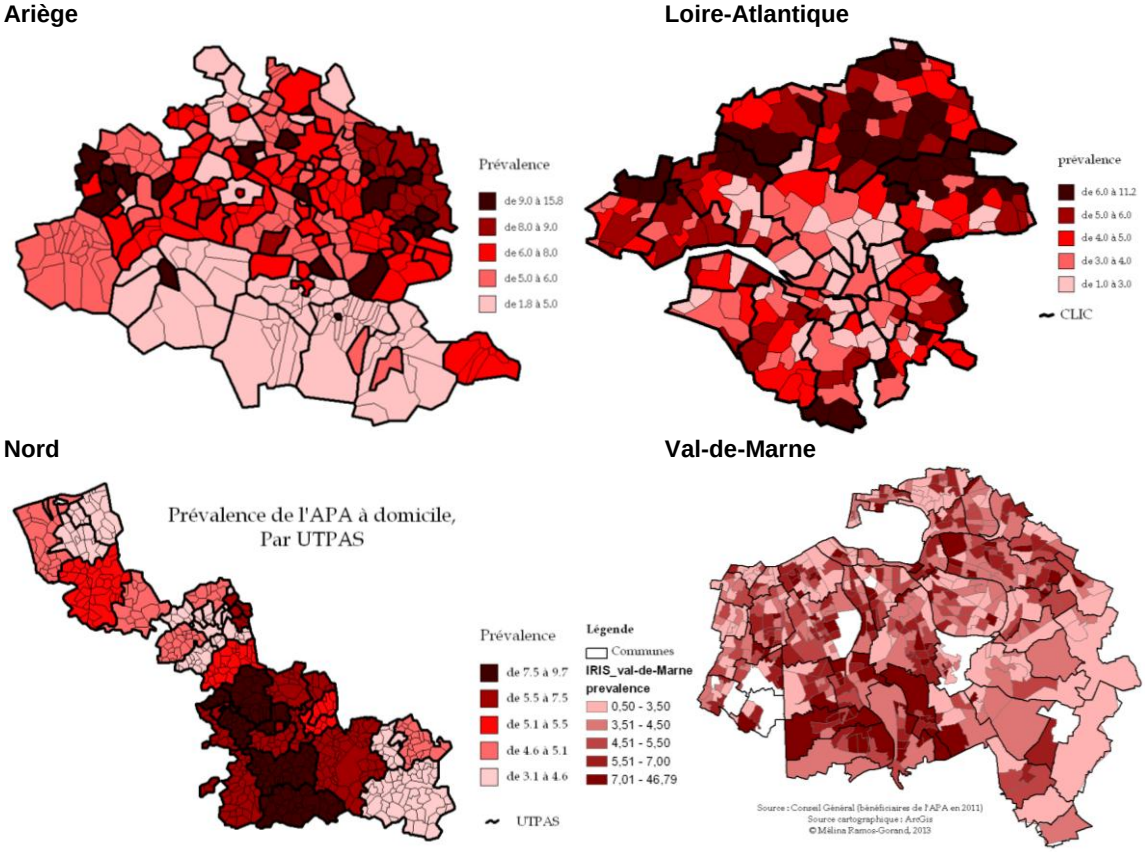


Lecture : Plus le département est foncé, plus le nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1000 habitants est important. **Champ** : Bénéficiaires de l'APA-D et de l'APA-E au 31 décembre 2013. En EHPAD, le département est celui du lieu d'origine. France métropolitaine, hors Corse. **Sources** : Drees (enquête relative aux bénéficiaires de l'aide sociale 2013, EHPA 2011).

Les cartes relatives au nombre de bénéficiaires de l'APA par rapport au nombre d'habitants âgés de 60 ans ou plus et de 75 ans ou plus affichent des réalités similaires (Carte 19). Puisque l'APA peut

légalement être attribuée à partir de 60 ans, c'est cette limite d'âge qui est retenue pour les exploitations locales.

Carte 19 - Prévalence de l'APA à domicile : nombre de bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 60 ans ou plus



Lecture : La prévalence correspond au nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile rapporté à la population âgée de 60 ans ou plus. Plus la prévalence est importante, plus les territoires apparaissent en foncé. **Champ** : Bénéficiaires de l'APA au 31 décembre en Ariège, Loire-Atlantique, Nord et Val-de-Marne. **Sources** : Insee (Recensement de la population 2010), Conseils départementaux de l'Ariège (2013), de Loire-Atlantique (2011), du Nord (2011), du Val-de-Marne (2011) (bénéficiaires de l'APA à domicile). **Sources cartographiques** : Arctique et ArcGis.

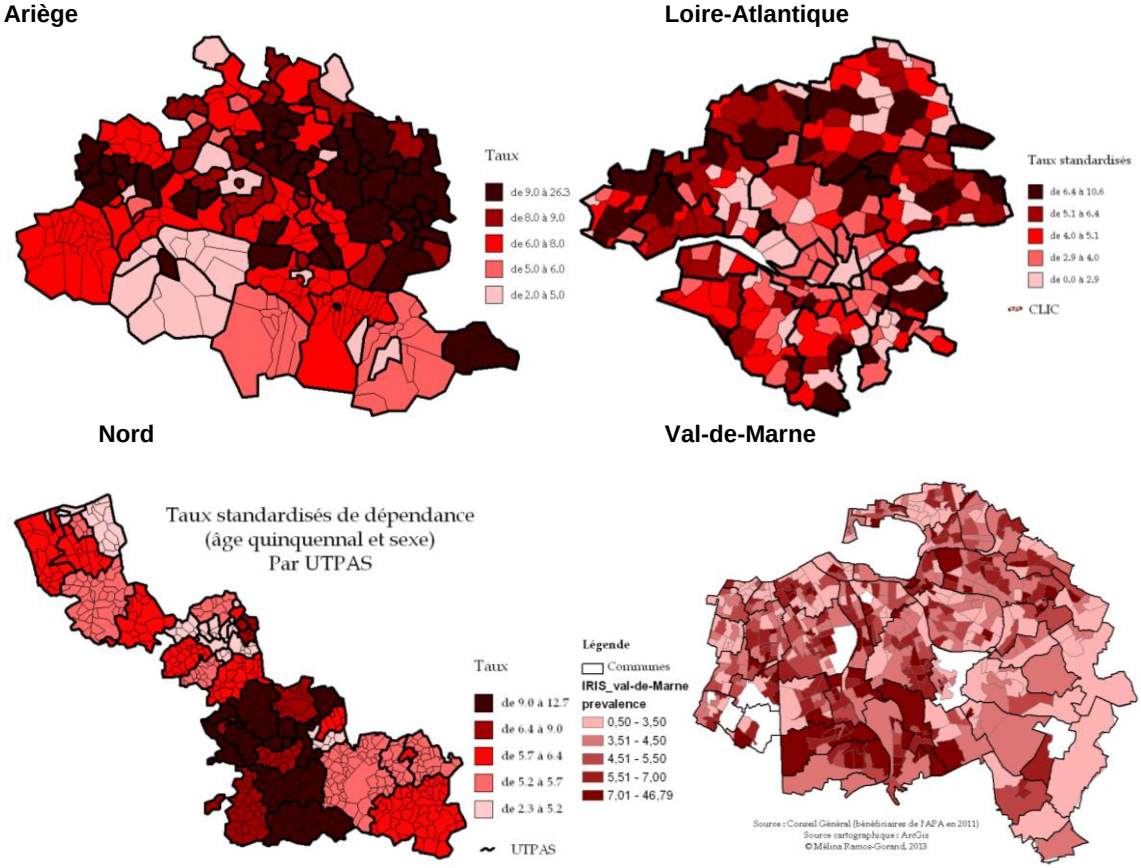
Le rapport entre les bénéficiaires de l'APA et le nombre d'habitants de plus de 75 ans varie entre 130 et 300 en 2013 (Borderies et Trespeux, 2015). Une étude sur les données de 2003 montrait que « *quatre variables, la part de la population rurale, la part des personnes âgées à faibles ressources et la part d'agriculteurs ou d'ouvriers dans la population active expliquent près de 60 % des écarts départementaux du nombre de bénéficiaires de l'APA* » (Jeger, 2005).

La question de la répartition hétérogène des bénéficiaires de l'APA est au cœur de l'étude quantitative prévue avec les départements. Quatre déterminants étaient posés comme hypothèses : la structure démographique, la substitution entre les accompagnements, à domicile ou en EHPAD, par des professionnels sanitaires ou médico-sociaux (chapitre 6), le non-recours (chapitre 7), les inégalités sociales de santé dont le début du chapitre a souligné l'influence sur l'espérance de vie et la mortalité. Afin d'observer l'effet de la structure démographique, les données sont standardisées par âge et sexe. Alors que celle-ci aurait pu réduire les écarts entre les territoires, cette standardisation les augmente, et ce dans les quatre départements (Carte 20).

Situé dans le nord-est de l'Ariège, le canton de Lavelanet est emblématique : il fait partie des territoires dans lesquels la prévalence de l'APA est importante. La standardisation par âge et par sexe

de cette mesure montre que la prévalence serait encore plus importante si la structure démographique était identique au reste du département. Les caractéristiques socioéconomiques et professionnelles de la population âgée de ce territoire, marqué par une histoire industrielle, font que les personnes développent des pathologies plus précocement. C'est d'ailleurs ce que conclut l'Agence régionale de santé dans son étude sur la santé en pays cathare (ARS Midi-Pyrénées, 2010), dont quelques chiffres sont repris ci-après (Tableau 6).

Carte 20 - Prévalence, standardisée par sexe et âge quinquennal



Lecture : La prévalence standardisée correspond au nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile rapporté à la population âgée de 60 ans ou plus que l'on observerait, si la structure par âge et par sexe était identique dans l'ensemble du département. Plus elle est importante, plus les territoires apparaissent en foncé. **Champ** : Bénéficiaires de l'APA au 31 décembre en Ariège, Loire-Atlantique, Nord et Val-de-Marne. **Sources** : Insee (Recensement de la population 2010, données par sexe et âge quinquennal), Conseils départementaux de l'Ariège (2013), de Loire-Atlantique (2011), du Nord (2011), du Val-de-Marne (2011) (bénéficiaires de l'APA à domicile). **Sources cartographiques** : Arctique et ArcGis.

Tableau 6 - Précarité et affections de longue durée dans le canton de Lavelanet, le département de l'Ariège et la région de Midi-Pyrénées, en 2010

	Lavelanet (canton)	Ariège	Midi-Pyrénées
% allocataires ASPA parmi les 60 ans et plus	8,6	7,3	5,5
Taux standardisé d'ALD pour 100 000	1 887	1 890	1 870
Taux standardisé pour 100 000 habitants, ALD diabète	324	259	257
Taux standardisé pour 100 000 habitants, ALD insuffisance respiratoire	76	75	56
Taux standardisé pour 100 000 habitants, ALD Maladie d'Alzheimer	109	92	91

Lecture : 8,6 % des personnes âgées de 60 ans et plus sont bénéficiaires de l'ASPA dans le canton de Lavelanet, contre 5,5 % dans la région Midi-Pyrénées. Champ : canton de Lavelanet, département de l'Ariège et région Midi-Pyrénées, en 2010. **Sources** : ARS Midi-Pyrénées (diagnostic ARS relatif à la santé en pays cathare, élaboré dans le cadre du Contrat local de santé. Document fourni par le Conseil départemental de l'Ariège, p 4 à 8).

Ainsi, d'un territoire à l'autre, les inégalités sociales de santé sont déterminantes, et impliquent des besoins différenciés.

2.2.2.3. Prestations couvertes

La diversité des prestations pouvant être financées par l'APA à domicile, relevant d'aides humaines ou techniques, récurrentes ou ponctuelles, était présentée comme une plus-value à la création du dispositif. Les accompagnements proposés sont en effet divers, en témoigne la liste de ceux référencés dans le Val-de-Marne et du recours à ceux-ci (Tableau 7).

Tableau 7 - Prestations pouvant être incluses dans un plan d'aide APA-D

	Prestation	Part des bénéficiaires
Aide humaine	Service prestataire	84,3%
	Gré-à-gré extérieur	18,1%
	Gré-à-gré familial	6,9%
	Service mandataire	6,4%
	Garde de nuit itinérante	0,8%
	Aide humaine : total	***99,2 %***
Offre d'accueil intermédiaire	Accueil de jour tarifé	2,5%
	Accueil temporaire	1,3%
	Intermédiaire : total	***3,8 %***
Qualité de vie au domicile	Téléassistance	37,1%
	Portage de repas	17,1%
	Frais de transport	0,7%
	Qualité de vie : total	***44,8 %***
Aide matérielle	Fourniture pour hygiène forfaitaire	30,9%
	Fourniture pour hygiène	16,8%
	Petit matériel	2,0%
	Aménagement de l'habitat	0,8%
	Aide matérielle : total	***39,5 %***
Aide psychologique	Aide psychologique APA	0,7%
Ensemble	Nombre total de bénéficiaires	100,0%

Lecture : 84,3 % des personnes bénéficiaires ont recours à un service prestataire dans leur plan d'aide. **Champ** : Bénéficiaires de l'APAD au 31 décembre 2011, en Val-de-Marne. **Sources** : Conseil départemental du Val-de-Marne (Bénéficiaires de l'APA à domicile).

La principale limite de l'APA soulignée dans les entretiens, est la difficulté à proposer un accompagnement social, pourtant au cœur des compétences professionnelles des auxiliaires de vie sociale (AVS), de plus en plus fréquemment recrutées par les services. Deux raisons principales sont citées par les acteurs rencontrés. La difficulté à mesurer cet accompagnement, et à en rendre compte aux familles et aux financeurs est la première. La seconde concerne la multiplication d'interventions de moins d'une heure : les professionnels sont sollicités pour opérer sur des demi-heures, voire des quarts d'heure. Les contraintes budgétaires poussent à recentrer sur les autres activités. Ceci ne serait pas récent : « *les prestations d'aide et de soins à domicile destinées aux personnes âgées dites dépendantes ont été historiquement centrées sur la satisfaction des besoins primaires. Les plans d'aide et de soins construits à partir de la grille AGGIR fournissent la meilleure illustration de ce réductionnisme qui ampute systématiquement tous les aspects liés à l'épanouissement de la personnalité, renvoyée pour la circonstance au rang de variable illustrative* » (Amyot, 2001).

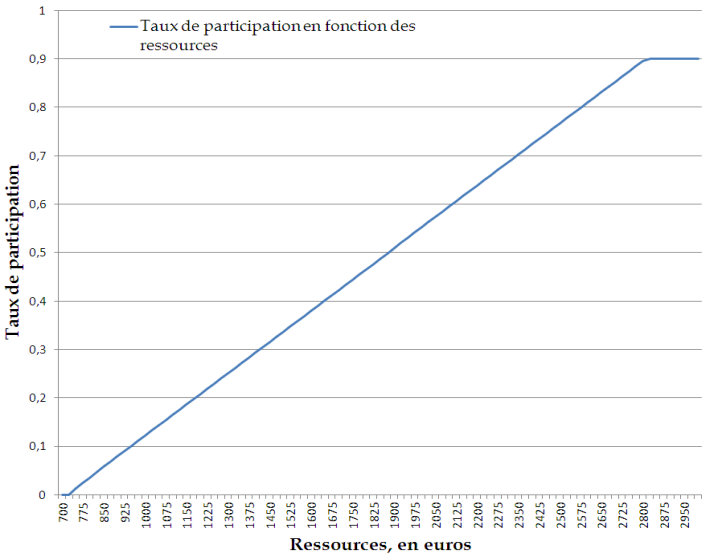
2.2.2.4. La participation financière du bénéficiaire à son plan d'aide : le ticket modérateur

Les bénéficiaires recevant l'APA participent financièrement à leur plan d'aide, en fonction de leurs ressources. Par ailleurs, le montant qui leur est alloué doit être inférieur à un « plafond » fixé nationalement par voie règlementaire. En 2011, ce plafond est de 1 262 € en GIR 1, puis 1 063 €, 811 € et 541 € respectivement en GIR 2, 3 et 4.

Plus faible à la mise en place de l'APA en 2002, la participation des bénéficiaires à domicile fait l'objet de réformes dès la fin mars 2003. D'abord, le plancher de participation est réduit de 34 % : hors bénéficiaires du minimum vieillesse puis de l'ASPA, tout bénéficiaire de l'APA-D a depuis 2003 un

reste à charge (JORF, 2003a). Ensuite, le plafond d'aides financées par l'allocation est restreint de 21 %. Enfin, le maximum de participation passe de 80 à 90 % pour les plus hauts revenus (JORF, 2003b). Cette réforme vise clairement à modérer la demande et les dépenses (Mantovani *et al*, 2011). Le taux de participation d'un bénéficiaire seul en fonction des ressources déclarées est présenté ci-après (Graphique 12).

Graphique 12 - Taux de participation d'un bénéficiaire de l'APA-D vivant seul, en fonction de ses ressources, en 2012



Lecture : Un bénéficiaire dont les ressources mensuelles sont de 700 € ne s'acquittera d'aucune participation. Un bénéficiaire dont les ressources mensuelles sont de 2 800 € aura à charge financièrement 90 % de son plan d'aide. **Champ** : France entière. **Sources** : CASF (article R 232-12).

En EHPAD, le taux de participation n'augmente qu'au-delà de 2 400 € mensuels, peu de bénéficiaires s'en acquittent donc. L'APA en établissement permet de financer les psychologues, et partiellement les aides médico-psychologiques, les aides-soignants et les agents de service. La diversité des prestations couvertes par l'allocation est moindre, et n'est pas personnalisée par bénéficiaire comme à domicile.

2.2.2.5. PCH et APA : une inégalité dans l'accompagnement en fonction de l'âge

La mise en place de la PSD en 1997 signe une différenciation en fonction de l'âge de l'accompagnement proposé aux personnes ayant besoin de l'aide de tiers pour réaliser les actes essentiels de la vie. Alors qu'auparavant, l'Aide compensatrice tierce personne (ACTP) s'adressait aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, deux prestations sont aujourd'hui disjointes, l'APA, et la Prestation de compensation du handicap (PCH), également attribuée et gérée par les Conseils départementaux.

Ces prestations sont différentes à plusieurs égards. D'abord, l'APA a un plafond. En 2011, les bénéficiaires ont ainsi un plan d'aide inférieur à 1 261 €. Cela n'existe pas tel quel dans la PCH. Des tarifs horaires financés sont par contre diffusés : l'emploi d'une tierce personne à domicile directement par le bénéficiaire est pris en charge à hauteur de 12,49 € de l'heure (données 2015). Contrairement à l'APA, il n'existe pas pour la PCH de participation du bénéficiaire croissante en fonction des revenus. En deçà de 26 000 euros par an, le taux de prise en charge est fixé à 100 %, il est sinon de 80 %. Cela conduit à des dépenses moyennes par bénéficiaires en 2012 de 7 100 € pour la PCH, contre 4 600 € pour l'APA (Drees, enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2012).

La question de cet accompagnement différencié en fonction de l'âge pose question aux professionnels.

A: « *Ce qui serait à revoir, c'est qu'on fasse sauter la barrière de l'âge.*
B : *On est bien d'accord.*
A : *Qu'on soit pris en charge au titre du handicap, et pas parce que je suis âgé, et là je dois payer, alors que si je suis reconnu handicapé, je peux être pris en charge d'emblée au titre de l'aide sociale, sans qu'il y ait obligation alimentaire ni récupération sur les biens… L'âge est une sacrée différence* ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Créteil, Val-de-Marne, mai 2014

L'objectif serait alors la mise en place d'un dispositif universel de compensation du handicap. Certains Conseils départementaux, en rédigeant leur schéma, le mentionnent.

Des professionnels rappellent que cette séparation n'est pas uniquement liée à l'âge, mais aussi à la retraite. En effet, tant que la personne exerce une activité professionnelle, ou n'a pas liquidé ses droits à retraite, elle peut faire une demande de PCH, toujours plus avantageuse.

> Le dispositif de compensation du handicap est toujours avantageux pour les bénéficiaires, et cumulable avec l'aide-ménagère au titre de l'aide sociale. La question de la transition à 60 ans pose question, d'autant que les personnes qui n'ont pas liquidé leurs droits à retraite, y compris après 60 ans, peuvent faire une demande de PCH. Le dispositif APA est mieux connu des professionnels.
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Val-de-Marne, mars 2014**

Tous les évaluateurs ne savent pas qu'une demande de PCH peut être effectuée au-delà de 60 ans, puisque certains octroient l'APA avant la retraite, créant des inégalités dans l'accès aux prestations entre les départements.

2.3. Comment mesurer la dépendance ?

La PSD, puis l'APA, dépendent de l'importance de la dépendance : les montants accordés sont croissants avec celle-ci, afin de mieux pallier les difficultés de la personne. L'APA fait l'objet d'une évaluation à domicile par une équipe médico-sociale. Afin de garantir l'équité du niveau de dépendance reconnu, un outil de mesure, permettant d'objectiver les incapacités est utilisé : le GIR.

2.3.1. La « grille AGGIR », outil d'évaluation des besoins

Le modèle le plus utilisé est la grille Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources, ou grille AGGIR. Selon le Ministère, cet outil « *évalue les activités effectuées ou non par la personne seule, et permet de définir des 'groupes iso-ressources' rassemblant des individus ayant des niveaux proches de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne* » (Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, 2001). La grille n'identifie pas combien la dépendance est liée aux pathologies rencontrées, à la fragilité économique et sociale, ou à l'environnement.

Le modèle AGGIR comporte dix variables d'activités corporelles et mentales, dites discriminantes. Les Groupes Iso-Ressources (GIR) sont calculés à partir des huit premières. Les deux dernières rendent compte de l'isolement et du confinement de la personne à son domicile. L'évaluation de la personne âgée dépendante est complétée par sept variables, illustratives (Tableau 8).

Tableau 8 - Les variables de la grille AGGIR

Catégorie de la variable	Nom de la variable	Description
Activités essentielles (variables discriminantes), entrant dans le calcul du GIR	Cohérence	Converser et/ou se comporter de façon sensée
	Orientation	Se repérer dans le temps, dans les moments de la journée et dans les lieux
	Toilette	Se laver seul
	Habillage	S'habiller, se déshabiller, se présenter
	Alimentation	Manger les aliments préparés
	Élimination	Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale
	Transfert	Se lever, se coucher, s'asseoir
	Déplacement intérieur	À l'intérieur du domicile ou de l'établissement : mobilité spontanée, y compris avec un appareillage
Activités essentielles, n'entrant pas dans le calcul du GIR	Déplacement extérieur	Se déplacer à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport
	Communication à distance	Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme…
Activités domestiques (variables illustratives), n'entrant pas dans le calcul du GIR	Gestion	Gérer ses propres affaires, son budget, ses biens
	Cuisine	Préparer ses repas et les conditionner pour être servis
	Ménage	Effectuer l'ensemble des travaux ménagers
	Transport	Prendre et/ou commander un moyen de transport
	Achat	Acquisition directe ou par correspondance
	Suivi du traitement	Se conformer à l'ordonnance du médecin
	Activités de temps libre	Pratiquer des activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps

Lecture : La variable de transfert rend compte de la capacité à se lever, se coucher et s'asseoir. **Champ** : France entière. **Sources** : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'État aux Personnes âgées (L'Allocation personnalisée d'autonomie, Guide pratique, 2001, p15).

Chaque variable est déclinée en trois modalités :

A : fait seule, totalement, habituellement, correctement et spontanément ;
B : fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement ;
C : ne fait pas.

Dans ces modalités, « habituellement » est la référence au temps, « correctement » à l'environnement conforme aux usages (Guide de remplissage, 2008). La notion « seule » correspond à « fait spontanément seule ». Par décret de 2008 précisant le guide de remplissage de la grille nationale AGGIR, « spontanément » est ajouté à totalement, habituellement et correctement qui figuraient initialement. Cette notion « *suppose qu'il n'existe pas d'incitation ou de stimulation* », le décret précise que « *ce point a souvent été sous-estimé entraînant des erreurs de codage* » (JORF, 2008b).

En fonction des modalités choisies, six GIR sont distingués.

Les personnes évaluées GIR 1 sont les plus dépendantes. Parfois désignées « *déments grabataires* », les personnes de ce groupe « *comprend des personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants* ».

Au sein des personnes évaluées en GIR 2, deux sous-groupes se démarquent :

- « *les personnes qui sont confinées au lit ou en fauteuil tout en gardant des fonctions mentales non totalement altérées (les 'grabataires lucides') et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, une surveillance permanente et des actions d'aide répétitives de jour comme de nuit* » ;
- « *les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices (les 'déments déambulant') ainsi que certaines activités corporelles que, souvent, elles n'effectuent que stimulées. La conservation des activités*

locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour les activités corporelles ».

Le GIR 3 « *regroupe surtout des personnes ayant conservé des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour les activités corporelles. Elles n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination tant fécale qu'urinaire* ».

Toutes les personnes évaluées GIR 4, doivent pouvoir assumer d'hygiène de l'élimination urinaire et fécale. Ici encore, deux sous-groupes se détachent, dans lesquels des aides partielles et ponctuelles peuvent être nécessaires :

- « *des personnes n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement, et qui doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillage, la plupart s'alimentent seules* » ;
- « *des personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas* ».

Le GIR 5 est composé « *de personnes assurant seules les transferts et le déplacement à l'intérieur du logement, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques* ».

Les personnes capables de réaliser seules les actes de la vie courante sont classées en GIR 6.

2.3.2. Les biais de la grille AGGIR

Cet outil de mesure affine l'attribution de l'allocation, qui reposait antérieurement uniquement sur un seuil de revenus. Il est néanmoins critiqué. Ainsi, lors de la table ronde du 23 janvier 2008, organisée par la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, Régis Gonthier, chef de service gérontologique au Centre hospitalier régional universitaire de Saint-Etienne « *a jugé utile l'apport [de la grille AGGIR] mais a parallèlement estimé que l'évaluation de la cohérence et des problèmes d'orientation des personnes malades mériteraient sans doute d'être améliorée* » (Vasselle, 2008). Conçue d'abord pour évaluer la dépendance dans les établissements, cette grille est transposée non sans mal au domicile. Trois reproches sont alors principalement faits à cet outil : l'insuffisante prise en compte des démences et de l'environnement de la personne, et l'absence de reproductibilité des évaluations.

Le Comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie, dont la présidence est assurée par le professeur Colvez, note « *l'insuffisance des variables relatives aux déficiences psychiques* ». Cela conduit à une insuffisante prise en compte des maladies neuro-dégénératives (démences), particulièrement en phase initiale (Comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie, 2003). « *Les indicateurs d'incapacité fonctionnelle permettent d'appréhender la dépendance physique pour les actes élémentaires de la vie quotidienne. Mais dans le cas où la dépendance est liée à une dégradation des facultés intellectuelles, le besoin d'aide est plus difficile à qualifier et à quantifier* » (Boquet *et al.*, 1997). La grille tend alors « *à mesurer des degrés d'incapacité et non des niveaux de dépendance* ».

L'environnement de la personne est déterminant sur sa dépendance. Il peut contribuer à pallier les incapacités, et donc réduire la dépendance, ou au contraire l'accroître.

A : « *On n'est pas dépendant de la même façon quand on habite un quatrième sans ascenseur et quand on habite un pavillon, et tout ça ne rentre pas toujours [dans l'évaluation]. Et la présence de la famille, qui peut être un frein, qui peut être un soutien* ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Limeil-Brévannes, Val-de-Marne, avril 2014

Alors que la présence d'un conjoint peut atténuer l'effet d'incapacités, les enfants qui restent chez les parents âgés intensifient parfois les difficultés.

A [assistante sociale à la Mutualité sociale agricole] : « Un cas typique qu'on retrouve souvent, c'est la personne âgée qui est restée avec un enfant un peu en difficulté, en général qui ne s'est jamais marié, souvent un garçon, et qui pose problème, soit par un handicap, soit par un problème style alcool, et qui, je dirai, appauvrit encore la personne âgée, et pour qui c'est une grande souffrance. On a cette problématique du fils qui est resté puis qui… devient un poids pour ses parents âgés, et une souffrance, et un gros souci. On a quelques, quelques fermes comme ça dans l'Amandinois où il y a cette problématique ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Valenciennes, Nord, juin 2014

Enfin, la grande variabilité des résultats de l'évaluation, l'absence de reproductibilité entre les évaluateurs ou encore les frontières floues entre les différents GIR, soulignés par le Comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie, ont fait l'objet de discussions lors des entretiens qualitatifs : cela questionne directement les pratiques professionnelles des équipes médico-sociales responsables de l'évaluation à domicile, et fait l'objet de la troisième partie du chapitre.

2.3.3. D'autres grilles sont à présent utilisées : le PATHOS et le GEVA

D'autres indicateurs sont utilisés, notamment le *Pathos*, qui, selon son guide d'utilisation, « *évalue à partir des situations cliniques observées, les soins médico-techniques nécessaires pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile* » (Ducoudray *et al.*, 2012). C'est donc un indicateur de soins, de santé et non de dépendance. Le Pathos est calculé à partir d'un ensemble de cinquante états pathologiques et de douze profils de soins évaluant la « *gravité* » de ces états pathologiques, allant du pronostic vital en jeu au quotidien, à l'absence de toute surveillance ou traitement.

Le GEVA, Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes en situation de handicap, est la référence règlementaire pour l'évaluation par les équipes pluridisciplinaires des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), qui attribuent la PCH. Le GEVA se veut support commun aux différents membres de l'équipe pluridisciplinaire, pour le recueil et l'analyse des différentes informations issues de l'évaluation (CNSA, 2012). Or, dans le cadre de la mise en place de nouvelles structures de coordination par la CNSA, grâce à une méthode d'action spécifique permettant l'intégration des services d'aides et de soins, l'outil est alors transposé pour les personnes âgées. Cependant, cette transposition n'est pas généralisée.

2.4. Estimer les besoins d'aide des personnes âgées dépendantes

Le besoin d'aide des personnes âgées pourrait être évalué d'abord à partir de la structure démographique de la population en associant la dépendance à l'âge, mais le début du chapitre a montré les biais de cette mesure. Des calculs pourraient être entrepris, prenant en compte les déterminants de la dépendance, notamment les pathologies invalidantes, l'isolement social et géographique, les difficultés économiques. Le poids de chacun des facteurs dans la dépendance est cependant difficile à établir, et les données disponibles rendent l'opération plus délicate encore.

C'est pourquoi les besoins d'aide des personnes âgées dépendantes sont évalués grâce aux données administratives. Le GIR peut être transformé en un nombre de points, déterminés légalement (Tableau 9). Ces points reflètent une norme, celle de la réponse à des besoins identifiés. Cette aide peut cependant ne pas satisfaire la personne à qui elle est octroyée.

Les points peuvent être sommés, reflétant un niveau de besoin sur un territoire.

Tableau 9 - Valorisation en points du classement en niveaux de dépendance (GIR) des personnes âgées

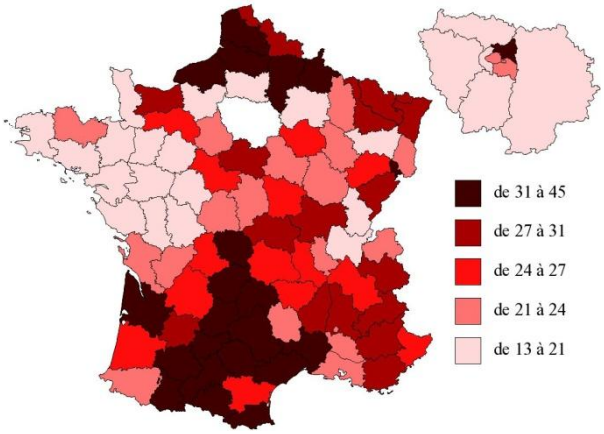
Dépendance des personnes	Points GIR
GIR1	1 000
GIR2	840
GIR3	660
GIR4	420
GIR5	250
GIR6	70

Lecture : Un GIR 1 correspond à 1 000 points GIR, selon la valorisation en points GIR de la cotation GIR permettant le calcul du GIR moyen pondéré. **Champ** : Ensemble des personnes âgées. **Sources** : CASF (Annexe 3.6).

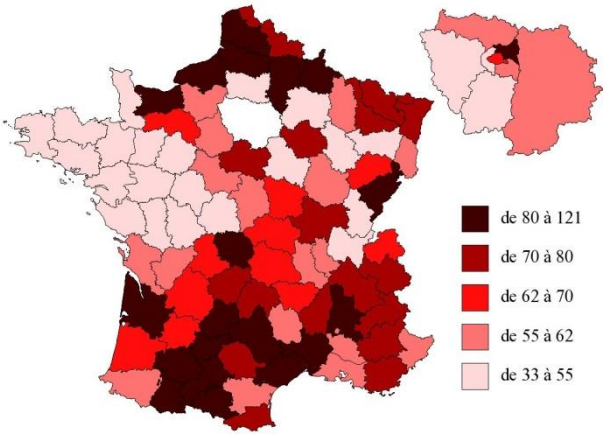
Afin de neutraliser l'effet de taille, les points obtenus sont rapportés à la population âgée de 60 ans ou plus, puis de 75 ans ou plus (Carte 21). Les cartes reflètent alors le niveau moyen de besoins administrativement reconnus de la population âgée. L'enquête EHPA permet d'évaluer la dépendance en EHPAD, quand les données relatives aux bénéficiaires de l'aide sociale départementale déclinent leurs résultats sur l'APA à domicile par niveau de dépendance des bénéficiaires (Drees).

Carte 21 - Besoins administrativement reconnus, approchés par les points GIR, rapportés à la population âgée de 75 ans ou plus

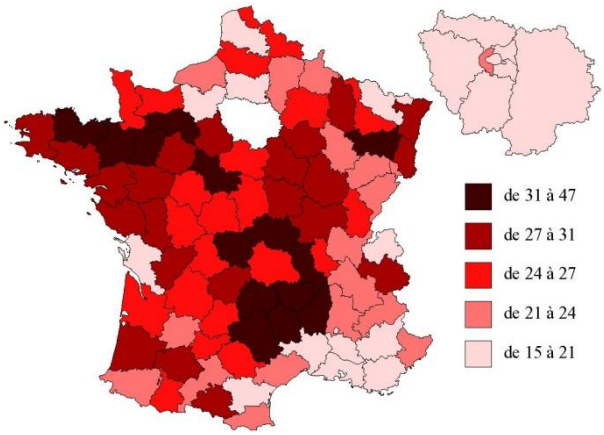
À domicile, 60 ans et plus



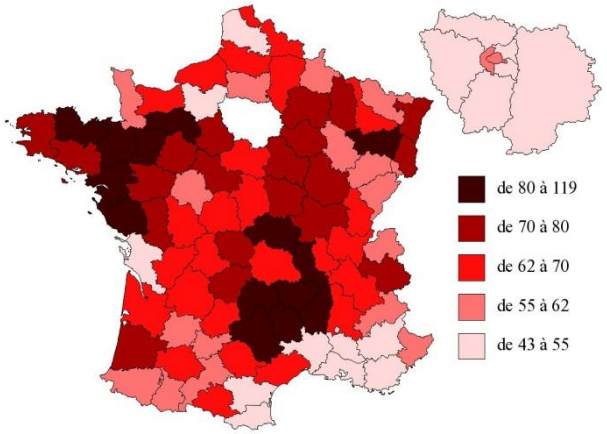
À domicile, 75 ans et plus



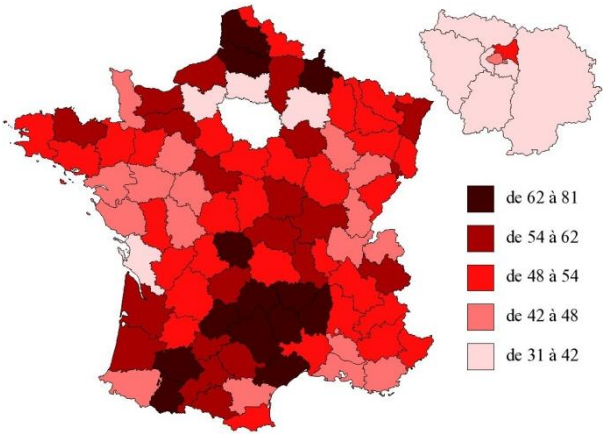
En EHPAD, 60 ans et plus



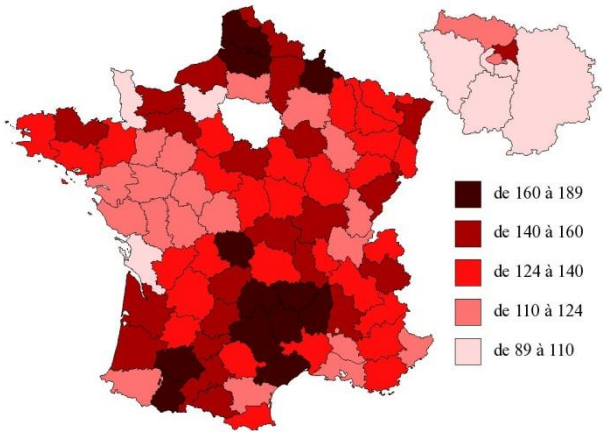
En EHPAD, 75 ans et plus



Ensemble, 60 ans et plus



Ensemble, 75 ans et plus

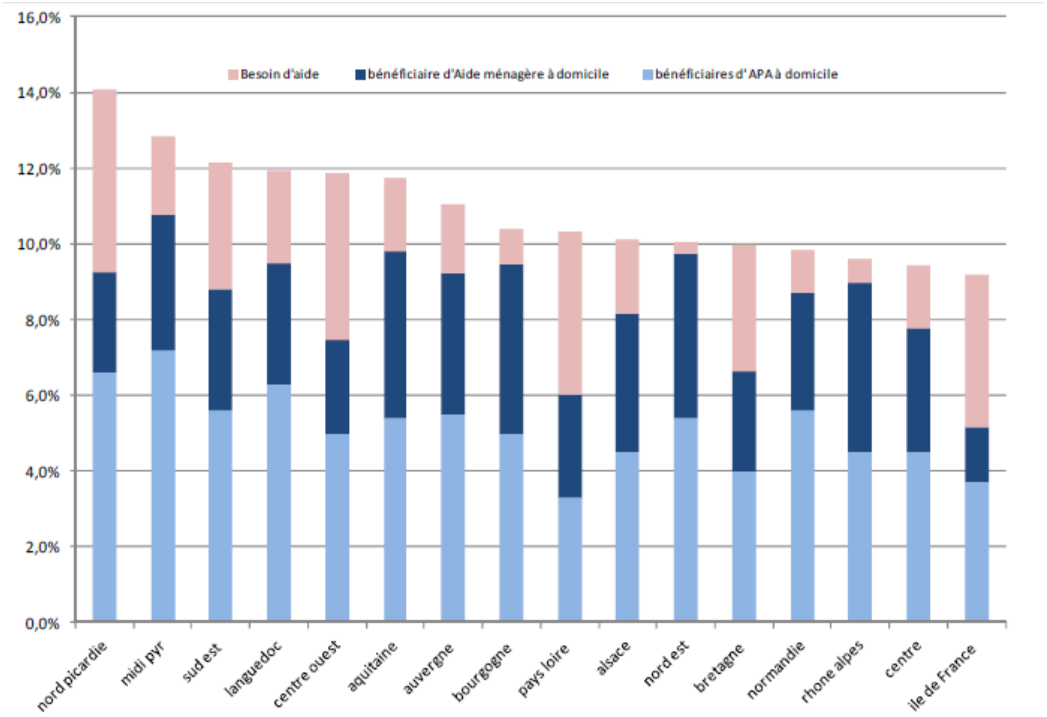


Lecture : Plus un département apparaît en foncé, plus la dépendance de la population est importante, par rapport à la population âgée de 60 ans ou plus ou de 60 ans ou plus. **Discrétisation** : Pour le domicile et l'EHPAD, la discrétisation est identique, pour les deux âges retenus. La discrétisation de la carte « ensemble » correspond à la somme des discrétisations domicile et EHPAD. **Champ** : Bénéficiaires de l'APA et population, en 2013. En EHPAD, le département est celui du lieu d'origine **Sources** : Drees (bénéficiaires de l'aide sociale 2013, EHPA 2011).

Ainsi, ces mesures renseignent, par département, sur les besoins des personnes âgées afin de pallier leur dépendance. Cependant, seuls les besoins administrativement reconnus sont inclus, les personnes n'ayant pas recours à l'offre ne sont pas référencées (chapitre 7). Par ailleurs, il s'agit des besoins référencés par les équipes départementales, soulevant la question de la comparabilité entre territoires.

La CNAV a récemment entrepris, à partir d'enquêtes Ménages, une approche régionale des besoins d'aide à domicile. Celle-ci peut être apportée par l'APA, ou par les caisses de retraite. À partir de l'enquête Handicap Santé Ménages (HSM, Drees-Insee) et de l'enquête filtre qui l'a précédée, dite Vie Quotidienne et Santé (VQS, Drees-Insee), Jéger applique une méthode d'estimation sur petit domaine, au moyen d'une modélisation des variables d'intérêt, pour estimer des prévalences de dépendance dans la population des ménages (Jéger, 2013). Cela lui permet de mesurer, par région, la part des personnes âgées qui ont besoin d'aide, et la part, au sein de celles-ci, qui sont aidées soit par l'APA, soit lorsqu'elles ne relèvent pas de cette prestation, par les Caisses de retraite via l'Aide-ménagère à domicile (Graphique 13).

Graphique 13 - Part régionale des personnes âgées qui ont besoin d'aide, et part de personnes aidées par l'APA et l'aide-ménagère à domicile



Lecture : 14 % des personnes âgées de la région Nord-Picardie ont besoin d'aide dans les actes essentiels de la vie, 6,5 % seraient accompagnées par l'APA à domicile, et moins de 3 % par l'aide-ménagère à domicile. **Champ** : Personnes âgées de 60 ans ou plus. **Sources** : Jéger, 2013, p ; 13.

Cette démarche est complexe, et les données régionales obtenues trop peu précises. Par ailleurs, l'enquête HSM est déclarative, et ne fait pas l'objet d'une évaluation par un professionnel qualifié comme dans l'APA.

C'est pourquoi les besoins d'aide retenus dans les autres chapitres sont calculés en fonction des données administratives de l'APA. Celles-ci permettent d'estimer plus finement les besoins que des données relatives à l'âge. L'utilisation de cette mesure nécessite à présent de comprendre comment elle est réalisée dans les départements.

3. Comment garantir une évaluation fine de la dépendance, un accès et un traitement égalitaire dans l'allocation ?

3.1. De la composition de l'équipe médico-sociale au suivi des plans d'aide : l'organisation varie d'un territoire à l'autre

La littérature sur l'évaluation concerne avant tout les évaluations interne et externe rendues obligatoires pour les établissements et services par la loi 2002-2 afin d'améliorer la qualité de ceux-ci, ou l'évaluation des besoins incombant aux autorités, Conseil départemental et Agence régionale de santé (ARS), réalisée dans les schémas départementaux ou régionaux d'organisation médico-sociale. Les évaluations effectuées par les équipes médico-sociales dans le cadre de l'APA font l'objet d'un nombre réduit de travaux, bien qu'elles soient citées dans d'importants travaux (Vasselle, 2008 ; Fouquet *et al.*, 2009 ; Jéger, 2013). À l'inverse, les équipes médico-sociales (EMS), au cours des entretiens, développent d'elles-mêmes ces sujets.

Pourtant, le fait que cette prestation repose sur une évaluation est original en droit français. « *Le montage institutionnel, dont le but est de coller au plus près des besoins concrets du demandeur, présente un aspect contrasté ; s'il obéit à une logique, classique en aide sociale, d'appréciation du besoin in concreto et non uniquement à partir d'un cadre juridique abstrait comme dans les droits sociaux objectifs, il revêt cependant un caractère novateur dans la mesure où il fait reposer le dispositif sur une approche très souple et adaptable : la situation de la personne âgée dans son ensemble est en effet prise en compte pour définir et proportionner la prestation, consacrant ainsi une forme « d'individualisation » très poussée du droit* » (Dalloz, 2015).

L'IGAS souligne la non-reproductibilité de la grille AGGIR (Fouquet *et al.*, 2009). Plus récemment, la CNAV écrit que « *les critères d'évaluation utilisés laissent une certaine marge d'appréciation par les équipes médico-sociales de chaque département et région. Dès lors la question de l'homogénéité, voire de l'équité, dans la mise en œuvre d'une prestation nationale peut être légitimement soulevée* » (Jéger, 2013). C'est cette tension entre l'égalité d'accès à une prestation et la mise en place d'un dispositif d'évaluation personnalisé qui est au cœur de cette troisième partie. Les entretiens qualitatifs, ayant réuni trente-cinq évaluateurs à domicile et quatre médecins, tous rattachés aux équipes médico-sociales départementales, permettent de détailler les enjeux de l'évaluation au sein et entre les départements.

3.1.1. Composition de l'équipe médico-sociale

3.1.1.1. Organisation territoriale et formation professionnelle des évaluateurs

Légalement, la demande d'APA « *est instruite par une équipe médico-sociale qui comprend au moins un médecin et un travailleur social. La visite à domicile [est] effectuée par l'un au moins de [ses] membres* » (CASF, article R232-7).

Toutes les équipes rencontrées comprennent des médecins et d'autres professionnels, selon des configurations variées. La première différence tient aux formations professionnelles des membres de l'équipe médico-sociale (EMS). En fonction de leur formation, les évaluateurs ne sont pas attentifs aux mêmes éléments. C'est d'ailleurs pourquoi la loi, prenant acte de la diversité des déterminants de la dépendance, impose un travail en équipe pluridisciplinaire. En Ariège, six des neuf membres de l'équipe sont assistants sociaux, deux autres étant conseillers en économie sociale et familiale et le dernier médecin. Les huit travailleurs sociaux réalisent les évaluations à domicile. En Loire-Atlantique

et en Val-de-Marne, les profils des évaluateurs sont divers, incluant travailleurs sociaux, infirmiers et personnel administratif. Dans le Nord, la difficulté à recruter des médecins, qui pourrait croître lors du prochain départ à la retraite de certains d'entre eux, et l'impossibilité pour les médecins présents de superviser l'ensemble des dossiers de demande a récemment conduit le département à engager des professionnels infirmiers pour réaliser les évaluations à domicile. Plus de 80 % des évaluateurs APA fin 2014 ont cette formation, pour garantir une vision sanitaire. En parallèle, et c'est une spécificité du département, un travailleur social est présent au sein de chaque territoire.

La seconde différence est relative aux territoires d'intervention et au périmètre d'organisation des équipes. Celles d'Ariège et du Val-de-Marne dépendent du siège de l'administration départementale. Au contraire, en Loire-Atlantique, la surface du territoire et le nombre de dossiers ont conduit les départements à organiser les équipes dans les structures déconcentrées du département. Dans le Nord, le nombre de bénéficiaires conduit également à une déconcentration de l'EMS, mais partielle : les évaluateurs sont rattachés aux Pôles Autonomie, directions en territoire de l'administration départementale, quand les quatre médecins restent au siège, à Lille.

3.1.1.2. Des missions du médecin variables

Le rôle du médecin et le moment de la procédure où il intervient ne sont pas homogènes dans les départements. Un élément est cependant constant : les médecins ne se déplacent pas avec les évaluateurs lors de la visite à domicile, hors quelques cas très particuliers.

> *A* : « *En fait il y avait des médecins, au départ de l'APA, le médecin allait évaluer le GIR, et l'assistante sociale allait mettre en place le plan d'aide, donc évaluer le plan d'aide. Et en fait, là ils se rendent compte que les médecins, bon on ne fait pas non plus sept ans d'étude pour mettre des croix dans des cases.*
> *B :* *C'est nous qui le faisons* ».
>
> **Entretien auprès de l'EMS APA, Val-de-Marne, mars 2014**

En Loire-Atlantique, les médecins réalisent une pré-évaluation par téléphone, avant la visite à domicile. Ils s'appuient sur des pièces spécifiques demandées par l'administration départementale, notamment un questionnaire sur les incapacités de la personne.

> A : « *Nous voyons le dossier, avec un certificat médical du médecin traitant ou du médecin hospitalier qui a vu la personne âgée et un questionnaire rempli par la famille, ou l'aidant, ou la personne elle-même quelques fois, sur toute son autonomie à domicile. En fonction de ces données-là, et avec très souvent un coup de fil, ou deux, quelques fois pas quand c'est vraiment évident, on va établir un degré de dépendance entre le GIR 1 et le GIR 6* ».
>
> **Entretien auprès de l'EMS APA, Loire-Atlantique, février 2014**

La Loire-Atlantique est le seul département de l'étude à faire des refus sur pièce. Dans certains territoires, si le médecin estime qu'il s'agit d'un GIR 5 ou 6, il n'y a pas de visite à domicile. Cette méthode semble aller à l'encontre des textes réglementaires, qui imposent l'établissement d'un compte-rendu de visite, y compris lorsque l'état de dépendance ne justifie pas l'établissement d'un plan d'aide (CASF, article R232-7). Les médecins en reconnaissent l'importance. Cependant, et étant donnés à la fois le nombre de rejets et le temps nécessaire à cette visite, les médecins ne la réalisent pas systématiquement.

> A (médecin de profession) : « *Sur notre délégation, c'est plus facile de circuler qu'à Nantes, on fait un peu plus de visites, et en particulier, quand la personne ne relève pas de l'APA ; on ne fait pas de rejet d'APA sur pièce ou par téléphone. Mais c'est parce qu'on est sur un territoire où on est trois, où c'est facile de circuler. Et parce qu'on pense que c'est important cette visite, à titre préventif.*

B (médecin de profession) : C'est vrai qu'on voit déjà là la disparité au sein d'un même département, on a quand même des pratiques qui peuvent être un peu différentes. C'est vrai, je te rejoins tout à fait, c'est intéressant pour les GIR 5-6 de faire une visite, pour les raisons que tu as évoquées. Après, c'est vrai que, d'un territoire à un autre, on peut être amené à ne pas le faire, moi je ne le fais pas de façon systématique, tout simplement par histoire de temps, mais si on pouvait, je pense que c'est une visite qui est importante. Dès que j'ai un doute ou que je sens la situation fragile, je vais faire une visite, mais s'il y a un relai qui peut être pris, une famille, c'est vrai que je ne vais pas systématiquement le faire.

C (travailleur social de profession) : Sur [territoire XX], je parle au nom de XX, qui est médecin, elle est toute seule en tant que médecin. Par rapport à la quantité de dossiers, il n'est même pas question et envisageable de faire ça.

D (médecin de profession) : Nous, il faut savoir que les rejets, c'est à peu près entre 30 et 35 % des premières demandes, donc c'est énorme, on n'a absolument pas le temps d'aller faire ces visites-là, malheureusement parce qu'on est bien d'accord que c'est là qu'il faut agir, sur la prévention, mais bon, il faut faire des choix… ».

Entretien auprès de l'EMS APA, Loire-Atlantique, février 2014

L'Ariège est le second département dans lequel le médecin départemental supervise l'ensemble des dossiers. Il les analyse également en amont de la visite des évaluateurs APA, afin de fournir à ces derniers les informations dont il dispose pour préparer au mieux la visite. Les effets des pathologies sur la dépendance sont notamment explicités.

Après saisie administrative du dossier, le médecin référent au Conseil général « *transmet toutes les informations médicales* » à partir des certificats médicaux « *en attirant l'attention sur tel ou tel signe que peuvent présenter les personnes* ». Cette transmission se fait normalement avant la visite à domicile. « *Il n'y a pas de concertation après visite, avant l'élaboration du plan d'aide* ». Mais « *le certificat n'est pas une pièce obligatoire, il y a plein de dossiers sans cet élément, après ils sont plus ou moins remplis* ».

Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014

Dans le Val-de-Marne, le médecin a connaissance des dossiers à l'issue de la visite à domicile, et accorde principalement son attention aux situations ambiguës selon les évaluateurs. Dans le Nord, le médecin du département est sollicité sur des cas particuliers. Le médecin est à Lille, alors que les équipes d'évaluateurs sont rattachées aux Pôles Autonomie. Les évaluateurs, comme les administratifs du Conseil départemental, soulignent la grande difficulté à recruter des médecins sur le territoire. Dans ces départements, les médecins interviennent notamment lorsque l'évaluation ou le plan d'aide sont contestés par le demandeur APA.

Lors de l'organisation de l'étude qualitative, les demandes d'entretiens avec l'équipe médico-sociale étaient identiques dans tous les territoires. L'Ariège et la Loire-Atlantique ont convié des évaluateurs et des médecins, quand le Nord et le Val-de-Marne ont rassemblé uniquement des évaluateurs, révélant alors la conception de l'équipe médico-sociale par l'administration et les équipes elles-mêmes. L'intervention des médecins sur l'ensemble ou une partie des plans d'aide a pour conséquence leur considération comme membres à part entière ou non de l'équipe médico-sociale. D'ailleurs, lors de l'entretien en Loire-Atlantique, les personnes présentes ont souligné le rôle des instructeurs, administratifs dans la demande et regretté leur absence au cours de la réunion.

A (médecin de profession) : « *Là, on est médecins et évaluateurs, mais il faut savoir que, dans l'équipe, il y a aussi les instructeurs qui instruisent les dossiers, qui font du secrétariat… C'est dommage qu'ils ne soient pas là, parce qu'ils apportent aussi au dossier. Même si, ils ne vont pas évaluer, ils sont un pôle d'accueil, on peut les appeler facilement, leur demander comment constituer un dossier… C'est quand même la première porte et c'est important* ».

Entretien auprès de l'EMS APA, Loire-Atlantique, février 2014

Ainsi, la profession des membres des équipes médico-sociales et le partage des rôles au sein de celles-ci varient entre les départements. En conséquence, c'est aussi le cas de la visite à domicile.

3.1.2. Contenu de la visite à domicile et élaboration du plan d'aide

Peu d'éléments sont règlementairement définis sur le contenu de la visite à domicile. « *Au cours de la visite à domicile, l'intéressé et, le cas échéant, son tuteur ou ses proches reçoivent tous conseils et informations en rapport avec le besoin d'aide du postulant à l'allocation personnalisée d'autonomie. Ils sont notamment informés que l'équipe médico-sociale doit avoir connaissance de tout changement dans la situation de l'intéressé. Au cours de son instruction, l'équipe médico-sociale consulte le médecin désigné, le cas échéant, par le demandeur. Si l'intéressé le souhaite, ce médecin assiste à la visite à domicile prévue à l'alinéa précédent.* » (CASF, article R232-7). Le contenu de la visite est explicité lors des entretiens, par exemple en Ariège.

> Grâce à la grille AGGIR, les professionnels évaluent le degré de dépendance. Lorsque les personnes ne sont pas éligibles à l'APA (GIR 5 et 6), les évaluateurs informent sur les autres aides auxquelles ils peuvent avoir droit. Si les personnes sont éligibles, un plan d'aide « *est élaboré et négocié avec les intéressés* », en fonction de « *ce que veulent les gens* ». « *Les gens ne savent pas exactement ce dont ils ont besoin. Et donc il y a un décryptage à faire des choses dont ils ont besoin et après, la difficulté qu'ils ont, c'est à mettre un lien entre un volume horaire, et leurs besoins* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014**

Les évaluateurs réalisent, quel que soit le département, une évaluation de la situation de la personne, au-delà de celle nécessaire pour calculer le GIR. C'est celle-ci qui leur permet d'élaborer le plan d'aide.

> *A* : « *On nous demande également d'avoir un regard sur le côté social, sur le côté familial, l'entourage, est-ce que la personne est isolée ou pas, est-ce qu'elle se soigne ou pas… On parle d'évaluation médico-sociale, c'est vrai.*
>
> *B :* *Globale.*
>
> *A :* *On ne se fixe pas sur uniquement la grille d'évaluation qui peut être assez limitée et stricte. Cette visite nous permet de récolter des informations dans des domaines variés. […]*
>
> *C :* *Tous ces éléments, on va essayer de les recueillir. Ça ne va pas jouer bien sûr sur la décision, mais pour nous, c'est des éléments sociaux importants. L'échange qui se met en place fait qu'on récupère un peu tous ces éléments-là qui pour nous, sont importants pour savoir, dans le plan d'aide, comment les choses vont s'organiser* ».
>
> **Entretien auprès de l'EMS APA, Val-de-Marne, mars 2014**

Cette évaluation globale dure environ 1h30, dans les quatre départements de l'étude. Pourtant, elle est souvent présentée par les évaluateurs comme une plus-value de l'organisation départementale, la consigne leur étant donnée étant d'être attentifs à la situation sociale, économique, financière et à l'environnement de la personne.

> A : « *Pour déterminer le taux de dépendance, il n'y a que huit à dix items, point. À la limite on pourrait faire cette visite, ne faire que ça, rentrer le dossier, faire la synthèse, terminé. Mais on nous demande, et ça c'est la position du Conseil général du Val-de-Marne, de faire une évaluation globale. Parce que cette évaluation, avec les items en question, dans d'autres départements, c'est pas des travailleurs sociaux, c'est fait par d'autres personnes, et ils s'en tiennent un peu à ça* ».
>
> **Entretien auprès de l'EMS APA, Val-de-Marne, mars 2014**

Cela pose question. En effet, cette évaluation globale n'est pas une plus-value départementale, elle est tout à fait conforme au guide d'utilisation de la grille AGGIR, publié en 2008 : « *le modèle AGGIR n'est qu'un des éléments de l'ensemble des informations (histoire, état de santé, contexte psychologique, environnement physique, humain et matériel…) indispensable à la mise en place d'un*

plan d'aides et de soins personnalisé ». L'évaluation n'est pas réalisée pour calculer le GIR, mais bien pour mettre en place un plan d'aide personnalisé, elle doit donc être globale.

3.1.3. Délai de réalisation

Le délai est fixé par voie règlementaire. « *Dans un délai de trente jours à compter de la date du dépôt du dossier de demande complet, l'équipe médico-sociale adresse une proposition de plan d'aide à l'intéressé, assortie de l'indication du taux de sa participation financière.* ».

En fonction des départements et des territoires infradépartementaux, les délais varient. L'Ariège parvient ainsi à garantir l'évaluation dans les délais, au contraire du Nord, malgré une réduction du temps de traitement des dossiers. La Loire-Atlantique a fait le choix de certains rejets d'APA-D par téléphone. Le nombre d'équivalents temps-plein (ETP) d'évaluateurs rapporté au nombre de bénéficiaires de l'APA-D varie du simple au double entre les départements (Tableau 10). Les évaluations à domicile durant dans tous les départements une heure à une heure et demie, c'est bien sur le délai que la présence plus ou moins importante d'évaluateurs influe.

Tableau 10 - Présence d'évaluateurs APAD et de médecins, en fonction du nombre de bénéficiaires de l'APA et de la population âgée de 75 ans ou plus, en 2015

	Équivalents temps plein		Bénéficiaires APA (pour 1 000)			Population âgée (pour 10 000)		
Département	**Évaluateur**	**Médecin**	**Nombre**	**Évaluateur**	**Médecin**	**Nombre**	**Évaluateur**	**Médecin**
Ariège	7,0	0,3	2 749	2,55 ‰	0,11 ‰	19 201	3,65	0,15
Loire-Atlantique	24,8	9,8 + 3	8 738	2,84 ‰	1,46 ‰	112 738	2,20	1,14
Nord	40,8	4,0	27 914	1,46 ‰	0,14 ‰	195 692	2,08	0,20
Val-de-Marne	30,0	2,5	9 509	3,15 ‰	0,26 ‰	94 433	3,17	0,26

Lecture : Les sept ETP d'évaluateurs en Ariège permettent de consacrer 2,55 équivalents temps-plein (ETP) à mille bénéficiaires de l'APA. En Loire-Atlantique, dans certains pôles, des infirmiers ont été recrutés en l'absence de médecins. Ces infirmiers ne sont pas évaluateurs mais expertisent les dossiers comme les médecins précédemment, ils sont donc assimilés à ceux-ci. **Champ** : Départements de l'Ariège, de Loire-Atlantique, du Nord et du Val-de-Marne. Il n'est pas possible de rapporter le nombre d'équivalents temps-pleins d'évaluateurs au nombre de dossiers faisant l'objet d'une visite, incluant ceux qui impliqueront un refus. **Sources** : Conseils départementaux 2015 (Ariège, Loire-Atlantique, Nord et Val-de-Marne), Drees (nombre de bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2013), Insee (estimations de population au 1er janvier 2014, par âge quinquennal).

Au sein des départements, les délais varient également. C'est pourquoi sont mis en place des « évaluateurs volants », c'est-à-dire non affectés à un territoire. Ceux-ci peuvent renforcer les équipes qui en ont besoin. Alors que ce n'était pas le cas en Ariège, les absences temporaires d'évaluateurs conduisent le Conseil départemental à revoir les territoires d'intervention, pour, comme dans les autres départements, avoir un évaluateur « volant ».

3.1.4. Refus du plan d'aide

Lors de la réception de la notification de son plan d'aide, le bénéficiaire peut demander des modifications, une proposition définitive lui sera alors adressée. En cas de refus du bénéficiaire, la demande d'APA est réputée refusée (CASF, article R232-7). Les évaluateurs rencontrés se déclarent souvent plus souples que la loi, en atteste un échange dans le Nord.

A : « *Ils ont dix jours pour réfléchir, s'ils ne sont pas d'accord, ils mettent un commentaire, nous on rappelle. Des fois c'est juste un changement d'association mais si c'est par rapport au plan d'aide, on accepte ou on n'accepte pas ce qu'ils veulent. Donc on refait une deuxième proposition, et au bout de la deuxième proposition quand c'est un primo-demandeur, c'est annulé.*

B : *Enfin, ce qui n'est pas toujours vrai, on a une collègue qui en est à la troisième proposition*.

A : *Ce qui n'est pas toujours vrai, tout à fait mais logiquement, dans la loi… Au bout de la deuxième proposition, s'ils la refusent encore, normalement pour nous c'est un abandon, donc le dossier est classé.*

Mélina : D'accord.

C : *C'est un rejet, on rejette la demande. La loi nous permet de le faire.*

B : *Ce qui n'est pas toujours fait, la preuve, pas plus tard que la semaine passée, notre collègue a eu la personne qui sait, qui ne sait plus, qui fait, qui refait, elle en est à la troisième, quatrième bientôt, et on accepte toujours.*

A : *Après, c'est des pathologies* ».

Entretien auprès de l'EMS APA, Nord, mars 2014

Dans certains départements, les médecins se consacrent particulièrement aux recours, c'est-à-dire aux personnes qui refusent leur plan d'aide et sollicitent une nouvelle proposition par l'équipe médico-sociale. C'est par exemple le cas dans le Val-de-Marne. Cela permet alors un échange pluridisciplinaire.

3.1.5. Suivi des plans d'aide

Dans les départements, les évaluateurs ne réalisent pas l'accompagnement et le suivi des plans d'aide dans le temps. Ils interviennent pour des révisions, par exemple lors d'aggravations de la dépendance. Le nombre d'heures d'aide humaine est alors, par exemple, augmenté ou diminué.

Seule l'Ariège assure un suivi systématique des plans. Celui-ci est délégué aux CLIC qui ont pour mission, chaque année, de rencontrer l'ensemble des bénéficiaires de l'APA sur leur territoire.

Dans les autres territoires, les services d'aide à domicile remplissent parfois cette fonction, en contactant l'administration départementale quand il y a une inadéquation entre le nombre d'heures et les besoins de la personne, que celle-ci conduise à une augmentation ou à une réduction du plan d'aide.

Ainsi, les fonctionnements départementaux impliquent une variabilité, de la composition de l'équipe médico-sociale au suivi de la prestation. De plus, l'évaluation des situations des personnes, sur laquelle s'appuie l'APA à domicile, est subjective et crée des différences, y compris au sein des départements. Comment est-il alors possible de garantir une égalité d'accès et de droits dans le dispositif ?

3.2. L'évaluation médico-sociale est subjective

L'application de la grille AGGIR serait peu homogène, dans le temps et dans l'espace (Gisserot, 2007). Cette sous-partie vise à mieux comprendre ce qui rend l'évaluation subjective, et à détailler comment les professionnels des administrations départementales, et particulièrement des Équipes médico-sociales (EMS), parviennent à garantir l'égalité d'accès à la prestation.

3.2.1. Une nécessaire évaluation

L'approche des besoins nécessite une évaluation globale, tenant compte de la fragilité économique et sociale, de l'isolement géographique. L'évaluation qui en découle est subjective, c'est inévitable selon les professionnels d'EMS rencontrés.

> Les évaluations des évaluateurs médico-sociaux sont variables : un participant donne l'exemple d'une femme âgée obèse, souffrant d'une pathologie cardiaque « *le temps qu'elle se lève, qu'elle arrive à sa salle de bain où elle s'assoit sur sa chaise, pour prendre sa douche, qu'elle arrive à ressortir pour s'habiller etc. elle va se coucher deux ou trois heures pour se reposer. Le Conseil général l'a estimée*

autonome, parce qu'elle est capable de faire sa toilette d'un bout à l'autre. ». Auprès de médecins d'autres pôles territoriaux du Conseil Général, la situation aurait conduit à l'inclusion de la personne dans l'APA. Il y a donc des différences : « *en fait, c'est censé être des critères objectifs mais c'est jamais vraiment objectif, on utilise un outil déjà qui n'est pas adapté puisque c'est un outil qui a été développé pour les hôpitaux alors qu'on est sur le maintien à domicile. En effet il faut prendre en compte l'environnement ce qui n'est pas fait. Et après, il y a du subjectif, ça dépend des personnes* ».

Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Loire-Atlantique, février 2014

Cette réflexion est spécifique à l'APA à domicile, qui est, avec la PCH, la seule aide sociale légale faisant l'objet d'une évaluation personnalisée, non quantitative de la situation de la personne, de ses besoins et ses difficultés. Certes toutes les aides sociales tiennent compte de la situation des personnes. Mais dans le cadre de l'APA, il ne s'agit pas d'une instruction à partir de données quantitatives afférentes à de la situation sociale ou économique de la personne, mais d'une évaluation de la personne elle-même, de ses incapacités. La subjectivité de cette évaluation est d'abord liée aux évaluateurs.

3.2.2. La subjectivité des évaluateurs

Le premier constat des équipes est que les disparités sont inévitables, liées au principe même d'une évaluation.

« *On travaille sur de l'humain, et nous aussi nous sommes humains […] il peut y avoir des disparités par rapport à notre façon de voir les choses* ». Ces différences tiennent aux professionnels eux-mêmes, et sont donc parfois observables au sein d'une même délégation.

Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Loire-Atlantique, février 2014

Un rapport IGAS précise que « *l'étude sur la fiabilité de l'instrument AGGIR réalisée en 2005 pour la Direction générale de l'action sociale a montré que la reproductibilité de la grille AGGIR (sa capacité à trouver le même classement en GIR d'un test à l'autre) est corrélée au profil professionnel des évaluateurs. Les infirmières ont le taux de concordance le plus élevé d'un test à l'autre (73 % de classement identique), les personnels administratifs le plus faible (58 %)* » (Fouquet *et al*., 2009). Or, la composition des EMS varie entre les départements.

La manière de réaliser les évaluations varie effectivement en fonction de la profession, comme en atteste un échange entre évaluateurs.

Plusieurs participants, infirmiers, notent que le travail est surtout social, alors qu'un intervenant issu de la filière administrative note que « *le fait d'être infirmier / infirmière, c'est quand même un plus au niveau médico-social, médical en tous les cas* » montrant cependant que « *même si on n'est pas infirmier, on a un regard médical sur la situation, forcément* ». « *J'ai formé quelques infirmières, et je vois comment elles abordent la visite, le résultat est toujours le même […] l'approche est différente* ».

Entretien auprès de l'EMS APA, Nord, mars 2014

Les infirmiers présents lors des entretiens ont effectivement une vision plus médicale de la situation, étant particulièrement attentifs aux conditions de santé. Les professionnels sociaux déclarent être très attentifs aux conditions sociales, environnementales, au contexte de vie de la personne. Ils considèrent, davantage que les infirmiers, la grille comme un outil sur lequel il est possible d'avoir des marges de manœuvre, ce qui explique sans doute la moindre reproductibilité soulignée par l'IGAS. Le fait que les profils professionnels soient diversifiés au sein des évaluateurs minimise les écarts entre les évaluations professionnelles.

La grille, « *ce n'est qu'un outil, ce n'est pas universel* ». En effet « *il est arrivé de trouver un 5, mais qu'on va mettre en 4 parce que la personne est isolée et qu'elle a quand même besoin d'aide […] rien ne nous empêche de forcer le trait et d'aller au-delà, de glisser la personne en 2, alors que l'évaluation*

la montre en 3. Ça dépend du besoin et de l'environnement. » D'autres participants confirment : « *automatiquement, oui, il y a des glissements* ».

Entretien auprès de l'EMS APA, Nord, mars 2014

La question que se posent alors les évaluateurs, mais aussi les autres professionnels, est la suivante : peut-on, par une autre méthode, faire mieux ?

« *Si on voulait uniformiser, on arriverait à des forfaits* ». D'ailleurs, un logiciel de 2008 sur la grille AGGIR permettait d'établir de manière automatique un nombre d'heures en fonction des items sélectionnés. Cependant, le passage d'une évaluation à un forfait « *ne donnerait plus aux gens la possibilité qu'on ouvre leur porte et qu'on voit leurs difficultés sociales, économiques et qu'on adapte le plan d'aide* [….] *il vaut peut-être mieux une législation qui nous permet des leviers d'intervention, même si on sait qu'il y a des écarts, de par les travailleurs sociaux* ». Il est important pour les participants de conserver une « *évaluation qui est personnalisée* » ; « *on ne peut pas mettre les choses dans des boîtes* ».

Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Loire-Atlantique, février 2014

Cette subjectivité pourrait aisément être considérée non plus comme la faiblesse du dispositif, remettant en cause l'égalité de droit à la prestation, mais plutôt comme la garantie de la finesse de l'évaluation de besoins difficilement quantifiables, et d'aspects trop nombreux à prendre en compte pour faire l'objet d'un traitement systématique : « *si on se déplace chez les gens, c'est justement parce que chaque situation mérite d'être étudiée pour elle-même* » (un évaluateur).

« *À perte d'autonomie proche ou égale, on a deux situations qui n'engendrent pas les mêmes besoins* ». C'est « *la finesse de l'évaluation* » qui permet d'élaborer le plan d'aide. Si *« la personne n'a pas de relai familial à proximité, ou disponible, ce qui revient en général au même* », pas de voisinage, cela change ses besoins.

Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014

Certes l'évaluation est subjective, c'est inévitable, mais c'est la seule possibilité d'avoir une évaluation fine, et de se donner les moyens d'aller voir les personnes dans leur cadre de vie. La grille est un outil, un ordre de grandeur, c'est bien l'évaluation professionnelle qui est au cœur de l'attribution de la prestation.

3.2.3. Les personnes âgées et leur entourage savent, eux-aussi, être acteurs dans le dispositif

La subjectivité de l'évaluation est liée aussi aux personnes âgées, diverses par leurs besoins, et par le vécu de leur dépendance et leurs attentes vis-à-vis du dispositif, ou celles de leur entourage. Leur dépendance peut alors être mise en scène. Les évaluateurs du Nord, pour la plupart infirmiers et sans formation sociale, se montrent particulièrement sévères sur ces situations.

Les personnes âgées connaissent la grille AGGIR, « *ils savent, ils ont entendu par les voisins ce qu'il faut dire* », ou lors d'une précédente évaluation. Ainsi, les évaluateurs peuvent ponctuellement « *forcer le trait* », mais les personnes âgées également : elles « *racontent ce qu'elles veulent* ». Or, il est difficile, en 1h30, de vérifier ce que disent les personnes, « *on ne peut pas leur dire, 'allez, vous vous lavez devant nous'* ». Cependant, ils incitent les personnes à « *marcher un peu, pour voir* ». Plusieurs évaluateurs donnent des exemples de « *mise en scène* » par les personnes de leurs situations : personnes qui les reçoivent alitées, qui utilisent une écharpe de bras lors de l'entretien alors qu'elles n'en ont pas besoin etc. « *Il y a des beaux menteurs, des beaux acteurs* ». Mais lorsque l'entretien dure, certaines personnes « *oublient le rôle dans lequel elles se sont installées au départ* » ; « *tu dis : 'la nuit, comment vous faites pour aller faire pipi ?' ; 'je me lève et puis je vais dans la cuisine', et le matin, elles ne savent pas se lever, il faut quelqu'un* ». « *Au fur et à mesure de la conversation, elles se contredisent* ». Les évaluateurs sont cependant conscients qu'ils se « *font avoir* » ponctuellement.

Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Nord, mars 2014

Ce sont plutôt les situations inverses qui sont soulignées par les professionnels sociaux : celles où les personnes âgées ou les aidants minimisent leurs besoins lors de la visite.

> Les participants savent que « *certains donnent parfaitement bien le change* », y compris d'ailleurs auprès des professionnels, puisque parfois, « *il faut attendre une bonne demi-heure avant de se rendre compte* » des pertes et de leurs conséquences sur la vie quotidienne.
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Créteil, Val-de-Marne, mai 2014**

> *A* : « *Le mari qui s'occupe de sa femme qui est dépendante, qui dans un groupe de parole va dire : 'j'en peux plus, je suis sur les genoux, je vais lâcher, la corde va casser', à un autre moment, il va rencontrer l'équipe du Conseil général pour faire les plans, il va dire : 'tout va bien ; oh si, ça je fais ; ça, il n'y a pas de problème ! ça je m'en occupe' etc.* »
>
> **Entretien auprès de professionnels du territoire, Maubeuge, Nord, juin 2014**

Les personnes âgées ou les aidants ne sont parfois pas en mesure de définir leurs besoins et encore moins la réponse à y apporter.

> Quand les personnes sont éligibles, un plan d'aide « *est élaboré et négocié avec les intéressés* », en fonction de « *ce que veulent les gens* ». « *Les gens ne savent pas exactement ce dont ils ont besoin. Et donc il y a un décryptage à faire des choses dont ils ont besoin et après, la difficulté qu'ils ont, c'est à mettre un lien entre un volume horaire, et leurs besoins* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014**

Dans le département de Loire-Atlantique, où une pré-évaluation est effectuée par téléphone, les CLIC conseillent les personnes et les familles afin que les personnes expriment leurs besoins.

> Avant l'évaluation à domicile, l'équipe médico-sociale « *appelle la personne âgée. Quand nous déjà on leur pose des questions sur le fait de faire sa toilette, on essaie de mettre les mots, mais se laver les fesses etc., c'est difficile à avouer à un inconnu comme ça* ». Certaines personnes minimisent leurs difficultés et ne sont pas considérées comme suffisamment dépendantes pour ouvrir droit à l'APA. D'autant que : « *la personne peut, avec un coût d'énergie très fort, donner un change extraordinaire… et être elle-même dans un déni, sans qu'on suppose tous les déficits qu'elle peut avoir pour la gestion de sa vie quotidienne* ». C'est pourquoi il est primordial de « *projeter les personnes, seules. Si on la met vraiment seule à son domicile, sans l'aide de son conjoint, qu'est-ce qu'elle est réellement en capacité de réaliser ?* ». Certains coordinateurs conseillent parfois aux familles de mettre leur propre numéro de téléphone, et non celui de la personne âgée. Ensuite, ils conseillent les familles dans leur manière de répondre, pour accentuer les difficultés.
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Loire-Atlantique, février 2014**

Ainsi, l'évaluation est subjective, liée aux évaluateurs, à la situation des personnes, et à la manière dont elles envisagent la prestation.

3.3. Comment alors garantir l'équité de l'évaluation ?

Garantir l'équité de l'évaluation, c'est d'abord, selon les professionnels rencontrés, travailler pour des pratiques uniformes des évaluateurs médico-sociaux sur les territoires. C'est d'ailleurs une préoccupation constante et importante des équipes. Plusieurs éléments sont distingués par les professionnels rencontrés.

3.3.1. Homogénéiser les pratiques des équipes

3.3.1.1. L'échange de pratiques

Dans l'ensemble des départements, les réunions d'équipe médico-sociales sont fréquentes, le plus souvent hebdomadaires, et suivies par l'ensemble des professionnels. Ces réunions associent parfois uniquement les évaluateurs, parfois l'ensemble de l'équipe médico-sociale, incluant les médecins et le personnel administratif en charge de l'instruction des dossiers. Les responsables hiérarchiques sont, selon les départements et selon les réunions, présents.

Bien qu'elles ne s'organisent pas autour d'un échange de pratique institué, à partir de « cas-exemples » travaillés par les institutions nationales, ces réunions permettent aux évaluateurs d'échanger sur les situations qui les ont mis en difficulté, et de s'accorder sur les réactions adéquates. Ces réunions d'équipe un moyen de faire converger les pratiques et participent ainsi de la d'équité de traitement des personnes dans l'accès à la prestation. Cependant, les échanges portent principalement sur l'élaboration des plans d'aide, et moins sur le remplissage de la grille AGGIR. C'est un élément de compréhension de la non-reproductibilité de la grille AGGIR soulignée dans les rapports publics.

Ces échanges de pratiques sont d'autant plus profitables que les évaluateurs exerçant sur l'ensemble du territoire sont réunis. Dans le Nord ou la Loire-Atlantique, départements dans lesquels les équipes sont déconcentrées, les évaluateurs échangent au sein de leur territoire uniquement. L'échange de pratiques pourrait alors conduire à une homogénéisation par territoire, et non au niveau du département.

> La nécessité d'harmonisation des pratiques pour permettre l'équité des plans d'aide a été moins soulignée dans certains entretiens, car les équipes sont petites ou que les échanges ont davantage porté sur d'autres thématiques. L'harmonisation semble être plus simple dans les petites équipes, où l'information circule et les professionnels parviennent à harmoniser les pratiques, même s'il y a des différences. Dans les grandes équipes : « *les partenaires le disent, quand ça change d'évaluateur même sur un même secteur, ça change les plans d'aide, de toute façon, même si on essaie que ce soit harmonisé, concrètement, ce n'est pas le cas* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Loire-Atlantique, février 2014**

Le fait que certains évaluateurs aient exercé sur plusieurs directions territoriales permet de mieux connaître les situations rencontrées sur les autres territoires, dans leur spécificité. En Ariège, certains évaluateurs ont ainsi changé de territoire, et sont mieux à même de saisir les spécificités et caractéristiques communes des requérants à l'APA-D.

3.3.1.2. Les lignes directrices institutionnelles

Outre les règlements légaux, les évaluateurs sont très en demande de consignes émanant de leur institution. Un cadre mieux défini permet de guider leurs pratiques, notamment sur les plans d'aide. L'exemple est donné dans un département du Chèque emploi service universel (CESU[14]), qui permet de rémunérer directement un salarié intervenant à domicile.

> « *C'est dans la loi, on ne peut pas refuser* », mais il est difficile de savoir combien d'heures la personne âgée est aidée : l'aidant, lorsqu'il fait les courses et le ménage, le fait aussi pour lui. Se pose alors la question « *qu'est-ce qu'on finance ?* ». Sur ce plan, les consignes institutionnelles sont peu nombreuses, et les « *jugements complètement différents entre évaluateurs* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Val-de-Marne, mars 2014**

[14] Mis en place en 2006 dans le cadre du développement des services à la personne, il facilite les démarches des particuliers employeurs.

A : « *En GIR 4, le Conseil général a mis comme un filtre, pour réduire un peu la dépense. Selon la situation, on va allouer un certain nombre d'heures. Donc 13 heures si c'est simplement de l'entretien de logement, ou 20 heures s'il y a besoin d'aide au niveau des actes essentiels.*

B : les disparités demeurent quand même puisqu'en fonction des pôles, on n'a pas mis le même sens derrière les actes essentiels, visiblement. Enfin, toilette, on est tous OK, tout ce qui est soins de nursing, mais sur l'aide à la préparation des repas… Nous on n'est pas sur 20 heures s'il y a de l'aide à la préparation des repas, il y a des pôles où c'est le cas.

A : de toute façon, que ce sera difficile d'harmoniser

B : tout à fait, c'est juste un constat

C : les disparités, ce sera inévitable, mais ce que nous avons fait remonter à la direction, c'est qu'ils nous ont donné un pré-cadre et ça fait un an qu'on demande qu'ils définissent ce qu'ils mettent derrière ces mots, parce que ça peut être intéressant qu'au niveau départemental, on ait à peu près la même ligne de conduite, quelle qu'elle soit

B : ça c'est sûr

D : que ce soit juste la même ligne

C : ce serait bien que ce soit effectivement harmonisé, sur qu'est-ce qu'on met derrière les actes essentiels, et on n'a toujours pas de réponse à ça.

D : non

C : Donc il y a deux niveaux de disparités, il y a à la fois la disparité liée à la situation, au contexte et à la fois liée à un manque de…

B : consignes institutionnelles

C : consignes, un manque de clarté ».

Entretien auprès de l'EMS APA, Loire-Atlantique, février 2014

Côté handicap, la CNSA s'est emparée de la question, avec le GEVA, la grille d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées, en proposant une utilisation et même une évaluation sur l'appropriation de l'outil par les professionnels. À quel niveau le référentiel doit-il être conçu, national ou local ? Un responsable départemental pose la question de l'échelle pertinente d'élaboration du référentiel : la responsabilité incombe-t-elle aux départements, ou à la CNSA ?

3.3.2. Partager les évaluations

Si le plan d'aide n'est pas le reflet de la perception unique de l'évaluateur médico-social, mais de plusieurs professionnels, ce partage sur l'évaluation réduit la subjectivité, et donc le risque d'évaluations inéquitables entre les personnes d'un même territoire. L'évaluation peut être « partagée » à plusieurs niveaux.

D'abord, elle peut l'être avec le ou les médecins du Conseil départemental, membre de l'équipe médico-sociale, qui apportent un regard médical, différent donc de celui des évaluateurs. Dans aucun des départements de l'étude, les médecins n'interviennent de façon systématique sur les dossiers après la visite de l'évaluateur. Cependant, le fait qu'ils se rendent disponibles pour échanger sur un plan d'aide, ou sur la situation particulière d'un bénéficiaire permet que les dossiers posant le plus question soient soumis à une évaluation pluridisciplinaire, par deux professionnels différents, diminuant ainsi le risque de juger « trop subjectivement » la situation. Dans trois Conseils départementaux, les médecins ne sont pas sectorisés. Ainsi, lorsque qu'ils analysent les certificats médicaux ou échangent avec des évaluateurs sur les situations les plus délicates, leur réponse est uniforme sur le territoire. L'intervention systématique du médecin en Ariège et en Loire-Atlantique, en amont de la visite, garantit un partage des points de vue et une plus grande équité des évaluations.

« *On travaille toujours avec notre collègue médecin, on est une équipe médico-sociale* », et les discussions sur les situations sont fréquentes au sein des équipes. Cela minimise les différences d'évaluation.

Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Loire-Atlantique, février 2014

La dépendance étant parfois – et de plus en plus, selon les professionnels – accompagnée de difficultés financières et de précarité, l'échange avec des professionnels sociaux prend de plus en plus de sens. Les assistants sociaux départementaux sont parfois présents, pour réaliser une évaluation conjointe.

Ensuite, l'évaluation peut être partagée avec des professionnels d'autres institutions : des coordinateurs de Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), des Centres communaux d'action sociale (CCAS) ou de caisses de retraite. Les évaluateurs arrivés depuis plusieurs années, qui avaient pris cette méthode de travail, regrettent que les contraintes budgétaires des autres institutions rendent cela de plus en plus rare.

> *A* : « *Avant, on tournait avec une assistante sociale CRAM ou MSA, mais on ne tourne plus qu'avec la MSA, donc assez rarement quoi. Donc avant, on faisait quand même, je ne sais pas combien de pourcentage de visite à deux, je ne sais pas vous, nous ça pouvait être 50 %.*
> *B:* *Moi j'avais 75 %, à peu près.*
> *C :* *Sur XX on avait un bon partenariat, c'est pas 100 % mais je dirai que c'était du 95 %.* »
>
> **Entretien auprès de l'EMS APA, Nord, mars 2014**

En effet, les évaluations étaient, pendant les quelques années après la création de l'APA, conjointes, avec un infirmier ou médecin et un travailleur social. Cela permettait d'avoir les deux regards sur les situations des personnes. Ainsi, les évaluateurs du Nord, pour la plupart infirmiers, ont appris sur le terrain au contact de leurs collègues travailleurs sociaux. Cependant, les évaluations sont depuis plusieurs années réalisées par un évaluateur unique, souvent infirmier. Puisque les changements de législation sont fréquents en matière de droits sociaux, les infirmiers n'ont pas l'occasion d'actualiser les compétences qu'ils avaient alors acquises.

3.3.3. La commission APA, non sectorisée, est garante de l'égalité d'accès à la prestation, et de l'équité des plans d'aide

La commission APA est chargée d'attribuer l'allocation et de décider les plans d'aide. Garante de l'équité des plans d'aide, et de l'égalité d'accès à la prestation, elle est parfois une instance décisionnaire, parfois une instance de validation des décisions prises par des personnels administratifs. Certes, dans les quatre départements, l'ensemble des plans est communiqué sur papier aux membres de la commission. Mais le fort nombre de dossiers conduit à n'en présenter lors de la commission qu'un nombre restreint, ceux qui posent question. Alors, les évaluateurs ont conscience que la décision leur revient, ce qui conduit à deux attitudes. D'abord, la gratification de voir leur travail reconnu sans contrôle par des élus, les conforte dans leur légitimité de professionnels. Parfois cependant, les professionnels se mettent en danger. L'un d'entre eux rappelle :

> A : « *C'est pas nous qui devons nous ériger à la place du Président du Conseil général […] ce n'est pas notre rôle, et on se met en danger à faire ça […] on doit se protéger* ».
>
> **Entretien auprès de l'EMS APA, Nord, mars 2014**

Ailleurs, la commission est bien considérée comme décisionnaire, ce qui permet à l'évaluateur de ne pas prendre la responsabilité, devant la personne âgée, du plan d'aide.

> Après l'élaboration du plan d'aide, les dossiers passent devant la commission APA, mensuelle « *nous, on fait des propositions à la commission, c'est la commission qui décide* ».
>
> **Entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014**

L'Ariège est le seul département où l'ensemble des plans était lu par la commission, et tous les plans pouvaient y être discutés. En raison du temps que cela demande, les administratifs réalisent maintenant une sélection des dossiers qui seront discutés, comme dans les autres départements. Les plans d'aide

relatifs à l'ensemble de dossiers sont communiqués sur papier à la commission APA, dans les quatre départements.

3.3.4. Le contrôle systématique de l'effectivité du plan, complexe à mettre en place

Un seul département de l'étude a mis en place un service de contrôle vérifiant de manière systématique les dossiers. Le nombre de bénéficiaires de l'APA-D dans les autres départements rend difficile la mise en place d'un tel système. Ce service vérifie l'égalité de traitement dans le dispositif, et notamment que la personne reçoit la somme correspondant à l'aide à laquelle elle a réellement recouru. Ailleurs, le nombre de dossiers implique un contrôle plus complexe.

Quand les bénéficiaires sont employeurs, la visibilité est très limitée pour le département. Dans les cas de recours en mandataire ou prestataire, les associations ont des marges de manœuvre. Ainsi, même au sein d'une fédération dont les structures locales respectent le plan d'aide indiqué, il faudrait, pour contrôler les plans, vérifier la facturation et effectuer des contrôles auprès des usagers. Étant donné les nombres de bénéficiaires de l'APA et de structures, il est complexe d'avoir un contrôle systématique.

Conclusion du chapitre

Le principal dispositif public d'accompagnement de la dépendance est l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). La grille AGGIR définit, depuis 1997, le champ de la dépendance des personnes âgées donnant droit à compensation. L'attribution de l'APA repose sur une évaluation, procédé original en droit français, effectué par des professionnels médico-sociaux. Les équipes prennent en compte la globalité de la situation de la personne, afin de lui proposer un plan d'aide personnalisé et adapté à ses difficultés. Du fait des professionnels et des personnes âgées elles-mêmes ou de leur entourage, en attente ou réticents à l'accompagnement, l'évaluation est nécessairement subjective. Toutefois, la finesse et la personnalisation de celle-ci sont peut-être à ce prix.

Étudier l'offre professionnelle à destination des personnes âgées dépendantes nécessite au préalable d'identifier des besoins, non plus au niveau d'un individu mais à l'échelle du territoire. Or, une population âgée équivalente entre deux territoires ne signifie pas des besoins homogènes : les personnes peuvent être plus fragiles, car elles sont plus isolées ou développent davantage de pathologies invalidantes. Les indicateurs démographiques sont précis mais limités pour apprécier les besoins. Ceux-ci peuvent être approchés via les besoins administrativement reconnus. Au-delà de différences territoriales dans l'évaluation ou dans la couverture partielle des besoins, illustrées dans ce chapitre, d'autres limites sont à prendre en compte telles que le non-recours à l'APA (chapitre 7).

Ainsi, ce chapitre a permis de clarifier l'objet de la recherche, analysant à la fois ce que recouvrent le vieillissement de la population et la dépendance.

CHAPITRE 2

LES PROFESSIONNELS ET LES FINANCEURS : UN ACCOMPAGNEMENT GLOBAL ET GRADUÉ DE LA DÉPENDANCE SUR LES TERRITOIRES

Enjeux

Plusieurs services et établissements interviennent dans l'accompagnement médico-social des personnes âgées dépendantes. Dispensant des aides de nature différente, ils visent à proposer un accompagnement global et gradué de la dépendance, pour pallier dans leur diversité les incapacités rencontrées par la personne.

Ce chapitre présente l'organisation institutionnelle de l'accompagnement des personnes âgées, permettant au lecteur d'identifier les principaux acteurs dans leur réalité juridique et spatiale. Sans présenter exhaustivement les enjeux du secteur, ce chapitre en dévoile les principales problématiques, à l'échelle nationale et locale. Les activités respectives des professionnels seront mises en regard dans la deuxième partie de la thèse.

Aides à domicile et auxiliaires de vie sociale, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et infirmiers libéraux, offre dite intermédiaire entre le domicile et l'institution, et enfin les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont tour à tour déclinés.

Par exemple, les aides à domicile et auxiliaires de vie sociale peuvent exercer leur activité sous divers modes : être salariées de structures, ou directement rémunérées par les personnes âgées. L'une des tensions majeures de ce secteur est la reconnaissance de ces professions difficiles, qui devrait se traduire par une augmentation des salaires, compliquée pour les pouvoirs publics à mettre en œuvre sans augmenter nettement les coûts de cette activité dont ils sont les principaux financeurs.

En outre, les missions des principaux financeurs et donneurs d'ordre sur ce champ de l'accompagnement médico-social sont décrites, de l'intervention de l'Etat via la Sécurité sociale ou la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, à celles des régions, des départements ou encore des communes.

INTRODUCTION DU CHAPITRE **137**

1. AIDES À DOMICILE ET AUXILIAIRES DE VIE SOCIALE : L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL À DOMICILE **138**

1.1. Trois modes de financement pour l'intervention d'aides à domicile **138**

1.2. Prestataires et mandataires : les enjeux des services d'aide à domicile **142**

1.3. Salarier une connaissance et salarier la famille **148**

2. SOINS À DOMICILE **153**

2.1. Les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) **153**

2.2. Les infirmiers libéraux **154**

2.3. Offre intermédiaire : accueil de jour, hébergement temporaire et solutions innovantes **158**

3. LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES (EHPAD) **159**

4. LES INSTITUTIONS : DÉCIDEURS ET FINANCEURS **161**

4.1. Institutions nationales **161**

4.2. Collectivités territoriales **164**

CONCLUSION DU CHAPITRE **166**

Introduction du chapitre

Ce chapitre présente les différents acteurs intervenant directement et de manière régulière auprès des personnes âgées, ainsi que les institutions qui financent ces professionnels.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées sont au cœur du champ de cette recherche. Ils sont définis dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF). Il s'agit des « *établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale* » (CASF, article L312-1, I-6). Sont ainsi inclus :

- les Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), auxquels appartiennent les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- les établissements d'hébergement temporaire et d'accueil de jour ;
- les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- les Services d'aide à domicile (SAAD), en mode prestataire et mandataire, les aides à domicile en emploi direct ;
- les Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), combinant SSIAD et SAAD.

En outre, comme ils interviennent auprès des personnes âgées pour apporter une aide similaire aux SSIAD, les infirmiers libéraux sont inclus dans le champ de l'étude, dans le cadre des soins d'hygiène qu'ils réalisent.

S'il est pertinent d'englober tant d'acteurs et de structures, c'est parce qu'ils permettent actuellement un accompagnement global et gradué de la personne, dans la diversité des problématiques qu'elle rencontre.

Tableau 11 - Acteurs de la prise en charge de la dépendance

Exemple d'activités	**Faire les courses, le ménage, préparer le repas**	**Aider à la toilette**	**Réaliser les soins d'hygiène**	**Hébergement**
Acteurs au Domicile	Aide à domicile	Auxiliaire de vie Sociale	SSIAD, infirmières dans le cadre des AIS	Chez eux
Acteurs en EHPAD	Agents de service	Aide-soignant	Aide-soignant, infirmier	Dans l'institution

Lecture : À domicile, les aides à domicile peuvent notamment faire les courses, le ménage ou préparer les repas. **Champ** : Ensemble de l'accompagnement.

Comme l'offre médicosociale à destination des personnes âgées dépendantes s'est historiquement construite de manière diverse, le cadre règlementaire, les enjeux et la localisation de chacun de ces acteurs sont spécifiques. Aujourd'hui, deux principaux types d'acteurs interviennent au domicile : des professionnels sociaux et médico-sociaux comme les aides à domicile et auxiliaires de vie sociale d'une part, et des professionnels paramédicaux tels que les infirmiers libéraux et les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) d'autre part. L'émergence d'accompagnements inédits conduit à évoquer en outre les structures dites intermédiaires, entre le domicile et l'institution, comme l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire, qui se développent à la fin des années 2000 sous l'impulsion du Plan Alzheimer 2008-2012. Les EHPAD, analysés plus en détail dans le chapitre 4, sont rapidement décrits.

À cette diversité d'acteurs s'ajoutent plusieurs échelles de décision et des financeurs distincts. Les missions de chacun sont détaillées, afin d'éclaircir le contexte institutionnel de l'accompagnement de la dépendance.

1. Aides à domicile et auxiliaires de vie sociale : l'accompagnement médico-social à domicile

Le maintien à domicile s'affiche comme une priorité des politiques publiques depuis le début des politiques « vieillesse » postérieures à la Seconde guerre mondiale : le rapport Laroque, en 1962, met l'accent sur la nécessité d'offrir une alternative à l'hébergement collectif, « *un consensus national se fait rapidement autour de cette idée. Les pouvoirs publics voyaient là le moyen de réaliser des économies en évitant des placements* » et en 1971, le Parlement adopte une série de mesures pour faciliter la vie de la personne âgée à domicile, dont le développement de l'aide-ménagère (Delbès, 1987).

Cette volonté est cependant moins récente qu'elle le semble : historiquement, « *le secours à domicile était le secours ordinaire ; l'asile donné à l'hospice, l'exception* » (Société d'économie charitable et société internationale de charité, 1849). Après la Révolution, « *l'opinion dans son ensemble souhaite que l'on substitue l'assistance à domicile à l'assistance hospitalière […]. Face aux structures d'enfermement qui montrent vite leurs limites, les « bureaux des pauvres » ou « bureaux de charité » apparaissent comme la structure idéale qui permettra de promouvoir l'assistance à domicile, laquelle semble désormais être la solution.* » (Gueslin, 1998). Les responsables politiques avaient de plus tout intérêt à limiter le nombre de personnes admises en hospice, une prise en charge à domicile étant moins coûteuse. L'organisation actuelle de cette offre de services et son ancrage spatial sont analysés ci-après.

Les logements-foyers, établissements sociaux et médico-sociaux sont légalement considérés comme des domiciles autonomes : la loi 2000-1208 sur la solidarité et le renouvellement urbains les consacre comme résidences principales de ses occupants (JORF, 2000). Proposant environ 108 000 places en 2011, la majorité de leurs résidents ne sont effectivement pas dépendants : 63 % d'entre eux sont classés en groupe iso-ressources 6 (GIR, chapitre 1), et 14 % en GIR 5 (Volant, 2014a). Ceux-ci peuvent, en cas de besoin, faire appel à des aides à domicile, aux services d'un SSIAD ou d'une infirmière libérale. Ces structures sont, au long de cette thèse, assimilées au domicile et ne font pas l'objet de développements spécifiques. En tant qu'établissements d'hébergement pour personnes âgées, leur évolution historique est cependant rappelée dans le chapitre 4.

1.1. Trois modes de financement pour l'intervention d'aides à domicile

L'Allocation personnalisée d'autonomie à domicile (APA-D) finance l'intervention d'aides à domicile et d'auxiliaires de vie sociale dans le cadre de l'accompagnement de la dépendance des personnes âgées (chapitre 1). Il s'agit d'une aide en nature, visant principalement à couvrir les frais afférents à la rémunération de l'aide humaine apportée par des professionnels pour pallier à leurs incapacités : réaliser les courses, le ménage, ou encore aider la personne à se laver. En 2013, près de 3 milliards d'euros sont consacrés par les Conseils départementaux à cette allocation (Amar, 2015).

Trois modes de financement permettent de recourir aux professionnels dans le cadre de l'APA-D.

En mode prestataire, l'intervenant est salarié de la structure. Celle-ci recrute, encadre, forme les professionnels et prévoit les interventions. Ces structures prennent la forme juridique d'associations, de Centres communaux d'action sociale (CCAS) ou d'entreprises.

En mode mandataire, un organisme agréé propose le recrutement de travailleurs à un particulier, mais c'est la personne âgée qui est employeur. L'organisme est chargé des démarches administratives. Des associations, CCAS ou entreprises peuvent légalement intervenir en tant que mandataires.

Enfin, en mode gré-à-gré, l'intervenant est employé directement par la personne âgée. Celle-ci s'acquitte alors seule, ou avec l'aide de sa famille, de l'ensemble des obligations d'un employeur, comme le versement et la déclaration du salaire, la réalisation des bulletins de paye, le paiement des cotisations employeur à l'Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF).

Les structures qui ont une activité de soutien à domicile de personnes âgées en mode prestataire ou mandataire doivent obtenir une validation par les autorités publiques. Celle-ci peut prendre deux formes.

- L'autorisation relève du CASF. Elle est délivrée par le Président du Conseil départemental d'implantation du siège social de la structure. Depuis 2010, cette autorisation est soumise à la procédure d'appel à projets en application du décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010.

- L'agrément préfectoral relève du Code du travail (article L129-1). C'est la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DIRECCTE) qui réalise l'instruction du dossier de demande d'agrément.

Les professionnels directement salariés par les personnes âgées via le gré-à-gré ne font pas l'objet d'une autorisation ou d'un agrément.

L'enquête Remontées individuelles APA (RI), réalisée par la Drees en 2011, regroupe les fichiers de gestion administratifs de l'allocation d'une soixantaine de Conseils départementaux. L'exploitation des données de 45 d'entre eux montre que trois quarts des bénéficiaires de l'APA-D recourant à de l'aide humaine font appel à un service prestataire. Dans les quatre départements de l'étude, le prestataire est également le principal mode utilisé, viennent ensuite le gré-à-gré et pour finir le mode mandataire (Tableau 12).

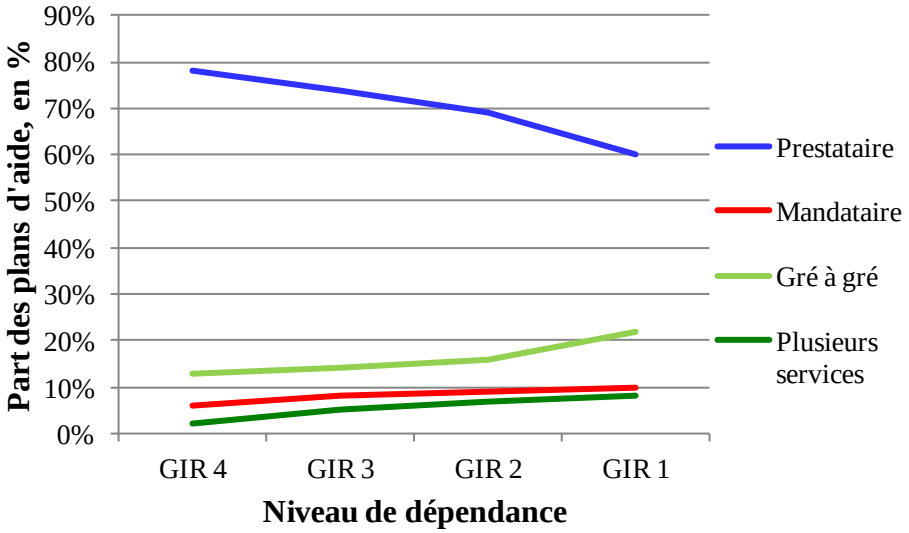
Tableau 12 - Part des bénéficiaires de l'APA-D en fonction du mode de financement de l'aide à domicile

	Ariège	Loire-Atlantique	Nord	Val-de-Marne	45 départements
Prestataire	69,4 %	81,9	73,7	84,3	75,1
Mandataire		5,0	14,6	6,4	6,7
Gré-à-gré	30,6 %	17,1	17,3	25,0	14,0

Lecture : En Loire-Atlantique, 81,9 % des bénéficiaires de l'APA-D recourent à un prestataire. En Ariège, il n'est pas possible de distinguer les quelques heures des services mandataires de celles réalisées par des prestataires. **Champ** : bénéficiaires au 31 décembre 2011, en Loire-Atlantique, dans le Nord et dans le Val-de-Marne puis dans 45 départements de l'enquête Remontées individuelles, bénéficiaires au 31 décembre 2013 en Ariège **Sources** : Conseils départementaux de l'Ariège, de la Loire-Atlantique, du Nord et du Val-de-Marne (bénéficiaires de l'APA à domicile), Drees (Remontées individuelles, 2011).

La répartition des modes de financement varie entre départements. Ainsi, 5 % des bénéficiaires de Loire-Atlantique recourent à des services mandataires, c'est le cas de 15 % des personnes dans le Nord. Cette répartition est également différente en fonction du groupe iso-ressources (GIR) et donc du niveau de dépendance de la personne (Graphique 14). Ainsi, plus le degré de dépendance est important, moins les personnes ont recours uniquement à un service prestataire. Inversement, les bénéficiaires de l'APA sont de plus en plus nombreux à recourir à du gré-à-gré ou à plusieurs intervenants, à mesure que la dépendance croît.

Graphique 14 - Part des bénéficiaires de l'APA-D par GIR, en fonction du mode de financement de l'aide à domicile



Lecture : Près de 80 % des personnes évaluées en GIR 4 recourent à un service prestataire. **Champ** : 45 départements de France métropolitaine, hors Corse. **Sources** : Drees (RI, 2011).

Les Conseils départementaux fixent, pour chaque mode voire pour chaque structure, des tarifs de référence (Tableau 13). Pour les services, « la pratique générale consiste à arrêter un tarif horaire de financement qui correspond à un coût de revient théorique calculé à partir des budgets prévisionnels déposés par les services d'aide, « redressés » par des normes locales portant sur le processus de production » (Gramain et Xing, 2012). Les prestataires sont ainsi, dans tous les départements de l'enquête RI, solvabilisés à un tarif plus élevés que les mandataires et a fortiori que le gré-à-gré.

Tableau 13 - Tarifs horaires moyens reconnus par le Conseil départemental

	Tarifs, en euros
Prestataire	18,57
Mandataire	13,30
Gré-à-gré	11,56

Lecture : Le tarif horaire moyen reconnu par les Conseils départementaux en mode prestataire est de 18,57 €. **Champ** : 45 départements de France métropolitaine, hors Corse, en 2011. **Sources** : Conseils départementaux de l'Ariège, de la Loire-Atlantique, du Nord et du Val-de-Marne (bénéficiaires de l'APA à domicile), Drees (Remontées individuelles, 2011).

Le coût qu'ils représentent chacun pour le département est donc hétérogène.

> *A* : « *Le département privilégie, en tous cas ne privilégie pas le gré-à-gré, donc on peut deviner en creux qu'il privilégie le reste : les services d'aide à domicile. Même si ça doit lui coûter le double. Parce que financièrement, c'est du simple au double le coût pour le département. Quitte à perdre des heures, et à attribuer moins d'heures. Mais c'est un choix politique, là* ».
>
> **Entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014**

Les tarifs changent selon le mode de tarification et entre les départements. Les tarifs départementaux varient ainsi pour la plupart entre 16 et 21 euros pour un service prestataire, et entre 9 et 13 euros pour un professionnel en gré-à-gré. Au-delà, les services prestataires autorisés par le département sont remboursés à un tarif plus élevé que les services prestataires agréés (Gramain et Weber (dir), 2012).

> Les associations autorisées bénéficient d'une double tarification. Il s'agit d'un « *jeu d'engagement* » avec le Conseil départemental : l'association « *forme du personnel auxiliaire de vie à la toilette* », et est davantage rémunérée par le Conseil départemental : « *le geste au corps est à 22 euros, et l'aide-ménagère classique est à 19-20 euros* », contre 17,50 pour les prestataires agréés. Les associations agréées « *ne s'engagent pas vis-à-vis du département, de la même façon, vis-à-vis de la qualification du*

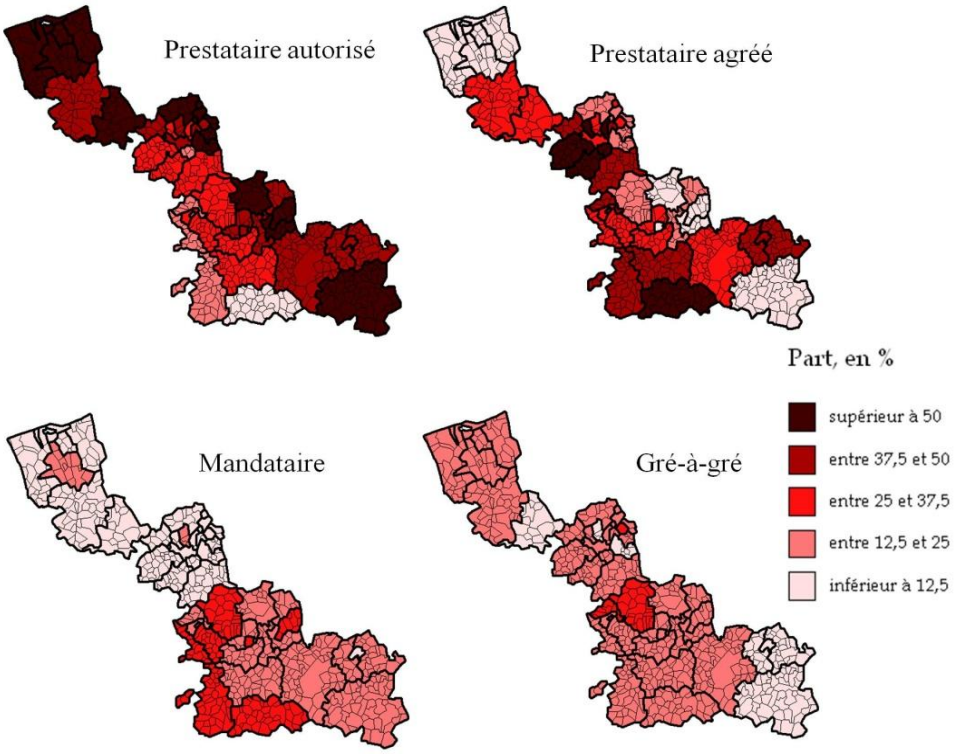
personnel : il n'y a pas d'engagement, il n'y a pas de cahier des charges vis-à-vis de la qualité d'intervention »

Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Nord, mars 2014

Ainsi, prestataire, mandataire et gré-à-gré se distinguent par leur fonctionnement. En découlent des différences dans le niveau de solvabilisation par les pouvoirs publics.

En conséquence, les ancrages spatiaux sont divers, comme en témoigne la localisation des différents modes, en fonction de la part des bénéficiaires y recourant, dans le Nord (Carte 22). Les parts de marché comptabilisent le nombre d'interventions auprès de bénéficiaires différents : un bénéficiaire recourant à plusieurs structures est comptabilisé plusieurs fois, chaque intervention est comptabilisée de manière identique quel que soit le nombre d'heures qu'elle représente. Les interventions en gré-à-gré sont regroupées, comme s'il s'agissait d'une unique entité.

Carte 22 - part des bénéficiaires recourant à chacun des modes d'intervention à domicile, dans le Nord, en 2011



Lecture : Près de Dunkerque, les prestataires autorisés interviennent auprès de 50 % des bénéficiaires de l'APA au moins. La carte est réalisée à l'échelle des unités territoriales de prévention et d'action sociale (UTPAS). **Discrétisation** : Identique sur les quatre cartes. **Champ** : Bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2011, dans le Nord. **Sources** : Conseil départemental du Nord (bénéficiaires de l'APA-D).

Les services prestataires autorisés interviennent fréquemment auprès de la moitié au moins des bénéficiaires de l'APA-D. Au Sud-ouest du département où ils interviennent moins, les services prestataires agréés ont une importante part de marché.

Les structures mandataires, implantées dans la moitié Sud du département, réalisent rarement plus d'un tiers des interventions. Le gré-à-gré, hors Sud-est du département, est quant à lui présent de manière relativement homogène sur les territoires. Il représente le plus souvent moins d'un quart des parts de marché.

Afin de mieux comprendre dans quels territoires chacun des intervenants s'ancre préférentiellement, les enjeux des acteurs sont décrits.

1.2. Prestataires et mandataires : les enjeux des services d'aide à domicile

1.2.1. Localisation et principaux acteurs

Le secteur des aides à la vie quotidienne est investi par les structures privées à but non lucratif, qui représentent 70 % des services de maintien à domicile (Ernst and Young, 2008). Historiquement, ceux-ci sont les héritiers des bureaux de bienfaisance et des dames de charité, religieuses qui dès le XVIe siècle consacrent leur vie à aider les personnes âgées, handicapées ou pauvres. Dès l'époque moderne, les bureaux de bienfaisance sont créés dans toutes les villes de France, pour ceux qui « *ont besoin d'un secours modique mais quotidien* » (Romans de Coppier *et al.*, 1780). Les Centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS) en sont les successeurs : ils ont remplacé en 1986 les bureaux d'aide sociale, fusion « *des anciens bureaux d'assistance et des anciens bureaux de bienfaisance, les premiers étant chargés de gérer les prestations légales, les seconds de distribuer les aides facultatives en nature ou en espèces* » (Dalloz, 2015, commentaire de l'article L123-4). La plupart des CCAS représentés lors de l'étude qualitative portent ainsi un service d'aide à domicile.

Bien qu'ils soient inscrits comme des établissements et services médico-sociaux dans le CASF, les services d'aide à domicile n'ont pas été enquêtés exhaustivement par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Leur activité est certes recensée. Les tableaux de suivi annuel renseignés obligatoirement par les structures permettent de construire la base de données « nOva ». Celle-ci est exploitée en particulier par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) du Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social.

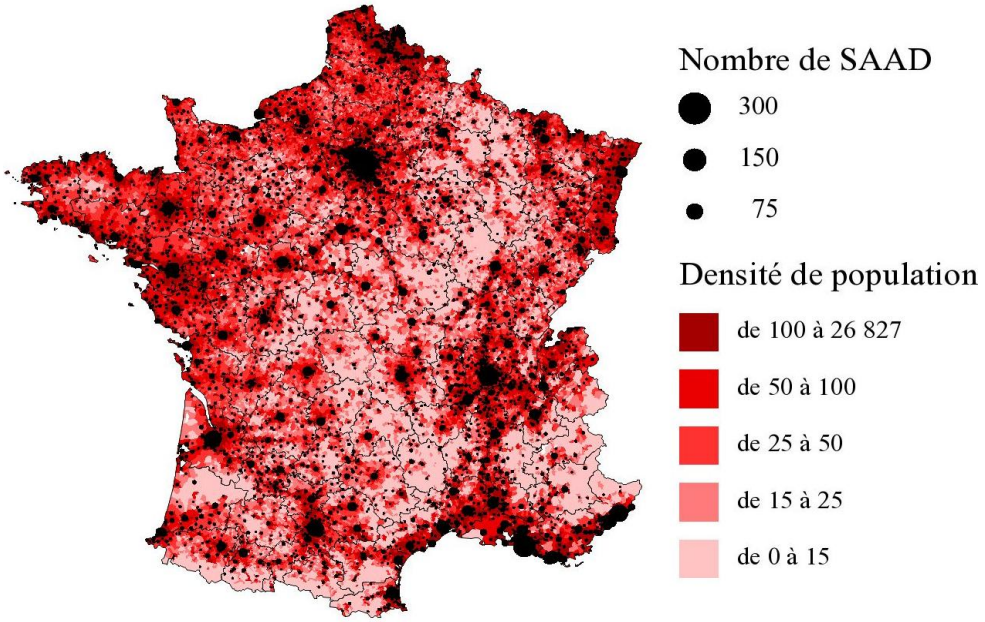
Les données fournies par cette direction, relatives à l'année 2007, sont cependant peu précises : il est complexe d'y distinguer les services aux personnes âgées des autres services. Aussi, un recensement est effectué par nos soins à partir des données des pages jaunes, permettant d'une part de localiser les services d'aide à domicile pour les personnes âgées, et d'autre part d'actualiser les informations à la fin 2011 : 10 350 services sont ainsi localisés et reflètent le peuplement du territoire (Carte 23).

L'autorisation ou l'agrément sont accordés aux services d'aide à domicile sur un périmètre géographique. L'intervention de ceux-ci est légalement restreinte à cette zone. Parfois, la personne âgée demande un service qui ne devrait pas intervenir dans sa commune. Dans d'autres cas, les services du territoire ne peuvent réaliser l'intervention. Alors les évaluateurs médico-sociaux inscrivent sur des plans d'aide des services qui ne devraient théoriquement pas être sollicités étant donnée la commune de résidence de la personne.

Les personnels administratifs des Conseils départementaux de l'étude, connaissant précisément les zonages légaux des services, se sont montrés très intéressés par la cartographie des périmètres effectifs d'intervention. En Ariège, l'étude est débutée courant 2013 et présentée ci-après. Une étude similaire est réalisée en Val-de-Marne, elle n'est pas détaillée à la demande des services du Conseil départemental : dans un département où les services sont nombreux, il s'agit d'une donnée sensible dans un contexte national de difficultés financières croissantes des services depuis plusieurs années

(Vanlerenberghe et Watrin, 2014). Enfin, la même démarche est en cours de réalisation pour le Nord, suite à une demande de la direction des solidarités en juin 2015.

Carte 23 - Localisation des services d'aide à domicile pour personnes âgées et densité communale de population, en 2011, à la commune



Lecture : Plus le diamètre des cercles est important, plus le nombre de services dans la commune est élevé. Le maximum communal, après Paris, est enregistré à Marseille, avec 137 services. Les communes colorées dans la nuance de rouge la plus claire comptent au plus 15 habitants par kilomètre carré. **Champ** : Ensemble des services référencés dans les pages jaunes, en France métropolitaine hors Corse, en décembre 2011. **Sources** : Pages jaunes (Services à domicile pour personnes âgées, dépendantes, handicapées), Insee (Recensement de la population, 2010). **Source cartographique** : Arctique.

Dans toutes les communes d'Ariège, plusieurs intervenants ont légalement la possibilité d'intervenir, permettant d'avoir le choix entre prestataire, mandataire et gré-à-gré. Les équipes médico-sociales, en Ariège et dans les autres départements de l'étude, peuvent informer sur l'offre présente ou encore réaliser des devis mais c'est à la personne âgée elle-même d'opter pour le mode et l'intervenant qu'elle souhaite.

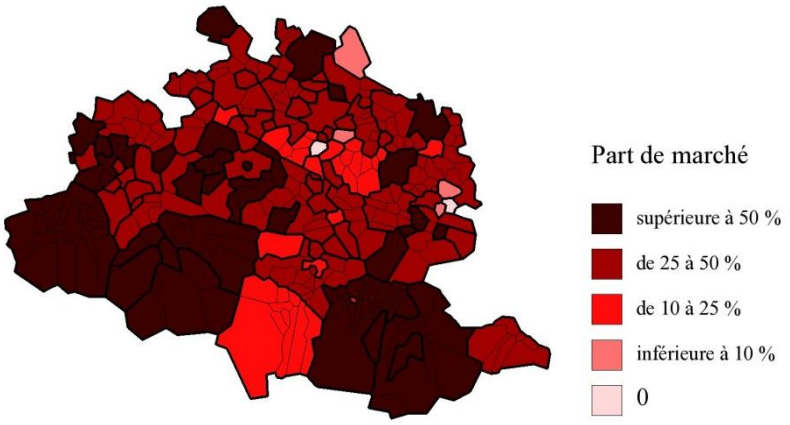
Certains services disposent d'une autorisation couvrant l'ensemble des communes, quand d'autres structures sont autorisées sur une partie du territoire.

L'association Ariège Assistance est le principal prestataire. Cette association fondée dans les années 1960 détient en 2013 près de 40 % des parts de marché de l'aide à domicile dans le département. Seule association financée directement par le Conseil départemental, sa part de marché est supérieure à 25 % dans la plupart des unités territoriales, elle dépasse les 50 % dans un tiers des territoires (Carte 24). L'association détient près de 60 % des parts de marché, sur les interventions effectuées par les services.

La quinzaine d'autres associations qui interviennent sont pour la plupart autorisées sur une zone plus restreinte du département. Dans ces communes, elles disposent cependant de parts de marché relativement élevées : elles sont localement bien implantées. Les cartographies de l'intervention de l'Association Couserannaise de maintien à domicile (ACMAD) et de l'association Goyeneche figurent pour exemple (Carte 25). Ces structures représentent respectivement 4,5 % et 1,2 % des parts de marché fin 2013.

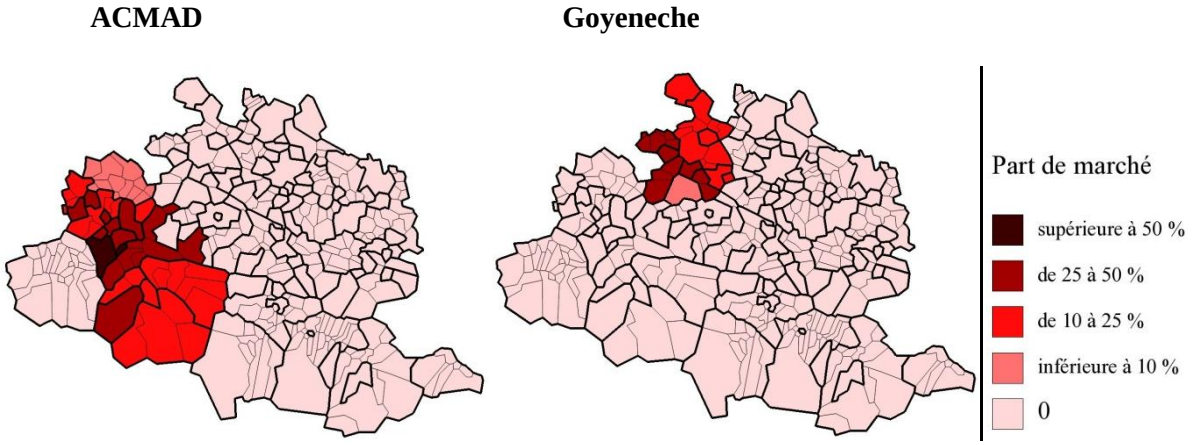
Ainsi, sur chaque territoire, outre la principale association Ariège Assistance, interviennent souvent un ou deux autres services. Une telle concentration des interventions entre acteurs n'est observée ni dans le Nord, ni dans le Val-de-Marne : les parts de marché des services dépassent rarement les 25 % dans ces deux départements.

Carte 24 - Part des personnes faisant appel aux services d'Ariège Assistance, fin 2013



Lecture : Plus le territoire apparaît en foncé, plus la part de marché de l'association Ariège Assistance est importante. **Champ** : Ariège. **Sources** : Conseil départemental de l'Ariège (bénéficiaires de l'APA à domicile en 2013). **Source cartographique** : Arctique.

Carte 25 - Part des personnes faisant appel aux services, fin 2013



Lecture : Plus le territoire apparaît en foncé, plus la part de marché de l'ACMAD ou du service Goyeneche est importante. **Champ** : Ariège. **Sources** : Conseil départemental de l'Ariège (bénéficiaires de l'APA à domicile en 2013). **Source cartographique** : Arctique.

1.2.2. La concurrence entre services ?

La concurrence entre les intervenants par unité géographique est approchée par l'indice de Herfindahl-Hirschmann qui somme, dans chaque unité territoriale, les parts de marché au carré. L'indice est égal à 1 lorsqu'un seul intervenant détient l'ensemble des parts de marché. Plus le marché est diversifié, plus l'indice est faible.

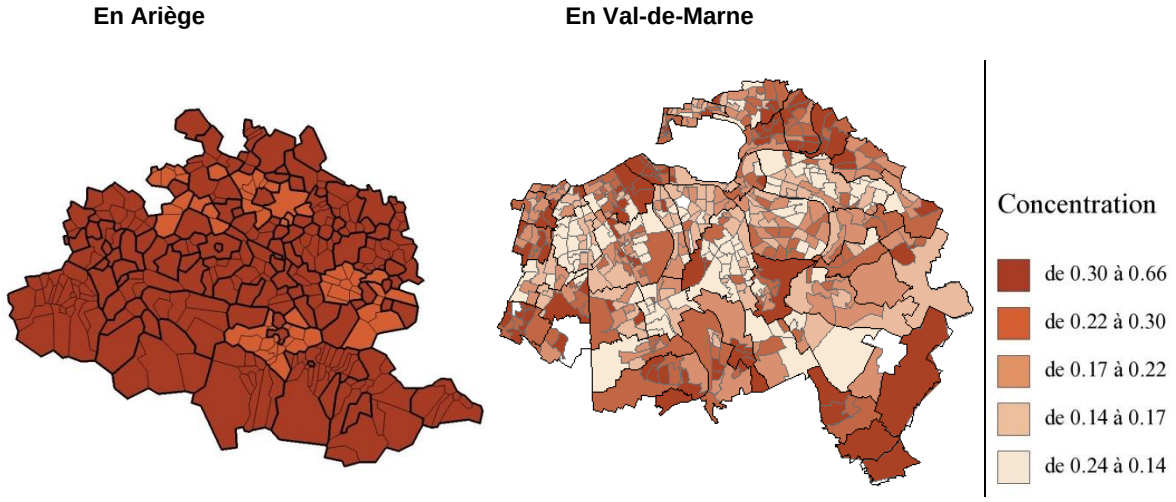
Outre la concurrence entre services, l'indice renseigne en filigrane l'ampleur du choix pour les personnes âgées. Plus cet indice est fort, comme c'est le cas dans les cantons d'Ax-les-Thermes ou de Castillon-en-Couserans, plus le nombre d'intervenants différents notifiés dans les plans d'aide fin

2013 est faible. Potentiellement, une personne souhaitant recourir à un service aurait le choix entre une ou deux associations. Inversement, à Créteil en Val-de-Marne, l'indice est faible, le nombre d'intervenants est important (Carte 26).

L'indice n'est jamais égal à 1, ce qui signifie que quel que soit le territoire, deux types d'acteurs différents au moins interviennent, parfois un service et des intervenants en gré-à-gré. Les équipes médico-sociales témoignent de « pléthore » de services dans le Nord du département. Pourtant, même dans ce territoire, la concentration est supérieure à ce que l'on observe dans les autres départements. Par exemple, sur le territoire du Plateau Briard au Sud-est du département du Val-de-Marne, les équipes notent le faible nombre de services, alors que davantage interviennent qu'en Basse-Ariège. La perception des territoires par les évaluateurs dépend donc du contexte départemental.

> En fonction des territoires, le choix est plus ou moins important. Sur le territoire de la Basse-Ariège, et notamment près de Pamiers, « *il y a pléthore. On a cinq ou six prestataires, des mandataires* ». Sur le territoire de la Haute-Ariège également « *il y a une offre de services assez importante, puisque les gens ont le choix au moins de deux voire trois, quatre services. Il y a une diversité quant à la présence des services qui sont offerts, il n'y a pas uniquement du prestataire mais aussi du mandataire* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014**

Carte 26 - Concentration du marché de l'aide à domicile en Ariège et en Val-de-Marne



Lecture : Plus le territoire apparaît en foncé, les services intervenant sont variés. **Champ** : Bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2013 en Ariège et au 31 décembre 2011 en Val-de-Marne. **Sources** : Conseil départemental de l'Ariège et du Val-de-Marne (bénéficiaires de l'APA à domicile). **Source cartographique** : Arctique.

La concentration de services influe sur les relations entre les services et leurs bénéficiaires.

> Un directeur de SAAD note que, dans le Couserans [territoire de montagne au Sud-ouest du département], « *les relations sont plus simples entre les salariés et les bénéficiaires, on est vraiment dans une logique de soutien, d'accompagnement, de préservation de l'autonomie. Sur Pamiers, on se retrouve dans une logique de marchandisation de notre prestation, avec des personnes qui se mettent à avoir des exigences qui dépassent complètement le cadre du financement de notre prestation, et qui ont tendance à profiter de la multiplicité des acteurs* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pamiers, Ariège, avril 2014**

L'ampleur de la concurrence, et notamment de l'arrivée sur le marché d'associations ou d'entreprises, disposant d'un agrément de la DIRECCTE est soulignée. D'autant qu'il est parfois difficile selon les professionnels rencontrés – essentiellement responsables de services autorisés – de vérifier la qualité des interventions.

Des représentants de SAAD pointent « *l'apparition de structures associatives ou lucratives avec comme premier critère d'être sur des concurrences de tarif et non pas sur une exigence de services* ». Un directeur affirme : « *je ne suis pas sûr que ce soit la précarisation ou la mise en concurrence à l'extrême qui favorise la professionnalisation, qui favorise les bons relais d'information dans une vision de la prise en charge de la perte d'autonomie plus globale* ».

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pamiers, Ariège, avril 2014

Deux institutions financent principalement de l'aide à domicile auprès des personnes âgées : les Conseils départementaux et les Caisses de retraite. Or, ils diminuent tous deux les heures attribuées aux personnes. La concurrence entre les services est d'autant plus importante que l'activité augmente peu, voire diminue.

« *Des acteurs vivent de cette activité économique et puisque c'est subventionné, sont tributaires des attributions qui sont faites. Leur activité va être en lien avec les moyens que la collectivité va mettre auprès des personnes* ».

Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014

« *La quasi-totalité des caisses de retraite se positionne sur le grand âge* », « *parce qu'il y a de moins en moins de moyens* ». Les acteurs voient « *du fait du désengagement des caisses de retraite, bon nombre de personnes qui se sont tournées vers l'APA, ou qui se sont retrouvées sans prise en charge, qui du coup ont été précarisées* ». Les participants rappellent les arguments donnés par la CARSAT : « *c'est une aide extralégale, seulement 2 % des ressortissants ont une aide* ».

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pornic, Loire-Atlantique, mai 2014

Le fait que des personnes, qui pourraient être évaluées en GIR 5, mais sont dans des situations de grande difficulté, soient incluses dans l'APA en lien avec la baisse des aides extralégales des caisses de retraite est confirmé par des évaluateurs médico-sociaux. Mais les budgets alloués à l'APA stagnent, et les subventions versées par la CNSA représentent une part des dépenses d'APA de plus en plus faible. Cela conduit à une diminution du nombre d'heures attribué à chaque bénéficiaire de l'APA-D, sensible en 2013 au niveau national (Drees, enquête relative aux bénéficiaires de l'aide sociale départementale, 2013). Les services d'aide à domicile rencontrés soulignent donc une diminution des heures, tous financeurs confondus, qui conduit à la fragmentation des interventions, et rend difficile les maintiens à domicile.

« *La baisse des heures crée un gros problème. On est confronté à pousser des gens à accepter des heures, alors qu'ils sont en difficultés [pour] les payer* ». « *La CNAV est dans un processus de suppression à termes de l'aide, en tous cas de réduction drastique* ». Les interventions morcelées de 15 ou 30 minutes se développent, faisant disparaître la prévention. Or, « *si l'on abandonne totalement [cet] aspect, on risque de ne traiter plus que les problèmes au dernier moment* ». Finalement, « *on veut à la fois maintenir les gens à domicile, et on leur crée des situations où ils ne peuvent pas prendre en charge* » l'aide nécessaire, « *on ne met pas les moyens* ».

Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014

La réduction du nombre d'heures influe en « *termes d'organisation du travail, de coûts cachés, puisque les demi-heures démultiplient les temps de trajet, les indemnités de kilométrage, et en termes d'usure professionnelle. Parce que [les intervenants] ont le sentiment de ne pas faire leur travail correctement* ». Des SAAD avaient augmenté leurs tarifs, faisant un « *choix de professionnalisation fort* », « *d'une implantation territoriale locale* » et de mise à disposition des familles de psychologues. Deux directeurs de SAAD soulignent : « *il faut être prudent à ne pas trop dégrader les outils que sont les structures d'aide à domicile avec des choix budgétaires ou financiers* ».

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pamiers, Ariège, avril 2014

Les difficultés financières auxquelles font face des services à domicile, au-delà d'explications conjoncturelles, liées notamment à la contraction des financements publics, ont aussi des causes structurelles, comme un coût de revient qui n'est pas couvert par la tarification (Poletti, 2012).

1.2.3. La difficulté de la professionnalisation

Un second enjeu du secteur est la professionnalisation. En effet, « *le secteur de l'aide à domicile […] est fragile, précaire, peu valorisé et son personnel insuffisamment formé* » (Commissariat général du plan, 2005). Lors des entretiens, des responsables de services montrent qu'effectivement, c'est une profession peu reconnue (chapitre 1).

> « *On continue à penser que n'importe qui peut faire ce travail. [Que] c'est simplement une prolongation de l'activité domestique. Parce que c'est parti de ça, historiquement : c'était la voisine, la dame qui n'avait pas de travail qui venait aider* ». Cela continue actuellement, avec l'idée que « *l'on peut intégrer [des] gens sans emploi, qui n'ont pas de formation, et à côté de ça, on développe un discours justifié, sur la professionnalisation* ». « *Il y a une contradiction permanente qui devient de plus en plus difficile entre ces deux objectifs* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014**

La Drees a mené en 2008 une enquête auprès des intervenants au domicile des personnes fragiles. 515 000 personnes, pour 98 % des femmes, avaient été recensées, 2 600 intervenants ont été interrogés.

Tableau 14 - Formation des professionnels au domicile des personnes fragilisées en 2008, selon le mode d'intervention

	Prestataire	Emploi direct	Mandataire / mixte	Ensemble
Aucun diplôme du secteur sanitaire ou social	48,3	85,1	61,3	62,1
Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) ou certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile[15]	35,4	2,8	18,9	21,2
BEP Carrière Sanitaire et sociale	11,2	4,7	6,5	7,8
Autre diplôme du domaine sanitaire et social	6,7	6,6	11,6	8,7
Titre professionnel d'assistante de vie	2,5	1,8	4,6	3,2
BEP Agricole services à la personne	1,8	0,8	1,3	1,4
Diplôme d'État de TISF ou travailleur familiale	1,5	0,5	0,4	0,8
Mention complémentaire aide à domicile	0,3	0,0	1,0	0,5

Lecture : 48,3 % des salariés d'organismes prestataires sont des femmes. **Champ** : France entière. **Sources** : Marquier, 2010, *Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008*, Études et Résultats n°728, Drees, juin, à partir de Drees (intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008)

En fonction des modes d'intervention, les niveaux de formation sont différents, mais globalement, près de deux-tiers des intervenants n'ont aucun diplôme du secteur sanitaire ou social (Tableau 14). Les deux diplômes les plus fréquents sont celui d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) et le BEP Carrière sanitaire et sociale.

Le Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD) est remplacé depuis une dizaine d'années par le Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS). Selon l'arrêté du 4 juin 2007 relatif au DEAVS, les titulaires du diplôme accompagnent et aident les personnes dans les actes essentiels et dans les activités ordinaires de la vie quotidienne. Ils participent à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation du projet individualisé, et accompagnent et aident les personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelle. Un salarié auprès de personnes fragilisées sur cinq détient cette formation en 2008 (JORF, 2007a).

Selon leur référentiel professionnel, défini dans l'annexe de l'arrêté du 19 août 1993 portant création du diplôme, les titulaires du Brevet d'études professionnelles (BEP) carrière sanitaire et sociale doivent être capables, dans diverses structures, « *d'assurer l'accueil, les soins d'hygiène corporelle, l'alimentation, le confort et la sécurité des usagers ; d'animer des activités de loisirs ; de contribuer*

[15] Le CAFAD n'existe plus, il a été abrogé avec la mise en place du DEAVS.

au développement et à l'éducation de l'enfant, au maintien et à la restauration de l'autonomie des personnes ; d'assurer l'entretien et l'hygiène de l'espace de vie de l'usager », dans le cadre d'un travail d'équipe (JORF, 1993b).

La professionnalisation est un enjeu : la branche de l'aide à domicile, pour développer la qualification de ses salariés, développe depuis plusieurs années « *une politique volontariste de professionnalisation, notamment de validation des acquis de l'expérience* » (Cour des comptes, 2014). Les organisations publiques recherchent également cette professionnalisation : dans le Val-de-Marne, un des premiers objectifs du programme d'actions du schéma gérontologique est la promotion de la formation des intervenants (Conseil départemental du Val-de-Marne, 2013). Mais mieux rémunérer les professionnels, c'est augmenter le volume des finances publiques qui y seront consacré (Weber *et al.*, 2013).

Tous les Conseils départementaux appliquent un tarif de référence différent en fonction du mode d'accompagnement : gré-à-gré, mandataire, prestataire autorisé ou agréé, montrant l'attention à s'ancrer dans les coûts réels des prestations, mais aussi à mesurer la qualité de l'intervention, et notamment le niveau de professionnalisation moyen des intervenants et intervenantes. Au-delà de ces différences par mode, certains Conseils départementaux élaborent des différences par qualification du professionnel intervenant : dans le Nord, les « gestes au corps » sont distingués de l'entretien du domicile, le Conseil départemental de l'Ariège distingue la rémunération des auxiliaires de vie sociale et des aides à domicile, mettant en avant l'importance de la professionnalisation des intervenants. Des départements font d'autres choix de rémunération, permettant de lire les priorités du Conseil départemental. Par exemple, la Loire-Atlantique adopte un tarif de référence supérieur, quel que soit le mode, pour les interventions des samedis et dimanches par rapport au reste de la semaine, attaché à la continuité de l'accompagnement proposé.

Au-delà du nombre important de professionnels sans diplôme, le secteur est marqué par une précarité des emplois : moins d'un tiers des intervenants ont déclaré travailler à temps complet (Marquier, 2010), et « *au niveau globalement faible des rémunérations s'ajoutent des facteurs de pénibilité physique et psychologique* » (Vanlerenberghe et Watrin, 2014).

1.3. Salarier une connaissance et salarier la famille

Le développement du gré-à-gré est relativement récent, et a été nettement facilité avec la mise en place du Chèque emploi service universel (CESU), qui simplifie les démarches à réaliser pour les employeurs. Créé dans le cadre de la politique conduite pour développer les services à la personne (JORF, 2005), le CESU est en vigueur depuis le 1er janvier 2006.

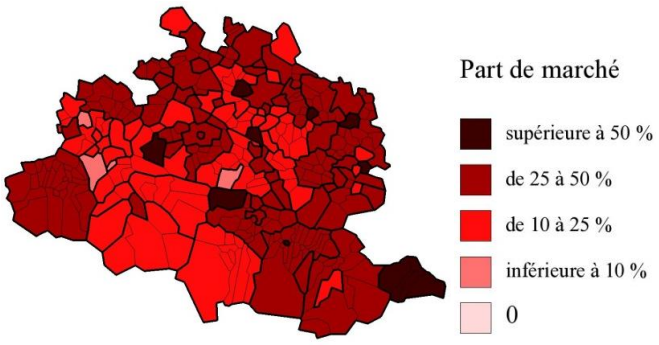
En Ariège, un tiers des bénéficiaires de l'APA à domicile à la fin 2013 employaient, grâce au dispositif du gré-à-gré, un salarié à leur domicile. Cette part est supérieure à ce qui était constaté au début du chapitre dans les autres départements de l'étude ou dans l'enquête Remontées individuelles, de la Drees. Dans la majorité des unités territoriales en Ariège, le gré-à-gré représente entre 25 et 50 % des interventions : selon des professionnels rencontrés, ce mode de financement est une réponse incontournable dans les villages les plus reculés, où les services ont davantage de difficultés à intervenir, en lien avec les temps de transport. Cette part est ainsi supérieure à 50 % dans le Quérigut (Carte 11, Prologue méthodologique, page 61-62), en raison à la fois de la difficulté des services pour s'y rendre, et de l'importance de l'interconnaissance sur le territoire.

Sur le plan individuel, les personnes âgées « *vont préférer un intervenant [de leur territoire], même si c'est très difficile à trouver* ». « *Parce qu'ils veulent connaître, ils veulent que ce soit quelqu'un de là, même si c'est quelqu'un qui ne sait pas passer le balai… c'est le souci secondaire* ». « *C'est une force sur laquelle on peut s'appuyer parce qu'effectivement, les gens ont confiance* ». C'est parfois un piège parce qu'il est difficile de se séparer d'un intervenant qui ne répondrait plus aux besoins.

Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014

Cette part importante du gré-à-gré n'est pas transposable à toutes les zones de montagne, dans l'Est du Couserans, la part de marché est inférieure à 25 % (Carte 27).

Carte 27 - Part des personnes bénéficiant de gré-à-gré, fin 2013



Lecture : Plus le territoire apparaît en foncé, plus la part de marché du gré-à-gré. **Champ** ; Ariège. **Sources** : bénéficiaires de l'APA à domicile en 2013, Conseil Général de l'Ariège, Cartographie Arctique. © Mélina RAMOS-GORAND, 2014

La loi a rendu possible l'emploi de l'entourage familial, à l'exclusion du conjoint. Cette aide familiale peut ainsi devenir professionnelle, au sens où elle devient objet de rémunération. Ce mode est parfois critiqué par les professionnels, parce qu'il peut être utilisé pour financer les aidants en situation de précarité économique ce qui n'est pas l'objectif de l'APA.

Le gré-à-gré familial offre en effet une possibilité de solvabilisation de petits-enfants faisant face à des difficultés financières et au chômage.

Le Val-de-Marne est le seul département de l'étude à distinguer le gré-à-gré familial du gré-à-gré extérieur dans ses fichiers de gestion. Le calcul des taux de participation moyen et médian montre que le gré-à-gré familial est sollicité par des personnes aux ressources nettement plus faibles que celles recourant aux autres prestations. Plus de la moitié des personnes en bénéficiant ont un taux de participation nul, et le taux de participation moyen est quatre fois inférieur à celui relevé chez les bénéficiaires de gré-à-gré extérieur (Tableau 15). Les profils des bénéficiaires recourant au gré-à-gré sont donc très différents, selon que l'APA-D finance un membre de la famille ou quelqu'un d'extérieur.

Tableau 15 - Taux de participation moyen et médian des bénéficiaires de l'APA-D en Val-de-Marne, en fonction des prestations notifiées

	Taux de participation, en %	
Prestation	**Moyen**	**Médian**
Service prestataire	28,4	23,7
Service mandataire	38,0	31,3
Gré à gré familial	9,9	0,0
Gré à gré extérieur	39,7	35,6
Accueil de jour tarifé	40,6	35,8
Fourniture pour hygiène forfaitaire	24,2	20,3

Lecture : En moyenne, les bénéficiaires de gré-à-gré familial ont un taux de participation de 9,9 %. La moitié d'entre eux ont un taux de participation nul. **Champ** : Bénéficiaires de l'APA-D en Val-de-Marne au 31 décembre 2011. **Sources** : Conseil départemental du Val-de-Marne (bénéficiaires de l'APA).

L'APA, par le gré-à-gré familial, peut devenir une source de revenus pour des aidants. Le recours à ce mode de financement peut même être proposé par Pôle Emploi, en attestent des évaluateurs du Nord.

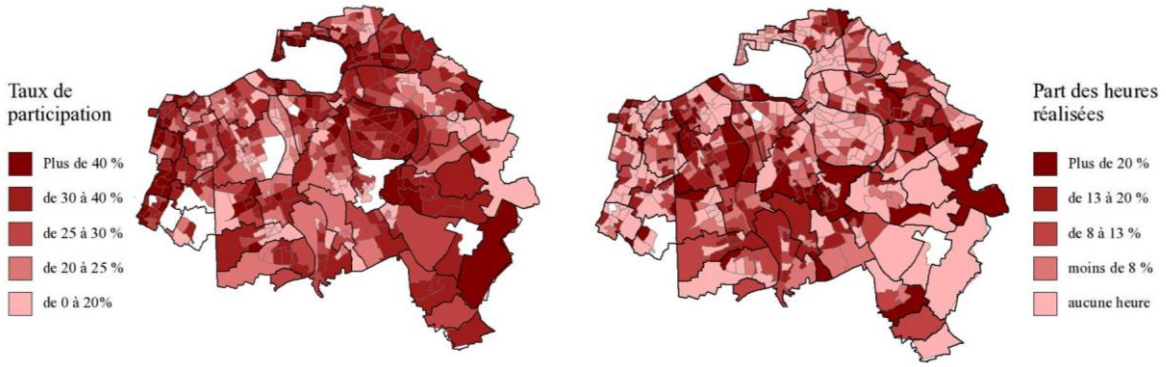
A : « *Vous avez beaucoup de CESU ?*
B : *Beaucoup. Beaucoup, oui. Nous, forcément, [c'est] le maître-mot.*
C : *[rires] C'est pour régler le problème des petits enfants, des enfants, il y a la famille autour.*
B : *La famille [est] conseillée par Pôle Emploi, qui dit de faire une demande d'APA pour être payé pour aider les parents.*
D : *'Vous vous occupez de votre maman, demandez l'APA'. Pôle Emploi nous les envoie, mais l'APA, c'est pas l'ANPE.*
A : *Ils les forcent pratiquement à demander : 'vous n'êtes pas en recherche de poste, vous vous occupez de vos parents, faites un dossier d'APA, vous aurez l'équivalent d'un salaire', ce qui n'est pas vrai.*
E : *Il y a aussi le fait que s'ils ont un certain nombre d'heures, Pôle Emploi ne s'intéresse plus à eux. Je crois qu'il faut trente heures, parce que quand on en met moins, ils demandent 'vous pouvez pas m'en mettre plus, sinon Pôle Emploi ne va pas me laisser tranquille'* ».

Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Nord, mars 2014

Le recours au gré-à-gré familial est socio-économiquement différencié, par exemple en Val-de-Marne. Les territoires sur lesquels le taux de participation médian des bénéficiaires est élevé, sont ceux où le gré-à-gré familial est le moins présent (Carte 28).

Carte 28 - Taux de participation et recours au gré-à-gré des bénéficiaires de l'APA-D en Val-de-Marne, fin 2011

Taux de participation médian des bénéficiaires **Part des heures réalisées en gré-à-gré familial**



Lecture : Sur la carte de gauche, dans les quartiers qui apparaissent les plus foncés, la moitié des bénéficiaires a un taux de participation supérieur à 40 %. Les IRIS en blanc sont ceux non-habités (zone de l'aéroport d'Orly…) ou pour lesquels l'information ne peut pas être communiquée. **Champ** : Bénéficiaires de l'APA-D fin 2011 en Val-de-Marne. **Sources** : Conseil départemental du Val-de-Marne, 2011. **Source** cartographique : Arcview.

Le choix d'une aide familiale rémunérée, alors même qu'elle n'a pas les aptitudes nécessaires, ne garantit pas la qualité de l'aide apportée : 85 % des salariés en gré-à-gré ne disposaient d'aucun

diplôme du sanitaire ou du social en 2008 (Tableau 14). Un rapport de l'IGAS citait l'exemple d'un petit fils au chômage et sans formation à ces tâches (Guillermo *et al*, 2010).

La solvabilisation d'un aidant familial en situation de précarité économique est évoquée dans tous les départements.

> À domicile, la précarité se traduit par une augmentation du gré-à-gré familial, « *avec dans certains cas, une réalisation des actes réelle, et puis dans d'autres, on finance la petite fille au chômage. Là, on est dans la maltraitance assez vite, mais qui est volontaire de la part de la personne qui est maltraitée* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pamiers, Ariège, avril 2014**

Ce discours, tenu par un directeur de SAAD, peut cependant être nuancé, bien que le contrôle de l'effectivité de l'aide reste une difficulté pour les acteurs publics.

> Il y a « *très peu de formation sur la bientraitance, dans le gré-à-gré* ». Mais il est possible qu'il « *y ait beaucoup plus de services rendus parce qu'il y a une implication des personnes qu'on ne trouve pas quand les gens sont salariés d'une entreprise d'aide à domicile* ». Pour le Conseil départemental, « *le problème, c'est qu'on n'a aucun regard sur ce qu'il se passe, alors que le service d'aide à domicile, il y a des rencontres régulières, il n'y a pas un intervenant mais plusieurs, on peut plus s'appuyer sur eux* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014**

D'autres facteurs explicatifs du recours au gré-à-gré ont été discutés au cours des entretiens.

C'est d'abord le turn-over des professionnels dans les services d'aide à domicile qui est incriminé : la personne âgée préfère avoir un nombre réduit d'intervenants, ce qui n'est pas toujours possible dans le fonctionnement des services. En Ariège comme dans les autres départements, les responsables de SAAD affirment limiter les intervenants mais les amplitudes horaires d'intervention et leur fréquence impliquent que plusieurs personnes interviennent, au mieux deux ou trois, afin de garantir à la fois le respect du Code du travail et la continuité du service.

C'est ensuite la confiance qui est avancée comme élément explicatif : les personnes âgées n'ont pas envie d'accueillir quelqu'un qui leur est étranger chez eux, et préfèrent faire appel à une connaissance. Selon l'équipe médico-sociale APA de l'Ariège, cet élément serait particulièrement important dans les villages de montagne, isolés.

Surtout,

> « *Les gens ne sont pas nécessairement dans une logique de relation de prestation de service. Or, les services fonctionnent dans cette logique : 'on vient vous faire du ménage, on vous lave les carreaux', point. Les personnes âgées cherchent à avoir une relation privilégiée avec la personne qui vient* ». Le gré-à-gré « *répond à un besoin qui ne sera jamais pris en charge par un service d'aide à domicile* », « *par exemple aller fermer les volets le soir, transporter les buches à côté de la cheminée* ». « *Il y a plein de petits villages où les prises en charge se font avec énormément de souplesse, avec des interventions au quart d'heure* », plusieurs fois par jour ou le week-end, qui ne seraient pas réalisées par un service d'aide à domicile qui vient de 30 kilomètres. Parfois, les relations sont éloignées du Code du Travail : communication des plages de travail au dernier moment, sollicitation irrégulière de l'aide, alors que les services d'aide à domicile ont des plannings parfois avec 40 jours d'avance. « *Une fois que la confiance est créée, on fait des demandes un peu décalées, y compris pour l'aide à domicile* », qui peut par exemple demande à « *amener les enfants sur le lieu de travail le mercredi* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014**

Argument souvent avancé, ce mode pourrait représenter un coût moins important : il est possible de rémunérer les intervenants au salaire minimum légal, d'environ 10 euros, quand la plupart des prestataires facturent au moins 18 € par heure.

Cependant, le tarif remboursé par le département est plus faible que pour les services, il est par exemple en Ariège de 9,45 € de l'heure. De plus, lorsque les personnes les plus dépendantes, c'est-à-dire en GIR 1 et 2, choisissent de ne faire appel qu'à du gré-à-gré, un surcoût est appliqué : le ticket modérateur est majoré de 10 %. Si le plan d'aide est partagé entre gré-à-gré et un autre mode, prestataire ou mandataire, ce surcout ne s'applique pas.

Pour des professionnels en Val-de-Marne, l'enjeu n'est pas seulement le reste-à-charge de la personne, mais aussi le non-dépassement du plafond d'aide légal. Puisque le plafond par GIR est défini en euros et non en temps d'aide, il est plus rapidement atteint avec un prestataire qu'avec du gré-à-gré. Des personnes ayant d'importants besoins peuvent alors solliciter ce mode d'intervention pour obtenir davantage d'heures.

> Donc « *on arrive à un paradoxe, les gens qui ont beaucoup de besoins vont passer par des emplois de gré-à-gré, là où il n'y a aucun contrôle, on est employeur et donc c'est ingérable quand on est tout seul, parce que c'est des responsabilités* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Créteil, Val-de-Marne, mai 2014**

Le principal inconvénient du gré-à-gré souligné est l'importance des responsabilités que les personnes âgées, dépendantes, endossent dans le cadre de l'emploi d'un salarié à domicile.

> « *Le gré-à-gré, il faut faire attention, si la personne est malade, ils vont se retrouver démunis, il n'y aura plus d'aide. Un service prestataire, automatiquement, il y aura un remplaçant* ». Il y a un « *risque juridique* », des personnes âgées se sont par exemple retrouvées au prudhomme. Par ailleurs, « *il faut être capable de faire le chèque emploi-service* » et de gérer les contraintes administratives.
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014**.

> Avec du le gré-à-gré, « *la personne est vraiment l'employeur, lorsqu'elle décède, c'est transmis aux enfants* » ; « *il y a une très mauvaise connaissance de l'information sur le gré-à-gré, et de l'engagement que va prendre la personne âgée* ». Par exemple, lors d'une hospitalisation, les heures d'aide à domicile doivent continuer à être payées, alors même que la personne âgée n'en bénéficie pas.
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Saint-Girons, Ariège, avril 2014**

Ces risques, voire l'incompatibilité entre le fait d'être atteint par une dépendance, surtout lorsque celle-ci est cognitive, et le fait d'être employeur, est soulignée dans l'ensemble des départements de l'étude. Par exemple, en cas d'hospitalisation de la personne, le salarié devrait continuer à percevoir sa rémunération, alors même que l'APA n'est plus versée par le Conseil départemental, puisqu'il n'y a pas d'intervention effective auprès de la personne. En choisissant le gré-à-gré, certains bénéficiaires ne connaissent pas ce type d'obligations.

Quelques cas de difficultés, de personnes âgées n'ayant pas rempli leurs obligations d'employeurs et devant se présenter aux prud'hommes sont cités. Un responsable de CLIC confiait alors : « *le chèque emploi service, il marche bien tant qu'il n'y a pas de problème* ». Cependant, la faible connaissance que les salariés ont de leurs droits implique peu de recours, par exemple lors du décès de la personne : l'aide à domicile cesse son activité, sans faire valoir ses droits. Ainsi, les procédures de licenciement sont peu respectées.

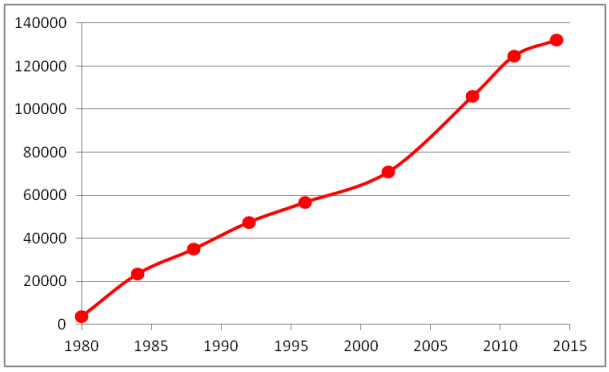
2. Soins à domicile

2.1. Les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), services médico-sociaux au sens du CASF, « *assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de plus de soixante ans malades ou dépendantes* […] *les soins infirmiers et d'hygiène générale, ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie* » (JORF, 2004a).

Les SSIAD sont mis en place au début des années 1980, par le décret relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées (JORF, 1981a). Ces services sont régulés. Jusqu'à la fin des années 2000, leur création était validée par le Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS). Comme pour les SAAD, ils font à présent l'objet d'appels à projets des Agences régionales de santé (ARS), chargées de l'organisation de l'offre sanitaire sur les territoires. Les places autorisées en SSIAD progressent continuellement depuis les années 1980 (Graphique 15).

Graphique 15 – Évolution du nombre de places en SSIAD, entre 1980 et 2015



Lecture : Chaque point représente le nombre de places en SSIAD. L'évolution est supposée linéaire entre deux recensements. **Champ** : Nombre de places au 31 décembre de l'année, France entière et toutes patientèles. **Sources** : Drees (Comptes de la santé 2012).

Les aides-soignants représentent trois quarts du personnel des SSIAD, et la quasi-totalité du personnel qui intervient à domicile (Bertrand et Falinower, 2011). Ils peuvent notamment assurer les soins d'hygiène, comme réaliser la toilette d'une personne. En cela, leur activité constitue un important élément de l'accompagnement paramédical au domicile des personnes âgées dépendantes pour les actes essentiels de la vie quotidienne.

Dans le contexte de vieillissement de la population, et d'augmentation probable du nombre de personnes âgées dépendantes, la Drees avait affirmé « *mettre en place un système d'observation continue de l'évolution de l'activité des services de soins infirmiers à domicile, et particulièrement de leur clientèle* » (Bertrand, 2010). L'enquête conduite auprès des SSIAD en 2008 n'a cependant pas été renouvelée.

Celle-ci avait montré que les SSIAD intervenaient principalement pour différer une hospitalisation ou faciliter un retour à domicile après un séjour à l'hôpital (Bertrand, 2010). Plus des deux tiers des usagers sont âgés de plus de 80 ans, et la quasi-totalité ont plus de 60 ans. Nombre d'entre eux sont très dépendants : un quart était en 2002 confiné au lit ou en fauteuil (Bressé, 2004 ; Bertrand, 2010).

Tableau 16 - Répartition des patients recourant à un SSIAD, par GIR, en 2008

GIR	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Pas de GIR
Part	32%	27%	30%	2%	1%	1%	1%

Lecture : 32 % des personnes âgées recourant à un SSIAD sont évaluées en GIR 1. **Champ** : Ensemble de la clientèle des SSIAD âgée de 60 ans ou plus. **Sources** : Drees (SSIAD 2008).

Les SSIAD fonctionnent avec un forfait journalier, par patient. Celui-ci, en euros, est fixé par l'ARS.

> *A :* *« Il y avait un problème de positionnement entre le prix de journée du SSIAD, pour les plus anciens […].Dans les années 80, quand les premiers SSIAD ont démarré, ils n'ont pas estimé correctement, parce que c'était nouveau, leurs charges. Ils ont démarré avec un prix de journée assez faible, en deçà de leur prix de revient. Alors que les derniers SSIAD autorisés, eux, ont l'expérience de leurs collègues, ils démarrent d'emblée avec un prix de journée plus fort, qui a intégré les surcouts liés aux dimanches et jours fériés. »*
>
> **Entretien auprès des responsables de CLIC, Nord, janvier 2014**

Si le patient nécessite l'intervention d'un infirmier pour réaliser des soins techniques, comme des pansements ou l'accompagnement de patients diabétiques, l'intervention de ce professionnel est financée par le forfait journalier du SSIAD.

> « *Les actes libéraux infirmiers explosent, et l'ARS refuse de prendre en charge ce montant. Donc on nous met en déficit systématiquement, certains SSIAD adoptent une stratégie de sélection […] Économiquement, l'ARS qui nous met dans cette stratégie-là* ». L'exemple est donné de patients insulinodépendants nécessitant plusieurs passages d'infirmiers par jour, et donc souvent refusés par les SSIAD. Un directeur de SSIAD le confirme « *effectivement, on a une stratégie d'admission. Ça ne me gêne pas de le dire. Ma responsabilité s'arrête aux moyens qu'on me donne pour gérer un certain travail. Si on ne me donne pas les moyens d'accueillir des insulinodépendants, je ne les accueille pas* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pamiers, Ariège, avril 2014**

Aussi, les contraintes de financement, rencontrées dans l'ensemble des départements de l'étude, contraignent les services.

> *A :* « *C'est vrai qu'on a l'impression que les SSIAD sont parfois pris en contradiction entre faire le choix de l'éthique et de la qualité d'un côté, ou faire le choix de l'équilibre financier de l'autre, et que les deux semblent difficilement compatibles*. »
>
> **Entretien auprès des responsables de CLIC, Nord, janvier 2014**

Les difficultés se produisent en particulier avec les SSIAD dont le nombre de places est réduit : ils sont moins flexibles pour les accompagnements.

2.2. Les infirmiers libéraux

Les infirmiers libéraux peuvent exercer en cabinet ou à domicile. Au sens strict, le métier d'infirmier libéral est récent, se développant après la Seconde Guerre mondiale. Cependant, leur histoire est plus ancienne. Ils sont les héritiers des infirmières visiteuses, qui étaient alors exclusivement des femmes, dont l'activité se développe sous l'impulsion des médecins hygiénistes au XIXe siècle pour lutter contre des fléaux comme la tuberculose ou la syphilis. Elles remplacent peu à peu les religieuses : les médecins avaient besoin d'une main d'œuvre formée. Les effectifs d'infirmiers libéraux continuent de progresser depuis les années 1980 (Graphique 16), jusqu'à atteindre presque 100 000 en 2014.

Les infirmiers libéraux ne s'occupent pas spécifiquement de personnes âgées dépendantes. Trois types d'actes sont distingués.

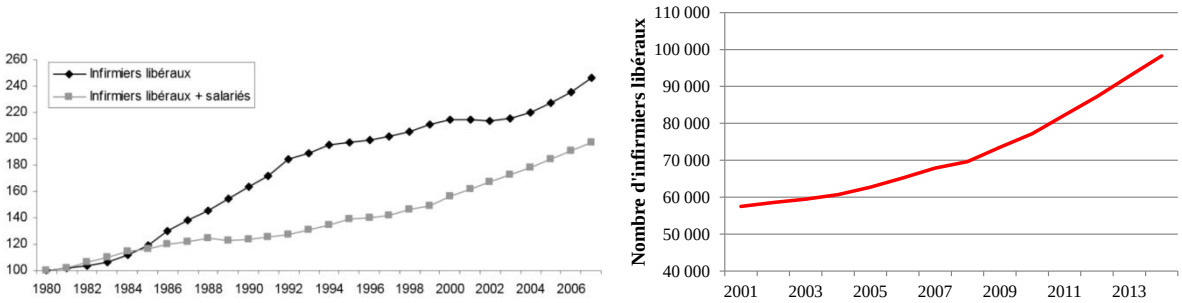
- Les Actes médico-infirmiers (AMI) consistent par exemple dans des prélèvements et injections, des pansements courants, lourds ou complexes, la pose de sonde et alimentation, des soins portant sur l'appareil respiratoire, génito-urinaire ou digestif, ou encore la surveillance et l'observation d'un patient à domicile. Ce sont des actes techniques, en lien avec des pathologies, sont fréquents en sortie d'hospitalisation. Ils ne sont donc pas inclus dans le champ de cette thèse, bien que les patients soient essentiellement des personnes âgées.

- Les Démarches de soins infirmiers (DI) consistent à établir un programme de soins personnalisés. Elles sont exclues de l'étude : elles concernent souvent des personnes âgées, cependant, elles ne portent pas systématiquement sur les soins d'hygiène. Leur faible nombre ainsi que les difficultés à estimer le temps qu'elles nécessitent expliquent ce choix.

- Les Actes infirmiers de soin (AIS) sont inclus dans la recherche. La séance de soins infirmiers comprend l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne. Elle consiste notamment en des soins d'hygiène et de prévention d'escarres. En 2008, plus de 90 % de ces actes concernaient des personnes âgées de 60 ans ou plus. Ces actes permettent de cibler la population des personnes âgées, aidés pour leur dépendance. À mesure que l'âge augmente, les dépenses par habitant et par an sont croissantes (Graphique 17).

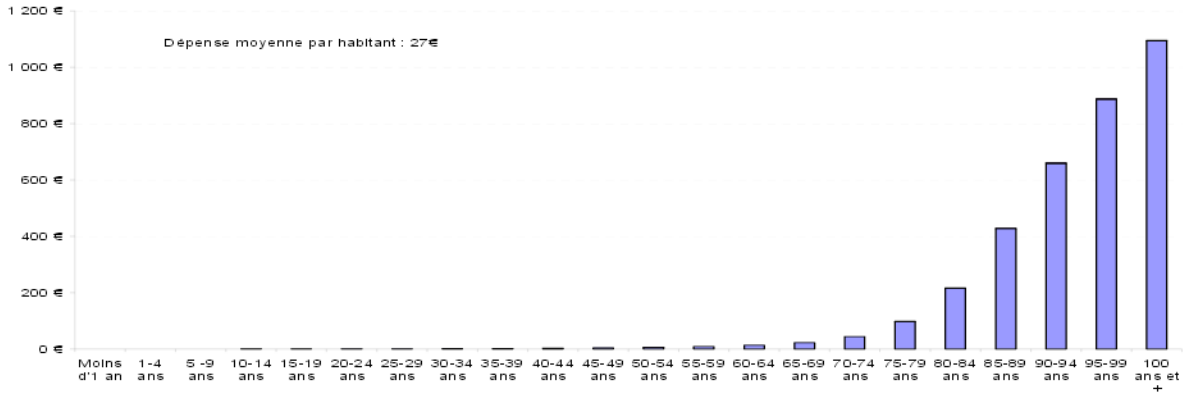
Graphique 16 - Évolution des effectifs d'infirmiers libéraux

Entre 1980 et 2007, base 100 en 1980 **Entre 2001 et 2013, en effectifs**



Lecture : Graphique de gauche : les effectifs d'infirmiers libéraux sont deux fois plus importants au milieu des années 1990 qu'en 1980. Graphique de droite : alors qu'ils étaient moins de 60 000 en 2001, les infirmiers libéraux atteignent presque 100 000 en 2014 **Champ** : Graphique de gauche : France entière ; Graphique de droite : France métropolitaine. **Sources** : Graphique de gauche : Blain *et al.*, 2009, *Les Comptes de la sécurité sociale, résultats 2008, prévisions 2009 et 2010*, p 139, à partir de CNAMTS-SNIR / Drees-Adeli ; graphique de droite : Drees (Document de travail série Statistiques, Les professions de santé au 1er janvier, 2001 (Sicart, n°21), 2002 (Sicart, n°33), 2003 (Sicart, n°52), 2004 (Sicart, n°68), 2005 (Sicart, n°82), 2006 (Sicart, n°97), 2007 (Sicart, n°108), 2008 (Sicart, n°123), 2009 (Sicart, n°131), 2010 (Sicart, n°144), 2011 (Sicart, n°158), 2012 (Sicart, n°168), 2013 (Sicart, n°183), 2014 (Sicart, n°189), à partir de Adeli).

Graphique 17 - Dépense par habitant et par âge de soins infirmiers (AIS + DI), en 2008



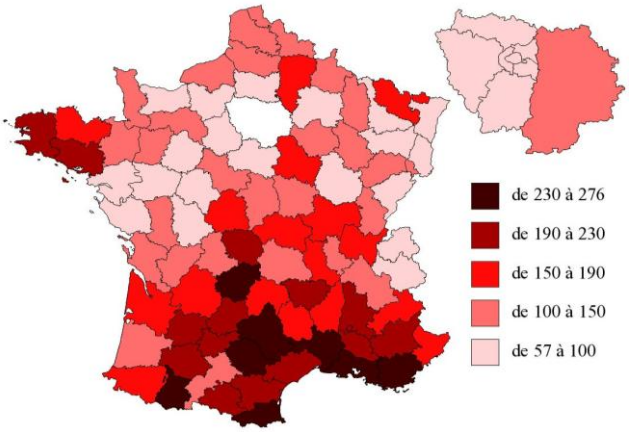
Lecture : Alors que la dépense moyenne par habitant et par an est en AIS et DI est de 27 €, elle dépasse 1000 € pour les personnes âgées de 100 ans ou plus. **Champ** : France entière, en 2008. **Sources** : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (Rapport *Vieillissement, longévité, assurance maladie*, p27).

La corrélation entre la répartition départementale de ces actes et celle des personnes âgées de 75 ans ou plus est relativement faible : le R^2, qui évalue la corrélation, est de 38 %. La répartition des AIS ne serait donc pas liée uniquement à la demande. L'Assurance maladie montre que : « *la consommation d'actes en AIS est très fortement corrélée à la densité infirmière départementale. Elle correspondrait à un effet offre associé à la concurrence entre professionnelles. Ainsi, plus l'offre d'infirmière est importante, et plus le nombre d'actes en AIS est important*. » (Lenormand *et al.*, 2001).

Dans son étude du fait régional, Piercy constate la forte consommation médicale dans les pays d'Oc et en Bretagne : en « *matière médicale, l'encadrement de base, celui qu'assure la médecine générale, présente une inégalité […]. Ce gradient Nord-Sud est explicable par les traditions universitaires, le niveau anciennement élevé de la scolarisation méridionale, les flux de retraités vers le midi* » (Piercy, 2009). Or, la répartition géographique des infirmiers libéraux reproduisait historiquement, en les amplifiant, les disparités de localisation des médecins (Lenormand *et al.*, 2001). Le nombre d'infirmiers rapporté aux médecins généralistes en 2013 varie ainsi en fonction des départements : le Sud et la Bretagne en comptent davantage. Ainsi, les inégalités territoriales de santé sont pour

certaines d'entre elles « *très anciennes, à l'image du suréquipement médial du Languedoc (ancienneté de la faculté de médecine, faiblesse des emplois dans le monde industriel)* » (Giblin, 2011).

Carte 29 – Nombre d'infirmiers par rapport à 100 médecins généralistes en 2013

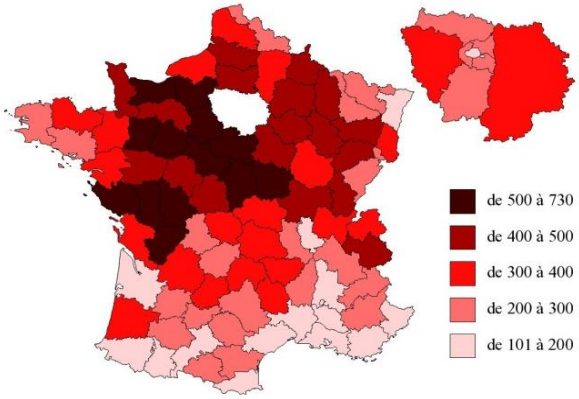


Lecture : Dans les départements les plus clairs, le nombre d'infirmiers libéraux est inférieur au nombre de médecins généralistes. **Champ** : France métropolitaine, hors Corse. **Sources** : CNAMTS (SNIIR-AM).

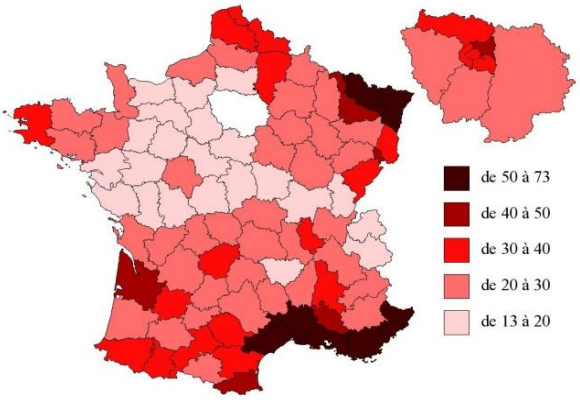
Le recours aux infirmiers libéraux en est différencié : en Bretagne, dans le Sud et également en Alsace, le nombre de patients par an est plus réduit mais le nombre moyen d'actes par patients est plus important. Ainsi, alors qu'en moyenne, les infirmiers libéraux des Alpes-Maritimes ou du Var ont moins de 200 patients par an, le nombre d'actes par patient est supérieur à 50 (Carte 30).

Carte 30 - Recours aux infirmiers libéraux, en 2013

Nombre moyen de patients par an



Nombre moyen d'actes par patient



Lecture : Carte de gauche : dans les départements les plus foncés, les infirmiers libéraux accompagnent en moyenne plus de 500 patients par an. Carte de droite : dans les départements les plus foncés, les infirmiers libéraux facturent en moyenne plus de 50 actes par patient et par an. **Champ** : France métropolitaine, hors Corse, en 2013. **Sources** : CNAMTS (SNIIR-AM).

L'activité des infirmiers libéraux est incluse pour partie dans le champ de cette recherche. En progression constante, elle est spatialement différenciée.

2.3. Offre intermédiaire : accueil de jour, hébergement temporaire et solutions innovantes

L'accueil de jour et l'hébergement temporaire sont des solutions intermédiaires, accordant du répit aux aidants familiaux, leur permettant de partir en vacances, ou accueillant la personne âgée après une maladie. Jusqu'à présent peu développées, puisque l'on compte une place pour mille personnes de plus de 75 ans en moyenne, ces solutions permettent le maintien à domicile puisqu'offrent une échappatoire de temps en temps. Le plan Alzheimer de 2008, insiste sur le développement de ces structures, première demande des aidants. L'enquête dite « Mauve » relative à l'hébergement temporaire, mise en place depuis 2009, suit dans le temps leur évolution.

En 2008, les disparités territoriales sont très fortes puisque les territoires les plus équipés comptent quatre fois plus de places pour 1 000 habitants que les départements les moins pourvus. Certains départements étaient à la fois bien équipés, par rapport aux autres, pour ces deux types d'accueil, comme les Deux-Sèvres. D'autres ne comptaient que très peu de places par rapport à la population âgée de plus de 75 ans et dans les deux types d'accueil. C'est le cas de la Corse ou des Alpes de Haute-Provence. D'autres encore sont bien équipés dans l'un ou dans l'autre de ces deux accueils mais beaucoup moins bien dans l'autre. C'est le cas de l'Ariège ou du Finistère.

Il est complexe d'obtenir des données détaillées récentes sur ces structures, et l'enquête sur l'accueil de jour et l'hébergement temporaire ne sera à présent plus reconduite. L'activité de ces structures est faible au regard du nombre de places dans les établissements, ou encore du nombre de personnes accompagnées par les services d'aide à domicile. L'hébergement temporaire, l'accueil de jour ou d'autres solutions innovantes n'en sont pas moins importantes dans les parcours de vie de certaines personnes âgées. Deux extraits de synthèse, présentés ci-après, en témoignent.

A : « *Sur une entrée en établissement, nous on a notre accueil de jour de 12 places, qu'on a bien du mal – enfin, ça va mieux, on est à 80 % maintenant, mais on est resté à 60 pendant quelques mois, voilà. Et on a eu plusieurs fois des familles : pour elles, l'entrée en accueil de jour, c'était une entrée en établissements.*

B : *on ne les laissera pas ressortir*

A : *alors que c'est pas du tout le cas, le but de l'accueil de jour, c'est de*

B : *retarder*

A : *permettre aux personnes de rester à domicile. Même si dans la journée, elles ont… C'est pour ça d'ailleurs que les accueils de jour qui sont dans des EHPAD, à l'intérieur je veux dire, dans le même bâtiment, ça ne remplit pas. Nous, on a une jolie petite maison, ça ne fait pas du tout établissement médico-social, ça fait maison. On va changer le nom, on va appeler ça 'club de la mémoire', ou parce que c'était peut-être trop stigmatisant, et… Ces personnes-là elles ne se rendent pas compte que c'est peut-être grâce à ça qu'il n'y aura jamais d'entrée en établissement d'hébergement* ».

Entretien auprès de responsables de CCAS, Nord, avril 2014

L'association porte Interm'Aide, solution innovante « *qui consiste à prendre le relai de l'aidant, au domicile, auprès de la personne malade, jusqu'à quatre jours trois nuits, pour lui permettre d'aller prendre du répit* » : vacances, visite familiale. Il s'agit d'un dispositif expérimental, qui rencontre plusieurs contraintes. D'abord, liées aux financements, en reposant sur : « *des crédits non-reconductibles de l'ARS, sinon on va à la pêche à l'appel à projet. Chaque année, on se demande comment on va fonctionner* ». Ensuite, en lien avec la législation du travail. « *Le but c'est de perturber le moins possible la personne malade* », « *donc on fonctionne sur deux fois douze heures. Il nous faut une dérogation de l'inspection du travail, qu'il nous faut réitérer chaque année et de manière nominative. Chaque année, on se demande si nous allons avoir notre autorisation* ».

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Dunkerque, Nord, juin 2014

Ces accompagnements, justement parce qu'ils sont innovants, sont complexes à suivre quantitativement au niveau national. L'activité qu'ils représentent est réduite, les activités qu'ils proposent très variées, et leur évolution dans le temps importante. C'est pourquoi ils sont, dans la suite de la thèse, exclus du champ.

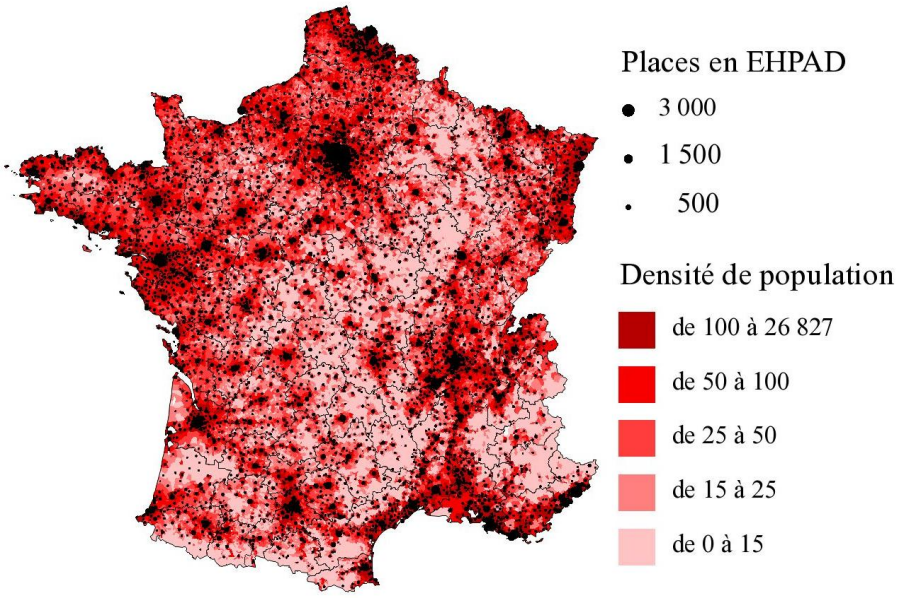
3. Les Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD)

Les mesures politiques mises en place pour prendre en charge la dépendance des personnes âgées renforceraient l'offre à domicile, pour retarder ou éviter le recours à l'institution. L'entrée en établissement est alors présentée comme une solution quand les aides humaines et matérielles mises en place pour pallier la dépendance ne suffisent plus.

Les EHPAD sont le principal mode d'accueil en établissements d'hébergement pour personnes âgées, rassemblant plus de 80 % des places (Volant, 2014a). Ils ont pour caractéristique d'héberger des personnes, en chambre, dans un établissement médicalisé, signataire d'une convention pluriannuelle avec le Conseil départemental et l'Assurance maladie, dite « convention tripartite » (CASF, article L313-12).

Le répertoire FINESS, Fichier national des établissements sanitaires et sociaux, géré par la Drees, recense l'ensemble des EHPAD. Il montre que la localisation des établissements (Carte 31) suit la densité de population française : ils sont notablement présents en région parisienne, dans la Vallée du Rhône et sur les façades littorales. La localisation des EHPAD est révélatrice des constructions territoriales françaises : c'est un observatoire du peuplement de la France, dans le maillage créé par les établissements, on lit les densités de population.

Carte 31 - Localisation des EHPAD et densité communale de population, fin 2011



Lecture : Plus une commune apparaît en foncé, plus sa densité de population, c'est-à-dire le nombre d'habitants rapporté à la superficie du territoire, est importante. Les points noirs figurent les places en EHPAD, localisées au niveau communal. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011, en France métropolitaine, hors Corse. **Sources** : Drees (EHPA 2011), Insee (Populations 2010, recensement de la population). **Source cartographique** : Arctique.

Les EHPAD sont juridiquement créés en 1997 (JORF, 1997). En même temps qu'était mise en place la Prestation spécifique dépendance, « *qui solvabilisait partiellement la population la plus dépendante […] les pouvoirs publics décidaient de mettre en œuvre une réforme tarifaire et qualitative des établissements pour que ceux-ci répondent mieux aux besoins des résidents et à l'évolution de ces besoins* » (Cour des Comptes, 2005).

Avant la réforme, les recettes des établissements provenaient du paiement par les résidents et de l'Assurance maladie. Mais, « *compte tenu des nouvelles caractéristiques des résidents, ce mode de financement était devenu insuffisant pour couvrir les besoins. Il présentait aussi l'inconvénient d'être déconnecté de l'état de dépendance des personnes accueillies* » (Cour des comptes, 2005). La Cour des comptes affirme que la « *prise en charge spécifique de la dépendance est un des aspects novateurs de la réforme* ». Les trois objectifs de la réforme des EHPAD étaient donc, le même rapport, les suivants :

- ➔ redéfinir le mode d'allocation des ressources
- ➔ assurer une plus grande égalité dans la prise en charge
- ➔ améliorer la qualité globale des prises en charge en institution.

Cette réforme comporte un important volet budgétaire pour unifier les règles régissant les diverses catégories d'établissements accueillant des personnes âgées. A partir de 1997, trois prestations sont distinguées : l'hébergement, l'aide à la dépendance, les soins. Les règles d'imputation et de répartition applicables aux charges de personnel sont résumées dans le tableau ci-après (Tableau 17).

Tableau 17 - Règles d'imputation et de répartition applicables aux charges de personnel

	Hébergement	Dépendance	Soins
Direction, administration	100%		
Restauration, services généraux	100%		
Animation, service social	100%		
Agent de service affecté aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas	70%	30%	
Aide-soignante, AMP		30%	70%
Psychologue		100%	
Infirmiers			100%
Auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, ergothérapeutes) pharmacien, préparateur en pharmacie			100%
Médecin			100%

Lecture : La totalité de la rémunération des personnels de direction est imputée à la section tarifaire hébergement. **Champ** : France entière. **Sources** : Annexe 3-2 du Code de l'action sociale et des familles, ajouté par décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Cependant, la réforme n'a pas les effets escomptés, étant plus couteuse et plus longue que prévu : la loi du 24 janvier 1997 retenait le 31 décembre 1998 comme date butoir pour la signature des conventions avec l'ensemble des établissements, mais au 31 décembre 2003, seuls 1/3 des établissements visés avaient signé une convention (Cour des comptes, 2005). Fin 2007, 90 % des maisons de retraite avaient une convention tripartite (Drees, EHPA 2007).

Preuve sans doute que la transformation des maisons de retraite en EHPAD est achevée, dix-sept ans après cette réforme, la catégorie « EHPAD » entre dans le répertoire Finess, par instruction de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS, 2014).

Les dotations étant fixées notamment par rapport à celles de l'année précédente, des inégalités historiques perduraient entre les établissements. C'est pourquoi une nouvelle réforme de la tarification des EHPAD a été inscrite dans la loi de finances de la Sécurité sociale de 2009, complétée en 2010. Désormais, le financement sera assuré par deux forfaits. D'abord, un forfait « soins » déterminé en

fonction d'un indicateur combinant une évaluation de la dépendance (le GIR) et une évaluation de la charge de soins (le Pathos). En 2011, le forfait « soins » est global, ou partiel lorsqu'il n'inclut pas certaines dépenses comme l'intervention de professionnels libéraux dans les établissements. Ensuite, le forfait dépendance, est accordé en fonction du GIR moyen pondéré par le Conseil départemental.

4. Les institutions : décideurs et financeurs

4.1. Institutions nationales

4.1.1. Administration centrale

Lors de sa première audition par la mission du Sénat le 16 janvier 2008, Xavier Bertrand, alors Ministre du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, soulignait que la gouvernance en matière de prise en charge de la dépendance repose sur « *un modèle original de gestion décentralisée et d'une agence nationale chargée de la péréquation, de l'animation et de l'information* ». Il semble surtout que la gouvernance repose sur une « *architecture institutionnelle complexe* » (Vasselle, 2008).

Au sein de l'administration centrale, quatre directions interviennent dans l'élaboration, le pilotage ou le suivi des actions menées dans le cadre de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes :

- la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) est chargée de la conception, du pilotage et de l'évaluation des politiques publiques de solidarité, de développement social et de promotion de l'égalité favorisant la cohésion sociale. Elle doit également veiller à la cohérence nationale et territoriale de ces politiques, selon le décret 2010-95 du 25 janvier 2010 relatif à l'administration centrale des ministères chargés des affaires sociales et portant création d'une direction générale de la cohésion sociale.
- la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) détermine l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie et le montant total des dépenses des établissements sanitaires et médico-sociaux.
- la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS), chargée de l'organisation de l'offre de soins, de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé, ainsi que de leur financement
- la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees), a pour mission de doter les ministères chargés de l'action sociale et de la santé, ainsi que les services déconcentrés, d'une meilleure capacité d'observation, d'expertise et de prospective sur son action et son environnement.

L'État agit à plusieurs niveaux.

D'abord, les lois sont décidées au niveau national, et appliquées ensuite au niveau local.

Ensuite, car il impulse les normes. Par exemple, les outils d'évaluation de la dépendance ont été validés par un texte réglementaire, et chaque année, un arrêté réévalue le plafond d'aide par GIR (chapitre 1).

Enfin, parce que des exonérations de cotisations existent, par exemple pour l'emploi d'un salarié à domicile. En 2011, celles-ci représentent environ un milliard d'euros qui ne seront pas collectés par l'État (Renoux *et al.*, 2014).

L'État n'est pas contre pas un financeur, au contraire de deux autres institutions nationales : la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et l'Assurance maladie.

4.1.2. Les Agences régionales de santé (ARS), établissements publics sous tutelle de l'État pour un meilleur pilotage sanitaire et médico-social

Les Agences régionales de santé (ARS) sont mises en place par la loi Hôpital, patients, santé, territoires de 2010, loi qui s'empare d'ailleurs un mot-clé de la géographie, celui de « territoire » (Amat-Roze, 2011).

Mises en place depuis le 1er avril 2010, les ARS regroupent les anciennes Directions Régionales et Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS et DDASS). Les ARS reprennent les missions dévolues précédemment à ces directions. Agences sous tutelle de l'Etat, elles autorisent et tarifient les services.

Les ARS sont installées suite au constat de ruptures qui existent, d'abord au sein du monde sanitaire entre la ville et l'hôpital, ensuite entre le sanitaire et le médico-social, et enfin entre le public et le privé.

Les ARS fixent les stratégies en matière de santé dans les Projets Régionaux de Santé (PRS). Au sein des PRS, les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) sont des instruments de programmation financière, en lien avec le Schéma régional d'organisation médico-sociale, en cohérence avec les schémas d'organisation des soins et de prévention. Ces structures ont donc compétence sur le champ médico-social.

L'objectif du PRIAC est de pallier les inégalités territoriales. Les différences existant entre les départements légitiment certes l'échelle régionale, mais c'est la possibilité d'une définition conjointe d'objectifs à la fois sanitaires et médico-sociaux qui rend cette échelle pertinente. En effet, la coordination entre le domaine sanitaire et le domaine médico-social, ainsi qu'entre le domicile et les établissements sanitaires ou médico-sociaux, est une priorité de ces dernières années. Les objectifs des PRIAC doivent également permettre d'inscrire peu à peu l'action publique dans une logique d'appels à projets.

4.1.3. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

La CNSA est créée par la loi du 30 juin 2004 (JORF, 2004b). Elle est à la fois « caisse » chargée de répartir les moyens financiers entre les départements en garantissant l'égalité de traitement sur tout le territoire, et « agence » d'appui technique, d'aide aux acteurs, d'évaluation et de mise en cohérence des politiques locales. Ainsi, elle a un rôle essentiel de redistribution de ressources, et se doit d'être garante de l'équité territoriale, ou plutôt de la diminution des inégalités en fonction des départements.

La dépendance n'a pas été identifiée dès la mise en place de notre système de protection sociale après la Seconde guerre mondiale comme un risque. Selon Briet et Jamet qui rédigent pour le Premier Ministre de l'époque Jean-Pierre Raffarin, un rapport sur la préfiguration de la CNSA, le système s'est construit « *sans logique d'ensemble* » (Briet et Jamet, 2004). La finalité première de la CNSA est donc de « *rassembler en un lieu unique les moyens destinés à financer la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées* » (Vasselle, 2008).

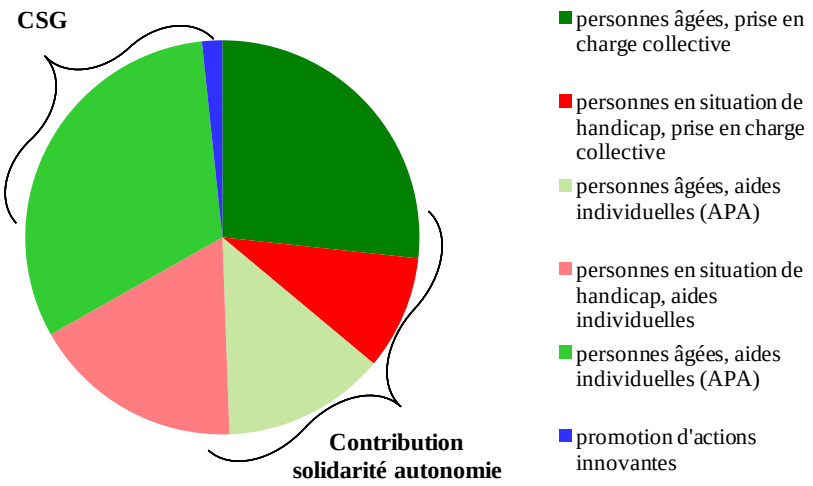
La CNSA de recettes propres (20 %) et des crédits de l'Assurance maladie consacré au secteur médico-social (80 %). Seules ces recettes propres, en 2011, sont détaillées ci-après.

La Contribution solidarité autonomie représente l'essentiel des ressources propres de la CNSA en 2011. En 2004, cette nouvelle contribution à la charge des employeurs, destinée à financer la CNSA, est mise en place : les rémunérations effectuées par ceux-ci sont redevables au taux de 0,3 %. Cette nouvelle cotisation s'est souvent traduite par la mise en œuvre d'une journée de travail supplémentaire non rémunérée, le lundi de Pentecôte jusqu'alors férié. Cette contribution correspond à 2,33 milliards d'euros en 2011, et à 15 milliards d'euros entre 2005 et 2011 (CNSA, 2012).

La CNSA est également financée par une fraction de 0,1 % de la Contribution sociale généralisée (CSG), prélèvement participant au financement de la sécurité sociale portant sur l'ensemble des revenus des personnes vivant en France.

L'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap correspond respectivement à 70 % et à 30 % du budget de la CNSA. 70 % des ressources de la CNSA sont affectées à l'accompagnement des personnes âgées, à domicile ou en établissement, et 30 % à l'accompagnement de personnes en situation de handicap. Deux tiers ressources sont affectées aux aides individuelles, quand un tiers permet le financement d'une prise en charge collective (Graphique 18) (CNSA, 2012).

Graphique 18 : affectation des ressources de la CNSA en 2011, suivant leur provenance



Lecture : Plus d'un quart des financements de la CNSA sont consacrés à la prise en charge collective des personnes âgées. Celle-ci est subventionnée à partir des ressources perçues via la Contribution solidarité autonomie. **Champ** : France entière, en 2011. **Sources** : CNSA (*Rapport de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 2011,* publié en 2012).

Une nouvelle cotisation, la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) est issue de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013. Elle est prélevée, comme la contribution de solidarité pour l'autonomie, au taux de 0,3 %. Elle concerne les retraites, les pensions d'invalidité et les allocations de préretraite.

L'ensemble des ressources de la CNSA, incluant ses ressources propres les crédits d'Assurance maladie, correspond à un Objectif global de dépenses (OGD). Celui-ci est ensuite réparti, par la CNSA, pour partie entre les ARS dès lors qu'il s'agit d'un financement des établissements et services médico-sociaux, et pour partie entre les départements, en tant que subvention pour les aides individuelles.

Dans la suite de cette thèse, les ressources propres de la CNSA sont distinguées de l'ONDAM médico-social, uniquement rattaché à l'Assurance maladie

4.1.4. « L'ONDAM » médico-social : les 16 milliards de l'Assurance maladie

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est défini tous les ans dans la loi de financement de la sécurité sociale. L'ONDAM comporte un volet médico-social, voué au financement des établissements et services médico-sociaux.

De 15,8 milliards en 2011, l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie dans le secteur médico-social est de 17,5 milliards selon le budget prévisionnel de la CNSA en 2015 (CNSA, 2014b). Ces crédits sont répartis entre les ARS par la CNSA.

L'ONDAM médico-social est croissant, suite aux transformations du public résidant dans des établissements accueillant des personnes âgées : « *un transfert financier de l'enveloppe de soins de ville vers l'enveloppe médico-sociale a accompagné, en 2001-2002, la politique de médicalisation. Celle-ci a encore été renforcée par le plan Solidarité-grand âge de 2006* » (Destais *et al.*, 2011). Le passage des EHPAD en tarif soin global s'accompagne de transferts entre sous-enveloppes de l'ONDAM. Puisque les professionnels libéraux sollicités par l'établissement sont à charge de celui-ci, c'est autant qui n'incombera pas au financement par les soins de ville. Ainsi, l'OGD personnes âgées a plus que doublé entre 2005 et 2013 en valeur absolue, sous l'effet d'une progression de l'ONDAM médico-social (Destais, 2013).

L'utilisation de ces financements dans les EHPAD sont notamment étudiés dans le chapitre 5.

4.2. Collectivités territoriales

4.2.1. Le Conseil départemental, chef de file de l'action sociale

Les Conseils départementaux, dont le rôle de chef de file de l'aide sociale a été affirmé dans l'acte II de la décentralisation, en août 2004, définissent et pilotent l'action sociale, notamment en faveur des personnes âgées (JORF, 2004c). Ils sont chargés de la planification et de la coordination, qu'ils élaborent dans les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, qui évaluent la nature et le niveau des besoins actuels et futurs de la population et dressent un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre. Ils gèrent et financent des prestations sociales, comme l'APA. Ils fixent les tarifs « dépendance » des établissements, ainsi que le tarif « hébergement » si l'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, ce qui est souvent le cas. Ce pilotage en matière de soutien à l'autonomie est largement contraint sur le plan financier (Sanchez, 2007).

L'action des départements et la conception qu'ils ont de leur territoire est déterminante. C'est ainsi que, sur le *Fait Régional*, Philippe Piercy écrit que « *le contexte géographique départemental pèse sur l'évolution de son espace comme le montre C. Grasland à propos de la Montagne Noire. Dans le nord de l'Hérault, elle est un arrière-pays délaissé, et se trouve doublement marginale, parce que montagnarde et périphérique ; dans le Sud de l'Aveyron, elle est plutôt un arrière-pays dynamique dans un département montagnard* » (Piercy, 2009).

Les départements sont en charge de l'action sociale, en fonction des personnes qui y ont leur domicile de secours. Celui-ci s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois dans un domicile : lorsque la personne réside dans une structure médico-sociale ou hospitalière, elle conserve son domicile de secours dans le département de son précédent lieu de vie.

4.2.2. Les communes : des gestionnaires de services mais pas seulement

Les départements sont rarement gestionnaires de services, mais « *les communes, elles, ont depuis longtemps, aux côtés des associations et des organismes privés, développé toute une gamme d'interventions en matière de soutien aux personnes âgées… Elles sont devenues le premier opérateur en matière de création et de transformation de maisons de retraite et de logement-foyers, tout en contribuant directement ou indirectement au développement des services liés au maintien à domicile : aide ménagère, soins à domicile, portage de repas, télé-alarme, foyer-restaurants et autres* » (Sanchez, 2007). Le Commissariat Général du Plan affirme que « *le département n'apparaît pas aux experts comme le niveau idéal pour mettre en œuvre le maintien à domicile des personnes âgées. La communauté de communes ou la commune semblent être bien adaptées car plus proche des bénéficiaires* (Commissariat Général du Plan, 2005).

Les communes mènent effectivement des actions nombreuses à l'échelle locale (Havette *et al.*, 2014). Les Centres communaux d'action sociale rattachés aux communes, dont le rôle est approfondi dans le chapitre suivant, ont un rôle déterminant, en témoignent certains de leurs responsables.

> Contrairement à la plupart des associations privées, les CCAS « *partent vraiment de ce début de dépendance, voire même pas de dépendance du tout, l'information, jusqu'à la perte complète d'autonomie* ». Ils « *répond[ent] à la demande à tous les niveaux de dépendance* » en proposant « *une prise en charge globale* », un « *accompagnement gradué* ». Leur objectif est par exemple d'agir sur l'ensemble des leviers possible de la dépendance. Ainsi, la prévention des chutes ou la lutte contre la dénutrition font partie des actions citées. Au-delà, « *le grand enjeu qu'il va y avoir sur toute cette population, ça va être l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, mais à la rigueur les structures existent déjà, on sait à peu près le réseau qu'il faut mettre en place. Le grand défi, ça va être plutôt le lien social, la lutte contre l'isolement* ». L'un des représentants le met en lien avec la citoyenneté : « *les CCAS vont endosser un rôle d'activation de la citoyenneté des personnes âgées, pour les faire beaucoup plus participer* ».
>
> **Entretien auprès de responsables de CCAS, Nord, avril 2014**

Les CCAS interviennent ainsi dans la coordination des professionnels sur les territoires (chapitre 3), dans les prestataires d'aide à domicile (chapitres 5 et 6), ou encore dans l'accès aux droits (chapitre 7).

D'autres financeurs interviennent de manière annexe sur le champ, comme les Caisses de retraite. Dans le cadre de leur action sociale extralégale, celles-ci financent historiquement de l'aide à domicile pour les personnes âgées non dépendantes au sens de la loi – donc les GIR 5 et 6. Suite à la réduction de leurs financements, leurs actions se recentrent cependant selon les acteurs rencontrés. D'abord, l'accompagnement individuel, c'est-à-dire l'intervention d'un professionnel à domicile, se réduit, permettant de la prévention. Les Caisses de retraite développent alors les actions collectives, par exemple les ateliers de prévention, regroupant plusieurs personnes.

> Avant, « *on était plus dans l'idée de la prévention. Là, quand les caisses de retraite ou l'APA se met en place, c'est qu'ils en ont vraiment besoin. Alors qu'avant, quelqu'un de la CARSAT qui avait 12 heures dans le mois, peut-être qu'il y avait huit heures de travail dont il y avait besoin, mais ces quatre heures en supplément, ça permettait de mettre des choses en place pour prévenir et peut-être reculer cette perte d'autonomie* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Loire-Atlantique, mai 2014**

Conclusion du chapitre

Les acteurs professionnels intervenant directement auprès des personnes âgées et inclus dans ce thèse sont de trois horizons différents : d'abord, les professionnels sociaux et médico-sociaux à domicile, quel que soit le mode d'intervention et la qualification ; ensuite les soignants, infirmiers libéraux ou aides-soignants des SSIAD, qui accomplissent des soins d'hygiène à domicile ; enfin les salariés des EHPAD. La diversité des acteurs, dans leurs formations et les actes qu'ils accomplissent au quotidien pour les personnes, pourraient permettre de proposer sur les territoires un accompagnement global et adapté.

Les décideurs et financeurs présentés, au niveau national et local, agissent directement sur l'accompagnement de la dépendance des personnes âgées, montrant un pilotage de cette politique partagé.

CHAPITRE 3

LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS POUR MIEUX ACCOMPAGNER LES PERSONNES : GAGE D'EFFICIENCE DES INTERVENTIONS ?

Enjeux

Les problématiques rencontrées par les personnes âgées dépendantes mêlent de multiples dimension. « *Les pathologies ne sont pas à elles seules des facteurs explicatifs de la dépendance. Le concept de fragilité utilisé en gériatrie identifie des caractéristiques médicales chez des personnes âgées qui les exposent à un risque élevé d'entrée en dépendance Si la fragilité est bien une notion médicale, elle est souvent renforcée par une vulnérabilité sociale ou liée à un moment de crise. La perte d'autonomie observée parfois avec l'avancée en âge dépend aussi des compensations ou des soutiens de l'environnement : entourage, intégration sociale, aides techniques ou encore adaptation de l'habitat et de l'environnement urbain* » (Morel, 2011). C'est aussi ce qui fait de chaque situation qu'elle est unique (chapitre 1), la réponse apportée par les professionnels doit donc être finement adaptée. C'est un enjeu des structures de coordination. Or, les professionnels sont également divers. Leur pluralité permet de proposer un accompagnement global (chapitre 2). Les structures de coordination permettent alors d'organiser les interventions, afin qu'elles soient le plus profitables à la personne.

Ce chapitre montre que la coordination des intervenants, organisée pour, autour et avec la personne n'est pas le seul enjeu des structures : elles sont également importantes pour les professionnels. En effet, le dialogue entre acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaire n'est pas simple, les cultures professionnelles et les habitudes de travail sont différentes. Les structures de coordination peuvent alors créer du lien. En fonction de leur histoire sur les territoires, leurs fonctionnement varient, ce que le chapitre donne à voir.

Enfin, la question de la coordination reflète des enjeux institutionnels : elle donne à voir des découpages infradépartementaux hétérogènes, par exemple entre les Agences régionales de santé et les Conseils départementaux et montre que la coordination est aussi un enjeu de pouvoir.

INTRODUCTION DU CHAPITRE **171**

1. RECENTRER L'ACCOMPAGNEMENT SUR LA PERSONNE ET FACILITER LES INTERVENTIONS DES PROFESSIONNELS, AU CŒUR DE LA COORDINATION **174**

1.1. Des CCAS aux CLIC, quelles structures pour informer et coordonner les interventions autour de la personne ? **175**

1.2. Répondre aux attentes des personnes âgées et de leur entourage **185**

2. LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS SANITAIRES ET SOCIAUX, UN DÉFI DEPUIS LES ANNÉES 1930 **194**

2.1. Faire dialoguer les acteurs du sanitaire et du social, aux cultures professionnelles différentes **195**

2.2. Comment les dispositifs de coordination sont-ils mis en œuvre sur le terrain ? **198**

2.3. Partager les constats, les difficultés, et l'évaluation **205**

3. DE STRUCTURES DÉCONCENTRÉES À UNE GESTION DÉCENTRALISÉE : LA COORDINATION SANITAIRE, SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE EST HISTORIQUEMENT DÉPARTEMENTALE **209**

3.1. Une coordination pensée à l'échelle départementale : d'une politique déconcentrée à une politique décentralisée **209**

3.2. Les Conseils départementaux, en concurrence avec d'autres échelles de décision ? **212**

CONCLUSION - VERS LA PARTICIPATION DES PERSONNES ÂGÉES, COMME ENJEU DÉMOCRATIQUE **221**

Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin
Proverbe africain
Lettre d'information du CLIC4, Val-de-Marne

Introduction du chapitre

Le premier chapitre analyse la multiplicité des problématiques rencontrées par les personnes âgées, liées au développement d'états polypathologiques. Le deuxième étudie les divers professionnels et structures pouvant y répondre, et parallèlement les dispositifs légaux d'accompagnement et leur financement.

Cette diversité, nécessaire à l'accompagnement global et adapté des personnes âgées, génère de la complexité et donc un besoin de coordination pour maintenir la continuité de l'accompagnement : des instances dédiées de coordination existent.

Les besoins de coordination se révèlent à trois niveaux, autour desquels est structuré le chapitre. D'abord, au niveau de la personne âgée ou de son entourage, pour qui il est parfois compliqué de se repérer parmi l'ensemble des intervenants ou dispositifs.

> *« Pour la personne âgée, c'est terrible… Les articulations sont dans l'ensemble relativement correctes, tout ça c'est bien, la continuité, c'est parfait, mais ça provoque tellement d'interventions de professionnels au domicile que les gens ne savent plus qui ils reçoivent, pourquoi on vient, et qu'est-ce qu'on fait. Et ils en ont du monde qui passe au domicile, quand on devient dépendant, c'est impressionnant ».*
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Nord, mars 2014**

Ensuite, les professionnels œuvrant dans des secteurs différenciés doivent collaborer au delà des séparations administratives, comme en témoigne un département dans son schéma gérontologique : « *les frontières entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, entre le maintien à domicile et l'accueil en établissement ou encore entre le secteur associatif et le secteur marchand, ne sont plus pertinentes et ne doivent plus être étanches, au regard des besoins des usagers* » (Conseil départemental de la Loire, 2008).

Pour finir, la coordination se pense au niveau institutionnel et en particulier à la lumière de deux mécanismes.

D'abord, dans le contexte de contraintes financières « *et une croyance en l'existence de gisements de productivité qui existent ou existeraient dans le système de santé* » (Frossard et Boitard, 1997), la réduction des dépenses hospitalières guide explicitement la création des premiers réseaux de santé. Les Agences régionales de santé (ARS) voient le jour pour décloisonner, au sein du secteur sanitaire, ce qui relève des soins de ville et de l'hôpital, et pour accroître l'efficience du système de soins. La participation localement des professionnels aux dynamiques de coordination se comprend donc aussi par les tensions sur leur financeur et les conséquences sur leur activité, comme en témoignent des acteurs locaux rencontrés.

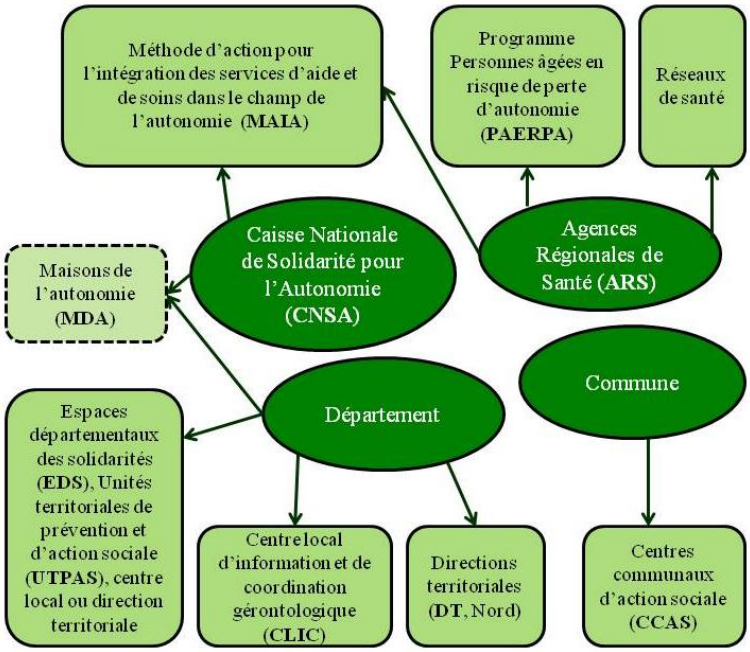
A : *« On est dans la barque, [et] tout est resserré. Et c'est peut-être pour ça [que les professionnels] embarquent dans la dynamique du dispositif d'intégration, parce que tu dois faire la même chose voire plus, avec moins de moyens. Donc évidemment que ça intéresse, plutôt que de rester à pleurer dans son bureau, en tant que directeur ou responsable de service tout seul dans ton coin, on s'y colle : comment est-ce qu'on va mieux servir le public. C'est ça l'idée : comment on va mieux servir, avec beaucoup moins de moyens, moins de toubibs, c'est tout le côté un peu plombant, mais en même temps, c'est dire : et bien, on ne va pas se laisser couler non plus ! Bon, il faut y croire vachement… »*

Entretien auprès de responsables de CLIC, Val-de-Marne, mars 2014

D'autre part, des enjeux de pouvoir sous-tendent la manière dont va se concrétiser le développement de la coordination (Frossard et Boitard, 1997). Les Conseils départementaux et les ARS financent respectivement « leur » structure de coordination : les CLIC sont ainsi subventionnés par les Conseils départementaux, quand les MAIA le sont par les ARS. Cette concurrence est perçue par les professionnels locaux. Cela révèle un enjeu de pouvoir à la fois en termes d'échelle, un dispositif étant départemental et l'autre régional, et en termes de secteur, le premier étant médico-social quand le second est davantage ancré dans le monde sanitaire.

La complexité qui s'en suit est d'ailleurs visible sur le schéma ci-après (Figure 6).

Figure 6 - Structures et dispositifs d'information et de coordination sur le champ de l'accompagnement de la dépendance des personnes âgées, et institutions dont ils dépendent, en 2015



Lecture : Les CLIC dépendent surtout des départements, pour leur financement. Les Maisons de l'autonomie ne pas sont instituées, elles figurent dans le rapport Broussy (Broussy, 2013), d'après les travaux de la Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population. **Champ** : Dispositifs consacrés à l'information et à la coordination pour les personnes âgées dépendantes.

Le chapitre revient aux sources de l'institutionnalisation de la coordination, prenant comme fondement les circulaires de 1936 *concernant la coordination des services et institutions d'hygiène et d'assistance sociales* (JORF, 1936) (annexe[16]). Ce sont les plus anciennes à notre connaissance à aborder ce thème en France, même si à cette époque le public visé n'était pas spécifiquement âgé.

[16] Les anciens journaux officiels sont disponibles en ligne à http://visualiseur.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6549015r. Il n'est cependant pas possible de rechercher un texte, c'est pourquoi, par commodité pour le lecteur, ces circulaires anciennes sont reproduites en annexe.

Elles dévoilent que le besoin de collaboration entre les secteurs sanitaire, social et médico-social s'est accompagné dès le début du XXe siècle de la création d'instances dédiées à la coordination. Celles-ci étaient conçues à l'échelle départementale, et confiées aux Préfets.

Réseaux, coordination, concertation… Autant de mots porteurs, parfois vidés de leur contenu ou en tous cas considérés comme substituables. Pourtant, la sémantique est ici encore instructive, permettant de mieux comprendre les objectifs qui sous-tendent la mise en place des structures incluant ces termes dans leur dénomination.

Les **réseaux** sont, le plus simplement, définis comme « *ensembles formés de lignes ou d'éléments qui communiquent ou s'entrecroisent* ». Les premiers réseaux de santé expérimentaux, connus sous le nom de « réseaux Soubie », se développent au milieu des années 1990, pour « *organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention* » (JORF, 1996). Mis à part les réseaux gérontologiques, qui ont ou avaient localement un rôle clé dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes sur deux territoires infradépartementaux étudiés, les réseaux sont relativement annexes sur notre champ, relevant principalement du monde sanitaire.

C'est surtout la **coordination**, impulsée par les acteurs sociaux et médico-sociaux dans les années 1980 qui est présente sur le champ de l'accompagnement de la dépendance. Dès 1981, des coordonnateurs pour les personnes âgées sont créés (JORF, 1981b), dans le cadre de la politique gouvernementale de l'emploi consécutive à la forte montée du chômage, liée aux chocs pétroliers des années 1970 (Amyot, 2010). Ainsi, le besoin de coordination dans le secteur préexiste, mais c'est la volonté de créer des emplois qui déclenche l'allocation de ressources. En 1983, les instances locales de coordination gérontologique, prédécesseurs des Centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) nés en 2003, visent déjà la coordination des services autour de la personne. Celle-ci cherche alors la « *mise en ordre d'un tout selon un plan logique et en vue d'une fin déterminée* » (Larousse) : un meilleur accompagnement des personnes. Il s'agit en particulier de la « *mise en harmonie de divers services, de diverses forces, de différentes composantes, en vue de renforcer l'efficacité* », ici des politiques publiques, selon le Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL).

La **concertation**, quant à elle, désigne un « *mode d'administration ou de gouvernement dans lequel les administrés, les citoyens, les salariés etc. sont consultés, et les décisions élaborées en commun avec ceux qui auront à les appliquer ou à en supporter les conséquences* » selon le CNRTL, ou plus simplement par le Larousse comme la « *pratique qui consiste à faire précéder une décision d'une consultation des parties concernées* ». Ce terme se prête particulièrement à une des missions des CLIC, qui consiste à organiser l'intervention par des autres professionnels sociaux, médico-sociaux ou sanitaires pour, autour et avec la personne.

Dernier venu sur la scène gérontologique, le terme **d'intégration** se développe, sous la forte impulsion de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui en fait le terme phare de ses MAIA, *Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer*, actuellement en cours de redéfinition en *Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie*. L'intégration est définie par le CNRTL comme « *l'action d'incorporer un ou plusieurs éléments étrangers à un ensemble constitué, d'assembler des éléments divers afin d'en constituer un tout organique* » (CNRTL). Ce terme a fait l'objet de discussions tour à tour nombreuses ou inexistantes au cours des entretiens, montrant une appropriation et une approche de ce concept

différente selon les territoires. Comme le montrent les discours des professionnels, c'est un concept en construction, et pas toujours clairement défini.

> *A [responsable de CLIC]: « C'est ça l'intégration, ne pas laisser la personne, [lui] dire : 'ah bah c'est pas ici, allez frapper ailleurs'. Vous allez pouvoir [répondre], c'est ça l'intégration*
> *B : Apporter une réponse, voilà. Ça, ça c'est beaucoup amélioré ».*
> **Entretien auprès de professionnels du territoire, Créteil, Val-de-Marne, mai 2014**

> *A : « Moi j'ai une formule, je dis : 'ce sont des je, nous sommes des je, et il y a un nous' et les 'je' ne fonctionnent que si le nous est présent, et le nous est un ensemble de je. C'est simple ! Ça veut tout dire. C'est sûr que c'est indispensable, on ne peut pas travailler tout seul ».*
> **Entretien auprès de professionnels du territoire, Valenciennes, Nord, juin 2014**

Les « guichets intégrés » des MAIA devraient inclure l'ensemble des professionnels sociaux, médico-sociaux et sanitaires du territoire. Il ne s'agit pas d'un lieu unique mais d'un ensemble de lieux : tous ceux dans lesquels exercent chacun des acteurs composant le guichet intégré. L'objectif est de garantir, quel que soit le partenaire auquel s'adresse la personne, une réponse juste et adaptée à ses problématiques.

Le présent chapitre repose sur trois sources principales. Les textes législatifs et réglementaires offrent un panel d'informations sur les missions des structures de coordination et leurs objectifs. Un travail de recensement de ces structures au niveau départemental est par ailleurs entrepris afin de disposer de données quantitatives. Les témoignages recueillis lors des entretiens permettent au mieux d'étudier la mise en place et le fonctionnement de la coordination dans les quatre départements de l'étude, tels qu'ils sont perçus par les professionnels du territoire et en particulier des CLIC.

1. Recentrer l'accompagnement sur la personne et faciliter les interventions des professionnels, au cœur de la coordination

La Cour des comptes insiste sur la nécessaire coordination gérontologique, « *pour mieux prendre en compte les besoins des personnes âgées dépendantes, en particulier celui de la continuité de leur prise en charge* » (Cour des comptes, 2005). L'accompagnement global dans le temps représente en effet un objectif important des politiques publiques d'accompagnement. Or, la diversité des besoins de la personne implique parfois une pluralité d'interventions, que l'organisation locale de l'offre peut complexifier.

> De nombreux professionnels interviennent : « *on assiste à un millefeuille, on a de plus en plus de services d'un côté et de l'autre, je me demande comment les gens peuvent arriver à se repérer. L'HAD [Hospitalisation à domicile], la MAIA, le CLIC, l'équipe médico-sociale, tous les partenaires, c'est beaucoup trop* ». Ainsi, il y a « *multitude d'intervenants au domicile, avec des phénomènes de sous-traitance* ». Par exemple « *il y a des auxiliaires de vie qui interviennent chez les gens une fois parce qu'elles sont détachées par l'HAD, une fois parce qu'elles sont détachées par le SSIAD [Service de soin infirmier à domicile], une fois parce qu'elles sont détachées par l'association, puisque les mêmes peuvent être salariés des trois associations. Donc les gens ne savent plus qui intervient* ».
> **Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014**

La volonté des personnes âgées de rester à leur domicile, y compris lorsqu'elles sont très dépendantes, implique une multiplication des interventions depuis les années 1970. La Cour des comptes souligne l'intrication des interventions qui en résulte (Cour des comptes, 2005). C'est ce qui guide, entre autres, la mise en place des premières structures spécifiques de coordination dans les années 1980. C'est également ce qui explique l'institution à la fin des années 1990 des réseaux de santé et des CLIC : les professionnels ont pour mission d'informer les personnes des dispositifs existants, d'organiser

l'accompagnement à domicile et la fluidité des parcours de vie. Les enjeux de ces trois missions sont détaillés ci-après.

1.1. Des CCAS aux CLIC, quelles structures pour informer et coordonner les interventions autour de la personne ?

1.1.1. Les Centres communaux d'action sociale (CCAS) et les institutions départementales déconcentrées, une importante mission d'information

1.1.1.1. Les CCAS, premier guichet d'information, dans les communes les plus peuplées

Le Centre communal d'action sociale (CCAS) « *anime une action générale de prévention et de développement social dans la commune, en liaison étroite avec les institutions publiques et privées. Il peut intervenir sous forme de prestations remboursables ou non remboursables. Il participe à l'instruction des demandes d'aide sociale […]* » (CASF, article L123-5). Établissement public administratif émanant des communes, obligatoire dans celles-ci ou dans les intercommunalités (CASF, article L123-4), il est administré par un Conseil d'administration dont le maire est Président de droit. Un élu est donc toujours responsable du CCAS, mais la présence d'un professionnel dédié à ces missions n'est pas toujours possible : plus les communes sont peuplées, plus elles ont la possibilité d'engager du personnel municipal. Plus celui-ci est présent en nombre, plus il se spécialise. C'est alors que du personnel est dédié à l'activité du CCAS.

Afin de comprendre comment les CCAS se saisissent de leurs missions sur l'accompagnement du vieillissement, nous avons rencontré de certains d'entre eux dans deux départements.

L'administration départementale, chargée d'inviter les CCAS aux entretiens de l'étude qualitative, a eu davantage de difficultés à mobiliser des représentants de ceux-ci que ceux des autres groupes d'acteurs. En effet, les départements ne sont pas administrativement responsables des CCAS, alors qu'ils le sont des équipes médico-sociales. Ils ne financent pas directement leur activité comme ils le font pour les CLIC, excepté quand les CCAS sont porteurs d'un service d'aide à domicile, financé dans le cadre de l'APA par le département.

L'Ariège a, dès la préparation de l'étude qualitative, écarté ce groupe, peu de CCAS étant actifs dans le département. En Loire-Atlantique, et malgré l'appui de l'Union départementale des CCAS et du Conseil départemental, l'entretien n'a pas pu avoir lieu. Dans le Nord, l'appui conséquent du département, en lien avec l'Union départementale des CCAS, a permis la tenue d'une rencontre, avec trois communes.

La majorité des CCAS rencontrés l'ont donc été dans le Val-de-Marne, ce qui se comprend à la lumière de deux éléments.

- Les communes du département sont plus peuplées que celles des autres départements ou que celles de France métropolitaine : la moins peuplée des communes du Val-de-Marne, Périgny, compte environ 2 350 habitants, quand seules 4 % des communes d'Ariège dépassent ce seuil. Cela permet à l'ensemble des CCAS du Val-de-Marne de s'appuyer sur du personnel administratif ou social dédié.
- Le département compte un nombre réduit de communes (47) par rapport aux autres territoires de l'étude : le Nord (650), l'Ariège (332) ou la Loire-Atlantique (221), ce qui a facilité l'habitude partenariale entre le Conseil départemental et les villes. Il les avait déjà enquêtées sur les actions qu'elles développent en direction du public âgé lors de l'élaboration du schéma

gérontologique. Par ailleurs, les résultats de cette recherche ont été présentés à des directions de CCAS en juin 2015.

À la demande du département, deux entretiens ont réuni des représentants de CCAS. La présence d'une dizaine de personnes dans chacun d'eux témoigne de l'implication des CCAS dans l'accompagnement de la dépendance et plus largement du vieillissement, et des liens étroits qu'ils entretiennent avec le Conseil départemental. Ces CCAS, dont les communes sont spécifiques par leur taille, explicitent au cours des entretiens leur apport dans ce cadre.

> « *On dit les CCAS mais en fait c'est les villes, les mairies, ont un rôle particulier parce qu'ils sont repérés comme étant un lieu spécifique, d'information et d'intervention sur la ville. C'est ça qu'il faut défendre et qu'il faut développer. Non pas la capacité de répondre à tous les problèmes et d'avoir tous les services sous la main, mais le fait de pouvoir être le lieu ressources auprès duquel les gens vont d'abord aller* ». Les participants veulent « *réaffirmer l'importance de l'accueil, du premier accueil, où qu'il se situe et surtout dans les collectivités territoriales, tous les accueils des services municipaux. Parce que c'est très souvent le premier endroit où l'on va aller frapper, parce qu'on a identifié qu'il y avait là quelqu'un qui devrait être en mesure d'orienter* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014**

Au-delà de l'accueil, les CCAS s'inscrivent dans une vision large du vieillissement, présentée comme un atout par les responsables rencontrés.

> Les publics concernés par l'action des CCAS sur le vieillissement sont divers ne serait-ce que par leur âge, entre 55 et plus de 100 ans. C'est pourquoi « *l'idée c'est d'accompagner les personnes à chaque étape. La première, c'est peut-être la retraite, moment important dans la vie. Ensuite, afin de maintenir le lien social, tout ce qui est animations, sorties, organisation de voyages, on peut considérer que ça permet d'accompagner les personnes âgées dans leur perte d'autonomie* ». Les CCAS peuvent également être des relais vers des associations comme les Petits Frères des Pauvres, pour les personnes qui souffrent d'isolement. Après la préparation à la retraite et le maintien du lien social, « *vient tout le panel de soutien à domicile, autour des repas, du service d'aide, de la téléassistance* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014**

C'est ce qui explique la mobilisation des CCAS sur la prévention, afin de garantir le maintien à domicile dans les meilleures conditions.

> Les personnes « *ont du mal à se projeter, refusent même de se projeter* » dans la dépendance. Mais si les structures sont connues par les personnes avant qu'elles soient dépendantes, le CCAS deviendra un interlocuteur naturel à solliciter lors du développement des difficultés. Ainsi, les CCAS touchent des personnes qui ne « *viennent pas directement sur de la prévention de la perte d'autonomie, mais sur des ateliers informatiques, ou sur du sport, des voyages* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014**

La relation de confiance tissée au fil des années avec certains habitants leur permet une intervention efficace. Leur capacité de repérage est également un atout : le banquet des aînés, quelle que soit sa dénomination, n'est-il pas l'occasion d'identifier qui sont les absents et comment vont les présents ? À condition que les professionnels soient formés à détecter les fragilités. L'observation de la population fragile est d'ailleurs une mission des CCAS. L'analyse des besoins sociaux, document procédant à une étude des besoins de la population sur la commune, est une obligation règlementaire pour les CCAS depuis le décret du 6 mai 1995 relatif aux centres communaux et intercommunaux d'action sociale (JORF, 1995). Celle-ci est légalement annuelle. Par ailleurs, les CCAS disposent d'un outil riche, institué depuis 2004 : un registre nominatif des personnes âgées ou en situation de handicap. L'inscription est volontaire et facultative. Elle permet à la personne d'être contactée par la mairie, par exemple lors du déclenchement du Plan Canicule. Les registres ne sont pas exhaustifs mais fournissent des renseignements, comme le nom, l'adresse, l'âge et le téléphone de la personne. Certains acteurs,

responsables de CCAS, d'associations ou professionnels départementaux regrettent la faible utilisation de cette liste dans le cadre de la prévention de la dépendance.

L'action des CCAS rencontre cependant plusieurs limites.

L'échelle d'action communale est parfois insuffisante quand l'accompagnement de la personne âgée nécessite l'intervention de structures situées hors de la commune. En atteste un responsable de CCAS, dans le Nord.

> A : « *[Le CLIC] a ce gros avantage d'être sur un territoire plus large que la commune. Un CCAS va pouvoir renseigner ou orienter, sur une entrée en établissement pour savoir s'il y a de la place ou pas sur les établissements de sa commune, mais il ne va pas dépasser ça. Le CLIC qui est sur notre territoire, il sait exactement qu'il y a deux places dans tel EHPAD, en unité de vie Alzheimer* ».
>
> **Entretien auprès de responsables de CCAS, Nord, avril 2014**

Les CCAS assurent des missions générales vers l'ensemble des publics. Leurs personnels doivent s'approprier un ensemble complexe de dispositifs et de prestations. Cela peut entraver leur capacité à répondre très spécifiquement à chaque public.

Actuellement, il est difficile de connaître quelles politiques les communes mènent, directement ou via leur CCAS, auprès des personnes âgées. Une enquête consacrée à l'action sociale des communes (ASCO) est menée par la Drees entre septembre et décembre 2015 auprès de 8 600 communes pour pallier de manque. Cependant, si la présence de professionnels au sein des CCAS est liée à la taille des communes, nombre de ceux-ci pourraient avoir tout au plus une existence juridique, sans disposer de travailleurs sociaux ou de personnel administratif (Tableau 18) : 55 % des communes de France métropolitaine comptent moins de 500 habitants.

Tableau 18 - Part des communes en fonction de leur nombre d'habitants, en France métropolitaine et dans les quatre départements de l'étude, en 2011

Nombre d'habitants	France métropolitaine	Ariège	Loire-Atlantique	Nord	Val-de-Marne
Inférieur à 500	54,5 %	79,8 %	2,3 %	19,9 %	0,0 %
500 à 2 000	31,7 %	16,0 %	32,1 %	43,7 %	0,0 %
2 000 à 5 000	8,4 %	3,0 %	42,1 %	19,9 %	10,6 %
5 000 à 10 000	3,0 %	0,9 %	15,4 %	8,4 %	8,5 %
10 000 à 50 000	2,1 %	0,3 %	7,2 %	7,2 %	63,8 %
50 000 à 100 000	0,2 %	0,0 %	0,5 %	0,6 %	17,0 %
Supérieur à 100 000	0,1 %	0,0 %	0,5 %	0,2 %	0,0 %

Lecture : 55 % des communes comptent moins de 500 habitants. **Champ** : France métropolitaine. **Sources** : Insee (Recensement de la population, 2011).

Cette limite de l'action par les communes est ancienne. Ainsi, au début du XXe siècle, moins de la moitié d'entre elles comptent un bureau de bienfaisance, prédécesseur du CCAS (Guillot, 1907).

1.1.1.2. Les institutions départementales déconcentrées accompagnent les problématiques sociales de droit commun

Des structures déconcentrées émanant de l'administration départementale existent dans les quatre territoires d'étude, sous plusieurs dénominations :

- Centres locaux en Ariège.
- Délégations en Loire-Atlantique.
- Unités territoriales de prévention et d'action sociale (UTPAS) dans le Nord.
- Espaces départementaux des solidarités (EDS) dans le Val-de-Marne.

Ces structures, dites de polyvalence de secteur, se veulent espaces d'accueil et de conseil dans l'accès aux droits et en particulier aux prestations sociales. Le rôle des EDS est ainsi « *d'accueillir, d'écouter et d'informer les personnes sur leurs droits et les aides auxquelles elles pourraient prétendre* ». Dans les domaines d'intervention cités, très variés, l'accompagnement des personnes âgées apparaît peu : il est simplement indiqué que « *les personnes âgées et/ou handicapées peuvent aussi y recevoir une information de premier niveau pour être orientées vers les services les plus adaptés* »[17], démontrant que l'accompagnement de ces publics n'est pas une mission des EDS. D'ailleurs, les acteurs rencontrés posent la question de la pertinence de la mobilisation des professionnels sociaux de ces structures sur l'accompagnement des personnes âgées, si celles-ci ne sont pas sujettes à des difficultés économiques ou sociales.

A : « *Moi je me pose toujours la question [de] pourquoi on saisirait une assistante, un service social, s'il n'y a pas de difficulté sociale. [Mais quand il y a difficulté sociale] le service social dira toujours : les vieux c'est pas nous. Même si on leur dit, c'est du droit commun* ».

Entretien auprès de responsables de CLIC, Val-de-Marne, mars 2014

Mais l'intervention de la polyvalence de secteur est difficile auprès du public âgé, y compris quand il est concerné par les problématiques sociales. D'après les acteurs de l'accompagnement du vieillissement, les services sociaux se centreraient davantage sur la précarité des jeunes et des familles, en témoigne un échange dans les Flandres Maritimes.

A : *« Il y a un gros manque sur les territoires, c'est pouvoir se saisir des UTPAS. Parce que là, on est en train de parler du droit commun : tu cites un dossier de surendettement, ou de l'accès aux droits, des structures existent, elles s'appellent les Unités territoriales prévention action sociale. Sauf que, historiquement, ces structures n'accueillent pas spontanément les personnes âgées ou présentant un handicap. On se prive là d'une ressource considérable.*

C : *Et d'un repérage aussi, d'un repérage bien en amont.*

Mélina : Même quand c'est dans le cadre du droit commun ?

A : *Alors là, ça c'est mon point de vue, mais il y a peut-être B qui a des choses à dire.*

B : *Oui puisque j'y ai travaillé longtemps. Je pense que la réalité d'une UT n'est pas celle d'une autre, ça dépend vraiment des territoires, il y a des équipes qui se sont peut-être davantage investies que d'autres dans l'accueil de ce public, pour autant, il y a des choses à…*

A : *Recaler.*

B : *Recaler, dans le sens où il faut que ce soit une réponse identique sur l'ensemble du territoire, et non pas en fonction des points forts ou des facilités du travailleur social* ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Dunkerque, Nord, juin 2014

La difficile reconnaissance des métiers auprès des personnes âgées, déjà soulignée (chapitres 1et 2), trouverait-elle ici une nouvelle expression ? Le champ de l'aide sociale à l'enfance serait en tous cas davantage valorisé. Dans le Nord, des acteurs soulignent ainsi la segmentation des publics : les problématiques familiales sont suivies par les instances déconcentrées de l'administration départementale, les personnes seules par les CCAS, et les personnes âgées par les CLIC. Lors de l'entretien auprès des représentants des CLIC du Nord, le manque de relai assuré par un service social dédié est répété et fait consensus.

L'accompagnement des personnes âgées est explicitement inscrit dans la mission des délégations de Loire-Atlantique ou des centres locaux ariégeois, qui orientent vers les prestations. Les professionnels de ces derniers sont d'ailleurs présents lors des deux entretiens de territoire en Ariège. Les assistants sociaux de polyvalence de secteur soulignent qu'ils sont de plus en plus fréquemment amenés à

[17] Site internet du Conseil départemental du Val-de-Marne, 2015, rubrique « Action sociale », sous-rubrique « 20 espaces départementaux des solidarités », http://www.valdemarne.fr/a-votre-service/action-sociale/20-espaces-departementaux-des-solidarites

travailler sur le champ des personnes âgées en raison de la hausse de la précarité de celles-ci. Ils ne sont pas représentés lors des entretiens de territoire des autres départements.

Les institutions départementales déconcentrées peinent à accompagner ces populations, qu'elles sont pourtant légitimes à assister lorsqu'elles relèvent de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), dispositifs de droit commun.

Les structures déconcentrées seraient rapidement embolisées par le nombre de dossiers. D'autre part, les situations rencontrées et le système de prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap présentent une complexité particulière.

A : « *Moi je pense que, tant qu'il n'y aura pas des travailleurs sociaux spécialisés, parce que c'est complexe, sur le handicap, enfin la compensation de l'autonomie pour faire court, on n'y arrivera pas c'est trop compliqué, [les professionnelles des EDS] ne tiennent pas.*
B : Au niveau des EDS, du coup ?
A : Oui, elles ne savent pas. C'est compliqué ».

Entretien auprès de responsables de CLIC, Val-de-Marne, mars 2014

À l'inverse de ces structures dont le champ d'intervention couvre de nombreux publics, les CLIC sont spécialisés dans l'accompagnement des personnes âgées.

1.1.2. Les Centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), dispositif spécifique d'information et de coordination gérontologique

1.1.2.1. Les missions des CLIC

Quinze ans après les premières structures de coordination gérontologique, les CLIC créés en 2001 visent à simplifier l'information et l'accès aux dispositifs existants. Originellement, trois « niveaux » sont prévus en fonction des missions assumées (Tableau 19). Celles-ci relèvent essentiellement de l'accompagnement individuel.

Tableau 19 - Missions des CLIC, déclinées en fonction du niveau de label

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux	X	X	X
Évaluer les besoins, élaborer un plan d'accompagnement ou un plan d'intervention		X	X
Assurer le suivi du plan d'aide, en lien avec les intervenants extérieurs, coordonner			X

Lecture : Les CLIC de label 1 ont pour mission d'informer, d'orienter, de faciliter les démarches et de fédérer les acteurs. Ces missions sont communes aux trois niveaux de label. **Sources** : Circulaire DGAS/Avie/2C n° 2001/224 du 18 mai 2001.

Chaque département de l'étude qualitative a réuni des responsables de CLIC, permettant de rencontrer 32 professionnels. Ces réunions se sont révélées parmi les plus rapides à organiser : les départements réunissent régulièrement les CLIC et en sont les principaux financeurs. Deux des entretiens se sont tenus lors des « inter-CLIC », nom donné aux réunions régulières organisées par l'administration départementale.

L'ensemble des CLIC représentés est labellisé de niveau 3. Bien que le niveau de label soit identique, les formations des professionnels recrutés sont diverses : un tiers des professionnels est conseiller en économie sociale et familiale, six ont un diplôme universitaire en prévention de la santé, sociologie ou encore relatif à l'action gérontologique, huit sont assistants de service social ou animateurs sociaux, trois sont infirmiers. Le nombre de professionnels par rapport à la population âgée n'est pas homogène sur les territoires étudiés (Tableau 20).

Tableau 20 - Nombre de professionnels de CLIC et population âgée dans les départements d'étude

Département	ETP en CLIC	Population âgée de 60 ans ou plus	Nombre d'ETP pour 10 000
Ariège	28	47 644	5,88
Nord	92	542 943	1,69
Val-de-Marne	21	258 255	0,81

Lecture : Le département du Nord compte 92 équivalents temps-pleins, pour une population âgée d'environ 543 000 personnes, soit un ratio de 1,69 ETP pour 10 000 personnes âgées. **Champ** : Ensemble des professionnels de CLIC tels que définis par les Conseils départementaux. **Sources** : Conseils départementaux d'Ariège, de Loire-Atlantique, du Nord et du Val-de-Marne, 2015, Insee (estimations de population au 1er janvier 2014).

Les attentes envers le dispositif varient en conséquence.

Le département de l'Ariège délègue aux CLIC le suivi des bénéficiaires de l'APA (chapitre 1) : chacun d'eux reçoit une visite annuelle. Par ailleurs, alors que dans les autres départements, le document officiel de demande de l'APA est disponible sur le site internet, pour recourir à l'APA dans ce département, une personne âgée ne peut pas accéder seule au dossier et doit nécessairement solliciter un professionnel. L'Ariège a positionné le CLIC comme premier intermédiaire entre la personne et les prestations d'accompagnement, qu'elles relèvent du Conseil départemental ou des caisses de retraite. Dans la pratique, ce n'est cependant pas le seul.

> Pour plusieurs évaluateurs « *c'est le CLIC qui est au cœur de tout* ». D'autres nuancent cependant : « *il y a des choses qui passent par l'hôpital, qui passent par les praticiens de santé. Le CLIC n'est pas forcément au courant* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014**

Les CLIC dans leurs missions doivent évaluer les besoins des personnes et les prestations auxquelles ils peuvent prétendre. Ainsi, ils doivent être en mesure d'estimer le niveau de dépendance de la personne, afin de conseiller la personne sur la prestation qu'elle sollicite : APA ou de l'action sociale extralégale des caisses de retraite.

Malgré cette préorientation par les CLIC, 15 à 20 % des dossiers déposés se traduisent par un refus d'APA en Ariège suite à une évaluation en GIR 5 ou 6 par l'Équipe médico-sociale (EMS), soit un taux similaire à celui observé sur d'autres territoires départementaux dans lesquels les CLIC sont moins présents. Cela questionne la capacité des CLIC à réaliser cette évaluation préalable des besoins.

1.1.2.2. Principaux avantages des CLIC : ils sont ciblés, juridiquement non rattachés aux financeurs de la vie à domicile, gratuits et adaptés

Les coordonnateurs de CLIC s'accordent sur l'atout que représente la délimitation de la population qu'ils ont à accompagner. Comparé aux CCAS et aux institutions départementales déconcentrées, c'est un dispositif ciblé sur les personnes âgées, ce qui permet aux professionnels d'avoir une connaissance pointue des prestations auxquelles les personnes peuvent recourir. En outre le CLIC couvre un nombre limité de communes sur lesquelles son personnel connait l'ensemble des établissements et services.

> A : « *Le CLIC, c'est simple, c'est 60 ans et plus, ça referme quand même notre prisme et ça nous permet d'essayer d'y répondre au mieux. Plus on est généraliste, plus c'est compliqué, parce qu'il faut tout connaître* ».
>
> **Entretien auprès de professionnels du territoire, Limeil-Brévannes, Val-de-Marne, avril 2014**

Contrairement aux institutions départementales déconcentrées qui n'accompagnent que les difficultés sociales, les CLIC conseillent les personnes âgées tout aussi bien pour l'accès aux droits (APA ou allocation solidarité pour les personnes âgées), que pour la connaissance de l'offre sur les territoires (téléalarme, aménagement du logement, service de détection de la fragilité par les hôpitaux etc.). Ils

peuvent donc accompagner chaque personne dans la globalité de sa situation. D'autre part, alors que les MAIA se focalisent sur les personnes les plus lourdement dépendantes, le CLIC s'adresse aussi bien aux personnes âgées dépendantes qu'aux autres.

> Le CLIC propose un accompagnement global des personnes. Il est donc « *porte d'entrée de toutes les situations complexes dont personne ne sait par quel bout les prendre ni ne s'estime compétent pour prendre en charge la globalité de la situation de la personne* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Nord, janvier 2014**

Par ailleurs, le CLIC est un service financé : il n'est pas payant pour les personnes qui le sollicitent. Le service est donc accessible à tous. Ceci est sans doute nécessaire au bon fonctionnement des structures, qui seraient moins sollicitées si elles demandaient une participation financière : « *les bénéficiaires les plus directs, les usagers et les prestataires de services, ne considèrent généralement pas, pour des raisons historiques, qu'ils ont à payer pour la coordination* » (Frossard et Boitard, 1997).

Les CLIC réalisent un nombre très important de visites à domicile à la fois pour appréhender concrètement la situation globale dans laquelle se trouve la personne, et pour s'adapter aux difficultés de mobilité des personnes âgées. Lorsque cela facilite le contact, ils échangent également par mail avec les familles.

La plupart des CLIC[18] ne sont pas juridiquement rattachés aux financeurs de la vie à domicile. Ainsi, ils ne sont rattachés ni aux Conseils départementaux, ni aux Caisses de retraite ou à l'Assurance maladie. Cela peut leur permettre d'affirmer une position de médiateur, vis-à-vis des personnes âgées et des professionnels qui interviennent au quotidien, comme les aides à domicile ou les soignants. Une personne âgée, par exemple, qui sollicite le CLIC, ne le fait pas pour demander davantage ou moins d'heures, puisque cela relève du département.

> « *On ne donne pas d'argent, on n'a pas de professionnels à mettre à disposition sur le quotidien à domicile. Les gens, assez facilement, nous confient beaucoup de choses et osent nous dire quand ils ne sont pas d'accord avec nous, osent nous [le] dire, ce n'est pas le même enjeu avec les autres professionnels.* ». Cela donne une position privilégiée dans l'accompagnement individuel des personnes.
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Loire-Atlantique, mai 2014**

Dans les quatre départements de l'étude, les CLIC sont gérés par des associations, des structures hospitalières ou des intercommunalités, sans être juridiquement rattachés au Conseil départemental. Alors qu'en Ariège, dans le Nord et dans le Val-de-Marne, les CLIC sont quasi-exclusivement financés par le département, en Loire-Atlantique, ils reçoivent également des subventions des communes ou intercommunalités et de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), représentant entre 35 et 60 % de leur budget.

Les différents financeurs ont des exigences vis-à-vis des services : en Loire-Atlantique, la CARSAT demande aux CLIC de mettre en place les Plans d'aide personnalisés (PAP), son dispositif d'aide à domicile, et de réaliser des visites annuelles auprès des retraités qui en bénéficient. Les élus intercommunaux leur confient des missions (alertes sur des cas particuliers, focus sur des thématiques comme la prévention des chutes ou l'isolement, etc.), et le Conseil départemental, principal financeur, impulse sa politique. Les responsables de CLIC soulignent les comptes à rendre à une diversité de partenaires : dans la plupart des CLIC, les communes et le département ont une représentation de droit

[18] Le recensement des CLIC à partir des sites internet des Conseils départementaux conduit à estimer à 60 % les départements dans lesquels les CLIC sont juridiquement indépendants de l'administration départementale (troisième partie du chapitre).

au Conseil d'administration ou au Comité de pilotage. Ainsi, la structure, juridiquement, n'est pas rattachée à un financeur de la vie à domicile, mais elle n'est ni stratégiquement, ni financièrement autonome.

1.1.2.3. Une difficile identification, une couverture territoriale à trous… et des actions différenciées

Les CLIC ont eux-aussi leurs failles. Leur difficile identification par les personnes âgées ou leur famille, en lien avec l'acronyme peu lisible, est soulignée par nombre d'acteurs.

> *A :* « *Pour moi, le premier problème, c'est CLIC, C – L – I – C*
> *B : L'acronyme « CLIC » n'est pas parlant du tout*
> *A : Ça ne retient rien, à part me faire de temps en temps « CLIC-Clac ».*
> *C : C'est vrai*
> *D : Ou « vous venez avec toute la clique »*
> *A : Enfin voilà, lisibilité, rien que ça* ».
>
> **Entretien auprès des responsables de CLIC, Nord, janvier 2014**

> *A :* « *Je me demande même si ce n'est pas volontaire d'avoir appelé ça CLIC pour que justement on n'aille pas les solliciter. Parce qu'il n'y a ni 'vieux', ni 'géronto'*
> *B : Il y a géronto*
> *A : Centre local d'information et de coordination*
> *B : Gérontologique. Oui, mais on ne dit pas le G. Vous avez raison, c'est un signe.* »
>
> **Entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014**

Au contraire des mairies, bien identifiées, les CLIC pâtissent de ce manque de repérage. Les professionnels soulignent leurs difficultés à se faire connaître, alors qu'ils mobilisent l'ensemble des canaux de diffusion.

> La présence d'un article dans le journal, le passage dans une émission radio comme c'est le cas tous les deux mois sur France Bleu, ou des actions collectives permettent de mieux faire connaître le CLIC. Un magazine, Senior en Or, est disponible en mairie et envoyé aux bénéficiaires de l'APA. Sur l'un des territoires, le CLIC s'associe aux mairies et insère, dans le Colis de Noël, une plaquette. Sur une courte période, entre 15 000 et 20 000 plaquettes sont ainsi distribuées. Les professionnels : « *au premier rang les services d'aide à domicile, services sociaux hospitaliers, et puis, oui, des CCAS, les mairies de quartier* » jouent un rôle de plus en plus important dans l'orientation vers le CLIC : « *ils ont bien identifié la plus-value* ». Cependant, bien que l'information soit accessible aux personnes via les journaux des caisses de retraite, tant qu'ils ne sont pas concernés, ils ne lisent pas.
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Nord, janvier 2014**

Le difficile repérage des CLIC est lié également à la difficulté d'obtenir des informations sur leur existence, leur localisation ou leurs activités, au niveau national ou sur les portails internet de chaque Conseil départemental, les structures n'y étant pas légalement rattachés. Alors qu'ils sont définis dans le code de l'action sociale et des familles comme établissements médico-sociaux (CASF, article L312-1), peu des structures qui se disent « CLIC » dans les départements sont référencées comme telles dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess), et aucune enquête n'a à ce jour été réalisée par le ministère pour mieux connaître leur activité. Sur le portail du ministère dédié aux CLIC, les informations relatives à la moitié des départements n'ont pas été actualisées depuis 2004. L'Assocation nationale des coordinateurs et coordinations locales (ANC-CLIC) met à disposition une liste des structures. Cette liste détaillée offre les coordonnées des CLIC et informe sur leur porteur, mais ne permet pas de connaître les territoires couverts, et la mise à jour est à charge des structures de coordination elles-mêmes.

Enfin, la difficulté de communication est liée aux différentes missions qu'ils réalisent. Déjà, le même nom est attribué quel que soit le niveau de label, et donc quelles que soient les missions. Ensuite, au sein des départements et avec les mêmes missions, en fonction des travailleurs sociaux présents ou du porteur juridique, les CLIC ne réalisent pas un accompagnement identique.

A : *« Ce que je trouve très compliqué, sur l'ensemble du département, c'est que les CLIC ne font pas tous la même chose. Et du coup, en terme de ressources pour nous, pour dire qui on peut orienter sur le CLIC, c'est compliqué.*
B : *Ça, c'est une chose, et en plus, ils n'ont pas les mêmes agents*
C : *Les mêmes professionnels*
A : *C'est pour ça qu'ils ne font pas les mêmes choses, d'ailleurs.*
C : *Bien-sûr, c'est lié*
B : *Il y a des CLIC où il n'y a aucun travailleur social.*
A : *Il y a des CLIC où il y a des psychologues, d'autres où il n'y en a pas, des CLIC qui ont des infirmiers, d'autres où il n'y en a pas. Du coup, les prestations ne sont pas les mêmes.*
C : *Il y en a où il y a du médical et d'autres où il n'y en a pas du tout.*
D : *Ça se ressent sur le terrain*
C : *Et oui, sur le terrain, ils ne fonctionnent pas du tout pareil*
A : *Ça se ressent, parce que, eux, n'orientent pas forcément les mêmes personnes, aux mêmes endroits, de la même façon ».*

Entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014

Entre départements également, les missions des CLIC sont différentes. Plus encore, certains départements structurent leur coordination autour d'autres dispositifs, souvent directement rattachés à l'administration départementale. Cela crée des difficultés, notamment quand l'organisation territoriale de l'offre sanitaire implique une collaboration interdépartementale.

A : *« On voit bien la différence entre les personnes qui sont hospitalisées localement et les personnes qui sont hospitalisées, ne serait-ce qu'à Toulouse. On a des sorties, s'ils n'ont pas rencontré l'assistante sociale, on est appelé en catastrophe*
Mélina : Parce que, finalement, votre réseau ne va pas jusqu'à Toulouse ?
A : *On a essayé de travailler, on a essayé de contacter et de travailler avec… De temps en temps, ça fonctionne mais… pas souvent. Il y a une barrière du département.*
B : *Mais déjà, peut-être qu'ils ne savent pas ce que c'est que les CLIC, parce qu'il n'y en a pas en Haute-Garonne, enfin il n'y en a plus. Du coup ça ne leur parle pas ».*

Entretien auprès des responsables de CLIC, Ariège, avril 2014

Ces difficultés de communication sont doublées par une couverture non aboutie du territoire. L'ouverture des CLIC sur le territoire s'est historiquement déroulée selon deux modèles.

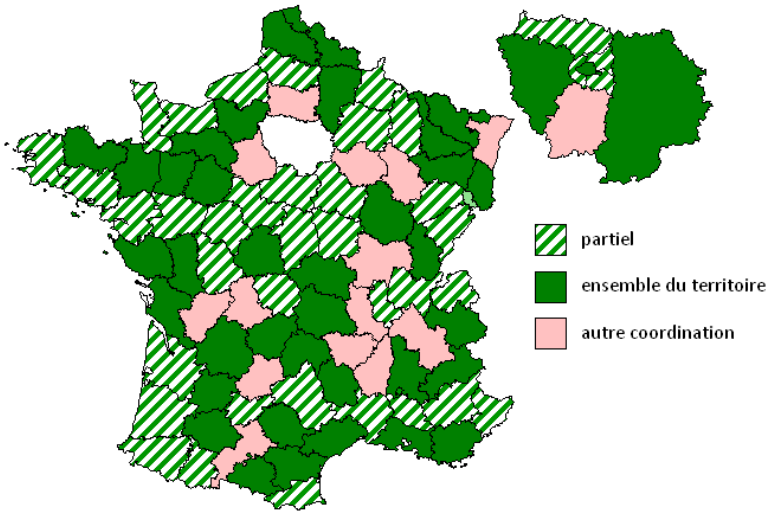
Dans le premier, lors de l'impulsion du dispositif, certains départements ont entrepris une démarche volontariste pour couvrir l'ensemble de leur territoire : ils ont prédéfini un maillage et ont sollicité des porteurs de projet pour créer les CLIC. Lorsqu'aucun porteur n'était présent, le département a lui-même piloté la création du CLIC.

Dans le second modèle, des associations ou d'autres structures se sont engagées à couvrir en tant que CLIC un nombre établi de communes. Celui-ci a été délimité en fonction de la zone d'intervention préexistante de l'association, parfois du zonage du Conseil départemental ou encore des intercommunalités. La couverture des territoires s'est ainsi développée peu à peu, selon les porteurs de projet qui se sont présentés. Aussi, certaines communes ne sont incluses dans le périmètre d'aucun CLIC, ce qui représente une limite fréquemment soulignée par les professionnels du champ.

Le répertoire Finess, qui devrait recenser les CLIC en tant qu'établissements médico-sociaux, n'est pas à jour sur ce champ et ne permet pas d'évaluer le territoire couvert. Nous avons recherché les zonages sur l'ensemble des sites internet des Conseils départementaux, afin de distinguer les territoires

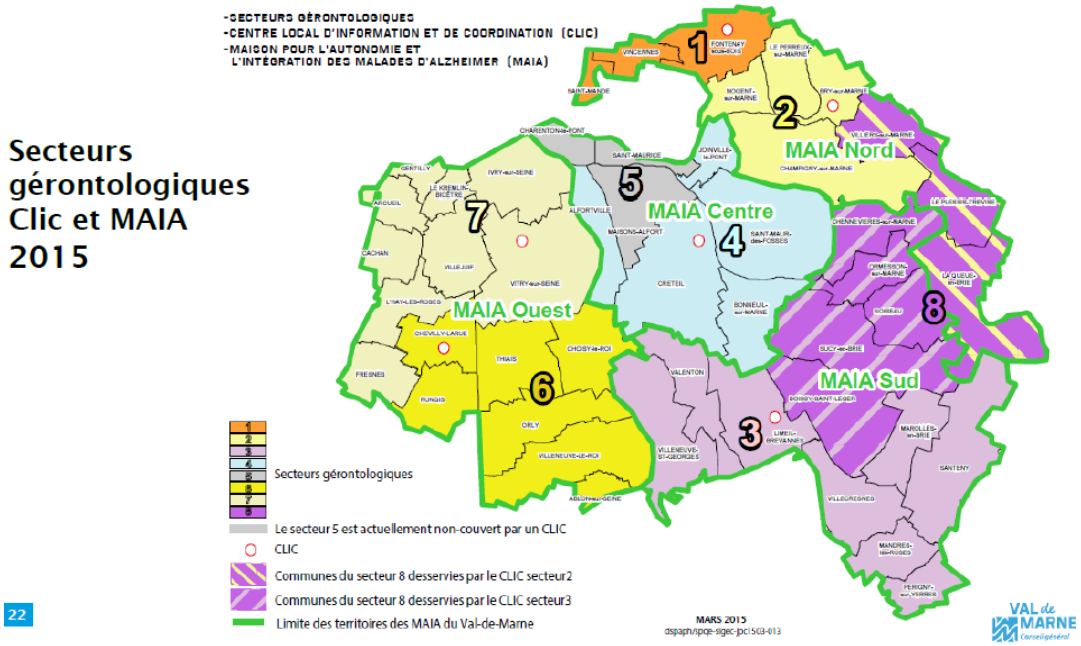
couverts des territoires non couverts. L'information disponible étant hétérogène, trois classes de départements ont été établies : ceux dont le territoire est couvert en totalité, ceux pour lesquels la couverture est partielle et ceux qui ont structuré la coordination autour d'autres dispositifs (Carte 32).

Carte 32 - Couverture territoriale des CLIC, dans les départements de France métropolitaine hors Corse, en 2015



Lecture : Les départements pleinement colorés en vert sont ceux dans lesquels les CLIC couvrent l'ensemble du territoire. Les départements hachurés sont couverts partiellement. Apparaissent en rose ceux qui n'ont pas développé de CLIC, et choisi d'organiser différemment la coordination. **Champ** : L'ensemble des structures présentées comme CLIC, par elles-mêmes ou sur le site du Conseil départemental sont incluses, que ce soit ou non juridiquement le cas. **Sources** : Schémas gérontologiques départementaux, portails internet des Conseils départementaux, contacts directs auprès des conseils départementaux.

Carte 33 - Secteurs gérontologiques CLIC et MAIA en 2015, en Val-de-Marne



Lecture : La Queue-en-Brie, commune du secteur gérontologique 8 est desservie par le CLIC du secteur 2. **Champ** : Val-de-Marne. **Sources** : Avancement du schéma gérontologique, document communiqué par le Conseil départemental du Val-de-Marne.

Dans les départements partiellement couverts, l'obtention d'un maillage exhaustif fait souvent partie des objectifs des schémas gérontologiques, c'est notamment le cas en Loire-Atlantique et en Val-de-

Marne. Durant la période de la recherche, deux territoires ont ainsi été couverts, un dans chaque département. Dans les deux cas, c'est un CLIC existant qui a élargi son périmètre d'intervention, et non un nouveau qui a été autorisé, comme c'était le cas dans les années 2000.

En Val-de-Marne, la récente couverture du secteur gérontologique 8, en l'absence d'un porteur spécifique, s'appuie sur l'extension des CLIC 2 (au Nord) et 3 (au Sud) (Carte 33).

L'absence de CLIC n'est pas une absence de besoin.

> *A :* *« Nous, on est beaucoup dans l'urgence à cause de l'arrivée de Saint-Sébastien… Qui n'avait pas de CLIC. Et là, on sent bien l'intérêt. On voit avec ce qu'on vit comme expérience, qu'il y avait plein de choses qui se mettaient en place, bien-sûr, ils ne nous ont pas attendus, mais [qu'il y avait] un problème de décloisonnement, et de mise en musique. En fait, on n'est que ça ».*
>
> **Entretien auprès des responsables de CLIC, Loire-Atlantique, mai 2014**

Deux explications sont avancées par des responsables départementaux. D'abord, la grande difficulté à convaincre un acteur local reconnu de porter le dispositif. Les territoires dans lesquels les habitudes de travail entre les acteurs sont le moins courantes sont ceux où les structures de coordination peinent le plus à se mettre en place, alors même qu'elles sont nécessaires. D'années en années, le maillage progresse et les territoires aujourd'hui non couverts pour cette raison sont de plus en plus complexes à équiper en structures. Ensuite, certains territoires ne disposent pas de CLIC suite à une difficile collaboration entre des communes non couvertes et l'institution départementale, liée notamment à des tensions politiques.

Les CLIC, structures spécifiques d'information et de coordination gérontologique, mais aussi la polyvalence de secteur et les CCAS sont tous trois légitimes à intervenir auprès du public âgé, en termes d'information, d'ouverture de droits et d'accompagnement. Certes, les institutions départementales déconcentrées ont des difficultés à accompagner ces personnes. Bien sûr, les CCAS ont une présence, des moyens et donc une action inégale en fonction des territoires. Mais quelle que soit leur appartenance institutionnelle, les professionnels rencontrés considèrent comme leur mission première la réponse aux besoins des personnes.

1.2. Répondre aux attentes des personnes âgées et de leur entourage

1.2.1. Répondre aux besoins du moment

1.2.1.1. L'accompagnement ponctuel

Les motifs pour lesquels les personnes âgées ou leur entourage se présentent au CLIC sont variés. Des personnes qui recherchent une information précise peuvent s'adresser au CLIC pour obtenir la liste des services d'aide à domicile ou le détail des prestations qui peuvent être mises en place. Les rapports d'activité des CLIC du Val-de-Marne montrent que le premier motif de contact des CLIC concerne la vie à domicile, et le second l'accès aux droits (Tableau 21).

Tableau 21 - Motif de contact des CLIC, en Val-de-Marne en 2010

Motif	CLIC A	CLIC B	CLIC C	CLIC D	CLIC E	CLIC F	Ensemble
Vie à domicile	36%	45%	32%	43%	34%	44%	39%
Accès aux droits	18%	11%	29%	22%	31%	25%	23%
Structure d'accueil pour personnes âgées	24%	18%	15%	29%	15%	17%	20%
Offres de soins	14%	9%	14%	4%	9%	9%	10%
Soutien aux professionnels	5%	10%	8%	0%	2%	1%	4%
Renseignement CLIC	1%	0%	0%	0%	4%	3%	1%
Actions collectives	2%	2%	2%	0%	2%	1%	1%
Non renseigné	0%	4%	0%	1%	3%	0%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Lecture : Dans le CLIC A, les sollicitations sur la vie à domicile représentent 36 % des motifs de contact des CLIC. Les motifs sont ceux figurant dans les rapports d'activité, en fonction des CLIC, le classement par motif pourrait être hétérogène. Par exemple, les renseignements sur l'APA peuvent être classés dans la vie à domicile ou avec l'accès aux droits. La colonne est une moyenne non-pondérée des données des six CLIC. **Champ** : Personnes ayant sollicité un CLIC Val-de-marnais courant 2010. **Sources** : Rapport d'activités des CLIC 2010.

Les entretiens avec les responsables de CLIC mais aussi de CCAS ont montré, outre une information précise, combien les personnes avaient un besoin d'écoute.

A : « *Une personne va dire « j'ai besoin de me renseigner sur un service d'aide à domicile, est-ce que vous pouvez me donner la liste ? », on va donner la liste, et on rappelle 15 jours après, pour savoir si ça a été. Et là on se rend compte qu'il y a vraiment une grosse problématique de maintien à domicile, qui dépasse [l']appel à un service d'aide à domicile. On va aller beaucoup plus loin dans l'accompagnement.*

B : L'importance aussi de l'agent d'accueil, qui peut être la coordinatrice, ou la responsable. Quand ils appellent « j'ai entendu parler du CLIC, vous faites quoi ? ». On leur explique, et puis quand on rentre un peu plus dans le détail, ils peuvent effectivement demander la visite des services à la personne. Quand on les questionne, on s'aperçoit qu'en fait c'est la famille qui fait la toilette, qui fait ceci qui fait cela, et quand on propose de refaire le point, de les rencontrer pour expliquer tout ce qui existe, c'est un soulagement.

A : ils n'ont pas osé demander.

C : après c'est une vraie question : est-ce qu'au niveau de l'accueil, il faut tout de suite aller creuser, parce que quand l'agenda des coordinatrices il est blindé sur le mois à venir et qu'il y a quelqu'un qui te demande la liste des services d'aide à domicile, la tentation est grande de lui donner [uniquement] la liste des services d'aide à domicile ».

Entretien auprès des responsables de CLIC, Nord, janvier 2014

Le besoin des personnes qui sollicitent les professionnels devient alors celui d'être écouté et entendu dans la situation qu'elles rencontrent. Cela nécessite de la part des professionnels une grande disponibilité et un savoir-faire pour accompagner ceux qui les sollicitent.

A : « *Il y a ce service de proximité, où ils peuvent se présenter au niveau du CLIC, vider leur sac, des fois ils arrivent ils sont un peu trop gais, des fois un peu moins gais, parfois très énervés, et en fait ils peuvent se poser quoi, et balancer tout ce qu'ils ont à dire, nous on est là pour les écouter.*

B : On ne juge pas

C : Mais rien que répondre à leurs questions,

B : Prendre le temps

C : Même si on n'a pas la solution, mais rien que leur donner une réponse à leur question, ils sont ravis, combien de fois, c'est « merci » « oh merci ».

B : « Si j'avais su que ça existait avant »

D : Tu n'as pas l'impression d'avoir fait grand-chose, mais tu l'as écouté, t'as apporté quelques éléments ».

Entretien auprès des responsables de CLIC, Nord, janvier 2014

Les CCAS ont « *un rôle d'accompagnement, d'écoute, sans pour autant avoir une action derrière, les gens viennent, ils sont malheureux, ils ne gèrent plus une situation, ils ont besoin, juste, d'être entendus dans leur souffrance* ».

Entretien auprès de responsables de CCAS, Nord, avril 2014

Les professionnels peuvent ensuite informer et faciliter l'ouverture des droits, et présenter les services existants : aide à domicile, repas à domicile, garde de nuit ou encore téléalarme. Des CLIC témoignent de leur méthode d'accompagnement : ils mobilisent l'ensemble des institutions et dispositifs pour répondre au mieux aux besoins de la personne.

A : « *Comme on a une parfaite connaissance des acteurs sur notre secteur gérontologique, on n'omet pas de faire le bilan, sur la situation globale de la personne même si c'est pas nous qui seront maître d'œuvre directement, effecteurs soit de soins, soit d'aides à domicile, ça permet aussi de voir si la personne a tous ses droits, y compris au niveau de la carte d'invalidité à 80 %, etc. On en profite aussi pour faire de la prévention ou éventuellement orienter sur les consultations médicales spécialisées* ».

Entretien auprès des responsables de CLIC, Val-de-Marne, mars 2014

La mise en place d'interventions de professionnels auprès de personnes âgées qui se présentent au CLIC est particulière : les personnes sont démunies face à une dépendance nouvelle ou qui s'accroit, et ne se sont jamais posé les questions de l'accompagnement dont elles peuvent bénéficier. Elles sollicitent les services lorsqu'il y a rupture, quelle qu'elle soit, comme la fracture du col du fémur ou le décès du principal aidant. L'affolement conduit à une exigence d'immédiateté dans la réponse, y compris de la part des familles, qui peuvent constater à l'occasion de vacances la dégradation de la situation de la personne.

A : « *L'enfant est à Paris, elle vient trois jours en vacances, 'faut que ma mère elle ait absolument des aides avant que je reparte, il faut tout mettre en place'. Ils sont dans la précipitation les enfants, et là ils sont… oui, ils sont un peu oppressants des fois.*

B : Ils veulent mettre des choses en place parce qu'ils sont un petit peu inquiets sur le maintien à domicile, donc ils essaient de trouver des solutions

A : Ou ils culpabilisent, ils ont un problème de conscience.

C : En trois jours ».

Entretien auprès des responsables de CLIC, Ariège, avril 2014

Répondre à l'ensemble des personnes et détecter une demande latente est la mission clé des professionnels.

1.2.1.2. L'accompagnement des situations individuelles les plus complexes

Des situations individuelles plus complexes, par la nature de la dépendance, l'importance de problématiques sociales ou encore les conflits familiaux sont accompagnées par les CLIC, et en second lieu par les CCAS.

Les « *situations complexes* » sont peu nombreuses dans l'ensemble des personnes qui font appel aux CLIC, mais « *notre énergie passe sur ces situations* ».

Synthèse de l'entretien auprès des responsables de CLIC, Loire-Atlantique, mai 2014

Celles-ci sont liées à des ruptures, ou à une dépendance difficile à pallier, impliquant plusieurs interventions de divers professionnels chaque semaine voire chaque jour. Les professionnels inscrivent alors dans leurs principales missions l'aide à l'organisation de la vie à domicile.

Les CLIC organisent des réunions, appelées concertations qui réunissent « *l'usager et des gens qui gravitent autour de lui* » : intervenants au domicile, professionnels ou bénévoles, entourage familial et les personnes elles-mêmes. Parfois, elles associent des acteurs de la psychiatrie, du handicap, de l'aménagement de l'habitat, des évaluateurs de l'APA, des représentants des caisses de retraite ou encore des élus qui sont, « *dans les toutes petites communes, vraiment impliqués dans le quotidien* ». Lorsque les professionnels sont indisponibles, les CLIC les contactent puis « *portent leur parole le long de la réunion* ». Les concertations « *permettent de redonner du souffle aux professionnels, et de donner du sens aux personnes* ». Autant que possible, la personne âgée et les aidants sont conviés. Parfois, les

concertations pourraient être difficiles à vivre pour les personnes, et les « bousculeraient » : celles-ci n'ont pas « *l'habitude culturelle, qu'autant de gens se réunissent pour eux, alors que c'est bienveillant de la part des professionnels* ». Quand c'est le cas, le professionnel du CLIC « *recueille ce qu'ils souhaitent dire [et] en parle à la réunion. Après, une ou deux personnes du groupe va les voir* ». « *Une concertation, c'est beaucoup de travail pour l'organiser, beaucoup d'énergie* » ; « *mais quelle efficacité !* ». « *Il faut dire qu'une fois qu'on a goûté à cette façon de travailler, on se voit mal reculer* ».

Synthèse de l'entretien auprès des responsables de CLIC, Loire-Atlantique, mai 2014

Le terme de « concertation » est employé à juste titre, puisque les décisions sont élaborées dans la mesure du possible avec la personne et son entourage, ou en recueillant leur parole.

La technicité des actes et la séparation entre accompagnement sanitaire et médico-social rendent incontournables le recours à plusieurs professionnels lorsque la dépendance est importante. L'organisation de cet accompagnement prend des formes variées selon les situations. Dans certains cas, l'objectif est qu'il y ait des interventions professionnelles tout au long de la journée : au lever, au coucher et au moment des repas. Dans d'autres situations, l'intervention coordonnée de professionnels nécessite une présence simultanée chez la personne.

Les services se coordonnent, s'adaptent aux horaires des uns et des autres afin d'utiliser au mieux les différentes aides, notamment quand l'intervention au domicile nécessite la coopération entre eux. L'exemple est donné d'une « *personne assez forte, le service d'aide-ménagère va venir en même temps que l'infirmière* » pour faciliter les transferts (passage d'une position allongée à une position assise, par exemple).

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pornic, Loire-Atlantique, juin 2014

Des difficultés nouvelles peuvent apparaitre avec les événements de la vie. Au-delà de l'accompagnement de situations complexes, ce qui est attendu de la coordination locale, qu'elle soit structurée par les CLIC, par les CCAS ou par les réseaux de santé est une meilleure fluidité dans les parcours de vie.

1.2.2. Éviter les ruptures de parcours pour garantir l'efficience dans la durée

1.2.2.1. Ce qui est attendu de la coordination : la fluidité des parcours

Les ruptures liées à un changement de l'état de santé, à la perte du conjoint ou à d'autres événements de la vie doivent être mieux accompagnées pour en atténuer les conséquences. Ces événements peuvent en effet mettre en cause le maintien à domicile et entraîner le besoin d'une place en structure hospitalière ou médico-sociale. Or, les tensions de disponibilité des places dans ces structures peuvent conduire à de l'attente ou à un refus de prise en charge. Sans appui de professionnels coordonnés, la personne doit, seule ou avec son entourage, effectuer les démarches, l'urgence en renforce la complexité. Si les professionnels se connaissent et travaillent ensemble, l'orientation de la personne est facilitée : les coordinations doivent inclure les structures hospitalières et les EHPAD.

Il existe nombre de professionnels et structures qui travaillent en réseau « *mais sans forcément qu'il existe un réseau très fluide* ». Ce qui est attendu du réseau est une « *perméabilité importante entre institutions, pour une prise en charge souple, et fluide des besoins de la population* ». Or, sur certains territoires, « *pour obtenir une place en SSIAD, il faut tenter, et puis on verra. C'est un peu au bon vouloir de chaque institution. Les entrées en établissement ne se font pas [non plus] par le réseau* ».

Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014

Au-delà d'une coordination ponctuelle sur des situations individuelles, les liens entre les professionnels permettent de construire des projets de territoire et des habitudes de travail entre les institutions, et donc de faciliter ensuite l'accompagnement des personnes. Cela permet également une réflexion en amont et un accompagnement des situations avant qu'elles ne deviennent urgentes. Les

ruptures liées à l'organisation de l'offre devraient dans l'idéal disparaître, en particulier la rupture entre ville et hôpital.

Les professionnels sanitaires ont tout intérêt à s'inclure dans cette coordination. Pour les médecins libéraux, la veille assurée par les professionnels qui interviennent au quotidien permet de détecter les fragilités de leurs patients dès qu'elles se présentent. Pourtant, alors même que les CLIC les contactent, le partenariat est peu mis en œuvre.

A : *« On a réussi, avec certains médecins, à faire des réunions de synthèse, à leur cabinet, aux horaires qui leur convenait, pour pouvoir parler de patients. Mais c'est parce qu'on a poussé la porte et qu'on a vraiment essayé de mettre en œuvre ça sur des situations. Mais c'est des corps de métier libéral, qui n'ont pas une institution qui leur dit : 'il faut réfléchir dans ce sens, se former sur telle et telle chose etc.'. C'est un frein puisque par essence, ils le font quand ils le souhaitent, comme ils le souhaitent* ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Limeil-Brévannes, Val-de-Marne, avril 2014

A : « *On a essayé de faire des réunions avec les horaires qu'ils souhaitaient, aucun médecin n'est venu [et] un seul pharmacien sur tout l'Avesnois* ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Maubeuge, juin 2014

A : «*Il y a eu des situations plus que compliquées, où l'appui du médecin aurait été salutaire. On a perdu des années* ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Pornic, juin 2014

Pour l'hôpital, une meilleure coordination évite les ré-hospitalisations grâce à un retour à domicile mieux préparé, et allège donc la prise en charge sanitaire. Plusieurs CLIC rencontrés sont d'ailleurs juridiquement rattachés à un hôpital.

A : « *J'avais la chance que le CLIC soit porté par un hôpital local, ça pour les situations individuelles, tout ce qui était retour à domicile, c'était super, parce qu'on travaillait vraiment main dans la main avec les cadres de santé, dès que la personne était hospitalisée, j'étais au courant qu'elle sortirait dans trois semaines. Il y avait le temps d'anticiper les sorties* ».

Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Loire-Atlantique, mai 2014

En particulier, certains services hospitaliers sont attentifs au parcours de la personne âgée : anticiper les sorties permet de garantir que l'accompagnement à domicile mis en place sera adapté. Ainsi, la coordination avec les services de soins de suite et de réadaptation ou les unités mobiles de gériatrie est ancrée dans les pratiques.

A [praticien hospitalier] : « *Les liens avec le sanitaire sont quand même très bons. On se saisit bien [des structures de coordination], et réciproquement aussi, c'est-à-dire qu'ils nous font quand même aussi beaucoup de retours. Alors on ne les interpelle pas directement, mais on a des retours par le biais de la consultation mémoire, des infirmières de l'équipe mobile gériatrique. Ces liens retours coordonnent nos actions. En termes de communication, c'est clairement pas optimum entre tous les acteurs, mais je trouve que dans bien des cas quand même, le lien se fait. On a la chance d'avoir un nombre de CLIC sur l'Ariège qui est assez exceptionnel.*

B [directeur de SAD] : Vous êtes une unité particulière, au sein du monde hospitalier. Après, il y a d'autres unités que l'unité gérontologique, et de temps en temps, ça pose aussi souci, le manque de coordination pour la sortie d'hôpital, sans que ce soit passé par votre unité

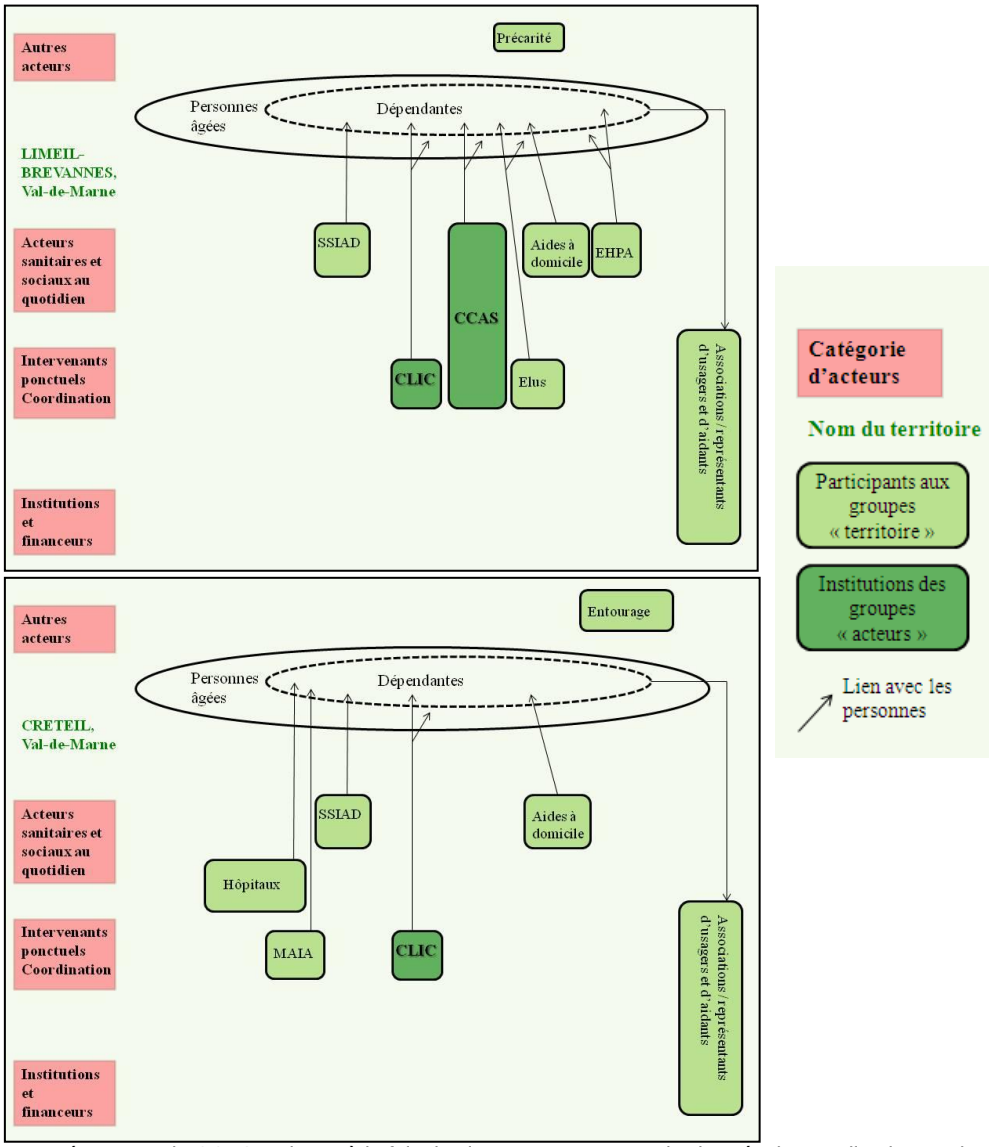
A : *Tout à fait. Quand on est interpelé on essaie de faire du lien avec l'ensemble des acteurs, mais évidemment, on est les premiers à le déplorer, il y a encore, même si on lutte activement contre, des sorties qui sont clairement très mal préparées. Mais bon, globalement, les choses avancent* ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Pamiers, Ariège, avril 2014

La collaboration avec l'ensemble des services hospitaliers peine à progresser. Les entretiens de territoire, dans le Val-de-Marne, sont organisés par deux responsables de CLIC. Dans les deux

groupes, le CLIC est présent, ainsi que des SSIAD et des services d'aide à domicile, acteurs clés du quotidien (Figure 7). Ces acteurs permettent l'organisation de la vie à domicile.

Figure 7 - Acteurs présents lors des entretiens de territoire, organisés par les CLIC, en Val-de-Marne



Lecture : Un ou plusieurs représentants de CCAS, qui sont à la fois des intervenants ponctuels chargés de coordination, et des acteurs du quotidien, étaient présents lors de l'entretien à Limeil-Brévannes. **Champ** : Acteurs présents lors des entretiens. **Sources** : Journal de terrain.

L'entretien organisé sur le Plateau Briard se déroule pendant le comité de pilotage du CLIC. Bien que ce dernier soit juridiquement porté par l'hôpital gérontologique de la ville, aucun des représentants de celui-ci n'est présent. Les CCAS, porteurs de services et guichet de proximité, sont par contre en nombre : cinq communes sont représentées par douze responsables administratifs ou élus. Surtout, deux représentants d'EHPAD et deux représentants de logements-foyers sont présents, attestant du travail du CLIC avec ces acteurs qui ne relèvent pas de la vie à domicile.

Sur le territoire du CLIC 4, la collaboration ancienne avec le service de soins de suite et de réadaptation d'un hôpital de proximité implique la présence de ses représentants. Le service hospitalier, spécifique par la population qu'il reçoit, est porteur d'un réseau de santé gérontologique et de la MAIA.

Les CLIC, surtout les plus récents d'entre eux, rencontrent tout de même selon leurs responsables, des difficultés dans la coordination avec l'hôpital. Cela pourrait expliquer le développement des MAIA.

1.2.2.2. Les MAIA, inclure les acteurs sanitaires dans la coordination ?

Les MAIA sont récentes : prévues par la loi de financement de la sécurité sociale en 2010 (JORF, 2010) suite au Plan Alzheimer de 2008 (Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, *et al.* 2009), quelques années ont été nécessaires à leur installation en territoire.

Elles sont définies dans la loi comme les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer. Elles permettent aux institutions et professionnels du secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, de coordonner leurs activités (CASF, article L113-3). Les MAIA font l'objet d'une redéfinition, et sont maintenant présentées par la CNSA comme « *une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins. L'intégration conduit tous les acteurs à co-construire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et in fine à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite. Cette approche permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse* » (CNSA, 2014a).

À côté de l'information, qui doit pouvoir être donnée quelle que soit la structure à laquelle s'est adressée la personne âgée, les MAIA visent à favoriser le décloisonnement entre le secteur médico-social auquel appartiennent les CLIC, et le monde sanitaire.

L'accompagnement individuel trouve dans la « gestion de cas » proposée par les MAIA une nouvelle formule. Dans chaque MAIA, deux ou trois professionnels, dits « gestionnaires de cas », sont spécifiquement chargés d'accompagner des situations complexes. Le pilote de la MAIA, quant à lui, analyse pour chaque situation rencontrée les problèmes d'organisation qui se sont présentés.

> La MAIA se concentre « *sur les cas très complexes* », « *qui relèvent du sanitaire et du social* ». La MAIA suit moins de personnes, et la prise en charge est « *beaucoup plus structurée* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Saint-Girons, Ariège, avril 2014**

> « *Un gestionnaire de cas, c'est 40 situations maximum, et cinq nouvelles situations par mois, et on est vraiment sur des situations très-très lourdes* ».
>
> **Entretien auprès de professionnels du territoire, Dunkerque, Nord, juin 2014**

> A : « *La MAIA, ils n'ont que, à la base c'était quarante situations, mais en fait dans la réalité c'est entre 25, 27-28 situations, après ils sont déjà saturés* ».
>
> **Entretien auprès de professionnels du territoire, Pornic, Loire-Atlantique, juin 2014**

L'accompagnement par les CLIC et par les MAIA est donc différent. Le temps accordé à chaque situation est notamment déterminant.

> La principale différence, c'est le temps. Les CLIC accompagnent déjà des personnes dans des situations complexes, mais « *on n'a pas le temps de les rencontrer chaque semaine pour faire du lien, les faire cheminer, tout ce travail de longue haleine pour débloquer les situations, c'est vrai qu'au quotidien malheureusement, on ne peut pas se le permettre* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pornic, Loire-Atlantique, juin 2014**

Le nombre de personnes suivies est limité, permettant au gestionnaire de cas de se rendre fréquemment au domicile des personnes, de rencontrer l'ensemble des acteurs et de mettre en place un accompagnement adapté.

> Le gestionnaire de cas « *accompagne au domicile les personnes en situation complexe, orientées [par] des partenaires, qui les repèrent en fonction de critères de complexité départementaux. La gestion de cas intervient de manière intensive, régulière, au long cours, pour permettre un maintien à domicile le plus longtemps possible* ». La sortie du dispositif est conséquente au décès ou à l'entrée en institution de la personne. Les situations sont toutes abordées de manière pluridisciplinaire.
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Dunkerque, Nord, juin 2014**

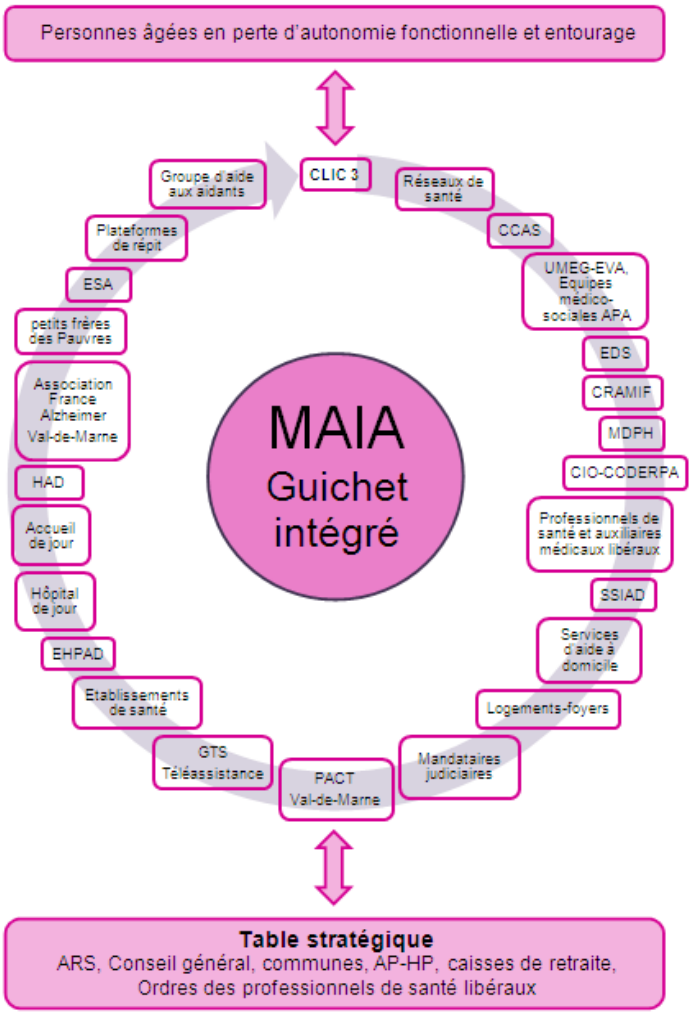
Au-delà des moyens humains dédiés, la gestion de cas devient un métier : il s'agit d'une expertise spécifique, entérinée par une reconnaissance institutionnelle, un diplôme universitaire. Dans les territoires d'étude, la plupart des professionnels de MAIA étaient cependant précédemment rattachés à un CLIC ou à un réseau de santé.

La collaboration avec l'hôpital est facilitée par leur mission, concernant explicitement les secteurs médico-social et sanitaire. Leur financement est d'ailleurs assuré par l'agence régionale de santé. Un responsable de Pôle Autonomie, organisation déconcentrée du département du Nord ayant pour mission de fédérer les acteurs du territoire, expose la différence entre le champ qu'il recouvre et le champ de la MAIA.

> *A* : « *La MAIA est positionnée plus directement sur le sanitaire. Nous, notre champ de compétence, c'est le médico-social, alors que la MAIA, c'est le médico-social et le sanitaire. Donc on va chercher dans la MAIA cet atout qu'elle a, ses relations privilégiées, avec le monde sanitaire* ».
>
> **Entretien auprès de professionnels du territoire, Dunkerque, Nord, juin 2014**

La réalisation de cette étude s'est étendue sur cinq ans, au cours desquels des MAIA se sont mises en place dans les quatre départements. En Val-de-Marne, le schéma ci-dessous détaille l'ensemble des acteurs qui composent le guichet intégré de la MAIA (Figure 8), c'est-à-dire qui doivent à terme être capables de diffuser l'information adéquate aux personnes âgées qui s'adressent à eux.

Figure 8 - Dispositif MAIA



Définition : UMEG (Unité mobile d'évaluation gérontologique), ESA (Équipe spécialisée Alzheimer), CRAMIF (Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France), CODERPA (Comité départemental des retraités et personnes âgées), PACT (Propagande et action contre les taudis sont des acteurs luttant contre le mal-logement), ESA (équipe spécialisée Alzheimer) **Lecture** : L'hôpital de jour est l'un des partenaires du guichet intégré de la MAIA. **Champ** ; Val-de-Marne, secteur gérontologique 3 et partie du secteur gérontologique 8.**Sources** : Réponse à l'appel à candidature de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France pour la mise en place d'une MAIA, dossier déposé le 15 mars 2013 par le Centre local d'information et de coordination en gérontologie (CLIC 3), p. 23.

Les professionnels libéraux sont inclus dans le guichet intégré. Cependant, les pilotes MAIA, dont la mission est d'analyser les dossiers suivis par les gestionnaires de cas, soulignent comme les CLIC leur difficile mobilisation. Les médecins de ville, peuvent ponctuellement travailler avec les professionnels lorsqu'un patient est commun, mais généralement, ces échanges ne s'insèrent pas dans une dynamique de coordination territoriale.

1.2.2.3. Le programme relatif aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), inclure les professionnels de santé libéraux dans la coordination ?

Ce dispositif, dont les expérimentations sont prévues dans l'article 48 de la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013, vise à optimiser les parcours des Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) (JORF, 2012). Deux projets pilotes se déroulent sur des territoires de l'étude :

le premier sur le Valenciennois et Quercitain, dans le Nord, le second en Loire-Atlantique et en Vendée.

Puisque la coordination entre les professionnels de santé de ville et les CLIC ou MAIA est complexe, le dispositif vise à confier au médecin le rôle central. Le PAERPA crée une coordination clinique de proximité (CCP), formée par le médecin traitant et un infirmier libéral. D'autres professionnels peuvent être inclus, éventuellement sociaux et médico-sociaux. Une rémunération spécifique est prévue : un forfait annuel de 100 € est versé par l'Assurance maladie aux professionnels qui assurent cette CCP (Direction de la Sécurité sociale, 2014).

Cette rémunération de professionnels libéraux pour leur participation à la coordination existe également en EHPAD. En atteste un directeur participant à un projet sur la maîtrise de la iatrogénie médicamenteuse, c'est-à-dire les effets indésirables souvent liés à l'interaction entre médicaments.

A : « *L'ARS passe par les EHPAD pour essayer de transmettre l'information aux médecins traitants, parce que c'est bien les médecins traitants qui prescrivent. Dans les EHPAD, il y a des réunions de coordination gérontologique, une fois par trimestre généralement, avec les médecins traitants, dirigée, présidée par le médecin coordonnateur ce qui est important. Les médecins ils n'ont pas envie que le directeur leur dise quoi que ce soit, et puis c'est pas son rôle et puis il ne sait pas le faire. Mais le médecin coordonnateur, lui, c'est un spécialiste. Les médecins ont une prime pour venir à la réunion, 90 euros.*

B : Parce qu'il a fallu mettre une prime pour les faire venir, c'est quand même malheureux.

A : Ouais, 90 €. Et en plus, il faut que ce soit le midi, pour organiser le repas [rires] enfin, bref ».

Entretien auprès de responsables de CCAS, Nord, avril 2014

L'étude qualitative n'a pas permis de recueillir le point de vue des médecins, puisqu'aucun n'est présent lors des entretiens menés sur les territoires[19], ce qui reflète la difficile inclusion des professionnels de ville dans les coordinations.

2. La coordination des professionnels sanitaires et sociaux, un défi depuis les années 1930

Dans les derniers rapports publics, la coordination entre les acteurs et les financeurs de l'accompagnement de la dépendance occupe une place importante. Elle apparaît parfois comme une difficulté émergente, et qui serait une condition du maintien à domicile (Broussy, 2013) ou un élément clé de l'accueil et de l'accompagnement des personnes (Ratte, 2011), Pourtant ce sujet est source de questionnement des acteurs publics depuis plusieurs décennies. Le premier texte réglementaire national l'abordant est à notre connaissance la *Circulaire concernant la coordination des services et institutions d'hygiène et d'assistance sociales*, signée le 26 août 1936 par Henri Sellier, alors Ministre de la Santé du Front Populaire (JORF, 1936a). S'en suivent nombre de textes. Deux circulaires complémentaires, la même année, témoignent de la difficulté à impulser cette coordination locale (JORF, 1936b et 1936c). Ensuite la loi de 1950 et le décret de 1959 organisent la liaison et la coordination des services sociaux (JORF, 1950 ; JORF, 1959). La circulaire de 1982, qui porte sur la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et les personnes âgées, la loi relative à la mise en place de la prestation spécifique dépendance de 1997 et le décret des CLIC de 2000 précisent et complètent la réglementation (JORF, 1982 ; JORF, 1997 ; Direction de l'action sociale, 2000).

[19] Les deux médecins rencontrés, dont l'un est retraité, sont également élus municipaux et ne sont donc pas représentatifs des professionnels de santé de ville.

Les enjeux de la coordination actuels sont posés de longue date y compris dans la formation dispensée aux professionnels de l'accompagnement. En atteste un manuel d'enseignement social de 1938 : « *nous avons indiqué combien il est malaisé de délimiter exactement le domaine de l'assistance d'avec celui de l'hygiène et même parfois celui de la prévoyance. La variété est grande des administrateurs qui concourent à l'application des lois sociales. Trop souvent, on a eu à déplorer, par le fait de rivalités de personnes ou de fonctions, l'existence de cloisons étanches entre services qui visent au même but. L'interpénétration des méthodes, des initiatives et des moyens, s'impose* » (Laudinet, 1938).

Cependant, la mise en œuvre de la collaboration entre professionnels se heurte à des difficultés d'ordre interpersonnel ou relationnel, mais aussi à des difficultés plus structurelles telles que la culture ou les pratiques professionnelles, ou encore le contenu des formations.

2.1. Faire dialoguer les acteurs du sanitaire et du social, aux cultures professionnelles différentes

Les secteurs sociaux et sanitaires ont des modes de fonctionnement différents. Les acteurs ne perçoivent pas toujours les bénéfices qu'ils peuvent attendre d'un échange.

> *A* : « *[travailler avec] le secteur psychiatrique… […] c'est vrai qu'à une époque, c'était quasi impossible. Il y avait un cloisonnement, un refus, et le sentiment que le social, 'vous ne savez rien', 'vous n'avez pas à intervenir', 'laissez-nous faire'. Et puis, il ne faut jamais désespérer, à partir d'un certain nombre de cas qu'on a pu traiter ensemble, on a réussi à établir des relations. D'ailleurs plus avec les infirmiers qui se sont rendu compte très vite que ça pouvait les aider. Les médecins ont suivi avec un peu plus de difficultés. Je ne dis pas de mal des médecins, mais c'est vrai qu'il y avait des cultures différentes avec une tendance à bien cloisonner les choses. Il faut que nous, nous y mettions beaucoup de nous-mêmes, et que nous avancions vraiment avec beaucoup de précautions pour arriver à travailler ensemble. Et puis il y a la médecine libérale aussi, c'est très variable selon les médecins, mais c'est un peu la même chose, il faut y mettre beaucoup du sien pour établir un climat de confiance.*
>
> **Entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014**

Plusieurs acteurs ont souligné le manque de temps des médecins, dont le nombre de patients serait croissant, pour expliquer la difficile collaboration mais pas seulement :

> A : « *Il y a aussi une question de motivation, et une question de prise de conscience* ».
>
> **Entretien auprès de professionnels du territoire, Maubeuge, Nord, juin 2014**

La coordination nécessite de reconnaître une expertise à tous les professionnels qui sont légitimes à échanger sur la personne. La différence de statut entre les professions est parfois importante, par exemple entre un médecin et une aide à domicile. Elle est le plus souvent doublée d'une inégalité sociale et d'une différence de genre. Pour les intervenantes médico-sociales à domicile, la conscience même de disposer d'un regard pertinent pour les autres professionnels manque.

> Entre professionnels, notamment sociaux et sanitaires, les relations changent, les acteurs comprenant l'intérêt de la coopération. Un directeur de SAAD affirme que « *les médecins généralistes ont vu le travail qu'on faisait, pas simplement faire du ménage, on a été à l'initiative d'alertes* ». « *Il y a une reconnaissance du fait que, pour que la personne sorte correctement de l'hôpital, il faut que son environnement de vie soit en mesure de l'accueillir* ». Pour les professionnels du sanitaire, il est important de « *prendre pour support les gens qui sont au quotidien, au contact de la personne âgée dans son milieu, pour repérer* » des changements, « *ce sera beaucoup plus efficace que le médecin traitant* ». Les intervenants à domicile ne sont pas toujours « *capables de dire si c'est pertinent ou pas* » mais font remonter l'information. Ils « *vont pouvoir dépister des choses toutes simples* » sur le plan

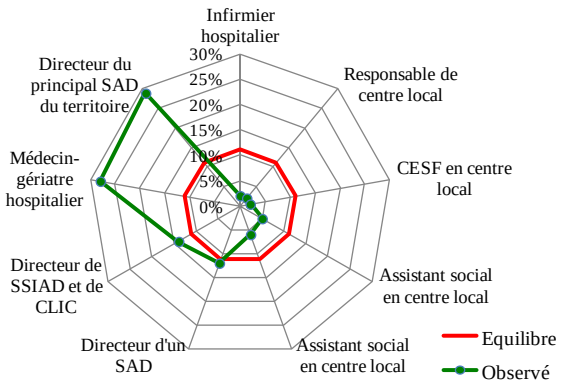
sensoriel et très utiles au monde sanitaire. Pourtant, un médecin de l'unité mobile de gériatrique constate : il « *manque souvent ce niveau d'expertise* ».

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pamiers, Ariège, avril 2014

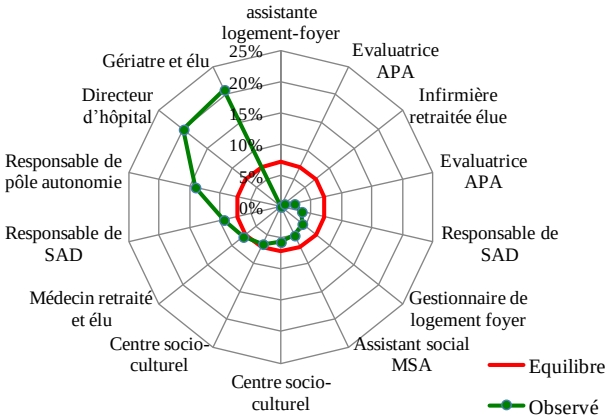
Lors des entretiens de territoire, l'équilibre de la parole entre professionnels témoigne de cette différence dans la parole en fonction de la formation et du statut professionnel occupé par les participants (Graphique 19). Ainsi, à Maubeuge, deux médecins ont les temps de parole les plus importants. Le responsable du pôle autonomie, un responsable de service d'aide à domicile et un médecin retraité se sont davantage exprimés que si le temps de parole avait été équilibré. À l'inverse, les deux évaluatrices APA, ou encore les représentants des centres socio-culturels se sont moins exprimés. À Pamiers, le responsable du principal service d'aide à domicile du territoire et le médecin-gériatre responsable de l'unité mobile de gériatrie se sont tous deux nettement plus exprimés que les autres personnes présentes, rassemblant à eux deux plus de la moitié des mots prononcés.

Graphique 19 - Équilibre de la parole lors de deux entretiens de territoire

À Pamiers



À Maubeuge



Lecture : Le radar compte autant de branches que de participants à l'entretien. En rouge, l'équilibre correspond à la part des mots qui auraient été prononcés si la répartition de la parole entre professionnels était identique. La courbe verte correspond à la répartition de la parole observée. Plus celle-ci est proche de la courbe rouge, plus l'équilibre est respecté. **Champ** : Professionnels présents, nous excluant ainsi que les éventuels membres du Conseil départemental. **Sources** : Retranscription exhaustive de deux entretiens, 2014.

Parmi les pratiques qui distinguent des professionnels sociaux et sanitaires, le groupe de travail chargé de la coordination interinstitutionnelle entre acteurs lors des États généraux du travail social a souligné l'importance dans la culture professionnelle du secteur social « *d'aller vers* » les personnes (Bachschmidt et Leroux, 2015). Un échange sur la collaboration avec les professionnels de la psychiatrie, entre responsables de CCAS atteste de cette différence entre professionnels qui attendent que la personne les consulte, et professionnels qui vont au-devant.

A : *Le principal écueil, c'est une question de culture. Dans l'accompagnement des personnes âgées, on a cette culture, ou cette modalité de travail qui fait qu'on va au-devant. On va au domicile, ce qui est absolument pas le cas de nombre de médecins libéraux, et surtout des psychiatres. Dans la culture du psychiatre, on attend que la personne vienne et on sait bien toutes les résistances, autour du déni de la difficulté, qui fait que les personnes ne vont pas spontanément vers le psychiatre. Tout l'art est d'amener le psychiatre jusqu'à la personne. C'est plus simple avec les infirmiers psychiatriques, qui ont développé sur certains territoires mais pas tous, des équipes mobiles, qui permettent de travailler la main dans la main* ».

Entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014

Cet extrait d'entretien met en avant que le lieu d'intervention et que les missions des deux secteurs sont de natures différentes. Les acteurs sociaux et médico-sociaux se rendent à domicile, pour des visites d'évaluation, par exemple dans le cadre de l'APA, pour informer, comme le font les CLIC et CCAS, pour apporter des services, comme le font les services d'aide à domicile mais aussi les infirmiers libéraux et Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). À l'inverse, médecins et psychiatres ne se déplacent pas, de même que les praticiens hospitaliers qui assurent une prise en charge quasi-exclusive dans leurs locaux. De plus, les CCAS ou CLIC assurent davantage un suivi dans le temps : ils réalisent une veille sur les situations, quand les médecins sont à l'inverse sollicités ponctuellement par les personnes.

Les professionnels rencontrés constatent avoir été peu préparés à cette coordination sanitaire et sociale dans leur formation, et regrettent que ces problématiques restent marginales dans les cursus actuels.

A : « *Les jeunes médecins que je vois actuellement n'ont pas un comportement plus axé sur le social et la prévention que nous on avait pu l'avoir.*

B : *Non, il y en a certains qui ont une fibre un peu sociale, qui vont se tourner vers les prises en charge globales, on va les retrouver parfois en gériatrie, avec une vision large, de l'individu. Mais c'est une formation très académique.*

C : *Il n'y a pas que la formation au niveau du médical. J'ai pu en échanger ici ; on a une annexe de l'IRTS [Institut régional du travail social] Dans le cursus, ne se pose pas non plus [cette question], autant pour les éducateurs que pour les AS [Assistants sociaux]* ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Maubeuge, Nord, juin 2014

C'est finalement la nécessaire collaboration sur des situations dans la vie professionnelle qui incite les professionnels à expliciter entre eux leur langage, leurs pratiques, leurs limites, et à mieux se connaître.

A : « *Derrière les dispositifs, il y a des carcans administratifs qui contraignent et qui embrigadent dans des routes que l'on devrait absolument suivre. Seulement, pour la personne, on ne peut pas forcément suivre ces lignes qui sont imposées, on a besoin de souplesse : une personne, ce n'est pas un objet qu'on déplace d'un dispositif à l'autre un jour ou le lendemain* ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Valenciennes, Nord, juin 2014

Le pragmatisme et le bon sens des professionnels, qui ont besoin les uns des autres sur certaines situations, conduisent au dialogue davantage que les formations dont les contenus ont insuffisamment évolué selon les acteurs. De ce dialogue et d'hébitudes de travail, peut naître une réelle coordination sur les territoires. Plusieurs éléments, tels l'ancienneté de l'échange entre les acteurs facilitent sa mise en œuvre.

2.2. Comment les dispositifs de coordination sont-ils mis en œuvre sur le terrain ?

La coordination vise à fédérer, autour d'un même objectif, un meilleur accompagnement des personnes âgées, des acteurs aux missions et au positionnement différents. La position idéale, mais difficilement accessible, est de catalyser les relations entre acteurs sur un territoire, sans se substituer à eux. Cela découle à la fois des attentes des financeurs et de l'histoire de la coordination sur le territoire.

La rencontre avec des professionnels présents lors de la mise en place des CLIC, réseaux de santé ou MAIA, permet d'identifier différentes modalités de constitution des coordinations locales. Dans la première, les professionnels s'inscrivent dans une logique de manque : ils pallient l'absence d'autres acteurs. Dans la seconde, ils mettent en évidence les manques.

2.2.1. Coordonner sans se substituer, position des structures idéale mais d'équilibriste

Coordonner sans se substituer est la position idéale des structures de coordination, elle est cependant difficile à atteindre. Et une fois encore, l'histoire enseigne que c'est une problématique de longue date. La circulaire d'octobre 1936 déjà citée écrit que « *sous peine d'ajouter un nouvel élément de désordre aux multiples incohérences, gaspillages d'efforts et d'argent, trop souvent dénoncés, [le comité] n'a, en aucun cas, à exercer lui-même une mission dévolue exclusivement aux organismes dont il est l'émanation et que son rôle exclusif est d'animer* » (JORF, 1936b). Les premières structures de coordination sociale et sanitaire avaient donc cette mission d'animer et de faire vivre le réseau, sans se substituer aux partenaires. La manière dont la coordination s'est créée détermine ainsi son fonctionnement présent.

2.2.1.1. Les coordinations anciennes, qui associaient déjà sanitaire et social, sont un atout

Si la coordination est ancienne, elle a permis d'ancrer dans les pratiques des habitudes de travail. En attestent les CLIC en Val-de-Marne.

> Le réseau a pu être initié par les acteurs en amont. « *Quand ça part d'une volonté d'acteurs, et qu'on a réfléchi ensemble à l'opportunité d'un tel dispositif, c'est pas pareil que quand on apporte un dispositif sur un territoire* ». Sur deux territoires, les acteurs se réunissaient déjà avant la création du CLIC : « *l'idée, c'est mieux se coordonner, éviter les doublons, reconnaître l'évaluation de l'autre… Sans se poser de question* ». Les acteurs se sentent impliqués et viennent parce qu'il y a ce dynamisme. Sur un autre territoire « *c'est pas tout un territoire qui fonctionne déjà, et on a juste à créer un dispositif pour piloter. C'est : on identifie un moyen de piloter et après on verra* ». Tout dépend de la manière dont les partenaires se saisissent, sont associés au dispositif. L'ancienneté du réseau a son importance : « *[les partenaires] se connaissent depuis tellement longtemps que ça devient une habitude* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Val-de-Marne, mars 2014**

À Valenciennes aussi la coordination est ancienne.

> À l'origine de ce « *partenariat de longue date* », il y a des « *volontés personnelles* ». Dès « *les années 90, 90-95, il y a eu une volonté de travailler autour de la concertation gérontologique, qui est le dinosaure des CLIC si l'on peut dire, et une implication, au niveau des différents acteurs. En 2004, il y avait déjà une préfiguration assez aboutie de ce que sont les CLIC aujourd'hui* ». Cette coordination a été impulsée « *plutôt par les professionnels sanitaires* » : des médecins, un hôpital, des maisons de retraite ont « *déclenchées en amont* » des actions. Ainsi, il y a sur le territoire « *un passif de travail ensemble, pour le bien-être des personnes. Même si parfois il peut y avoir des enjeux de personnes et*

des enjeux de pouvoir, les enjeux institutionnels, et puis des budgets qui nous contraignent, il y a quand même l'envie de bien faire, ensemble. C'est facilitateur ».

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Valenciennes, Nord, juin 2014

Les représentants de caisses de retraite ne sont pas représentés à Dunkerque, alors qu'ils le sont à Maubeuge et Valenciennes, ces acteurs pourraient être moins inclus dans les relations de coordination dans les Flandres maritimes. L'équipe médico-sociale n'a pas, non plus, été sollicitée (Figure 9).

Preuve de la diffusion de la coordination, à Maubeuge et Valenciennes, des acteurs de proximité, comme des centres socioculturels, participent de la coordination locale, qui comprend d'ailleurs des acteurs hospitaliers. L'entretien à Maubeuge s'est greffé sur les ateliers citoyens du Bien Vieillir, organisés par le département, ce qui a facilité la réunion d'acteurs très divers.

2.2.1.2. Dans le Couserans, l'isolement du territoire fédère les acteurs

Le réseau Écho-Santé, fondé il y a une dizaine d'années par des médecins généralistes dans le Couserans, est emblématique.

Historiquement, « *les médecins avaient créé une association qui fonctionnait bien. Avec la mise en place des gardes, il y avait une bonne couverture médicale, une bonne entente. Ils travaillaient déjà dans ce sens-là* ». La « *problématique antérieure du maintien de l'hôpital de Saint-Girons, c'est quelque chose qui a fédéré les professionnels, il y a bien longtemps* ».

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Saint-Girons, Ariège, avril 2014

La MAIA qui s'installe hérite du partenariat mis en place par le réseau de santé, d'autant que les professionnels et le porteur juridique sont les mêmes.

Le réseau de santé Écho-Santé est porteur du projet MAIA du Couserans. Plus précisément, « l'ARS nous a fait muter en MAIA. Ils ne veulent plus financer les réseaux à l'heure actuelle, donc maintenant, à la mode, c'est les MAIA ».

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Saint-Girons, Ariège, avril 2014

Ce partenariat est ancien. Les participants s'accordent sur le fait que l'isolement et les difficultés du territoire ont été déclencheurs du travail en commun et en réseau.

« *Tout ce qui s'est fédéré, c'est parti de l'isolement du territoire. Tout le monde a pris conscience qu'on était en danger, et tout s'est fédéré par rapport à ça. Maternité en danger il y avait tout le monde dans la rue… enfin, il y a eu cette prise de conscience* ».

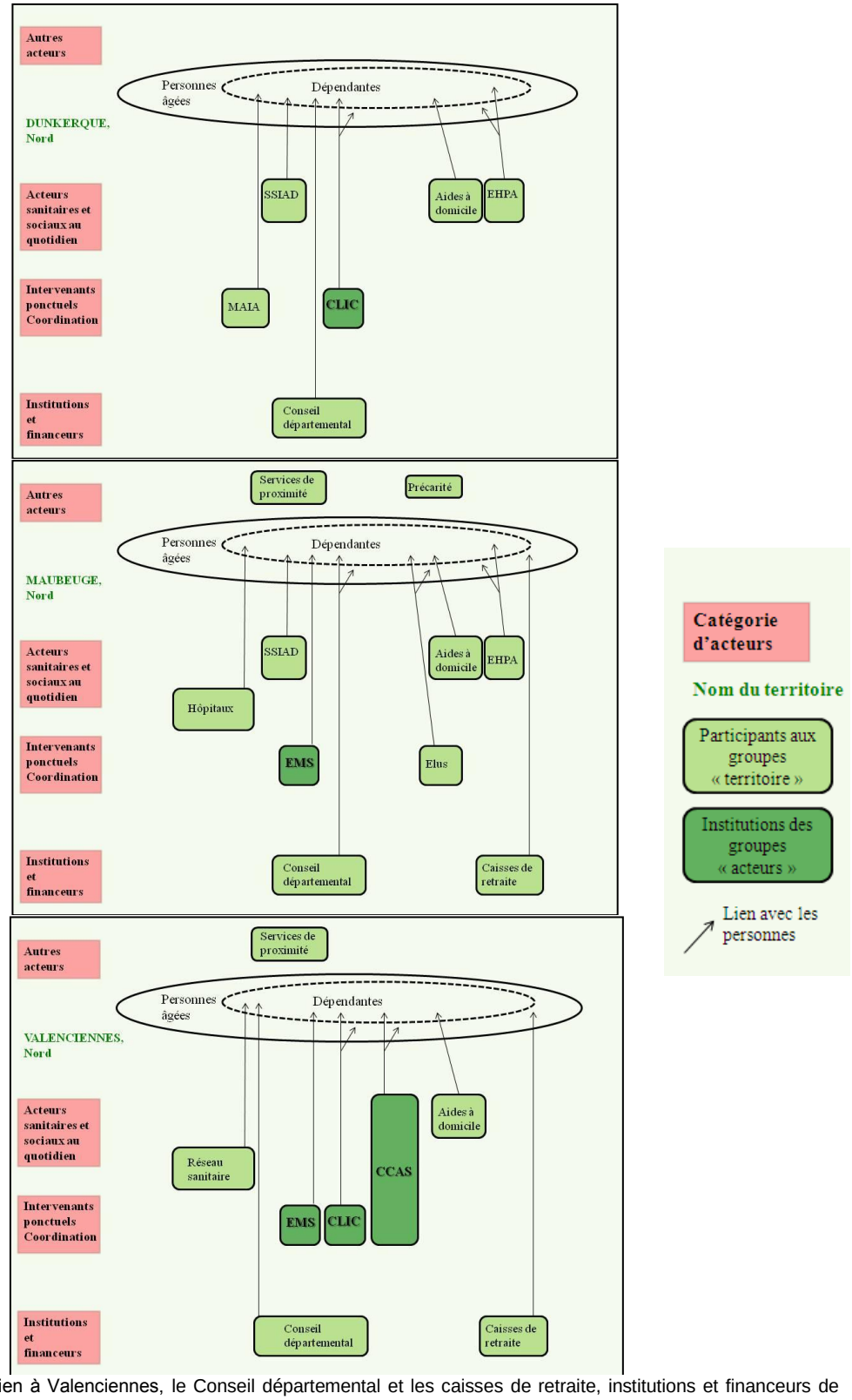
Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Saint-Girons, Ariège, avril 2014

Les habitudes de travail de la MAIA sont ainsi celles du réseau de santé, qui peut être contacté par n'importe quel professionnel, alors que les autres MAIA interviennent souvent après interpellation des CLIC.

Les échanges entre professionnels et MAIA sont facilités par l'habitude de partenariat avec Écho-Santé. Ainsi, bien que la MAIA ne soit pas encore tout à fait identifiée par les professionnels, les habitudes de travail font qu'elle est sollicitée, parce qu'Écho-Santé est « *un réseau implanté depuis très longtemps, et qui a toujours fonctionné, contrairement aux autres territoires du département de l'Ariège* », qui associait les professionnels de santé du domicile.

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Saint-Girons, Ariège, avril 2014

Figure 9 - Acteurs présents lors des entretiens de territoire, organisés par les responsables de pôle autonomie, dans le Nord



Lecture : Lors de l'entretien à Valenciennes, le Conseil départemental et les caisses de retraite, institutions et financeurs de l'accompagnement à domicile, sont représentés. **Champ** : Acteurs présents lors des entretiens. **Sources** : Journal de terrain.

2.2.1.3. Une des clés de la réussite : que les acteurs se connaissent et aient conscience de leurs limites respectives

Selon certains professionnels, c'est l'interconnaissance entre les acteurs, sur le plan personnel mais aussi des missions, qui permettent la coordination. Le positionnement effectif de la structure de coordination dépend ainsi aussi de la posture professionnelle de leurs personnels, qui doivent préalablement avoir conscience que leur mission n'est pas de faire à la place des autres acteurs.

Dans le Val-de-Marne, c'est la position formelle des coordinateurs de CLIC.

> Le CLIC se positionne comme un « *outil* », un « *support* » dont peuvent se saisir les professionnels. « *Du fait de leur moindre disponibilité, ils ont une volonté de travailler autrement, parce qu'ils [n'ont] plus le choix* ». Le CLIC permet alors d'activer les partenariats. « *La mission principale [du CLIC] c'est quand-même de fédérer [les acteurs], de faire en sorte que les professionnels restent moins isolés* ». Mais le CLIC « *n'a pas vocation à se substituer aux [autres] services* ». *Par exemple, « la mairie c'est la première porte que va pousser l'usager, et c'est tant mieux !* ». De manière identique, les CLIC travaillent avec les référents APA sans se substituer à eux.
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Val-de-Marne, mars 2014**

Coordonner sans se substituer implique que les acteurs se connaissent les uns les autres, aient conscience de leurs missions et de leurs limites respectives.

> Sur le territoire, « *ça se fait globalement assez automatiquement assez rapidement, dès qu'on rencontre une difficulté, on prend contact avec le service intervenant, on se met d'accord* ». Les professionnels sont transparents entre eux, « *dès qu'il y a une information, on la communique* ». Au-delà, « *s'il y a un service [pour lequel], au niveau de l'effectif c'est un peu plus compliqué, on bascule sur un autre service, pour soutenir* ». Sur le territoire, « *c'est particulièrement bien huilé, même avec le Conseil général, c'est un vrai travail de partenariat* ». « *En se connaissant, on connaît aussi les limites de chacun et les difficultés* ». Un représentant de CCAS déclare : « *à moi de trouver le juste milieu et de renvoyer quand je sens que je ne peux pas marcher, sur ce qui est de l'ordre des missions [du CLIC]* ». « *Le fait de bien connaître ce que fait le CLIC, je sais complètement où sont mes limites, et je ne vais pas m'aventurer sur un terrain qui n'est pas le mien, c'est tout simple* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pornic, Loire-Atlantique, juin 2014**

Les partenariats sont sans cesse à réactiver : ils sont une méthode de travail, que les professionnels arrivant sur le territoire, dans le cadre de l'implantation de nouvelles structures ou du turn-over de structures installées, doivent s'approprier. Puisque les professionnels changent, le partenariat est sans cesse à réactualiser, ce qui est souligné dans tous les entretiens au cours desquels la coordination est abordée. Bien connaître les missions et limites de chacun est pourtant difficile.

> « *Parfois, il y a une mission de départ, ou à la création d'une entité, comme la MAIA par exemple. Et au final, c'est même pas encore mis en place que ça a déjà changé de rôle* » ; « *ce n'est pas forcément évident le rôle de chacun, effectivement, même quand on est [sur le terrain]* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014**

> MAIA signifie « *Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer* ». L'acronyme aurait pu changer à deux reprises, mais « *le décret n'est pas passé. En termes de communication, c'est déjà un peu compliqué, une Maison qui n'est pas une maison, allez expliquer ça, je vous assure que ce n'est pas simple* ». Le public ciblé a également évolué : des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, « *la population a été élargie aux personnes atteintes de maladies chroniques, perte d'autonomie fonctionnelle, plus de 70 ou de 75 [ans], moi-même j'en perds mon latin* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Valenciennes, Nord, juin 2014**

> A : « *Ce tronçonnement des dispositifs, cette superposition des institutions, des dispositifs, des pilotages qui ne sont pas forcément clairs pour les uns et les autres, les missions qui restent à définir, certains outrepassent leurs missions, d'autres ne vont pas jusqu'aux missions où ils devraient aller, c'est aussi une mission qu'a le pôle autonomie, de coordonner tout cet*

accueil. […] Tous ces dispositifs sont financés par des acteurs différents, les contraintes budgétaires qui viennent s'ajouter, le paysage législatif qui va se modifier […] on a besoin d'une adaptation continue, et regarder relativement loin pour prendre la bonne direction ».

Entretien auprès des responsables des pôles autonomie, Nord, janvier 2014

Le fait que certains acteurs continuent à exercer quand les structures ou les missions des structures se transforment, rend d'autant plus difficile la lisibilité.

2.2.2. Obtenir une légitimité

Les CLIC, lors de leur mise en place localement, n'apparaissaient pas toujours légitimes aux autres acteurs, d'autant qu'ils n'interviennent pas directement mais pour faciliter l'accompagnement. Ils ont pu être vécus par des services d'aide à domicile comme faisant de l'ingérence dans le maintien de la personne à domicile. En place depuis le début des années 2000, les CLIC sont dans l'ensemble des départements perçus comme des structures importantes par les professionnels. Ce travail de légitimation est par contre en cours pour les MAIA.

A : « *La MAIA, ça ne fait pas longtemps que vous l'avez ?*
B : *Non, c'est en train de se mettre en place.*
C : *Non, mais c'est les mêmes personnes, le réseau [écho-santé et] la MAIA donc si tu veux.*
A : *Oui, il y avait cette rivalité-là quand vous vous êtes mis en place, mais ça c'était propre au Couserans, cette rivalité entre Écho-Santé et les CLIC.*
C : *Enfin, ce n'est pas une rivalité, mais…*
A : *Bah oui, mais il faut savoir qui fait quoi.*
B : *On retrouve les mêmes problèmes avec la MAIA.*
C : *Les médecins, ils ont le réflexe Réseau, après, ça…*
B : *Les gens ils se demandent ce que c'est que ce truc-là.*
A : *Nous, on n'était pas embêté par ça, parce que ça n'existait pas* ».

Entretien auprès des responsables de CLIC, Ariège, avril 2014

L'étude qualitative a montré l'aigreur de professionnels de terrain, notamment de CLIC, dans la mise en place de ce dispositif nouveau, qui n'est pas encore parvenu à asseoir sa légitimité.

Le fait d'ajouter des acteurs, comme c'est le cas pour les MAIA, est vécu comme contre-productif : « *je pense qu'on sera tous d'accord en disant que si les moyens avaient été mis [dès le départ] sur, par exemple, les CLIC, il y a cinq ou six ans en arrière, on aurait pu faire des choses* » ; c'était « *renforcer avec des compétences supplémentaires, complémentaires, les équipes des CLIC* » ; « *et ça évitait de démultiplier les évaluations* ». Le nombre de structures implique une moins bonne lisibilité pour les personnes âgées et pour les professionnels, selon les participants : « *il y a aussi le nombre d'acteurs […] sur notre territoire, certains acteurs nous appellent en nous disant : 'on vous appelle, mais on ne sait pas si c'est de votre compétence, parce qu'il y a untel, untel, untel'. On ne sait plus, à un moment ou un autre, qui fait quoi. Ça aussi ça peut rebuter le professionnel* ».

Synthèse de l'entretien auprès des responsables de CLIC, Nord, janvier 2014

Surtout, la création successive et rapprochée des dispositifs implique des organisations locales de la coordination très diverses, et une difficulté pour les personnes comme pour les professionnels d'identifier les dispositifs adéquats.

Les termes de coordination et de transversalité sont des porteurs aujourd'hui, mais « *qui coordonne quoi, on ne sait plus* ». La mise en place de la MAIA est questionnée. « *Le CLIC, on a déjà l'habitude de l'appeler, donc à la limite, on aurait mis plus de personnel… C'est dommage parce que finalement, ça faisait un intervenant* » ; « *ça aurait été plus simple* ».

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pornic, Loire-Atlantique, juin 2014

Dans une toute autre logique que la multiplication des structures de coordination, le rapport Broussy appelle de ses vœux la transformation des MDPH en une nouvelle structure de coordination, guichet unique d'information, de conseil et d'orientation (Broussy, 2013).

Actuellement l'accompagnement des personnes handicapées est structuré autour des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), guichet unique à la fois d'orientation et d'attribution des prestations. La MDPH est donc une étape obligatoire pour toutes les personnes sollicitant un accompagnement autour de leur handicap.

Selon la préconisation du rapport Broussy, les MDPH deviendraient Maisons départementales de l'autonomie (MDA) et s'adresseraient à la fois aux publics âgés et aux publics handicapés. Ces structures auraient une obligation de convention triennale avec la CNSA (Broussy, 2013).

Cette légitimité s'obtient en montrant l'utilité aux autres acteurs, notamment en parvenant à accompagner des situations qui posaient des difficultés aux structures, ou en mettant en place un partenariat inédit.

2.2.3. Pallier les manques, premier objectif des structures de coordination ?

Cette logique de manque n'est pas nouvelle et explique la construction des CLIC, mais aussi des réseaux de santé ou des MAIA. Elle a sans doute permis à des structures de montrer aux autres acteurs locaux combien elles facilitaient les accompagnements, et donc d'asseoir leur légitimité.

> Ce réseau a été construit, il y a une vingtaine d'années, « *par rapport aux besoins* » sur le territoire. Ainsi, alors que, « *normalement un réseau, c'est coordonner l'existant, nous, on a fait naître le non-existant et on l'a coordonné* ». Finalement, le réseau s'est « *substitué à ce qui n'existait pas au domicile : il n'y avait pas d'évaluation gériatrique au domicile, on met un gériatre, il n'y avait pas de psychologue pour accompagner au changement, on met un psychologue. Il n'y avait pas d'ergothérapeute pour aider au soutien à domicile, on met un ergothérapeute* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Créteil, Val-de-Marne, mai 2014**

Le manque de professionnels spécialisés sur le territoire, mais aussi le retrait de services au public, comme la fermeture des permanences des caisses de retraite, combinés à l'accroissement du nombre de personnes âgées rencontrant ces problématiques conduit les acteurs à « *boucher les trous* », qui résultent d'un glissement des tâches ou de nouveaux besoins.

> « *On est dans une logique de trous. Plus vous allez avoir les travailleurs sociaux des autres institutions qui disparaissent, plus on prend la place de ces gens-là. C'est aussi un glissement… Nous on se retrouve en bout de course, enfin tant que le Conseil général nous soutient, on se retrouve à gérer des histoires de Sécurité sociale, de caisses de retraite, d'impôt* », en lien avec le désengagement sur le territoire de ces acteurs. « *Localement, à part nos services sociaux, qu'est-ce qui reste sur les territoires ? Il n'y a plus personne* ». Un professionnel donne comme exemple un centre de permanence, créé pour « *rapprocher les administrations du monde rural. Quand on a commencé, il y avait la sécu qui venait, la CAF, la CRAM, CARSAT, la MSA. À l'heure actuelle, il n'y a plus que la sécu. Tous les autres ont disparu* ». Alors qu'au début, la MSA instruisait elle-même certains dossiers APA, elle est aujourd'hui nettement moins présente, et « *écrit aux gens pour leur dire qu'ils peuvent aller télécharger le document sur internet* » quand ils souhaitent bénéficier de son action sociale extralégale, ce qui n'est pas adapté à la population âgée ariégeoise, peu en mesure de se saisir de l'outil informatique, qui sollicite alors les CLIC. « *Les travailleurs sociaux des caisses, la MSA, par exemple, n'ont plus que du collectif, ils ne font plus de l'individuel. Un ressortissant MSA qui a besoin de telle ou telle information, il est obligé de passer par le CLIC* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès des responsables de CLIC, Ariège, avril 2014**

Les CLIC pallient le vide laissé par d'autres acteurs. En Ariège particulièrement, avec l'absence de CCAS, la diminution de services au public leur donne une importance particulière sur les territoires : ils deviennent garants de l'accessibilité à nombre de services administratifs.

L'équipement en CLIC est lié, dans les départements de l'étude, à la taille médiane des communes des départements (Tableau 22). Les CCAS étant rarement constitués en Ariège étant donnée la taille des communes, les professionnels de CLIC y sont sept fois plus nombreux qu'en Val-de-Marne, où l'action des CCAS est importante.

Tableau 22 - Nombre de professionnels de CLIC, population âgée et taille médiane des communes dans les départements d'étude

Département	ETP en CLIC	Population âgée de 60 ans ou plus	Nombre d'ETP pour 10 000 personnes âgées	Taille médiane des communes (nombre d'habitants)
Ariège	28	47 644	5,88	166
Loire-Atlantique	*57*	305 290	1,87	2 739
Nord	92	542 943	1,69	1 265
Val-de-Marne	21	258 255	0,81	21 395

Lecture : Le département du Nord compte 92 équivalents temps-pleins, pour une population âgée d'environ 543 000 personnes, soit un ratio de 1,69 ETP pour 10 000 personnes âgées. **Champ** : Ensemble des professionnels de CLIC tels que définis par les Conseils départementaux. **Sources** : Conseils départementaux d'Ariège, de Loire-Atlantique, du Nord et du Val-de-Marne, 2015, Insee (RP, 2010).

En Ariège, les CLIC proposent une action en termes d'information, de suivi, d'accompagnement et d'accès aux services similaire à celle des CCAS urbains.

Les personnes âgées sont nombreuses à rencontrer des problématiques plurielles, à la fois sanitaires, sociales, économiques, d'adaptation du logement. Or, des tensions financières pèsent sur les activités sanitaires et sociales, et des institutions réduisent leur nombre de professionnels : beaucoup manquent donc de temps. La possibilité de déléguer la gestion d'une situation complexe à une autre structure est donc séduisante.

> « *Au départ, il y a beaucoup de gens qui sont overbookés pour plein de choses et qui, voient en le CLIC la Cour des Miracles. Avant, c'était 'appelez-moi le curé', 'appelez-moi le maire' ou l'instit, maintenant c'est 'appelez-moi le CLIC' parce qu'ils pensent qu'on a une baguette magique et qu'on peut tout faire. On peut faire mieux, ensemble, mais on ne peut pas tout faire* ». Certains attendent du CLIC qu'il « *bouche les trous, parce que tout le monde se renvoie certaines patates chaudes* ». Le CLIC est donc « *porte d'entrée de toutes les situations complexes dont personne ne sait pas quel bout les prendre et ni ne s'estime compétent pour prendre en charge la globalité de la situation de la personne* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès des responsables de CLIC, Nord, janvier 2014**

Parfois, cette substitution serait avantageuse : alors que la plupart des autres acteurs sont sur des logiques d'aide financière ou budgétaire, les CLIC valorisent un accompagnement humain, au-delà d'un problème social.

2.2.4. Refuser la porosité des fonctions, aux dépens de la personne âgée ?

Les CLIC peuvent entrer dans une logique de pallier les manques, mais d'autres services également. En atteste un directeur de service d'aide à domicile qui montre combien les missions qu'il assume s'élargissent à des problématiques sociales ou de coordination qui ne sont pas son cœur de métier. Cela soulève plusieurs questions : d'abord, si le service réalise ce suivi, n'est-ce pas au détriment de la qualité de la prestation qui relève de sa mission, pour laquelle il manquera ensuite de temps ? Ensuite, la formation de ses professionnels leur permet-elle de réaliser ce suivi en garantissant son efficacité

pour le bénéficiaire et leur propre bien-être au travail ? En Flandres maritimes, dans le Nord, les dynamiques de coordination sont plutôt récentes et vivent de plein fouet ces débats éthiques.

> Il faudrait un « *recentrage sur ses missions* » de chaque acteur. Pour chaque mission, « *on doit pouvoir trouver le service adapté, et non pas demander à un autre acteur, qui est positionné sur une autre mission de s'accaparer cette mission-là. Parce que lui, c'est aux dépens de sa prise en charge* ». Finalement, pour progresser, il faudra « *vraiment se recentrer sur les missions distinctes de chacun, savoir rester dans son périmètre d'intervention. Parce là, ça crée un fouillis et du manque de lisibilité pour les usagers et pour les professionnels* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Dunkerque, Nord, juin 2014**

Cependant, pour que les manques soient visibles et que chaque acteur se recentre sur ses missions, c'est-à-dire pour que chaque structure réalise l'ensemble des missions qui sont les siennes, il faudrait parfois mettre en évidence ces carences sur des situations particulières.

> *A* : « *Quand on a une situation d'urgence, qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce qu'on se dit : 'c'est pas de mon ressort' ? Le gestionnaire de cas normalement n'a pas à intervenir. On le fait. Par moment on est obligé de le faire. Quand il y a une consultation mémoire qui est prévue depuis des mois, que la personne n'a pas de famille et qu'elle ne peut pas bénéficier d'une ambulance ou qu'elle a peur, on prend la personne et puis on l'accompagne. Parce qu'on sait que si on ne le fait pas, elle n'ira pas. Et que si elle n'y va pas, elle n'est pas diagnostiquée. Et si elle n'est pas diagnostiquée, elle ne bénéficie pas de l'accompagnement. On [peut se dire] : 'c'est pas mon métier et je respecte le cahier des charges', et logiquement on devrait le faire tous, et du coup on met en évidence les manques, mais c'est quand même au détriment de l'usager.*
>
> *B : je ne sais pas si c'est au détriment de l'usager*
>
> *A : à court terme*
>
> *B : c'est [aussi] au détriment de notre… mission* ».
>
> **Entretien auprès de professionnels du territoire, Dunkerque, Nord, juin 2014**

Cette problématique est d'autant plus complexe que les situations rencontrées par les personnes sont délicates. Les ressentis individuels de chaque personne ou de leurs aidants peuvent également ajouter de la complexité : par exemple, certaines personnes peuvent percevoir négativement l'intervention de nouveaux professionnels, alors qu'ils ont accordé leur confiance à celui du CLIC, du CCAS ou du service d'aide à domicile.

2.3. Partager les constats, les difficultés, et l'évaluation

Quand la coordination est mise en place et fonctionne, que les professionnels remplissent leurs missions en étant conscients des limites des autres structures, les acteurs aimeraient aller plus loin : vers un partage de l'évaluation. Le partage des constats est une plus-value pour les professionnels.

2.3.1. Voilà ce que je vois, voilà ce que je fais : croiser les regards et échanger les pratiques, les réseaux pour les professionnels

Certaines personnes âgées rencontrent des situations de dépendance importante, qui s'accompagne parfois, quand elles sont liées à une pathologie neuropsychiatrique, d'une perte d'autonomie. Il arrive donc que ces personnes ne disposent pas de capacités suffisantes pour effectuer seules le choix de leur lieu de vie ou des intervenants. Le fait que les solutions mises en place soient validées par plusieurs professionnels atteste de leur bien-fondé pour la personne accompagnée, et permet également de partager la responsabilité professionnelle : c'est une équipe, réunissant plusieurs structures, qui a pris cette décision.

Les diverses structures sont « *confronté[es] parfois à des personnes qui ne sont pas en capacité de faire des choix, et à des familles qui elles-mêmes sont bien en difficulté aussi pour le faire. Donc il faut les accompagner dans ce sens-là, c'est ce qu'on fait dans ce partenariat-là.* ». Ainsi, « *notre part de responsabilité à tous, à un moment donné, de se dire : 'bon, qu'est-ce qu'on choisit ?' Mais bon, on est bien obligé, on se pose cette question, et on accepte une réponse, aussi. Je pense que c'est important d'en prendre la responsabilité* ». Finalement, dans le réseau, « *on fait beaucoup en lieu et place des personnes. Et ça, c'est quand même une question qu'on se pose à longueur de temps. C'est-à-dire [qu'après avoir donné] l'information, on décide quand même beaucoup pour les gens, il ne faut pas se leurrer, on le sait, on le sait entre nous, on le fait ensemble, je ne dirai pas que ça cautionne, mais en tous les cas, ça nous permet de se dire que c'est sûrement dans un sens qui nous convient à tous. Il faut l'avoir en tête, la question de la liberté individuelle, elle nous traverse tout le temps, et pourtant on y répond d'une certaine manière, et on assume les réponses qu'on fait* ».

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Limeil-Brévannes, Val-de-Marne, avril 2014

Plus largement, accompagner la dépendance, ou domicile ou en établissement, est une mission difficile, ce sont des métiers au contact de la maladie, parfois de la mort. En EHPAD, les professionnels exercent en équipe, plusieurs étant toujours présents dans la structure. Au domicile, l'isolement professionnel est important : les professionnels se croisent rarement, et les interventions se réalisent seul.

Le CLIC répond aux professionnels qui « *se sentent très isolés* », en favorisant les échanges « *sur des situations qui sont parfois compliquées* ». En effet, « *des professionnels peuvent se trouver parfois démunis face aux difficultés. C'est, enfin j'espère qu'ils savent qu'ils peuvent faire appel, ne pas rester tout seul* », notamment les médecins de ville.

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Créteil, Val-de-Marne, mai 2014

Au départ, les concertations étaient entre professionnels uniquement « *pour que les* [intervenants] *puissent déverser leurs difficultés, parce qu'ils se succèdent souvent chez la personne sans se croiser. C'est vraiment important de croiser les regards, partager, dire les difficultés des uns ou des autres, et de valoriser tout le travail accompli. Il y a un besoin d'avoir des moments de partage et de reconnaissance de la part des pairs* ». Les coordinateurs de CLIC « *veillent à remettre de l'objectivité dans les situations* », il y a « *beaucoup de parti-pris, de jugement parfois* » de la part des professionnels. Ce qui permet aux coordinateurs « *d'être des fois plus objectifs, c'est* [qu'ils ne sont] *pas dans cette souffrance quotidienne* ».

Entretien auprès de responsables de CLIC, Loire-Atlantique, mai 2014

L'échange de pratiques, que nous avons mentionné comme garantie d'équité lorsqu'il se déroule au sein de l'équipe médico-sociale ou des CLIC, permet également aux professionnels de réfléchir ensemble.

Le CLIC offre un cadre à l'échange de pratiques entre professionnels : « *plusieurs communes, donc plusieurs territoires, donc du coup ils nous rassemblent, ils nous permettent de nous connaître, nous, acteurs du territoire* » ; « *moi j'y trouve vraiment un gros intérêt […] parce qu'on a tous besoin de voir un peu ce qui se fait chez les collègues, de pouvoir discuter des mêmes choses* ».

Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Nord, avril 2014

Cet échange n'est possible que lorsque les constats sont partagés.

« *On voit chacun avec notre lorgnette* », donc les échanges sont enrichissants « *à condition qu'on arrive à se partager les constats* ».

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Maubeuge, Nord, juin 2014

2.3.2. L'évaluation partagée, utilité et obstacles

Après la collaboration sur des situations individuelles, et l'organisation de la coordination sur les territoires, certains acteurs appellent de leurs vœux la mise en place puis la diffusion de l'évaluation partagée entre professionnels, à la fois coordonnateurs de CLIC, équipe médico-sociale et intervenants au quotidien.

Les MAIA, en rassemblant périodiquement les acteurs, visent à harmoniser les pratiques et à améliorer la lisibilité du système de soins et d'aides, par la création de référentiels de pratiques ou de référentiels de missions (Centre local de coordination et d'information n°3, 2013).

2.3.2.1. L'évaluation partagée facilite les démarches de la personne âgée et permet l'échange entre professionnels

C'est d'abord pour faciliter les démarches de la personne que les professionnels souhaitent mettre en place l'évaluation partagée. Il est en effet difficile pour les personnes de se livrer à de nombreuses reprises, de répéter leur situation, à des services qui pourraient communiquer entre eux les informations.

> A : « *Imaginons, demain, vous êtes sollicité pour mettre en place des aides, vous passez par x professionnels, chacun vous demande la même information, c'est très compliqué. Alors c'est déjà très compliqué pour nous, imaginez la personne âgée et l'entourage. « Pourquoi on me pose toujours la même question ? »*
> *B : elle est saturée de ré-expliquer les choses*
> *A : et puis les évaluations successives de Pierre, de Paul, de Jacques, il y a des personnes qui nous disent ''on n'est pas un moulin''.* »
>
> **Entretien auprès de responsables de CLIC, Nord, janvier 2014**

À la lumière des échanges, partager le travail d'évaluation offre aux professionnels une méthode de travail intéressante, dans laquelle les professionnels ne sont pas isolés. Cela permet en outre de se prémunir contre une éventuelle instrumentalisation de l'intervention par la personne ou l'entourage.

> La coordination et au-delà, l'évaluation partagée « *créé un diapason pour être cohérent vis-à-vis du [conjoint] qui, dans le déni, peut aussi manipuler les différentes personnes. Sans être négatif sur la personne, c'est comme ça, c'est juste humain : avec l'aide à domicile, on ne sera pas pareil qu'avec l'aide-soignante qui vient faire la toilette, on ne sera pas pareil qu'avec Madame CLIC ou Madame Conseil général qui vient tous les six mois parce qu'il y a une aggravation* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Loire-Atlantique, mai 2014**

> Lorsque le Conseil départemental évalue la dépendance au domicile, est rédigé un compte-rendu détaillé, qui n'est pas toujours transmis au service intervenant. Dans le cas du handicap, un directeur de SAD note : « *on n'a pas le projet de vie, on n'a pas fait partie de son élaboration, on devient un simple prestataire du dispositif. Nos responsables de secteur doivent refaire une évaluation* », celle-ci sera souvent différente de celle faite par le Conseil général : « *entre ce que dira la personne à la MDPSH [Maison départementale des personnes en situation de handicap] et ce qu'elle va nous dire ensuite, en termes de donneur d'ordre… elle ne va pas se situer sur le même niveau d'échange* ». Finalement, le participant pointe, la « *succession d'évaluations* » sans échange sur leur contenu, et « *parfois un décalage entre l'évaluation qui est faite et la réalité qu'on rencontre sur le terrain* ». Cela existe, dans une moindre mesure, pour les personnes âgées.
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pamiers, Ariège, avril 2014**

En Ariège, des réunions mensuelles sont organisées entre l'équipe médico-sociale et les services. Ce qui n'existe pas dans les autres départements de l'étude, dans lesquels le nombre de services d'aide à domicile est trop important. Cela permet des échanges sur les personnes accompagnées, cependant, les réunions mensuelles sont jugées insuffisantes.

Elles ne rassemblent « *qu'une partie des acteurs* ». Or, il faudrait « *organiser un travail transversal entre tous les acteurs, et ça, ce n'est jamais fait* ». Une association qui « *organise les fins de vie, demande à tous les acteurs de se retrouver au chevet du patient* » (sociaux, médico-sociaux, sanitaires, familles…). C'est aussi ce qu'est amenée à faire la MAIA pour les « *cas complexes* » mais « *ça devrait être vrai quel que soit le type de prise en charge* », que l'on « *puisse avoir ce maillage* », « *quasiment pour chaque personne* ».

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pamiers, Ariège, avril 2014

L'évaluation partagée serait donc une plus-value pour les personnes âgées et pour les professionnels. Cependant, plusieurs difficultés gênent le développement de cette pratique.

2.3.2.2. Secret professionnel et légitimité des acteurs, les difficultés de l'évaluation partagée

Les limites à la mise en place de l'évaluation partagée sont de deux natures. La première est légale. Il n'est légalement pas possible aux services de se transmettre des informations relatives à des individus.

« *Chaque professionnel se retranche derrière ce sacro-saint secret professionnel, et donc, non-transmission des éléments* ». Pour le PAERPA, « *un décret est venu cadrer la problématique du secret partagé, pour les autres professionnels c'est un no man's land. Entre nous, on ne peut pas se communiquer la liste des personnes qu'on accompagne […] il y a un vide qui nous empêche de travailler correctement* ».

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Dunkerque, Nord, juin 2014

Sans aller jusqu'à l'évaluation partagée, il s'agit au moins « *de l'information partagée* ». Il faut cependant « *dédramatiser ce qu'on entend par partage d'information, parce qu'on n'attend pas du sanitaire, quand on est dans le médico-social, d'avoir les informations d'un niveau d'expertise qui vous dépasse* » : « *l'aide à domicile se moque de connaître le traitement, le niveau de Gamma GT de la personne chez qui elle est. Par contre, ça l'intéresserait de savoir qu'elle court un risque ou qu'il faut qu'elle prenne une précaution par rapport à tel geste* ».

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pamiers, Ariège, avril 2014

Il n'empêche que ces échanges doivent être encadrés par la loi. Le secret professionnel vise à permettre l'instauration d'une relation de confiance entre la personne âgée et le professionnel, et contraint ce dernier à ne pas divulguer d'information confidentielle sur son patient (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux [ANESM], 2010). Afin que les professionnels ne soient pas mis en difficultés, il est nécessaire que les informations qui peuvent être échangées soient légalement définies, ce qui n'est pas le cas, sauf effectivement pour le PAERPA.

La seconde difficulté porte sur la nature de la structure ou de l'institution pouvant mettre en place et organiser cette évaluation partagée. D'abord, cela prend du temps. L'évaluation partagée nécessite une disponibilité simultanée des acteurs, mais aussi que des professionnels programment l'évaluation, rédigent un compte-rendu des échanges etc. Des financements spécifiques seraient donc nécessairement dédiés à cette nouvelle mission. Cela dit, « *du fait des processus réguliers d'évaluation des besoins de la personne, la structure de coordination peut s'analyser comme un lieu d'adaptation « en temps réel » des aides aux besoins* », l'évaluation partagée pourrait alors permettre une maîtrise des dépenses (Frossard et Boitard, 1997).

« *C'est difficile à institutionnaliser, parce que personne ne peut prendre la prérogative [de l'organiser]* ». Les CLIC seraient « *une bonne porte d'entrée, à condition qu'ils aient cette prérogative, et qu'il y ait des moyens* » pour le faire.

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pamiers, Ariège, avril 2014

Au-delà du temps et des financements, la question de la prérogative, et donc de la légitimité, est importante. Les entretiens montrent que les acteurs qui requièrent le développement de l'évaluation

partagée sont ceux qui en ont le plus besoin, souvent ceux qui sont directement en contact avec les personnes, donc le service d'aide à domicile ou de soins infirmiers à domicile dont les intervenants sont épuisés. Ils soulignent alors les apports de cette méthode de travail novatrice.

Ces problématiques conduisent à interroger les enjeux institutionnels de la coordination.

3. De structures déconcentrées à une gestion décentralisée : la coordination sanitaire, sociale et médico-sociale est historiquement départementale

C'est à l'échelle communale que l'organisation et la gestion de l'ancienne assistance publique se constitue historiquement, « *héritant de l'action caritative qui s'est naturellement développée dans cet espace communautaire proche des individus. C'est une loi de 1934 qui, pour pallier les limites et les inconvénients du niveau communal en matière de mise en œuvre des prestations légales, a fait remonter cette compétence à l'échelon départemental* » (Dalloz, 2015, commentaire de l'article L121-6). Avant même cela, dans l'article 6 de la loi de 1905 relative à l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables, « *le service de l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables est organisé, dans chaque départemental, par le Conseil général* » (Guillot, 1907).

3.1. Une coordination pensée à l'échelle départementale : d'une politique déconcentrée à une politique décentralisée

3.1.1. Des circulaires de 1936 à la décentralisation de 1982

Dès 1936, la coordination est pensée à l'échelle départementale, visant à réunir « *les organismes assurant la protection de la santé publique et la lutte contre les fléaux sociaux – qu'ils relèvent des collectivités publiques, des caisses d'assurance sociale, des commissions hospitalières ou des œuvres privées* » (JORF, 1936a). En 1936, l'office départemental d'hygiène sociale ou à défaut la coordination sanitaire et sociale, tous deux définis par la circulaire, ont alors trois missions :

- Définir la politique de prévention sanitaire et d'assistance sociale du département.
- Instruire les demandes de subvention.
- Procéder à la répartition des subventions de fonctionnement.

Les préfets de département assurent la présidence de ces commissions. Par la même circulaire, une union départementale des institutions privées de protection de la santé publique et d'assistance sociale, chargée de fédérer les différents acteurs du territoire, doit être mise en place.

Dans sa circulaire d'octobre 1936, le ministre de la santé Henri Sellier souligne l'implication des Préfets dans cette politique, et l'importance d'une gestion locale : « *en matière de santé publique et de protection sociale, plus qu'en toute autre, les initiatives de l'État exigent, pour être fécondes, que leur mise en œuvre soit au maximum décentralisée et que les autorités locales y apportent le maximum d'attention vigilante* » (JORF, 1936b). Ce sont déjà au sein des départements que s'organisent les coordinations locales, la circulaire propose même des décentralisations infra-départementales : « *dans la plupart des départements, l'importance de la population et la superficie, les développements des centres particuliers, des institutions d'hygiène et de protection sanitaire, seront de nature à amener le comité de coordination à décentraliser son action et à l'appuyer sur des organismes locaux de secteurs ou de communes* » (JORF, 1936b).

La loi du 4 août 1950 organisant la liaison et la coordination des services sociaux offre une base législative plus importante, créant « *dans chaque département, un comité départemental de liaison et de coordination des services sociaux publics et privés, jouissant de la capacité juridique* » (JORF, 1950).

Aussi, logiquement, quand les instances locales de coordination sont créées, elles le sont à l'échelon local, grâce à la circulaire du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale en faveur des retraités et des personnes âgées (JORF, 1982), et aux lois de décentralisation de 1983 relatives à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État (JORF, 1983). Avec la loi 2004-809 relative aux libertés et responsabilités locales, le département acquiert une mission de pilotage de l'action sociale, un rôle de prise d'initiatives et de coordination. Il devient légalement chef de file de l'action sociale. La coordination aujourd'hui incombe directement au département, qui « *met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de Sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent* » (CASF, article L121-1).

La désignation du département comme chef de file de l'action sociale en 2004 assoit sa légitimité à structurer l'offre locale et à impulser la coordination.

3.1.2. Les outils : le schéma gérontologique départemental

Les schémas gérontologiques départementaux sont mis en place par décret en 1982. Le ministère des Affaires sociales et de l'Intégration rédige en 1992 un document méthodologique intitulé « *Élaborer un schéma départemental pour personnes âgée*s » qui explique que « *si la notion de schéma est utilisée de préférence à celle de plan, c'est pour manifester de la part de la puissance publique comme de la part des acteurs, la volonté d'un changement par rapport au passé dans le processus de décision, notamment au niveau de l'articulation entre les axes stratégiques et la mise en œuvre des décisions. […] Le schéma n'est pas opposable sur le plan juridique, mais il a une valeur forte s'il procède d'une démarche consensuelle* ». Le schéma « *couvre la totalité du champ de la vie des personnes âgées et pas seulement les équipements et les services spécifiques* » (Mousnier-Lompre *et al.*, 1992).

Actuellement, la plupart des schémas gérontologiques sont disponibles sur internet.

Les schémas ont fait l'objet d'une analyse par l'Association nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'information (Ancreai) en 2013, consacrée aux *Politiques territoriales en faveur des personnes âgées, à travers les schémas départementaux et régionaux d'organisation médico-sociale* (Ancreai, 2013). L'association souligne que la coordination entre les acteurs, comme moyen d'éviter les ruptures de parcours de vie, est avec le maintien à domicile, une des deux grandes orientations des schémas territoriaux : elle est présente dans 80 % des schémas étudiés par l'Ancreai. Les schémas territoriaux font état d'une démarche collaborative dans leur élaboration, avec la réunion de divers groupes de travail, réunissant le plus souvent les professionnels locaux (services d'aide à domicile, hôpitaux, services de soins infirmiers à domicile etc.), d'autres financeurs, comme l'Agence régionale de santé ou les Caisses de retraite, et des représentants d'usagers, le Comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA) est fréquemment associé. Trois à cinq groupes thématiques se réunissant en moyenne trois fois au cours de l'élaboration du schéma (Ancreai).

Au cours des entretiens, le rôle du Conseil départemental est abordé. Il l'est certes en tant que financeur, notamment par les services d'aide à domicile, mais les acteurs ont relevé d'autres attentes.

Les CCAS du Val-de-Marne soulignent combien le département pourrait faciliter l'échange de pratiques entre les communes.

> Des rencontres entre responsables de CCAS, au niveau des directions, existent sur le département, pilotées par plusieurs directeurs de CCAS. Mais tous les CCAS ne participent pas, également parce que le groupe organisateur peine à obtenir l'ensemble des coordonnées mails. Le Conseil département est attendu pour appuyer la démarche.
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014**

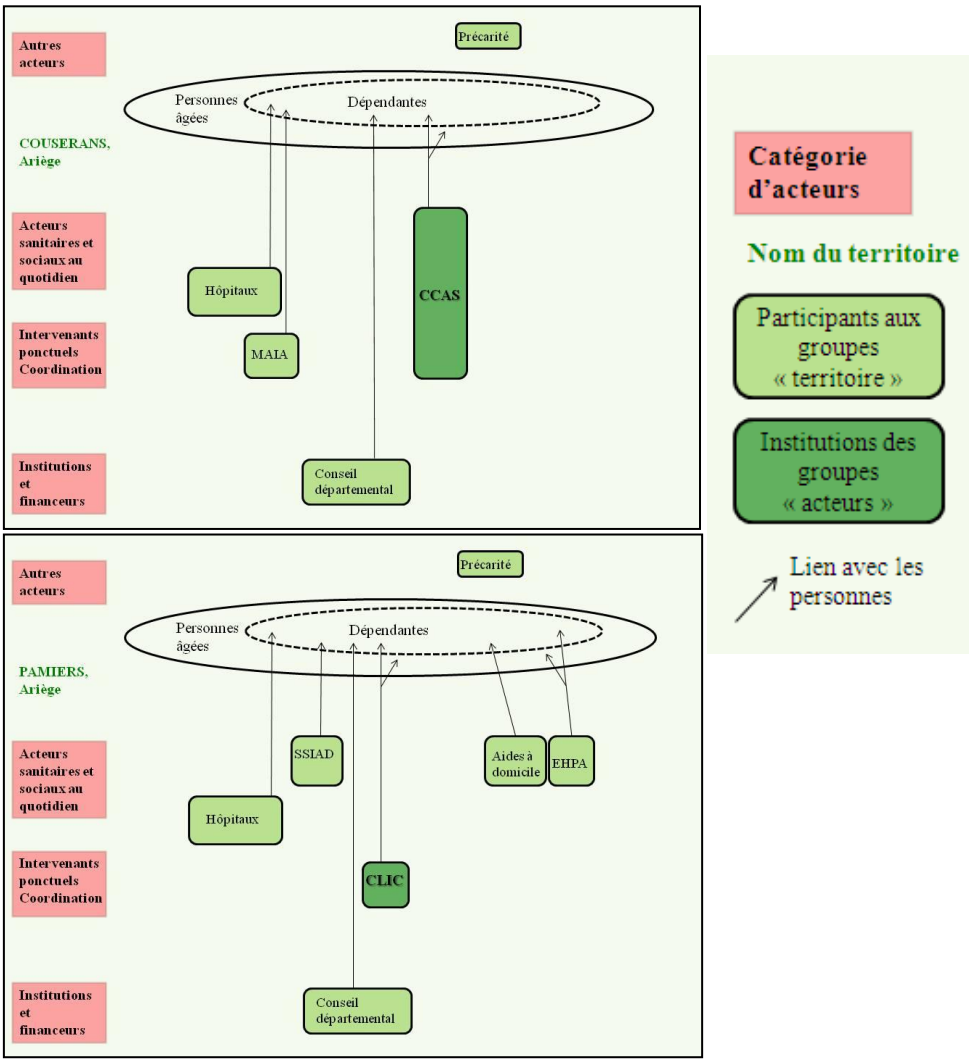
Autre exemple, toujours en Val-de-Marne, sur l'entrée en EHPAD. L'échange montre que les acteurs attendent du département une capacité de décision et d'impulsion de celles-ci.

> Il ne s'agit pas de « *penser aux EHPAD tout de suite* » mais d'anticiper. Il a été proposé il y a plusieurs années que, dès que les personnes étaient évaluées « *en GIR 1 ou 2, le dossier d'aide social* [soit préparé], *et que ce soit obligatoire* ». « *L'intérêt, c'est que le Val-de-Marne accepte d'étudier la demande* » ; « *en plus, les obligés entendent, ils vont savoir à quoi s'en tenir* », « *ça peut lever des blocages* ». En effet, le département a publié son règlement d'aide sociale mais pas de barème, demander une étude du dossier « *lève toutes les angoisses, tous les fantasmes qu'on peut avoir* ». Aujourd'hui, les participants sont donc en attente de « *directives très nettes, par exemple du CG. Maintenant, il faut légiférer* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Créteil, Val-de-Marne, mai 2014**

Des attentes envers le Conseil départemental sont exprimées dans tous les départements. L'invitation aux réunions offrait un cadre inédit : une possibilité d'échanges sur l'organisation locale de l'accompagnement de la dépendance, avec le soutien du département.

En Ariège, les entretiens se déroulent au moment de la mise en place des MAIA, et de la réflexion autour du nouveau schéma gérontologique. Ils ont permis un échange préalable entre les acteurs du territoire, et ainsi de dynamiser les tables tactiques de la MAIA. Dans les deux entretiens, des représentants des centres locaux sont présents, ainsi que des hôpitaux (Figure 10). Le principal service d'aide à domicile du Couserans couvre l'ensemble de l'Ariège, et a participé à l'entretien en Basse-Ariège, c'est pourquoi il n'est pas présent dans le Couserans.

Figure 10 - Acteurs présents lors des entretiens de territoire, organisés par le département, en Ariège



Lecture : Un ou plusieurs représentants de CCAS, qui sont à la fois des intervenants ponctuels chargés de coordination, et des acteurs du quotidien, étaient présents lors de l'entretien à Saint-Girons. **Champ** : Acteurs présents lors des entretiens. **Sources** : Journal de terrain.

Malgré leur rôle de chef de file, les départements ne sont pas les seuls échelons administratifs à mettre en place de la coordination médico-sociale : les régions et l'État peuvent également l'impulser.

3.2. Les Conseils départementaux, en concurrence avec d'autres échelles de décision ?

3.2.1. Les tensions avec l'État

Les différents dispositifs donnent à voir des tensions avec d'autres échelles de décision, en particulier nationale et régionale. Exemple des tensions entre État et département sur la coordination gérontologique, les départements étaient initialement écartés du dispositif CLIC. Après la décentralisation, « *les représentants de l'État avaient pour ambition de mettre en œuvre un contre-pouvoir, et la coordination s'y prêtait fort bien. Après les extrêmes disparités de la mise en œuvre de la Prestation spécifique dépendance, devant l'émiettement de la politique vieillesse, départementalisée, qui pouvait s'insurger contre un rôle autoproclamé, taillé à sa mesure, de grand*

coordonnateur pour un État bienveillant qui garantirait l'égalité aux citoyens et la cohérence des actions en faveur des personnes âgées ? » (Amyot, 2010).

Ensuite, « *les changements politiques, mais surtout l'impossibilité pour l'État d'assumer financièrement le développement du plan CLIC qui fera basculer les lieux décisionnels, sous couvert de nouvelle décentralisation* (Amyot, 2010). L'État cesse de financer les CLIC qui se créent en 2004. La veille sur l'évolution du dispositif n'est pas même assurée comme en atteste l'absence de mise à jour sur le site internet du Ministère de la Santé et des solidarités du répertoire des CLIC existants. Un recensement qui a pu être effectué par nos soins à partir des portails internet des Conseils départementaux met en avant que la plupart des mises à jour du répertoire du Ministère datent de 2004, tandis que les informations actualisées relatives aux CLIC sont disponibles dans la plupart des départements en 2015 (Graphique 20).

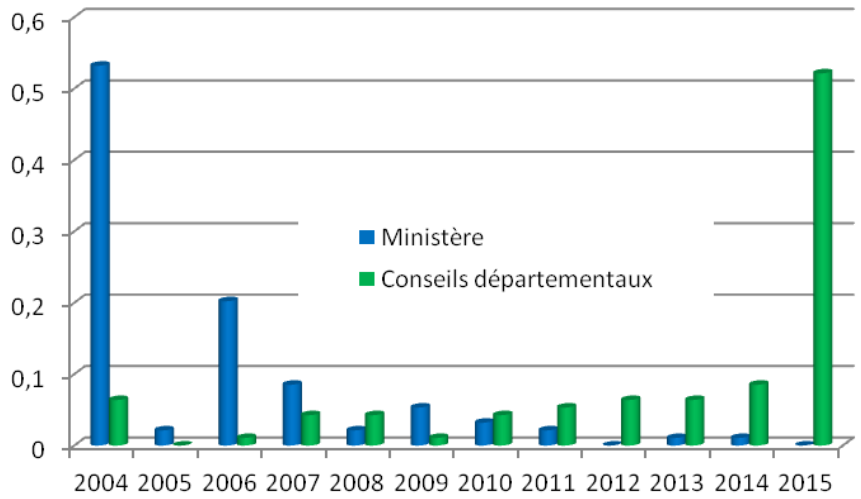
Récemment, le rapport Broussy montre une nouvelle tentative de mise en place d'une coordination dans laquelle l'État pourrait, au moins partiellement, intervenir. Les Maisons départementales de l'autonomie, seraient départementales mais auraient une obligation de contractualiser de manière trisannuelle avec la CNSA, « *afin que les territoires soient en connexion et en cohérence avec les politiques publiques nationales* ». En parallèle, les membres du groupe de travail souhaitent « *renforcer la CNSA pour doter l'État d'un pilote puissant et incontestable* » (Broussy, 2013).

La CNSA a une gouvernance originale : des représentants de l'administration centrale, de Conseils départementaux, des parlementaires siègent aux côtés d'organisations syndicales interprofessionnelles, d'organisations d'employeurs, de représentants d'associations nationales œuvrant dans le champ du handicap et de la dépendance, d'organismes nationaux et des personnalités qualifiées.

Certains responsables départementaux posent la question du rôle de la CNSA, qui n'est pas directement l'État mais pourrait devenir une maison commune. Cependant la composition des instances dirigeantes de la CNSA n'accorde pas une place équivalente à l'État et aux départements. Ceux-ci ont respectivement dix représentants contre six, et surtout 45 % des voix, contre 7 % (Graphique 21).

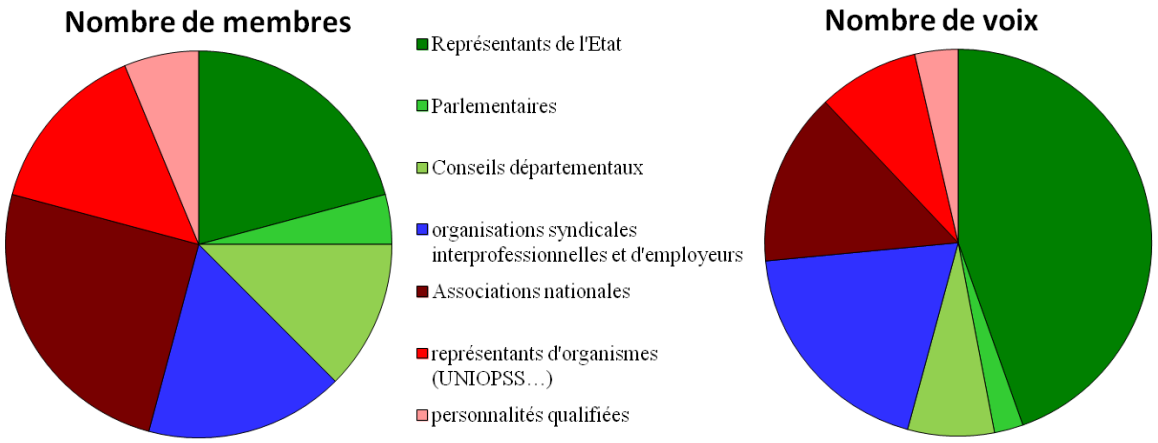
Les tensions avec l'État ne sont pas affichées, et pas toujours perçues par les professionnels rencontrés. À l'inverse, la mise en place des agences régionales de santé est vécue comme l'arrivée d'un nouveau pilote de la politique d'accompagnement de la dépendance, et les frictions entre ARS et Conseils départementaux sont davantage lisibles dans les entretiens.

Graphique 20 - Fréquence des dernières années d'actualisation des informations relatives aux CLIC sur le site internet du ministère de la Santé et des Solidarités et dans l'actualisation réalisée à partir des informations des Conseils départementaux



Lecture : Les informations relatives à 55 % des départements ont été mises à jour pour la dernière fois en 2004 sur le site du Ministère. **Champ** : France métropolitaine hors Corse et hors Haute-Vienne. **Sources** : Ministère de la Santé et des Solidarités.

Graphique 21 - Composition du Conseil de la CNSA



Lecture : Alors que les représentants de l'État représentent moins d'un quart des membres, ils détiennent presque la moitié des voix. **Champ** : Composition du conseil de la CNSA. **Sources** : Décret du 23 avril 2005 relatif à la composition et au fonctionnement des instances dirigeantes et du conseil scientifique de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

3.2.2. Un acteur concurrent : les Agences régionales de santé et la mise en place des MAIA

Les ARS sont créées par la loi « hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) de juillet 2009 (JORF, 2009 ; chapitre 2). Parce qu'elles financent l'offre d'accompagnement de la dépendance, subventionnant les EHPAD, les SSIAD et infirmiers libéraux, elles sont un acteur avec lequel le Conseil départemental travaille. Au-delà, les ARS rédigent elles-aussi des schémas, dits régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS). Schémas départementaux et régionaux doivent converger, ce qui est complexe ne serait-ce que par leur temporalité : dans une même région, les schémas départementaux ne couvrent pas tous la même période de validité, certains sont rédigés avant, d'autres après le schéma régional. Les ARS fixent les stratégies en matière de santé dans les Projets régionaux de santé (PRS). Au sein de ceux-ci, les programmes interdépartementaux d'accompagnement des

handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) sont des instruments de programmation financière, en lien avec le SROMS, en cohérence avec les schémas d'organisation des soins et de prévention. L'objectif du PRIAC est de pallier les inégalités territoriales. Les différences existant entre les départements légitiment certes l'échelle régionale, mais c'est la possibilité d'une définition conjointe d'objectifs à la fois sanitaires et médico-sociaux qui rendrait cette échelle pertinente.

Les Conseils départementaux figurent parfois parmi les premiers partenaires associés par les ARS dans le processus d'écriture des schémas mais « *dans une majorité d'ARS, il semble que les conseils [départementaux] se soient vu accorder une place équivalente à celle des autres partenaires des ARS. Environ la moitié des schémas régionaux recherchent une intégration étroite entre les objectifs départementaux et les objectifs régionaux de l'ARS en faisant des orientations départementales un des piliers de la réflexion de l'ARS* » (CNSA, 2013). Les ARS font quant à elle le plus souvent partie des acteurs associés à l'élaboration des schémas gérontologiques.

Au-delà des schémas, les ARS ont récemment mis en place le dispositif MAIA. Les projets de création de MAIA sont évalués par l'ARS et non par le Conseil départemental, pourtant chef de file de l'action sociale, et notamment l'action sociale à destination des personnes âgées dépendantes : la MAIA est positionnée plus directement sur le sanitaire que les acteurs ou structures rattachées au Conseil départemental, comme les CLIC.

Certes, le dispositif MAIA « *s'appuie sur une institution, légitime sur le territoire par sa capacité à mobiliser les acteurs locaux* » (CNSA, 2014a). C'est d'ailleurs pourquoi certains professionnels, dans l'ensemble des départements de l'étude, envisagent la MAIA comme des financements supplémentaires pour réaliser ce qui est déjà fait au sein des structures de coordination que sont les CLIC ou les réseaux de santé. Mais le dispositif n'en reste pas moins un nouvel acteur, financé par les ARS, qui s'installe sur le territoire. Dans les quatre départements, les MAIA se créent avec l'impulsion du Conseil départemental, qui incite parfois même les acteurs à déposer un dossier. Les MAIA seraient alors un dispositif financièrement lié aux ARS, et indirectement rattaché aux départements, ce qui contribue aux échanges entre les deux financeurs.

La gestion de cas n'est pas le principal intérêt de la MAIA. Celle-ci est un observatoire des difficultés du territoire.

> La MAIA, au-delà du suivi de quelques situations complexes, permet d'identifier « *les dysfonctionnements, c'est un observatoire de ce qu'il se passe, dans notre microcosme de quatre ou cinq communes* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Créteil, Val-de-Marne, mai 2014**

Plus encore, la MAIA permet aux institutions d'échanger à partir de constats du terrain : les difficultés sont transmises aux décideurs et financeurs.

> *A* : « *L'intérêt du concept MAIA c'est, au-delà du réseau d'acteurs de terrain, c'est la table stratégique, c'est-à-dire qu'aussi les financeurs, à un moment donné, soient interpelés, sur des fois, les incohérences du millefeuille de terrain*
>
> *B* : *Tout à fait*
>
> *A* : *Et ça c'est intéressant. C'est vrai qu'on peut travailler entre acteurs de terrain, mais il y a des moments où on se trouve un petit peu… entre les tranches du millefeuille, et là… Et c'est ça qui est bien, dans le concept* ».
>
> **Entretien auprès de professionnels du territoire, Pamiers, Ariège, avril 2014**

La table stratégique réunit l'Agence régionale de santé, le Conseil départemental, les communes, les caisses de retraite ou encore les associations d'usagers. Son objectif est d'ajuster les mécanismes de planification, d'évaluer et de réguler l'offre de services sur le territoire. Les départements étant

couverts par plusieurs MAIA, certains ont fait le choix d'une table stratégique commune. Selon la présentation des MAIA sur le site internet de la CNSA, c'est bien cela qui légitime la création du dispositif : la MAIA a pour enjeu de corriger les dysfonctionnements générés inévitablement par la diversité des acteurs et de leur gouvernance, des financements, des pratiques professionnelles et des organisations. En effet, dans un schéma classique de simple coopération, chaque acteur conserve ses propres outils et son propre champ de responsabilités. À grande échelle, ce fonctionnement fragmente la prise en charge et altère la performance du système : discontinuité du service rendu, réponses redondantes ou inappropriées, retards dans les traitements, complexification des parcours de prise en charge et opacité des procédures (CNSA, 2014a).

Des incompréhensions entre institutions ou professionnels puisent cependant leur source dans les objectifs différents dévolus à la coordination médico-sociale pilotée par le département et par les ARS.

Ainsi, selon les professionnels médico-sociaux, à domicile et en EHPAD, la visée des agences régionales de santé serait une réduction des coûts liés respectivement à la prise en charge hospitalière et aux dépenses consacrées aux médicaments.

A : « *Dans le PAERPA, l'ARS sait où elle veut aller et [permettre aux personnes âgées d'ouvrir tous leurs droits] c'est pas sa priorité point barre, on le sait.*
B : *C'est quoi, c'est le sanitaire ?*
A : *Bien sûr*
C : *C'est éviter les ré-hospitalisations, clairement. C'est faire des économies* ».

Entretien auprès de responsables de CLIC, Nord, janvier 2014

Cette problématique ne serait pas nouvelle, puisque les réseaux de santé ont également été créés dans les années 1990 pour cette raison.

A : « *Passage obligatoire par l'hôpital, c'est honteux, quand on peut prévenir*
B : *C'est anormal, c'est anormal, et l'hôpital ne peut plus*
A : *Mais l'hôpital il ne pouvait pas, déjà [il y a] vingt ans, puisqu'on a créé le réseau pour ça. Le CLIC, enfin tout, parce qu'on avait des problèmes d'amont. Et c'est toujours pas réglé. On en est toujours là* ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Créteil, Val-de-Marne, mai 2014

L'objectif est alors double. D'abord, il s'agit de réduire les budgets des soins hospitaliers, ce qui se traduit par un transfert de l'ONDAM Soins sur l'ONDAM médico-social, mais aussi par un transfert de coûts de l'Assurance maladie aux départements. En effet, les personnes hospitalisées rentrent plus précocement à leur domicile, obligeant la mise en place d'aides qui n'auraient pas toujours été nécessaires avec une hospitalisation plus longue. Au-delà du budget, l'objectif est le désengorgement des hôpitaux, avec la possibilité de séjours hospitaliers moins longs.

3.2.3. La réponse des départements ? Une meilleure visibilité, et une expertise conjointe des administratifs et des élus

L'ARS est un nouvel acteur, certes, mais il est peu présent sur le terrain. Les entretiens conduits témoignent que le Conseil départemental fait référence pour les acteurs locaux.

A : « *Ça me paraît important d'avoir ces acteurs-là, qui parlent de la même chose, parce qu'on a chacun notre culture sémantique aussi. Et qui font alliance. Une espèce de charte, où on se respecte les uns les autres.*
Mélina : Mais organisée à une échelle territoriale
A : *Oui*
Mélina : Est-ce que c'est ce que vous attendez d'une échelle nationale ? [ou] locale ?

A : *Bah déjà, là, on représente un territoire. Donc déjà, si on sait qu'on est capable de le faire entre nous, après, tant mieux…*
Mélina : Donc à l'échelle territoriale
A : *Ouais*
B : *Oui*
Mélina : Et du coup, qui est-ce qui serait, j'ai envie de dire, presque, légitime, pour porter cette synergie ? Qui est-ce qui pourrait organiser ça ?
A : *Ça, je ne sais pas. Celui qui est légitime aux yeux de tout le monde quoi. Enfin, même si c'est un triumvirat. J'en sais rien*
Mélina : Parce que, du coup, ce serait mettre autour de la table des gens très différents si j'ai bien compris
A : *Oui, oui, bien sûr*
Mélina : Du coup, qui est-ce qui pourrait avoir…
A : *Bah celui qui a le rôle majeur sur le territoire…*
Mélina : Ouais. Et par exemple, sur ce territoire, ce serait qui ?
A : *Moi… je… crois que…*
C : *[les regards se dirigent vers C] Moi je n'ai que des petites épaules, est-ce que vous avez vu mes petites épaules ?*
A : *C'est souvent le… on raisonne souvent en finances, donc le payeur principal* ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Maubeuge, Nord, juin 2014

Cependant, suite à l'arrivée des ARS, et aux débats sur leur existence même, les Conseils départementaux de l'étude tiennent à réaffirmer leur rôle, et à le faire connaître. Par exemple, nombre de Conseils départementaux internalisent les structures de coordination, qui deviennent des organes déconcentrés de l'administration départementale et changent parfois de terminologie à cette occasion, devenant Espaces d'accueil des séniors dans le Bas-Rhin, centres médico-sociaux dans l'Aude, un espace Séniors infos services en Eure-et-Loir ou encore des coordinations territoriales de l'autonomie en Isère. Selon le ministère, 10 % des structures étaient gérées par le Conseil général en 2004 et 18 % dépendraient des départements en 2015. Cependant, une partie seulement des CLIC est référencé dans Finess. Les données recueillies sur les sites internet des départements permettent une évaluation plus fine. L'information est disponible pour 71 départements : 40 % d'entre eux auraient opté pour une gestion de la coordination internalisée, et trois pour une gestion déléguée sur certains territoires, et internalisée sur certains territoires, notamment parce qu'il était compliqué d'y trouver des porteurs. La moitié des départements délègueraient donc en 2015 la coordination à d'autres porteurs juridiques, associations, hôpitaux et CCAS en particulier.

L'objectif des départements est bien de gagner en visibilité, en montrant l'implication d'abord dans le financement des prestations, mais aussi dans la coordination. Les CLIC perdent d'une part en neutralité auprès des personnes. Leur positionnement pour développer la coordination en est également affecté : les départements doivent alors coordonner des structures que, par ailleurs, ils financent, en particulier les services d'aide à domicile. Ces structures internalisées deviennent essentiellement des lieux d'information des personnes, éventuellement chargées de coordination au domicile, mais cela pourrait compliquer la mise en place de projets de territoire.

Plus largement, le positionnement de l'État, des régions, des départements et des communes conduit à questionner l'échelle d'action permettant d'être le plus efficace, sur un territoire aussi hétérogène que la France.

Étant donné le nombre important de communes de moins de 2 000 habitants, et surtout le périmètre d'action de la plupart des acteurs sur un ensemble de communes, la coordination peut difficilement être pensée à l'échelle communale ou intercommunale : l'EHPAD d'un canton rural est destiné aux habitants de la commune chef-lieu mais aussi aux autres habitants du canton, les réseaux sanitaires s'étendent sur des zonages plus larges que la commune. Dans quelques territoires les plus peuplés, par

exemple en Val-de-Marne, plusieurs villes animent des coordinations locales, parfois sur un thème spécifique (canicule, psychiatrie…). Des réunions fréquentes sont organisées avec les acteurs qui exercent spécifiquement sur la commune, incluant l'équipe médico-sociale APA ou le CLIC. Les communes moins peuplées ont moins de partenaires spécifiques et se rattachent à des groupes, notamment animés par les CLIC. L'échelle pertinente de la coordination varie donc en fonction des configurations locales, la proximité étant toujours valorisée par les acteurs présents. L'échelle cantonale n'est présentée comme pertinente dans aucun des entretiens.

Les régions sont inversement des territoires étendus, la connaissance du terrain y est de fait moins importante que dans les départements. L'échelle départementale semble pertinente comme échelle d'action et échelle de décision. L'objectif de la décentralisation était bien de permettre des politiques adaptées aux réalités locales. Or, le mode d'élection des conseillers départementaux en fait des représentants de territoires restreints. L'attention à l'équité des territoires est particulièrement importante pour les élus, et permet la mise en place de politiques adaptées et équitables, davantage que si elles étaient organisées par des administratifs. Les départements s'appuient sur une double légitimité : la compétence des administratifs et la connaissance empirique des élus, qui sont légitimés par leur élection. La proximité aux personnes est plus importante qu'à l'échelle régionale.

Le département paraît alors la meilleure échelle pour être le plus efficace, dans un territoire si hétérogène dans son peuplement et ses populations.

3.2.4. En conséquence, des zonages non coordonnés

Les institutions fixent le périmètre qui correspond au mieux à leurs attentes et permet d'accomplir leurs missions. Aussi, les périmètres géographiques ne correspondent pas les uns avec les autres. C'est le cas entre les acteurs publics et d'autres acteurs du territoire, comme des services d'aide à domicile ou d'aménagement du logement. Au-delà, le zonage des territoires de santé dessiné par les ARS ne s'emboîte pas avec les territoires départementaux.

A : *« Avec l'ARS, il y a le projet PAERPA. Résultat, ça vient grappiller entre la Vendée et le Sud du Pays de Retz, et donc [un autre CLIC est] impacté. Ils ont aussi leur propre réseau de santé, qui a un certain territoire et un champ action, donc c'est compliqué, entre le Nord et le Sud de leur territoire, ils ne vont pas avoir les mêmes partenaires, pas avoir les mêmes modes de fonctionnement, sur plein de niveaux. Là en ce moment c'est l'aménagement de l'habitat, il y a eu, un appel d'offre. [Dans] le Pays de Retz Atlantique, c'est Citémétrie, pour le reste c'est CDH. À chaque fois, il y a des petites particularités de partenariats et de financeurs… Selon le territoire qu'on a, on peut être plus ou moins impactés, et c'est le cas pour ma collègue, qui elle, [a] un ensemble de partenaires beaucoup plus large, parce que selon les communes, c'est pas la même personne qu'il va falloir aller voir, et pas le même service, le réseau à activer. C'est plus compliqué ».*

Entretien auprès de professionnels du territoire, Pornic, Loire-Atlantique, juin 2014

A : « *Le territoire sanitaire n'est pas le même que le territoire départemental, ça aussi, ça peut aussi poser question en termes de découpage géographique et cohérence institutionnelle. Comment on s'y retrouve quand on est une personne ? Est-ce que je dépends du territoire MAIA du Valenciennois – Quercitain, je dépends du territoire du CLIC, je dépends du territoire d'une DT, je dépends d'un territoire sanitaire qui est encore différent ? Là aussi on a besoin nous-aussi d'être cohérents* ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Valenciennes, Nord, juin 2014

Plus encore, au sein d'une même institution, les zonages ne se recoupent pas. Le zonage des CLIC, par exemple, est rarement le même que celui des polyvalences de secteur.

A : « *J'ai deux réseaux de santé gérontologiques*
B : *[rires]*
A : *Oh non ne ris pas*
B : *Nan mais ça me rassure c'est tout…*
A : *Je vais avoir deux MAIA, aussi, à terme. J'ai une commune qui n'est pas couverte par la MAIA du Valenciennois*
C : *C'est pas de bol ça*
A : *Comme le réseau en fait* ».

Entretien auprès de responsables de CLIC, Nord, janvier 2014

Pour exemple, les périmètres d'intervention de dispositifs sanitaires et sociaux sont représentés ci-après. Les zonages étant multiples, le choix est fait de restreindre la cartographie aux dispositifs intervenant sur une partie au moins du territoire du CLIC du Plateau de Mormal (Nord) (Carte 34). La manière dont se sont élaborés les zonages est alors instructive. Le département a délimité ses directions territoriales, aujourd'hui Pôles autonomie, en fonction du zonage préexistant des arrondissements administratifs. Cependant, le territoire du Plateau de Mormal est spécifique, séparé du reste de l'arrondissement d'Avesnes par une importante forêt (Carte 35).

A : « *La particularité, sur l'arrondissement, c'est que ce tout qui est de l'autre côté de la forêt, est Valenciennois.*
B : *Oui [rires], exactement, le Quesnoy c'est pas Avesnes. C'est vrai, c'est Valenciennes.*
A : *Bavay – Le Quesnoy – Landrecies, c'est Valenciennois.*
B : *Ils dépendent de ce qui est mis en place au niveau de Valenciennes.*
C: *Vous voyez la carte géographique [vers moi] ?*
Mélina : *Oui*
C : *Vous avez une immense et magnifique forêt, vous avez l'avant, le milieu et l'après. Robins'Hood*
A : *Voilà, vous prenez la forêt, et tout ce qui… tout ce qui… On ne sait pas si c'est au Nord, à l'Ouest, ou le reste mais tout ce qui est de l'autre côté de la forêt est Valenciennois* ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Maubeuge, Nord, juin 2014

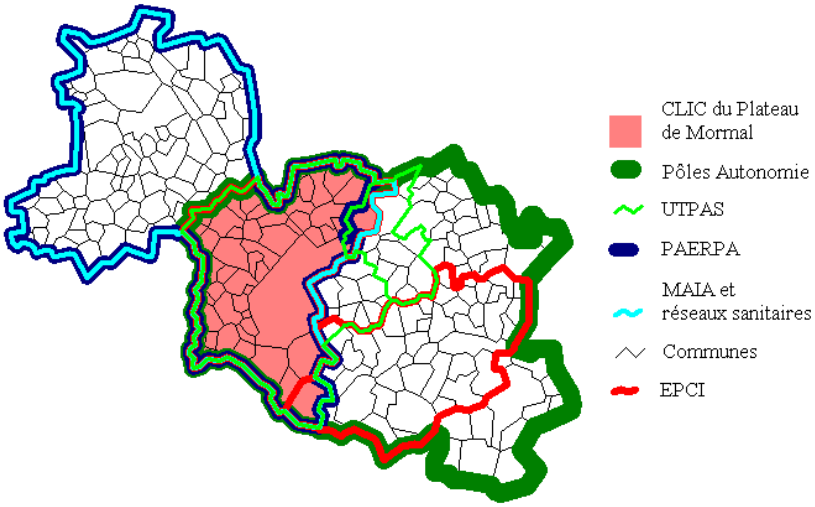
Prenant acte de cette rupture territoriale mais surtout culturelle, et de l'habitude des professionnels de se tourner davantage vers le Valenciennois, l'ARS a inclus le Plateau de Mormal avec celui-ci. La commune de la Longueville était la seule commune couverte par le CLIC du Plateau de Mormal mais exclue par le zonage de l'ARS. Ce dernier a donc été retravaillé avec le département : par un décret de janvier 2015, la Longueville a rejoint la MAIA du plateau de Mormal et les réseaux sanitaires mis en place par l'ARS. L'expérimentation PAERPA, débutée auparavant, n'a pas été étendue à cette commune, d'où la différence entre le zonage du PAERPA et de la MAIA.

La question centrale est bien celle du référentiel spatial garantissant la pertinence des interventions. L'étude qualitative a permis d'observer combien ce maillage « pertinent » était divers en fonction des territoires, ce que des acteurs revendiquent : le zonage ou le dispositif pertinent n'existe pas, ou plutôt, ils sont multiples.

A : « *C'est bien qu'il y ait des technocrates à Paris, chacun a le droit de vivre. Mais il faut à un moment donner un cadre et laisser [les] gens de terrain gérer le cadre. Parce que nous, nous connaissons vraiment les besoins. Laissez-nous gérer. Peut-être qu'il y a besoin de trois CLIC à Valenciennes et de cinquante MAIA, je dis n'importe quoi, peut-être qu'à Béziers il y aura besoin de cinquante CLIC et trois MAIA. Alors qu'on a tendance à mettre un CLIC pour tant d'habitants, une MAIA pour tant d'habitants. Il y a des MAIA, j'ai vu une étude là-dessus, dans certains départements, où ils ont du mal à remplir leur file active. Donc ça veut dire qu'on donne des budgets à des gens qui n'en ont pas besoin. Il y a d'autres régions comme nous, on a besoin de budgets, on ne les aura pas. Je pense qu'il faut aussi raisonner, non pas nationalement, mais une gestion autonome, vraiment locale. Valenciennes c'est pas Saint-Amand, et Saint-Amand, c'est pas une autre ville* ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Valenciennes, Nord, juin 2014

Carte 34 - Zonages administratifs, sociaux, médico-sociaux et sanitaires sur le territoire du CLIC du Plateau de Mormal (Nord)



Lecture : Le CLIC couvre les communes colorées en rose. Les limites de la direction territoriale de l'Avesnois sont figurées en vert. **Champ** : Zonages incluant au moins une commune desservie par le CLIC. **Sources** : Conseil départemental du Nord, 2015.

Carte 35 - Arrondissement d'Avesnes : occupation du sol et principaux axes

Lecture : La forêt de Mormal apparait à l'ouest de la ligne Bavay-Bousies. **Champ** : Arrondissement d'Avesnes. **Sources** : Conseil départemental du Nord, 2015.

Cela pose des questions de lisibilité territoriale et de pertinence des maillages établis par les différentes institutions. D'autant que le développement des métropoles et des intercommunalités pourrait complexifier le paysage dans les années à venir, puisque aucun des zonages cités précédemment n'est convergent avec les intercommunalités, sauf en Loire-Atlantique où les CLIC sont des regroupements de communautés de communes. Afin de renseigner l'ampleur de l'action sociale réalisée par les intercommunalités, l'enquête de la Drees relative à l'action sociale extralégale des communes prévoit, en plus des communes, d'interroger 1 400 intercommunalités, afin d'évaluer leurs actions dans ce domaine (Drees, ASCO, 2015).

Conclusion - Vers la participation des personnes âgées, comme enjeu démocratique

Ce chapitre montre les enjeux des structures de coordination du point de vue des acteurs, au niveau des personnes âgées, des institutions, ainsi que les effets positifs de la coordination sur les professionnels. Les CLIC, par exemple, sont des acteurs de proximité, travaillant en partenariat avec nombre de structures pour personnaliser l'accompagnement.

> Les CLIC « *déclinent la politique gérontologique à l'échelle du territoire en suivant l'esprit du schéma gérontologique* », ils ont d'ailleurs participé aux groupes de travail et donc à son élaboration. Pour cela, ils tiennent « *à la fois compte d'une politique départementale, et des spécificités de chaque territoire, donc c'est passionnant, au carrefour des politiques.* ». Ils sont attentifs aux « *particularités historiques, culturelles, partenariales* » de leurs territoires. Lorsqu'il existe sur le territoire « *un hôpital avec une vocation particulière* », comme un hôpital psychiatrique, ou une spécificité comme l'importance des suicides chez les anciens agriculteurs, les CLIC mettent en place des actions ou partenariats spécifiques. Dans les Contrats d'objectifs avec le Conseil général, il y a d'ailleurs « *une partie dont les thèmes sont imposés par le Conseil général, et une partie que chaque CLIC peut choisir* ». « *Ça donne une sacrée richesse au maillage en question, ça permet de personnaliser l'accompagnement, vraiment* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Loire-Atlantique, mai 2014**

Plusieurs professionnels ont souligné que les entretiens étaient l'occasion de réfléchir sur leur fonctionnement et était donc positif pour l'organisation locale de la coordination. Cependant, tous les territoires n'ont pas été interrogés, et les structures ont des périmètres d'actions fluctuants, en fonction du porteur juridique, de l'histoire du territoire ou encore de la politique départementale. Les enjeux du terrain sont donc multiples, ce qui a été souligné dans le chapitre.

Une catégorie d'acteurs est pourtant souvent absente : les personnes âgées elles-mêmes. Elles sont certes au cœur de l'accompagnement individuel, mais participent rarement à la coordination sur le territoire, et sont peu représentées au sein des institutions. Lors des entretiens de territoire, enquêtant explicitement « *les acteurs qui font sens sur le territoire* » selon le document fourni aux Conseils départementaux, les représentants des usagers sont rarement conviés. Seul en Val-de-Marne, des représentants d'usagers sont présents. Ceux-ci sont inscrits dans le fonctionnement des CLIC : la présidente du CLIC 4 est par exemple une représentante du CODERPA. Les professionnels favorisent les échanges avec les bénévoles associatifs et les représentants du CODERPA, afin de s'inscrire parfaitement dans les réseaux. Dans deux groupes, des élus étaient par ailleurs présents. Les associations sont moins actives sur le champ des personnes âgées que sur celui du handicap, ce qui pourrait expliquer leur absence au cours des entretiens.

> « *Le monde du handicap est plus dynamique que celui de la gérontologie* » ; « *plus structuré* ». Les personnes âgées sont « *très peu actrices* ». Un participant ironise : « *c'est plus difficile de mobiliser des parents des personnes âgées pour créer des associations* […] *Les enfants de personnes âgées ne se réunissent pas en associations, contrairement à des associations pour les personnes handicapées, qui sont souvent issues de parents très mobilisés* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès des responsables des pôles autonomie, Nord, janvier 2014**

Sur le champ du handicap, il existe une Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), qui se prononce sur l'orientation des personnes, est composée par des représentants du département, d'autres institutions et surtout, pour au moins un tiers de ses membres, de représentants des personnes handicapées et de leurs familles (CASF, article L241-5), ce qui n'existe pas dans le champ de la dépendance des personnes âgées.

PARTIE 2

LA GÉOGRAPHIE POUR ÉVALUER L'ÉQUITÉ TERRITORIALE

CHAPITRE 4

UNE OFFRE MODELÉE PAR UNE LONGUE HISTOIRE : PROXIMITÉ, ACCESSIBILITÉ ET ACCÈS, L'EXEMPLE DES EHPAD

Enjeux

Mieux répartis que nombre d'équipements de proximité, les EHPAD sont présents dans 82 % des cantons français[20] en 2011. La moitié de ces cantons aujourd'hui équipés accueillaient une institution dédiée aux personnes âgées à la fin du XIXe siècle.

La répartition territoriale des établissements et services accompagnant la dépendance des personnes âgées est l'héritière d'une histoire de plusieurs siècles. Ce chapitre se focalise sur la construction de l'offre en EHPAD puis son évolution depuis l'impulsion des politiques « vieillesse » postérieures à la Seconde guerre mondiale.

Ce chapitre propose une lecture de l'aménagement du territoire à plusieurs échelles.

D'abord, l'équilibre entre les territoires, et notamment entre les villes, a été prôné pour éviter le vagabondage, puis pour faciliter l'accès à l'offre quelle que soit la localisation du lieu de vie. Ensuite, en termes d'implantation, les hospices et hôpitaux ont tour à tour été construits hors des centres-villes, pour éviter la propagation d'épidémies, offrir un meilleur cadre de vie ou bénéficier de coûts d'acquisition plus faibles, et au sein de villes, par commodité, pour permettre aux personnes âgées d'être intégrées à la vie de la cité, à proximité des services et commerces, ou encore pour privilégier un lieu accessible à la famille.

Tous ces déterminants conditionnent aujourd'hui l'accessibilité géographique aux EHPAD, différenciée en fonction des territoires : les habitants de l'Ouest de la France auraient plus de facilité à obtenir une place à proximité de leur précédent lieu de vie que ceux de région parisienne ou des départements du littoral méditerranéen.

L'accès aux EHPAD dépend également d'autres critères que l'accessibilité géographique : en raison de la disponibilité des places lorsqu'ils en ont le besoin, des tarifs pratiqués ou encore de choix individuels, seuls 38 % des résidents ont rejoint un EHPAD de leur commune ou de la commune équipée la plus proche, en 2011.

[20] Il s'agit des cantons ou villes au sens de l'Insee, avant le redécoupage cantonal de 2015.

INTRODUCTION DU CHAPITRE **229**

1. UNE PROXIMITÉ IMPORTANTE MAIS SPATIALEMENT DIFFÉRENCIÉE **230**

1.1. Les EHPAD, des équipements de proximité comme peu d'autres **230**

1.2. Tous les territoires ne sont pas également équipés **233**

1.3. Accessibilité aux EHPAD : lier l'éloignement et les places potentiellement disponibles **239**

2. DE L'ENFERMEMENT EN HOSPICES À L'ACCOMPAGNEMENT EN EHPAD : L'IMPLANTATION DES ÉTABLISSEMENTS COMME OBSERVATOIRE DE NOTRE SOCIÉTÉ, D'HIER À AUJOURD'HUI **242**

2.1. Un accompagnement historiquement de proximité **242**

2.2. Médicalisation et réponse aux nouveaux besoins **255**

3. L'ACCESSIBILITÉ ET L'ACCÈS : LES DISTANCES PARCOURUES LIÉES À D'AUTRES ÉLÉMENTS, PAR EXEMPLE FINANCIERS **261**

3.1. Les EHPAD, en ville ou à la campagne ? **261**

3.2. Les tarifs, éléments déterminants de l'accès aux EHPAD **264**

3.3. Des personnes âgées qui parcourent de faibles distances, mais sont minoritaires à rejoindre l'établissement le plus proche **267**

CONCLUSION DU CHAPITRE **271**

Introduction du chapitre

Le rapport Ratte, rédigé par un groupe de travail dans le cadre du débat relatif à la dépendance en 2011, explique le fort déséquilibre de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) par « *les inégalités territoriales, fruit de l'histoire, des différences socio démographiques, culturelles et économiques, sans oublier l'existence ou non d'autres modes de prise en charge et de modes d'organisation familiales qui conduisent à des effets de substitution parfois importants* » (Ratte, 2011). Le chapitre 4 se concentre sur les inégalités territoriales, fruit de l'histoire, influençant l'organisation territoriale des EHPAD. Les chapitres 5 et 6 s'intéressent aux substitutions avec l'offre à domicile.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées sont définis par l'Insee comme appartenant à la gamme des équipements « intermédiaires » : ce ne sont pas des équipements de proximité comme les boulangeries ou les médecins généralistes, mais ce ne sont pas non plus des équipements « supérieurs », comme les hôpitaux. La Base permanente des équipements (BPE, Insee) permet de comparer la répartition spatiale des établissements avec d'autres équipements ou services.

Prenant acte de ce fin maillage en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), le chapitre met en évidence la construction progressive de l'offre et son évolution conséquente aux politiques mises en place depuis une cinquantaine d'années. En effet, l'ancrage territorial de l'offre, historiquement construit, est évoqué dans les rapports publics mais rarement explicité (Ratte, 2011). Contrairement aux services, dont nombre ouvrent ou ferment chaque année, les établissements ont une pérennité plus importante et sont recensés depuis plus longtemps. Bien que des changements qualitatifs majeurs se soient produits, les EHPAD aujourd'hui sont les héritiers des maisons de retraite d'il y a quelques années, mais aussi des hospices de la fin du XIXe siècle ou encore des Hôtels-Dieu. Cette histoire est distincte en fonction des gestionnaires des structures : les acteurs privés à but lucratif, associatifs et publics n'ont pas la même histoire et donc pas la même implantation actuellement.

Plusieurs sources sont disponibles. Le recensement exhaustif des établissements charitables par l'association de la France Charitable et Prévoyante offre un panorama de l'accompagnement des personnes âgées à la fin du XIXe siècle. Plus récent, le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) répertorie exhaustivement les établissements sociaux et médico-sociaux depuis les années 1980, permettant un précieux recul[21]. Les données départementales de population, issues de précédents recensements, sont également mobilisées pour étudier non seulement le développement de l'offre en institutions, mais aussi l'évolution de son adéquation aux besoins du territoire. Le chapitre s'appuie pour finir sur des travaux d'historiens.

Les résultats présentés ci-après reprennent pour partie deux publications réalisées pour la Drees au cours de cette thèse. La première, intitulée *Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux*, axée sur la présentation et l'analyse des résultats des enquêtes suivies par la Drees (Ramos-Gorand, 2013). La seconde actualise pour partie la publication précédente avec les données de 2011 : *Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2011* (Ramos-Gorand et Volant, 2014).

[21] Le fichier renseigne pour tous les établissements la date d'ouverture, y compris si celle-ci est antérieure à 1980. Les faibles transformations permettent de fournir des chiffres antérieurs aux années 1980, ceux-ci ne portent alors que sur les établissements qui n'ont pas fermé avant la mise en place de Finess.

1. Une proximité importante mais spatialement différenciée

1.1. Les EHPAD, des équipements de proximité comme peu d'autres

Le fin maillage territorial des EHPAD est cartographié dans le chapitre 2, mais aucun autre équipement n'était alors mobilisé pour comparer les répartitions spatiales. La Base permanente des équipements (BPE), compilée par l'Insee à partir de diverses sources administratives, fournit le niveau d'équipements et de services rendus à la population dans chaque territoire. La source en comporte un large éventail : le champ, en 2012, recouvre 177 types d'équipements, rattachés aux services marchands ou non, aux commerces, à la santé et à l'action sociale, à l'enseignement, au sport-loisir, au tourisme, aux transports et à la culture. Sur le champ des établissements et services sanitaires et sociaux, la BPE est alimentée par le répertoire Finess. Elle ne distingue pas les EHPAD des autres structures d'hébergement pour personnes âgées. Les logements-foyers sont donc inclus dans cette première partie du chapitre.

Les analyses à l'échelle communale présenteraient peu d'intérêt : avec trois quarts des communes comptant moins de 100 habitants âgés de 75 ans ou plus, il n'est pas envisageable d'équiper chaque commune de France en EHPAD, en tous cas au regard de la conception actuelle de ces structures et de la qualité de l'accompagnement qui en est attendue. Inversement, se limiter au département serait dommage étant donnée l'ampleur des inégalités infra-départementales. Les indicateurs sont donc déclinés au niveau cantonal, dans leurs limites de 2011. Stable dans son découpage jusqu'en 2015, le canton, lorsqu'il est créé à la fin du XVIIIe siècle, répond à une logique géographique et démographique : « *c'est un ensemble de près de 5 500 habitants construit autour d'un centre – relais de poste, agence fiscale, ressort judiciaire, foire – théoriquement accessible à pied dans la demi-journée, choisi pour son rayonnement et un certain équilibre entre bourg et campagne* » (Bianchi, 2009). Dès le milieu du XIXe siècle, les cantons proposent des fonctions et services qui en font des espaces « centraux ». Ils apportent à leur échelle un « *soutien indéniable aux miséreux et aux vieillards, auxquels une partie de la structure est généralement réservée […]. Par leurs fonctions économiques, administratives, sociales ou culturelles, ils constituent pour les populations locales le premier niveau urbain connu* […] *Les chefs-lieux de canton constituent des pôles de dynamisme, des lieux d'émulation, de découverte, d'interconnaissance, d'ouverture à l'autre et au monde. Loin d'être un territoire du quotidien pour tous les habitants du canton, ils n'en restent pas moins un territoire de référence* » (Marache, 2009). Avec quatre cantons sur cinq équipés en 2011 en EHPAD, cette échelle est pertinente sur le champ de l'étude, deux indicateurs statistiques sont donc déclinés par canton.

L'indice de Theil et l'indice d'Ellison et Glaeser sont mobilisés pour étudier la concentration spatiale des équipements à partir de la BPE. Les équipements présents dans la BPE permettent un calcul suivant un nombre de structures, et non un nombre de places. Les calculs complémentaires conduits à partir de l'enquête EHPA 2011 montrent cependant que les indices obtenus sont sensiblement identiques, qu'il s'agisse du nombre de places ou d'établissements, en lien avec la faible variabilité des capacités d'accueil d'un EHPAD à l'autre.

Toujours positif, l'indice de Theil mesure l'écart entre une distribution des équipements exactement proportionnelle à la population sur un territoire et la distribution observée : plus les équipements sont concentrés spatialement, plus cet indice est élevé. L'indice de Theil est ainsi la variation d'entropie (indice qui permet de mesurer le désordre) entre la situation parfaitement égalitaire et la situation réelle.

Formellement, cet indice s'écrit :

$$Theil_{equip_a} = \sum_{t=1}^{T} \lambda_t^{equip_a} \times log \frac{\lambda_t^{equip_a}}{\lambda_t^{pop}}$$

Avec

$Theil_{equip_a}$	Indice de Theil de l'équipement a
t	Le territoire t (une commune, un canton, un département)
T	Nombre total de territoires
$\lambda_t^{equip_a}$	Part des unités de l'équipement étudié présentes dans le territoire, par rapport à l'ensemble des équipements
λ_t^{pop}	Part de la population présente dans le territoire, par rapport à l'ensemble de la population

Les résultats sont présentés pour quelques équipements (tableaux). La répartition des EHPAD apparait presque homogène entre les départements, et relativement équilibrée entre les cantons selon l'indice. Les indices départementaux renvoient toujours une image plus uniforme de l'offre que les indices cantonaux, en lien avec les effets d'échelle décrits dans le prologue méthodologique, et synthétisés sous l'acronyme MAUP (Modifiable Areal Unit Problem).

Au niveau cantonal, la répartition des EHPA est du même ordre que celle des infirmiers libéraux ou des supermarchés mais ils sont mieux répartis que les urgences et moins bien que les pharmacies, les boulangeries ou les coiffeurs.

L'Insee, à partir de la BPE, classe les équipements en trois gammes : équipements de proximité, intermédiaires et supérieurs. Les EHPA appartenant aux équipements intermédiaires, de manière cohérente, l'indice obtenu est meilleur que pour la plupart des équipements éloignés, et moins bon que pour les équipements de proximité. Cela ne se vérifie cependant pas pour tous les équipements. Par exemple, les EHPA sont mieux répartis que les bureaux de poste, et malgré leur faible nombre par rapport aux infirmiers, l'indice de Theil départemental est proche. Au sein des équipements de gamme intermédiaire, les EHPA sont plutôt bien répartis : mieux que les ambulances et que les services d'aide pour personnes âgées.

Ellison et Glaeser démontrent en 1997 que le nombre d'établissements et la taille de ceux-ci biaisent les indicateurs de concentration géographique : un secteur auquel appartiennent peu d'établissements ne peut être aussi bien spatialement réparti qu'un secteur disséminé sur des milliers d'établissements. Ainsi, on ne peut attendre des EHPAD qu'ils soient aussi bien répartis que les boulangeries, deux fois plus nombreuses, ou que les salons de coiffure et la coiffure à domicile, dont le nombre d'équipements est sept fois supérieur. L'indice d'Ellison et Glaeser est corrigé par un facteur qui tient compte de cette concentration : l'indice d'Herfindahl (Barlet et Collin, 2010).

Puisque cet indice tient compte du nombre d'équipements, il permet de savoir si la localisation des établissements et services étudiés est optimale, compte tenu de la répartition de la population sur le territoire et du nombre limité d'équipements[22].

L'indice mesure la concentration au-delà de celle qui pourrait se produire de façon aléatoire. Il prend la valeur de zéro lorsque la concentration de l'équipement est celle à laquelle on pourrait s'attendre d'un processus de localisation aléatoire et prend une valeur positive lorsque cette concentration est

[22] D'autres indicateurs ou modèles plus complexes renseignent sur les localisations optimales, comme le modèle du P-médian (Baray, 2002, Puech, 2006).

supérieure à celle qui pourrait se produire de façon aléatoire, par exemple quand un nombre restreint de canton contient la majeure partie de l'offre. Enfin, il est d'autant plus négatif que les équipements ou services sont dispersés le plus uniformément possible entre les zones.

Formellement, cet indice s'écrit :

$$E\&G_{equip_a} = \frac{\sum_{t=1}^{T}\left(\lambda_t^{equip_a} - \lambda_t^{pop}\right)^2 - \left(1 - \sum_{t=1}^{T}\lambda_t^{equip_a^2}\right)H}{\left(1 - \sum_{t=1}^{T}(\lambda_t^{pop})^2\right)(1 - H)}$$

$E\&G_{equip_a}$	Indice d'Ellison et Glaeser de l'équipement a
t	Le territoire t (une commune, un canton, un département)
T	Nombre total de territoires
$\lambda_t^{equip_a}$	Part des unités de l'équipement étudié présentes dans le territoire, par rapport à l'ensemble des équipements
λ_t^{pop}	Part de la population présente dans le territoire, par rapport à l'ensemble de la population
H	Indice d' Herfindhal

Tableau 23 - Indice de Theil, pour une sélection d'équipements, par canton et par département

Équipement	Nombre d'équipements	Indice cantonal	Indice départemental	Gamme
Coiffure	78 784	0,08	0,02	proximité
Infirmiers	**72 063**	**0,10**	**0,04**	**proximité**
Médecin omnipraticien	62 233	0,06	0,01	proximité
Masseur kinésithérapeute	58 882	0,08	0,01	proximité
Boulangerie	44 388	0,09	0,02	proximité
Supérette	27 412	0,16	0,03	proximité
Pharmacie	23 224	0,06	0,01	proximité
Poste	16 579	0,36	0,14	proximité
Pédicure-podologue	12737	0,16	0,02	intermédiaire
Supermarché	10 414	0,16	0,01	intermédiaire
EHPA	**9 889**	**0,18**	**0,04**	**intermédiaire**
Ambulance	7362	0,32	0,05	intermédiaire
Collège	6 817	0,16	0,01	intermédiaire
Services d'aide pour personnes âgées	**4 995**	**0,84**	**0,35**	**intermédiaire**
Soins à domicile pour personnes âgées	**2 298**	**0,67**	**0,10**	**supérieure**
Court séjour	1 658	0,90	0,04	supérieure
Urgences	673	1,25	0,05	supérieure

Lecture : Un indice de Theil égal à 0,5 signifie que 26 % des personnes disposent de 74 % des équipements dans leur zone géographique ; quand il est égal à 1, cela signifie que 17,6 % des personnes ont 82,4 % des équipements dans leur zone géographique. Égal à zéro lorsque la distribution de l'équipement étudié est uniforme spatialement, il n'a pas de limite supérieure. Par ailleurs, il accorde davantage d'importance aux inégalités parmi les territoires les moins bien équipés qu'aux inégalités parmi ceux qui sont les plus équipés. À l'échelle cantonale, la répartition des EHPA est plus égalitaire que celle des supermarchés ou des urgences. **Champ** : France métropolitaine, hors Corse, au 1er janvier 2012. **Sources** : Drees (EHPA, 2011) ; Insee (Base permanente des équipements 2012, recensement de la population 2010).

Tableau 24 - Indice d'Ellison et Glaeser, pour une sélection d'équipements, par canton et par département

Équipement	Nombre d'équipements	Indice cantonal	Indice départemental	Gamme
Coiffure	78 784	0,00001	0,00050	proximité
Infirmiers	72 063	0,00006	0,00103	proximité
Médecin omnipraticien	62 233	-0,00001	0,00013	proximité
Masseur kinésithérapeute	58 882	0,00002	0,00032	proximité
Boulangerie	44 388	0,00001	0,00054	proximité
Supérette	27 412	0,00005	0,00065	proximité
Pharmacie	23 224	-0,00002	0,00008	proximité
Poste	16 579	0,00039	0,00344	proximité
Pédicure-podologue	12737	-0,00003	0,00036	intermédiaire
Supermarché	10 414	-0,00005	0,00014	intermédiaire
EHPA	**9 889**	**0,00002**	**0,00098**	**intermédiaire**
Ambulance	7362	0,00004	0,00103	intermédiaire
Collège	6 817	-0,00011	0,00001	intermédiaire
Services d'aide pour personnes âgées	**4 995**	**0,00043**	**0,00865**	**intermédiaire**
Soins à domicile pour personnes âgées	**2 298**	**-0,00023**	**0,00152**	**supérieure**
Court séjour	1 658	-0,00019	0,00019	supérieure
Urgences	673	-0,00065	-0,00043	supérieure

Lecture : Dans cet indice la référence n'est plus une distribution uniforme, mais la valeur prise par l'indice lorsque les établissements obéissent au principe d'une localisation aléatoire. Plus il est proche de 0, plus la répartition est concentrée dans l'espace. **Champ** : France métropolitaine, hors Corse, au 1er janvier 2012. **Sources** : Drees (EHPA, 2011), Insee (Base permanente des équipements 2012, recensement de la population 2010).

Les valeurs prises par les EHPA sont, aux deux échelles territoriales, positives, au contraire des urgences qui affichent deux indices négatifs. Les EHPA apparaissent ici mieux répartis que les infirmiers et comme précédemment que les bureaux de poste.

1.2. Tous les territoires ne sont pas également équipés

Les EHPA seraient répartis de façon relativement homogène selon les territoires, bien plus que nombre d'équipements sanitaires et sociaux. L'analyse se restreint aux EHPAD et peut donc être précisée. Les logements-foyers sont exclus du champ de l'étude et c'est à présent le nombre de places, et non plus d'établissements, qui est mobilisé, et la population âgée de 75 ans ou plus, la plus à même de recourir à ces services, et non l'ensemble des habitants.

Une analyse par type de communes est entreprise, montrant une proximité de l'offre en EHPAD variable en fonction des territoires.

1.2.1. En fonction du type de communes

Les villes façonnent l'espace en concentrant la population et les emplois. Le zonage en aires urbaines décrit le territoire, en identifiant les pôles urbains et en délimitant leurs aires d'influence à partir des déplacements domicile-travail. Identifier le type d'espace dont relève une commune permet aux statisticiens de l'Insee de mieux appréhender les enjeux de développement, en matière par exemple de logement ou de transport.

La répartition territoriale des équipements apparait variable en fonction des communes, et du type d'espaces auquel elles sont rattachées : alors que les pôles urbains de plus de 50 000 habitants rassemblent 21,1 % de la population âgée de 75 ans et plus, seules 14,1 % des places d'EHPAD sont installées dans ces territoires (Tableau 25).

Tableau 25 - Répartition de la population âgée de 75 ans ou plus et des places d'EHPAD, selon le type d'agglomération

Appartenance communale	Population âgée au 1er janv. 2012, en %	Places d'EHPAD fin décembre 2011, en %
Pôle urbain de plus de 50 000 habitants	21,1	14,1
Pôle urbain de moins de 50 000 habitants	34,4	33,7
Commune mono ou multi-polarisée de plus de 5 000 habitants	4,1	5,8
Commune mono ou multi- polarisée de moins de 5 000 habitants	23,2	21,8
Pôle d'emploi de l'espace rural, de plus de 5 000 habitants	5,2	8,0
Pôle d'emploi de l'espace rural, de moins de 5 000 habitants	4,0	6,6
Autre commune rurale, de plus de 500 habitants	5,2	9,2
Autre commune rurale, de moins de 500 habitants	2,7	0,7
Total	100,0	100,0

Définition : Le zonage en aire urbaine distingue plusieurs catégories de territoires. L'espace à dominante urbaine est un ensemble de communes d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain de plus de 10 000 emplois, et par des communes dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci. Les communes monopolarisées appartiennent à la couronne d'une seule aire urbaine ; les communes multipolarisées sont celles dont au moins 40 % des résidents actifs occupés travaillent dans plusieurs grandes aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant. Les communes multipolarisées étant peu nombreuses, elles sont regroupées dans l'étude avec les communes monopolarisées. L'espace à dominante rurale rassemble les autres communes. Il est composé de communes comptant 1 500 emplois ou plus et les autres communes rurales. Pour plus d'informations, insee.fr. Ce zonage est croisé avec le nombre d'habitants. **Lecture :** Alors qu'elles concentrent 21,1 % de la population âgée de 75 ans ou plus, les communes appartenant à des pôles urbains de plus de 50 000 personnes abritent 14,1 % des places en EHPAD. **Champ** : Communes de France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Drees (EHPA 2011), Insee (population et zonage en aires urbaines, 2010, population au 1er janvier 2012, Recensement de la population).

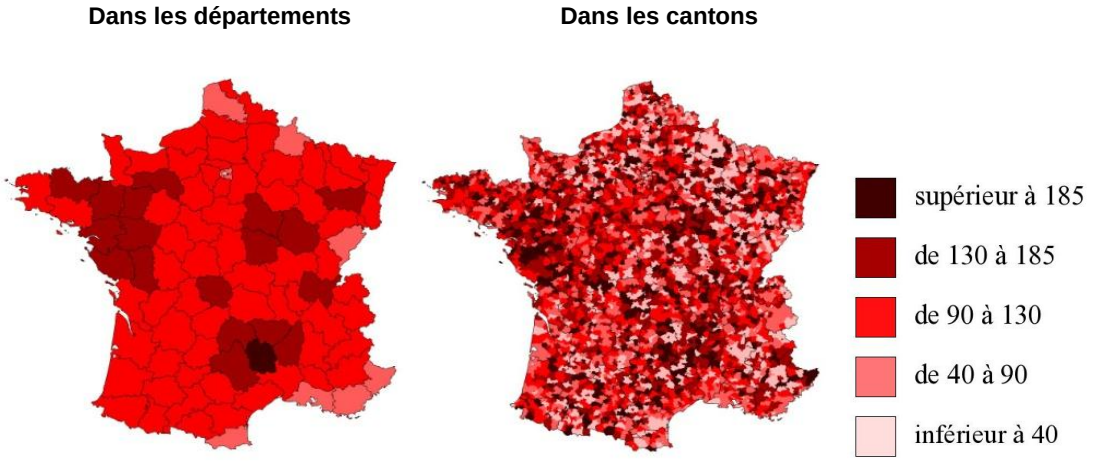
Les plus petites communes de couronne des aires urbaines disposent également de peu de places, tout comme les petites communes rurales. Leurs habitants pourraient se tourner vers les pôles ruraux. Les communes rurales de plus de 500 habitants sont mieux équipées que les autres territoires : elles détiennent 9,2 % des places, pour seulement 5,2 % de la population âgée. Les chefs-lieux de canton qui composent souvent cette catégorie abritent fréquemment un EHPAD, qui accueille la population de l'ensemble du canton, confirmant l'intérêt du canton comme référent spatial dans l'analyse de la répartition géographique des EHPAD.

1.2.2. Des taux d'équipement différenciés

La répartition géographique de l'offre en EHPAD est usuellement synthétisée par le taux d'équipement localisé, rapport entre le nombre de places et la population âgée. En EHPAD, les taux d'équipement par département varient de 22 à 185 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Dans 61 % des départements, ces taux d'équipement oscillent entre 90 et 130 places. Le littoral méditerranéen et la petite couronne parisienne sont les zones les moins équipées. À l'inverse, les taux d'équipement sont les plus élevés dans les départements des Pays de la Loire et de l'Auvergne (Carte 36).

Avec 82 % des cantons équipés fin 2011, les EHPAD sont localisés suivant un maillage territorial fin. Certains territoires, à l'échelle cantonale, apparaissent globalement mieux équipés, comme la Loire-Atlantique et la Vendée. D'autres le sont moins, notamment les cantons du littoral méditerranéen ou de la Meuse. Dans la plupart des départements coexistent des cantons fortement et faiblement équipés.

Carte 36 - Taux d'équipement en EHPAD pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus à la fin 2011, en France métropolitaine, hors Corse



Lecture : Plus une unité spatiale apparaît en foncé, plus son taux d'équipement, c'est-à-dire le nombre de places d'EHPAD dont elle dispose rapporté à sa population âgée de 75 ans ou plus, est important. Inversement, lorsqu'une unité territoriale apparaît dans la couleur la plus claire, son taux d'équipement est inférieur à 40 places pour 1 000. La discrétisation est identique sur les deux cartes. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011. **Sources** : Drees (EHPA 2011), Insee (Recensement de la population, 2010). **Source cartographique** : Arctique.

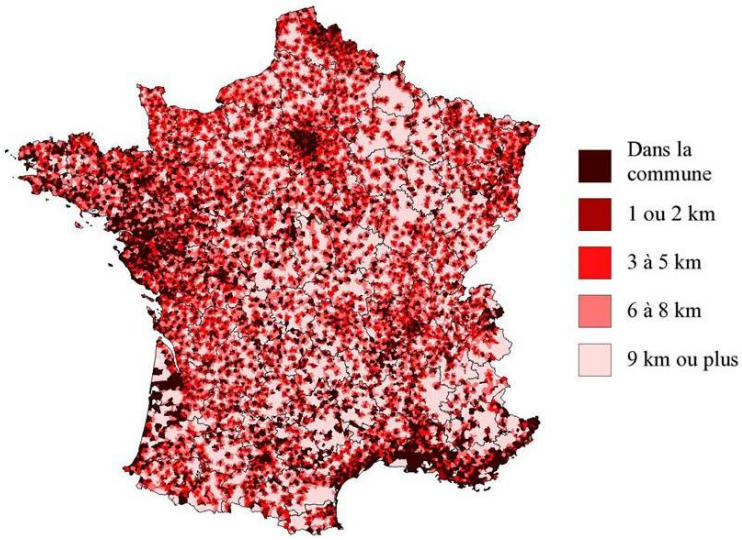
Les disparités observées à l'échelle cantonale sont mécaniquement plus importantes qu'à l'échelle départementale (prologue méthodologique). Ainsi, 21 % des cantons ont un taux d'équipement inférieur à 40 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Seul le département de Paris a un si faible taux d'équipement. À l'inverse, 14 % des cantons ont un taux d'équipement supérieur à 185 places, ce n'est le cas d'aucun département.

1.2.3. La proximité à l'EHPAD le plus proche atteint jusqu'à 41 kilomètres

De cette répartition différenciée des équipements en fonction des territoires et du type de communes découle une distance à parcourir pour rejoindre l'EHPAD le plus proche différenciée. Calculée en kilomètres par la route, celle-ci est considérée comme nulle pour les personnes âgées disposant d'un EHPAD dans leur commune, mais atteint jusqu'à 41 kilomètres (les choix méthodologiques afférents au calcul des distances sont décrits dans le prologue).

La représentation cartographique de la distance à l'EHPAD le plus proche complète la carte de localisation présentée au chapitre 2. La répartition de ces établissements suit, bien qu'imparfaitement, celle de la population : les personnes âgées de la région parisienne, du Nord ou des littoraux habitent dans des communes équipées ou à grande proximité de celles-ci.

Carte 37 - Proximité géographique en 2011, à la commune (nombre de kilomètres à parcourir pour rejoindre l'EHPAD le plus proche)



Lecture : Plus la commune apparaît en foncé, plus elle est proche d'un établissement. Les communes les plus foncées sont celles qui ont au moins un EHPAD implanté sur leur territoire. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011, France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Enquête EHPA 2011 (Drees), distancier INRA (Odomatrix). **Source cartographique** : Arctique.

Pour compléter l'analyse, trois indicateurs synthétiques sont retenus. Ils ne se réfèrent qu'à la situation géographique. Ils sont calculés par département, d'après la distance minimale à parcourir pour rejoindre l'établissement le plus proche dans chaque commune. Pondérés par la population âgée communale, ils se réfèrent aux notions de justice, d'efficacité et d'égalité.

La notion de justice peut consister en une maximisation du bien-être des plus mal lotis. Par département, est retenu le nombre maximal de kilomètres qu'une personne âgée doit parcourir pour rejoindre l'établissement le plus proche. Plus cette distance est réduite, plus la répartition des EHPAD est considérée comme juste.

La notion d'efficacité consiste en une minimisation des distances que la plupart des personnes doivent parcourir pour rejoindre l'établissement le plus proche. La médiane est souvent utilisée comme indicateur d'efficacité, puisqu'elle permet de connaître la distance minimale que doit parcourir la moitié de la population pour rejoindre l'établissement le plus proche. Cependant, elle est ici très souvent égale à 0, ce qui signifie que la moitié au moins des personnes ont un établissement dans leur commune, témoignage du fin maillage de ces institutions. La médiane est donc délaissée pour le troisième quartile.

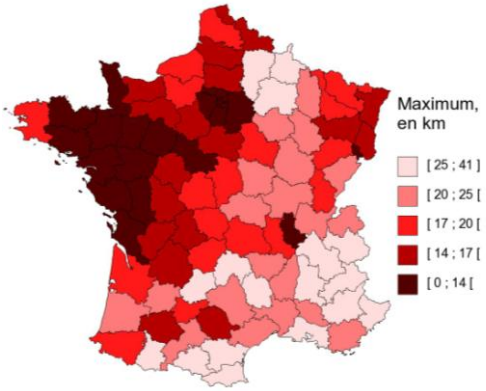
La notion d'égalité consiste en une minimisation des écarts entre distances parcourues par les personnes les mieux et les moins bien desservies. Un indicateur de dispersion statistique, l'écart-type, est utilisé.

Les valeurs nationales ne présentent pas d'intérêt en elles-mêmes. C'est la comparaison des valeurs prises par un même indicateur d'un département à l'autre qui est utile.

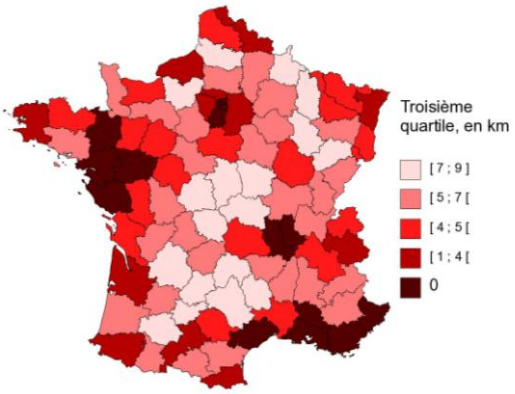
Ces trois indicateurs simples permettent de lire les configurations territoriales (Carte 38).

Carte 38 - Distance communale à parcourir pour rejoindre l'établissement le plus proche fin 2011, indicateurs départementaux d'analyse spatiale

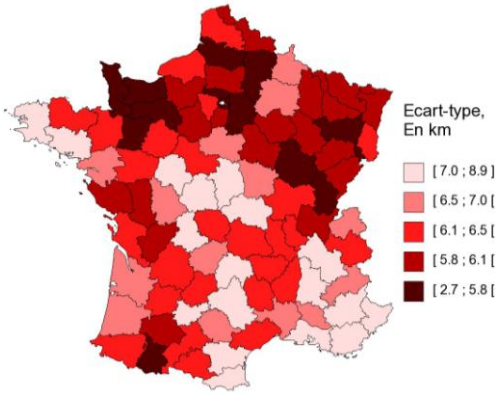
a) Justice : maximum



b) : Efficacité : troisième quartile



c) Égalité : écart-type



Lecture : a) plus le département apparaît en foncé, plus il est « juste », c'est-à-dire que la distance maximale que doit parcourir une personne du département pour rejoindre l'EHPAD le plus proche de chez elle est faible ; b) plus le département apparaît en foncé, plus il est « efficace », c'est-à-dire que la distance minimale que doivent parcourir les trois quarts des personnes du département pour rejoindre un EHPA est faible. Dans les départements comme l'Hérault, les trois quarts des habitants de 75 ans ou plus disposent d'un EHPAD dans leur commune ; c) plus le département apparaît en foncé, plus l'accès à un EHPA est « égalitaire », c'est-à-dire qu'il y a peu d'écarts entre les distances que les différentes personnes du département doivent parcourir pour rejoindre l'établissement le plus proche de leur domicile. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011. Paris ne comprenant qu'une commune, l'écart-type ne peut pas être calculé dans ce département. **Sources** : Drees (EHPA 2011), Insee (recensement de la population 2010, Code Officiel Géographique), distancier INRA (Odomatrix). **Source cartographique** : Arctique.

Les cartes obtenues mettent en exergue des territoires différents ce qui confirme l'intérêt de mobiliser ces trois indicateurs complémentaires.

En Île-de-France et dans une grande partie de l'Ouest, la distance maximale à parcourir est inférieure ou égale à 13 kilomètres. Paris et les départements de la petite couronne (Hauts-de-Seine, Val-de-Marne, Seine-Saint-Denis) sont les plus justes. Suivent, outre les départements de Grande-couronne parisienne, le Rhône et le Territoire de Belfort, des départements de l'Ouest : la Loire-Atlantique, l'Ille-et-Vilaine, la Manche, le Morbihan, la Vendée, le Maine-et-Loire, les Côtes d'Armor, les Deux-Sèvres, la Mayenne, la Sarthe ou la Charente-Maritime. Leurs habitants ont au maximum

13 kilomètres à parcourir pour rejoindre l'établissement le plus proche de chez eux[23]. À l'inverse, dans dix-sept départements, les personnes les plus éloignées doivent parcourir au moins 25 kilomètres pour rejoindre l'établissement le plus proche. Comme en 2007, tous ceux pour lesquels cette distance atteint *a minima* 30 kilomètres se situent dans un espace de haute ou moyenne montagne, souvent du sud de la France (Ariège, Alpes-de-Haute-Provence, Aude, Alpes-Maritimes, Isère, Savoie, Hautes-Alpes, Pyrénées Orientales, Drôme). Les départements aux plus faibles densités de population n'apparaissent pas sur la carte comme les moins justes.

L'indicateur d'efficacité offre une image plus mouchetée du territoire. Dans seize départements, les trois quarts des personnes âgées de 75 ans ou plus vivent dans une commune où est implanté un EHPAD, l'indicateur d'efficacité y est donc égal à 0. Il s'agit d'abord de départements franciliens, et plus largement de départements enregistrant une importante densité de population ou des villes peuplées : Bouches-du-Rhône, Rhône. Le Nord et la Gironde suivent juste derrière. La population de la plupart de ces départements vit plus fréquemment que la moyenne dans des zones urbaines (au sens de l'Insee). Ainsi, les sept départements d'Île-de-France qui figuraient déjà parmi les départements les plus justes sont également parmi les plus efficaces. L'indicateur met en lumière les départements de l'Ouest : Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Ille-et-Vilaine et Vendée, où plus de la moitié des habitants réside dans une zone rurale figurent aussi parmi les plus efficaces.

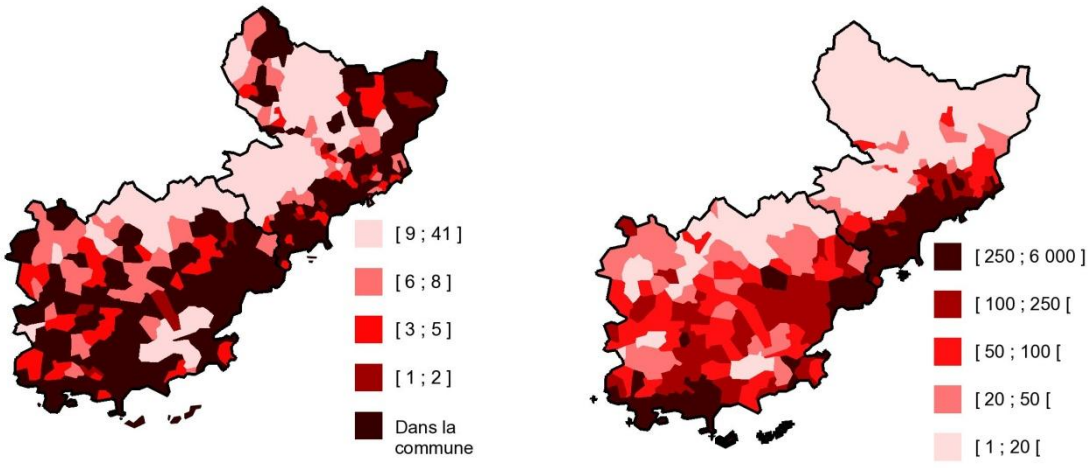
Les départements aux faibles densités apparaissent fréquemment inefficaces : la population n'est pas concentrée dans les communes équipées, ce qui implique une certaine distance à parcourir lors de l'entrée en EHPAD. Ainsi, les sept départements les moins bien classés au regard de cet indicateur d'efficacité sont plutôt des départements ruraux : la Haute-Marne, la Meuse, la Haute-Saône, la Creuse, le Gers, les Ardennes et le Cantal.

Les départements les plus égalitaires en termes de proximité avec un EHPAD sont essentiellement situés dans le nord de la France, plus spécialement en Île-de-France, au Nord et à l'Ouest de l'Île-de-France, en Basse et Haute-Normandie, en Picardie, et dans le Nord-est. Au sein de chacun de ces départements, les distances minimales à parcourir pour rejoindre le premier établissement sont plus homogènes que dans les autres départements. Ainsi, les départements de la petite couronne parisienne, le Val-d'Oise, le Calvados ou l'Oise sont d'accès à la fois plus « égalitaire » et plus « justes » que beaucoup d'autres départements. Dans les départements du Sud, l'écart-type est élevé, traduisant une relative inégalité d'accès aux EHPAD, exception faite de l'Ariège et des Hautes-Pyrénées. L'écart-type est maximal dans les Bouches-du-Rhône. Les départements où la proximité aux EHPAD est la plus inégalitaire sont ceux où la distance minimale à parcourir varie de manière importante d'une commune à l'autre. Souvent, ces départements sont marqués par une rupture entre les communes littorales et l'arrière-pays : Bouches-du-Rhône, Var (Carte 39), Alpes-Maritimes, Pyrénées-Orientales mais aussi Finistère et Morbihan. Quelques départements ruraux figurent parmi les moins égalitaires, notamment en région Centre et Midi-Pyrénées.

[23] Territoire de Belfort et Val d'Oise, moins justes que les départements de l'Ouest en 2007, affichent en 2011 le même nombre de kilomètres maximal à parcourir pour rejoindre l'établissement le plus proche. Cela est lié à l'exclusion des logements-foyers non EHPAD, inclus dans les analyses en 2007, et fortement implantés dans cette région de France.

Carte 39 - Proximité aux EHPAD et densité de population, en 2011, dans le Var et les Alpes Maritimes

a) Proximité aux EHPAD, en 2011 **b) Densité de population, en 2011**



Lecture : Carte a : plus la commune apparaît en foncé, plus elle est proche d'un établissement. Les communes les plus foncées sont celles qui ont au moins un EHPAD implanté sur leur territoire. Carte b : plus une commune apparaît en foncé, plus sa densité de population, c'est-à-dire le nombre d'habitants rapporté à la superficie du territoire, est importante. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011. **Sources** : Drees (EHPA 2011), Insee (Populations 2010, recensement de la population), distancier INRA (Odomatrix). **Source cartographique** : Arctique.

Au regard de ces trois indicateurs, les départements urbains cumulent les avantages. Ainsi, les départements franciliens sont souvent parmi les plus justes, les plus efficaces et les plus égalitaires. La distinction entre urbain et rural semble avoir un impact fort sur les indicateurs. Elle n'en explique cependant pas toutes les différences : les départements plus ruraux de la Vendée, du Maine-et-Loire, du Calvados, du Territoire de Belfort, de la Sarthe et des deux départements alsaciens figurent souvent comme les plus justes, efficaces et égalitaires. À l'inverse, font partie des départements les moins bien classés d'après les trois indicateurs l'Aude ou les Alpes-de-Haute-Provence. En effet, ces indicateurs fondés sur la distance que les personnes âgées doivent parcourir pour atteindre l'EHPAD le plus proche dépendent autant de la géographie, de la densité et de la répartition de la population de chaque département que du réseau d'implantation des établissements.

1.3. Accessibilité aux EHPAD : lier l'éloignement et les places potentiellement disponibles

La possibilité d'intégrer un EHPAD, qu'il soit ou non proche de son lieu d'habitation, dépend du nombre de places qu'il propose[24] et du nombre de personnes âgées qui souhaitent y entrer. Ainsi, les départements de Paris et de sa petite couronne, bien classés selon les indicateurs d'analyse spatiale précédemment présentés, ont des taux d'équipement inférieurs, voire nettement inférieurs à la moyenne nationale. En moyenne, leurs habitants ont une probabilité plus forte que ceux d'autres départements de ne pas intégrer l'établissement le plus proche de chez eux et donc d'entrer dans une institution assez éloignée. Les habitants du Cantal ou de l'Aveyron, malgré des indicateurs relatifs à la proximité moins favorables, auront quant à eux plus de chances de ne pas trop s'éloigner de leur domicile, les taux d'équipement de ces deux départements étant au-dessus de la moyenne nationale. Alors que la proximité se fonde sur la distance à parcourir, les modèles d'accessibilité développés ci-après permettent de concilier une mesure de la distance avec le rapport entre offre et demande.

[24] Le taux d'occupation des places dans les EHPAD est proche de 100 %.

L'accessibilité rend compte de la facilité avec laquelle une personne âgée peut théoriquement obtenir une place en établissement à proximité de son domicile. Les modèles présentés reposent sur deux fondements : un effet dissuasif de la distance, et un effet positif du rapport entre offre et demande. Ainsi, un établissement est considéré comme d'autant plus facile d'accès qu'il est géographiquement proche et qu'il dispose d'un nombre de places élevé par rapport à la population locale de personnes âgées.

L'effet dissuasif de la distance, développé dans le prologue, repose sur les kilomètres effectivement parcourus par les résidents en EHPAD fin 2011. Cerner le rapport entre offre et demande nécessite d'évaluer l'offre disponible et la demande potentielle, ce qui est entrepris ci-après.

1.3.1. Estimer l'offre disponible

L'attractivité des établissements est liée à l'offre qu'ils proposent. Le nombre de places en serait un premier indicateur. L'enquête EHPA 2011 permet de préciser l'estimation, en utilisant le nombre de places disponibles annuellement. Par statut et au niveau national, l'enquête permet de déterminer la durée moyenne de séjour des personnes[25].

Les gestionnaires d'établissements sont regroupés en quatre statuts juridiques (chapitre 2) : établissements publics rattachés à un hôpital, publics non rattachés à un hôpital, privés à but lucratif, privés à but non lucratif. Au sein de ceux-ci, la durée moyenne de séjour oscille entre 3 ans dans les EHPAD publics non hospitaliers et 1 an et 9 mois dans les EHPAD privés à but lucratif (Tableau 26).

De cette mesure sont déduits les taux de rotation des résidents, et donc le nombre de places qui se libèrent chaque année en moyenne, en fonction du statut juridique. Ainsi, ce serait le cas de 38 % des places tous les ans dans les EHPAD privés à but non lucratif.

Tableau 26 - Durées moyennes de séjour et part des places disponibles annuellement, selon le statut juridique, en 2011

Statut juridique	Durée moyenne de séjour	Places disponibles annuellement
EHPAD privés à but lucratif	1 an et 9 mois	57 %
EHPAD privés à but non lucratif	2 ans et 8 mois	38 %
EHPAD publics hospitaliers	2 ans et 2 mois	46 %
EHPAD publics non hospitaliers	3 ans	33 %
Ensemble des EHPAD	2 ans et 4 mois	43 %

Lecture : Une durée moyenne de trois ans implique que 33 % des places se libèrent chaque année. La correspondance entre durée moyenne de séjour et nombre de places disponibles par an est obtenue par une règle de trois. **Champ** : Résidents sortis d'EHPAD courant 2011, dont l'établissement est toujours ouvert fin décembre. **Sources** : Drees (EHPA 2011).

À chaque EHPAD est affectée la part des places disponibles annuellement selon son statut juridique. Le nombre de places potentiellement disponibles annuellement en est déduit. Cette approche de l'offre est plus fine qu'une mesure par le nombre de places, bien que se calant sur des moyennes nationales.

1.3.2. Estimer la demande potentielle

L'estimation de la demande par commune pourrait être simplifiée par l'utilisation de la population âgée de 75 ans ou plus, déjà mobilisée pour les taux d'équipement ou dans le calcul des indicateurs de justice, d'égalité et d'efficacité. Mais l'entrée en EHPAD peut être accordée dès 60 ans, et l'enquête EHPA 2011 montre que les classes d'âges ne sont pas également présentes dans les établissements au niveau national (Volant, 2014b). Il est donc pertinent de standardiser par âge la population. La

[25] L'enquête EHPA enregistre un taux de réponse inférieur à 70 %. Puisque il faut des données relatives à chaque établissement, les données nationales sont ici utilisées, et non une correction de la non-réponse par imputation.

standardisation s'appuie sur le taux d'institutionnalisation en France métropolitaine, par âge quinquennal, c'est-à-dire le nombre de résidents en EHPAD, rapporté à la population en France métropolitaine du même âge (tableau 27). Ainsi, un poids plus important est donné aux tranches d'âges dont les taux d'institutionnalisation sont élevés.

Cette estimation repose sur l'hypothèse d'une demande uniforme sur le territoire, en fonction de l'âge.

Tableau 27 - Répartition par âge des résidents et taux d'institutionnalisation en EHPAD, en 2011

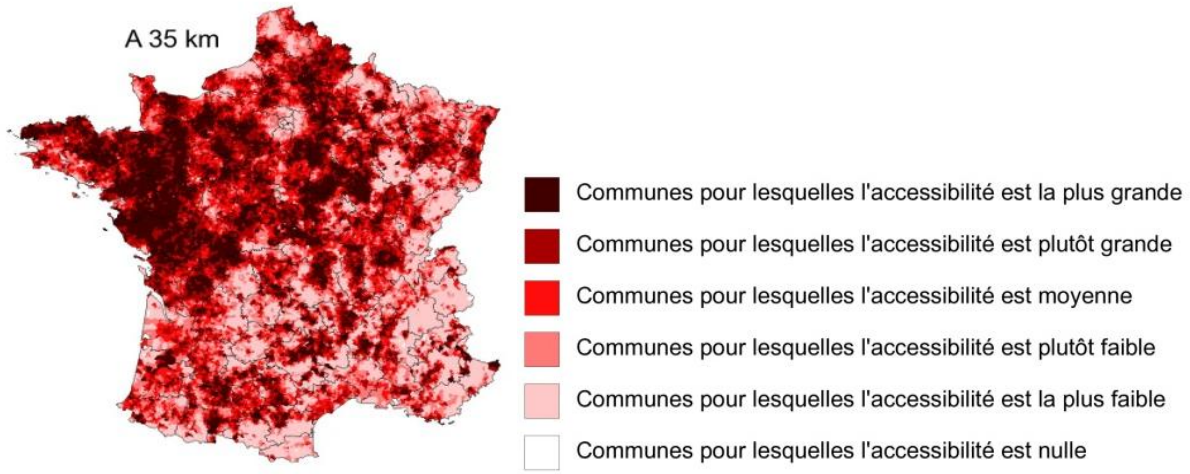
Âge	Résidents en EHPAD	Population générale	Taux d'institutionnalisation (pour 1 000)	Taux d'institutionnalisation (calculés en base 1 000)
De 60 à 64 ans	19 270	3 844 767	5,0	13,9
De 65 à 69 ans	17 470	2 693 402	6,5	17,9
De 70 à 74 ans	26 950	2 461 495	11,0	30,3
De 75 à 79 ans	53 580	2 291 093	23,4	64,7
De 70 à 84 ans	108 590	1 795 001	60,5	167,3
De 85 à 89 ans	168 750	1 133 683	148,9	411,5
90 ans et plus	177 380	409 428	361,7	1000

Lecture : 19 270 résidents en EHPAD sont âgés de 60 à 64 ans (à titre de comparaison, c'est l'âge de 3,8 millions de personnes en France métropolitaine). Cela correspond à un ratio, dit taux d'institutionnalisation, de 5 ‰. Ce taux est ensuite calculé en base 1000. **Champ** : Résidents en EHPAD fin 2011. **Sources** : Drees (EHPA 2011), Insee (Populations 2010, recensement de la population).

Les coefficients sont affectés aux populations de chaque commune de France métropolitaine, afin d'obtenir une population communale standardisée de référence.

Le détail du modèle gravitaire retenu figure dans le prologue. Globalement, la population âgée d'une commune sera attirée par les établissements d'une autre commune proportionnellement au nombre de places disponibles annuellement rapportées à la demande potentielle de la commune et des communes alentour. L'attraction décroit à mesure que la distance augmente, l'effet de la distance étant fondé sur le nombre de kilomètres effectivement parcourus par les résidents présents en EHPAD fin 2011.

Carte 40 - Accessibilité aux EHPAD en 2011 selon le modèle de double densité flottante – décroissance de la distance selon les seuils



Lecture : Plus une commune apparaît en foncé, plus les personnes âgées de cette commune ont de facilité, par rapport aux personnes âgées des autres communes, à trouver une place dans un EHPAD à proximité de leur lieu de vie. Chacune des cinq classes de couleur regroupe 20 % des communes, pour lesquelles l'accessibilité n'est pas nulle. **Champ** : Communes à moins de 35 kilomètres d'EHPAD ouverts fin 2011. **Sources** : Drees (EHPA 2011), Insee (Populations 2010, recensement de la population), distancier INRA (Odomatrix). **Source cartographique** : Arctique.

Cet indicateur offre une image plus ou moins convergente avec les indicateurs précédents. Les personnes âgées de Bretagne et des Pays de la Loire apparaissent avoir de fortes possibilités d'accéder

à un établissement assez proche de chez elles. Inversement, une grande partie des communes de certains départements, comme la Savoie, le Doubs, l'Isère ou encore les Pyrénées Orientales semblent offrir à leurs habitants une accessibilité nettement plus faible que les autres, à l'instar de l'indicateur d'efficacité. Cette représentation met également en lumière des différences à l'intérieur même des départements, quand elles existent. Une situation contrastée apparaît dans des départements comme la Seine-Maritime ou le Var.

Les communes d'Île-de-France, surtout les plus proches de Paris, offraient une grande proximité aux EHPAD. Mais l'intégration de l'estimation de la demande potentielle montre que dans ces territoires, la possibilité de rejoindre un EHPAD à proximité de son précédent lieu de vie est parmi les plus faibles de France. Ce constat montre en soi la plus-value d'un modèle combinant distance et rapport entre offre et demande.

Le fin maillage territorial observé est lié à l'histoire de l'accompagnement des publics fragiles sur les territoires. Le terme « fragile » renvoie ici globalement aux populations visées par la loi de 1905, c'est-à-dire les « vieillards, infirmes et incurables ». La deuxième partie du chapitre montre combien l'implantation actuelle des EHPAD est un observatoire de notre société, d'hier à aujourd'hui. Elle conduit à présenter des résultats par statuts juridiques, les ancrages spatiaux étant différenciés.

2. De l'enfermement en hospices à l'accompagnement en EHPAD : l'implantation des établissements comme observatoire de notre société, d'hier à aujourd'hui

2.1. Un accompagnement historiquement de proximité

2.1.1. La conception des hospices conduit à ne pas séparer les « vieillards » des « autres pauvres »

C'est en Grèce antique que les premières traces « *d'institutions charitables destinées à entretenir les vieillards nécessiteux* » (Minois, 1987) sont formellement identifiées. De tels établissements existaient sur le territoire actuel de la France au Haut Moyen-Âge. À cette époque cependant, « *le vieillard est simplement un faible, que dans les hospices on ne distinguera pas des mendiants, infirmes et malades* » (Minois, 1987).

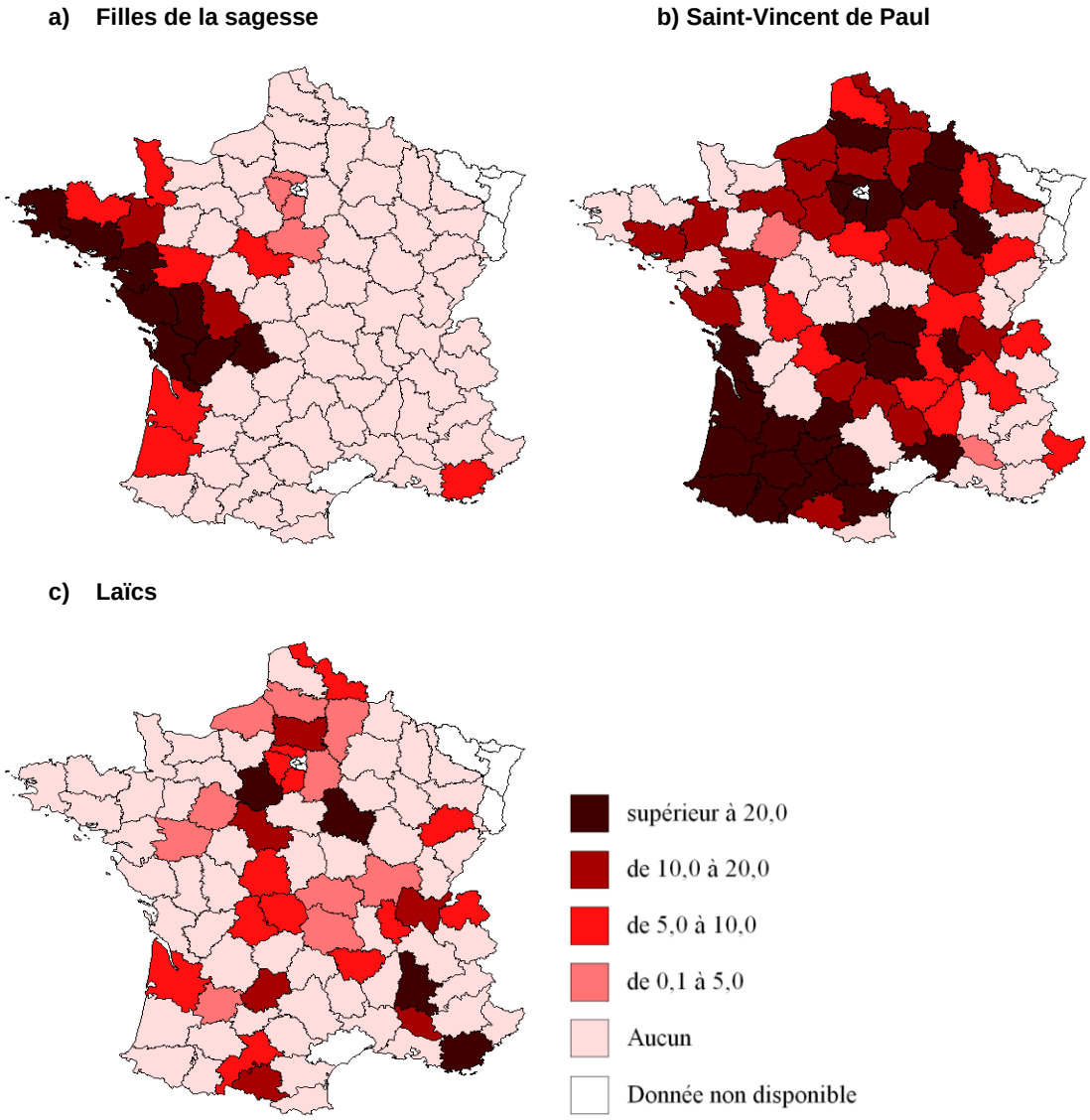
L'histoire des hospices et des hôpitaux, précurseurs des actuels EHPAD, montre que cette absence de distinction entre les personnes les plus âgées et les autres publics s'étend jusqu'au début du XXe siècle : pendant plus de mille ans, les « *vieillards* » ont été mêlés aux « *autres pauvres* » dans les établissements, tout en représentant toujours une part importante de leur population (Gueslin, 1997, et Goglin, 1976). Cette mendicité des personnes âgées qui les conduit aux institutions charitables est historiquement perçue comme « *légitime. C'est celle des indigents invalides et de ces infortunés qui ne pouvant se procurer le nécessaire par leur travail, n'ont d'autre ressource pour subsister que la charité publique* ». Elle est différenciée de celle nommée « *illégitime ou criminelle […] des vagabonds et des fainéants de profession* » (Romans de Coppier *et al*. 1780).

Ces institutions charitables accueillaient donc des personnes cumulant pauvreté et incapacité à travailler. Or, tous les territoires ne sont pas confrontés de façon identique à la pauvreté : les Petites sœurs des pauvres, par exemple, se développent d'abord en Bretagne. La précarité dans la région, ainsi que le besoin de solidarité face à une mortalité en mer importante et imprévisible, ont favorisé leur développement. Les Annales de la Charité affirment au milieu du XIXe siècle que : « *si nous*

recherchons l'histoire de la fondation de la plupart des établissements charitables, presque partout nous voyons la charité privée en poser les premières bases » (Société d'économie charitable et société internationale de charité, 1849). Effectivement, c'est à cette époque que la charité privée, sous la coupe des religieux, développe les hospices. Ainsi, à la fin du XIXe siècle, aucun hospice n'est géré par des laïcs dans la plupart des départements. L'Eure-et-Loir, l'Yonne, la Drôme ou le Var sont seuls dans lesquels au moins un établissement sur cinq relève d'un personnel laïc (Carte 41).

Or, l'implantation des différentes congrégations est variable en fonction des territoires.

Carte 41 - Part des hospices gérés, en fonction de quelques gestionnaires, au département, en 1896



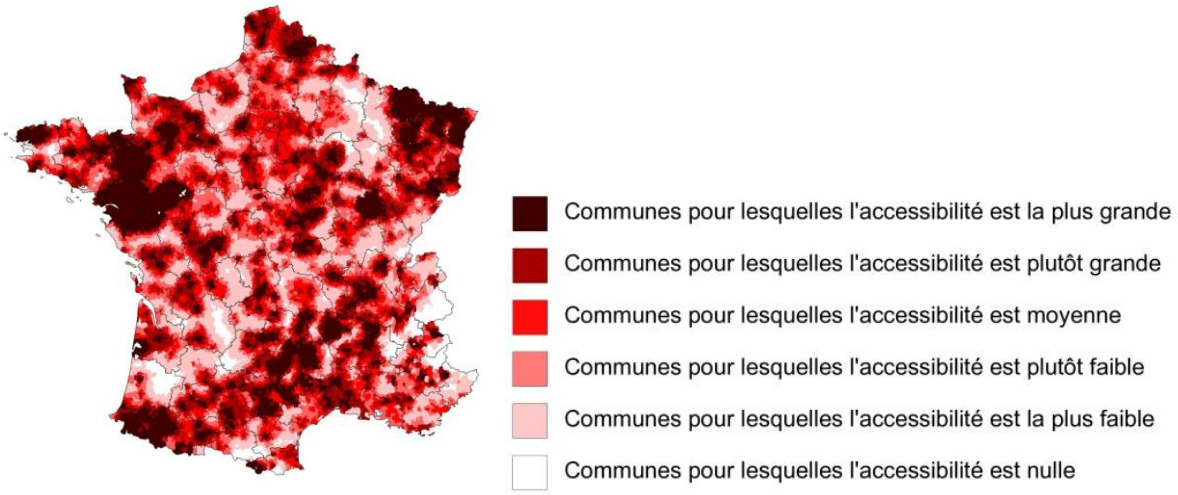
Lecture : Dans le Finistère, les Filles de la sagesse sont gestionnaires d'au moins 20 % des hospices. **Champ** : Hospices et établissements d'accueil des vieillards, 1896. **Sources** : Office central des œuvres charitables (la France charitable et prévoyante, 1896). **Source cartographique** : Arctique.

La géographie des établissements est également marquée par le passé industriel : Bapterosses, industriel de pointe, vers 1865 « *pratique la prise en charge totale, de la crèche à l'asile de vieillards* ». Sa cité comptera jusqu'à 6 longues barres « *abritant chacune de 36 à 50 familles et symboliquement incluses entre les bâtiments de la manufacture et de l'hospice* » (Ariès et Duby, 1999). Or, cette réalisation n'est pas isolée : la famille Chagot à Montceau-les-Mines, ou les

Schneider au Creusot ont, par exemple, une politique similaire. Ces pratiques sont à mettre en lien avec le paternalisme industriel qui se développe au XIXe siècle, et qui se présente comme « *un système régissant les relations entre employeurs et salariés d'une entreprise dans leur totalité, c'est-à-dire un système de relations du travail qui vise à prendre en charge intégralement le travailleur, dans sa vie professionnelle comme dans sa vie privée […] c'est un système de production et de reproduction de la main d'œuvre qui se concrétise dans de multiples institutions et structures économiques et sociales* » (Gueslin, 1992).

Découlant de cette histoire, les EHPAD privés à but non lucratif sont accessibles dans plusieurs régions : Alsace-Lorraine, régions du Nord à l'Île-de-France, une partie de l'Ouest et notamment la Loire-Atlantique, de la vallée du Rhône aux Pyrénées-Atlantiques (Carte 42). Les départements du Sud-est en sont cependant moins pourvus, comme les territoires en écharpe des Ardennes aux Landes. Ces établissements sont essentiellement gérés par des associations, reconnues ou non d'utilité publique. Leur géographie est fortement ancrée dans l'histoire religieuse et sociale des territoires. Ainsi, la congrégation des Petites sœurs des pauvres gérait une centaine d'établissements à la fin du XIXe siècle. Elle est aujourd'hui responsable d'une trentaine d'EHPAD, implantés d'abord en Bretagne et dans le Nord – Pas-de-Calais, puis en Rhône-Alpes et en Île-de-France. Autre exemple, la Fondation Caisse d'Épargne pour la solidarité regroupe plus de 70 établissements à la fin 2011 ; premier acteur non lucratif des EHPAD, elle regroupe plusieurs fondations qui se sont développées au XIXe siècle. Aujourd'hui, elle est présente dans la plupart des régions françaises, notamment en région parisienne, dans la vallée du Rhône et le Nord.

Carte 42 - Accessibilité aux EHPAD privés à but non lucratif en 2011, selon le modèle de double densité flottante – décroissance de la distance selon les seuils



Lecture : Plus une commune apparaît en foncé, plus les personnes âgées de la commune ont de facilité, par rapport aux personnes âgées des autres communes, à trouver une place dans un EHPAD à proximité de leur lieu de vie. Une commune figurant en blanc n'a pas d'EHPAD privé à but non lucratif à 35 kilomètres ou moins de son lieu de vie. Chacune des cinq classes de couleur regroupe environ un quintile des communes, pour lesquelles l'accessibilité n'est pas nulle. **Champ** : EHPAD privés à but non lucratif, ouverts fin 2011. **Sources** : Drees (EHPA 2011), Insee (Populations 2010, recensement de la population), distancier INRA (Odomatrix). **Source cartographique** : Arctique.

Au moment où la vieillesse émerge comme question sociale, au cours de l'époque contemporaine (chapitre 1), la question de la séparation entre les personnes âgées, les personnes malades ou encore les autres publics est posée. En témoigne un externe des hôpitaux de Paris à la fin du XIXe siècle : « *les partisans les plus dévoués des hôpitaux, ceux-là mêmes qui n'ont jamais pensé à contester les heureux résultats et l'importance de ces établissements de secours, se sont souvent énergiquement*

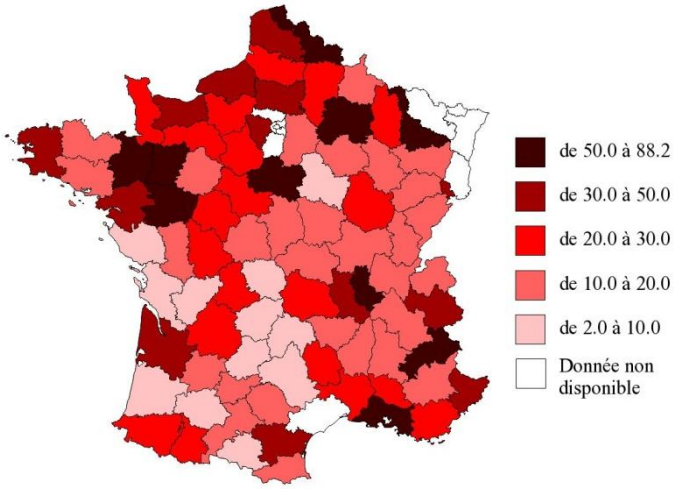
prononcés contre les asiles uniquement destinés aux vieillards, en se basant sur ce motif d'ailleurs assez captieux[26] *que la vieillesse n'est pas un accident, mais un terme inévitable, un terme nécessaire de l'existence que devrait prévenir la prévoyance de l'homme : ouvrir au vieillard un asile pour ses vieux jours, c'est à la fois encourager leur abandon par les familles et l'imprévoyance des hommes eux-mêmes* » (Jaquemet, 1866). Finalement, la séparation entre les personnes âgées et les personnes malades, c'est-à-dire : « *la constitution de l'hospice comme lieu de strict hébergement social est parallèle à la spécialisation de l'hôpital en tant que structure de soins et de cure* » (Benoit-Lapierre *et al.*, 1980).

L'offre recensée dans l'annuaire de la France charitable et prévoyante, à la fin du XIXe siècle, n'en est pas moins liée à celle connue via le répertoire Finess, à la fin des années 1960. Ainsi, le nombre d'établissements par département en 1968 est corrélé au nombre que ceux-ci comptaient en 1896 : le coefficient de corrélation est de 53 %. Cependant, l'effet de taille est important : le Nord, Paris ou le Rhône comptent le plus d'établissements, en 1896 et en 1968. Les départements les plus peuplés à la fin du XIXe siècle sont globalement les mêmes que dans les années 1960.

Une étude de la corrélation des taux d'équipements est donc entreprise (Carte 43 et Carte 44).

Le nombre de places réservées aux « vieillards » par rapport à la population en 1896 est comparé à celui de 1968 La corrélation n'est pas significative, mais ce résultat pourrait être trompeur. Tout autant que l'offre médico-sociale proposée, le volume de la population âgée influe sur le taux d'équipement. Or, celui-ci a évolué différemment selon les départements.

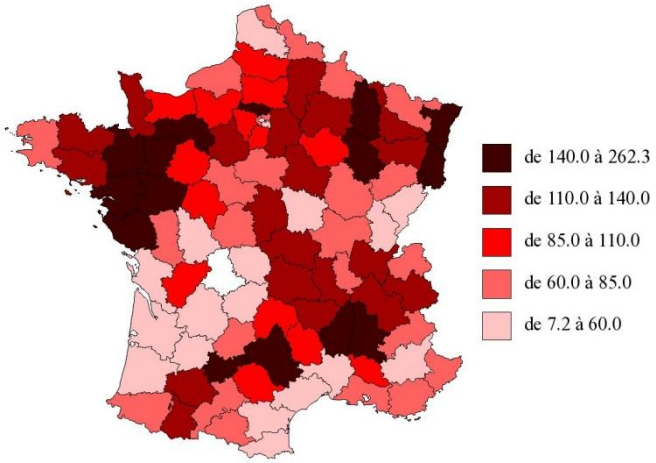
Carte 43 - Nombre de places réservées aux « vieillards » dans les établissements charitables, rapporté à la population âgée de 60 ans ou plus, en 1896



Lecture : En Ariège, le nombre de places réservées aux « vieillards » dans des institutions charitables représente moins de 10 places pour 1 000 personnes âgées de 60 ans ou plus. **Champ** : France métropolitaine, hors Corse, Alsace-Moselle, Hérault, et ancien département de la Seine. **Sources** : France charitable et prévoyante, 1896. **Source cartographique** : Arctique.

[26] Captieux signifie « *qui tend à tromper, qui séduit par de belles, de fausses apparences* » (Centre national de ressources textuelles et lexicales [CNRTL]).

Carte 44 - Nombre de places dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, rapporté à la population âgée de 75 ans ou plus, en 1968



Lecture : En Ariège, le nombre de places dans les hospices et autres établissements d'hébergement pour personnes âgées est inférieur à 60, pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. **Champ** : France métropolitaine, hors Haute-Vienne. **Sources** : Drees (Finess, 2012). **Source cartographique** : Arctique.

Afin de séparer l'évolution des places de celle de la population âgée, le taux d'équipement en 1896 est comparé avec le nombre d'établissements en 1968, rapporté à la population âgée de 1896.

Les corrélations obtenues sont positivement significatives : le coefficient de corrélation atteint 20 %. Le même calcul effectué sur les années postérieures à 1968 montre une décroissance de la corrélation. Le nombre d'établissements en 2008, rapporté à la population un siècle auparavant, est corrélé à 15 % avec le taux d'équipement à la fin du XIXe siècle. L'offre actuelle est bien héritière des localisations passées. S'il n'existe pas de corrélation entre les taux d'équipements à un siècle d'intervalle, c'est parce que la population est localisée différemment.

2.1.2. Une proximité historique renforcée par les politiques de la vieillesse depuis 1960

2.1.2.1. La construction historique

Dès le Haut Moyen-âge, « *l'Église exige que chaque église rurale, monastique ou épiscopale, possède un service charitable et prenne en charge un certain nombre de pauvres* » (Goglin, 1976). En effet, le Concile de Nantes, réuni en 658, décrète que « *les habitants et le clergé de chaque commune suivant leurs ressources nourrissent d'aliments convenables les pauvres qui y sont domiciliés, afin qu'ils n'aillent pas vagabonder dans les autres localités* ». L'objectif n'est alors pas de permettre aux personnes de rester près de chez elle, comme dans les politiques actuelles : c'est dans une lutte contre la mendicité, considérée comme un trouble à l'ordre public que la répartition sur l'ensemble du territoire des institutions charitables prend sa source.

Plusieurs mesures telles que celles-ci façonnent l'implantation des établissements en France. Sans en dresser une liste, rappelons que Louis XIV, au XVIIe siècle, oblige à ce que chaque paroisse prenne en charge « ses pauvres », toujours pour éviter le vagabondage. Surtout, par un célèbre édit de 1662, il décrète que chaque ville et chaque bourg du royaume sera tenu d'ouvrir un hôpital pour venir en aide aux pauvres malades, aux mendiants infirmes et âgés et aux orphelins (Monnier, 1856, p367). Après la Révolution, les députés établissent une responsabilité communale dans la gestion des hospices. Le passage de l'assistance privée à un service public de solidarité sociale avec la loi de 1905 (chapitre 1)

conserve cette volonté de proximité d'accès aux établissements, comme les politiques en faveur de la vieillesse qui se développent depuis les années 1960.

De telles mesures ont donc conditionné la géographie de l'accompagnement, permettant aux EHPAD de relever aujourd'hui selon l'Insee des services intermédiaires (Insee, composition des gammes d'équipement 2014).

Les établissements publics non rattachés à un hôpital sont héritiers de l'histoire des hospices (Carte 45). Ils sont aujourd'hui constitués juridiquement en établissements publics administratifs autonomes ou rattachés à un centre communal d'action sociale. Dans quelques départements du Sud-est, notamment les Alpes-de-Haute-Provence, les Hautes-Alpes et la Drôme, les habitants âgés accéderaient théoriquement plus difficilement à ces établissements. À l'inverse, les habitants des Pays de la Loire y accéderaient plus facilement.

Présents dans 98 % des sous-préfectures des départements, les EHPAD rattachés à un hôpital, et héritiers de cette histoire hospitalière forment un maillage régulier sur le territoire (Carte 46). Leur implantation reflète, en toute logique, celle des hôpitaux. « *La grande enquête de 1764 sur les hôpitaux, ordonnée par la déclaration du 11 février, nous apprend que dans chaque généralité de France, trois à quatre hôpitaux abritent les vieux, toujours avec une autre population misérable* » (Bois, 1989). Ils se sont développés dans les grandes villes au sein des hôpitaux qui ont profité des avancées techniques du XXe siècle.

2.1.2.2. Les évolutions depuis la fin des années 1960

La moitié des cantons équipés en EHPAD fin 2011 accueillaient déjà à la fin du XIXe siècle un hospice, une maison de retraite ou un asile de vieillards (Office central des œuvres de bienfaisance, 1896)[27]. D'autres chefs-lieux de canton se sont progressivement dotés de ces structures, afin de répondre au vieillissement croissant de la population, dans le contexte des changements sociétaux d'après-guerre. Ainsi, près de 85 % des cantons aujourd'hui équipés en EHPAD disposaient déjà d'une structure d'hébergement pour personnes âgées en 1985.

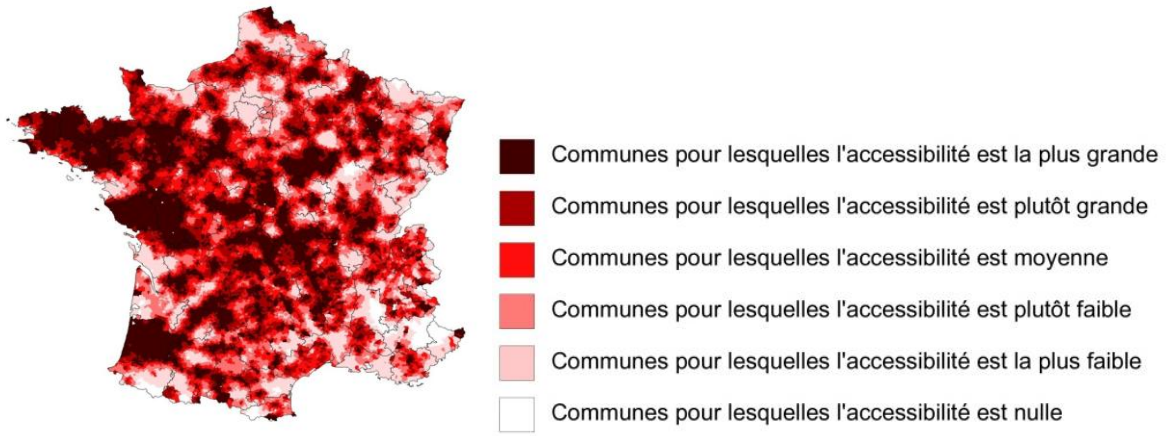
Le rapport Laroque (Laroque, 1962) fait fréquemment figure de point de départ des politiques contemporaines relatives à la vieillesse. Toujours dans l'objectif de mettre en regard l'offre avec les besoins potentiels, l'évolution des établissements est décrite depuis 1968, date d'un recensement de l'Insee déclinant la population par âge.

D'abord, cette période d'une cinquantaine d'années, jusqu'à la fin des années 2000, se traduit par une augmentation régulière du nombre de places (Graphique 22), avec une augmentation un peu plus forte au début des années 1990.

La répartition spatiale de l'offre est de plus en plus homogène, en atteste l'indice de Gini. Pour cet indice, qui varie entre 0 et 100 %, 0 représente une répartition des places équilibrée par rapport à celle de la population âgée, et 100 % l'inégalité absolue, c'est-à-dire la concentration de l'ensemble des établissements dans une seule unité spatiale.

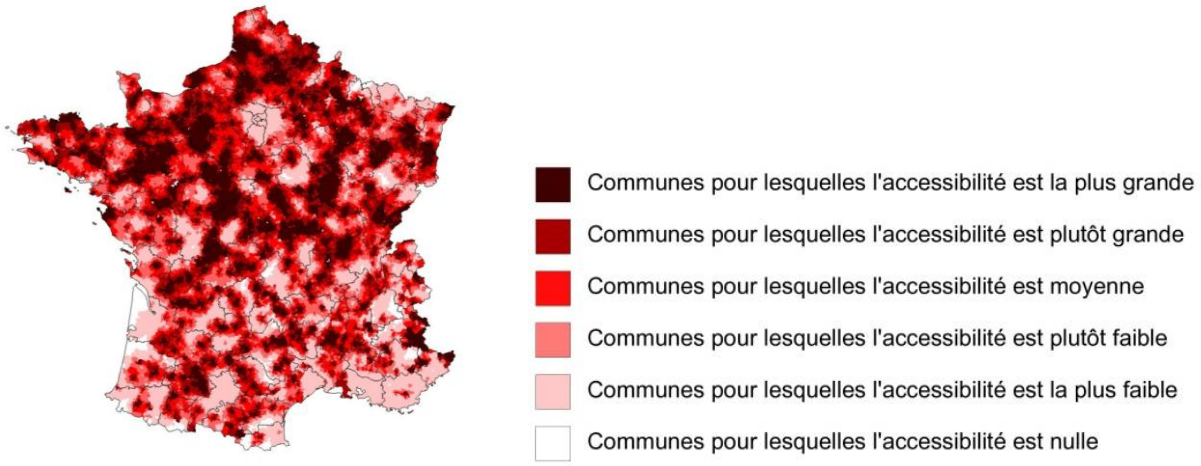
[27] Chiffre calculé à partir du recensement de l'Office central des œuvres de bienfaisance, 1896. Sont exclus l'Hérault, la Seine (source manquante ou incomplète), et la Moselle, le Haut-Rhin et le Bas-Rhin (dont les territoires n'étaient pas français en 1896).

Carte 45 - Accessibilité aux EHPAD non rattachés à un hôpital en 2011, selon le modèle de double densité flottante - décroissance de la distance selon les seuils



Lecture : Plus une commune apparaît en foncé, plus les personnes âgées de la commune ont de facilité, par rapport aux personnes âgées des autres communes, à trouver une place dans un EHPAD à proximité de leur lieu de vie. Une commune figurant en blanc n'a pas d'EHPAD non rattaché à un hôpital à 35 kilomètres ou moins de son lieu de vie. Chacune des cinq classes de couleur regroupe environ un quintile des communes, pour lesquelles l'accessibilité n'est pas nulle. **Champ** : EHPAD publics non rattachés à un hôpital, ouverts fin 2011. **Sources** : Drees (EHPA 2011), Insee (Populations 2010, recensement de la population), distancier INRA (Odomatrix). **Source cartographique** : Arctique.

Carte 46 - Accessibilité aux EHPAD rattachés à un hôpital en 2011, selon le modèle de double densité flottante - décroissance de la distance selon les seuils



Lecture : Plus une commune apparaît en foncé, plus les personnes âgées de la commune ont de facilité, par rapport aux personnes âgées des autres communes, à trouver une place dans un EHPAD à proximité de leur lieu de vie. Une commune figurant en blanc n'a pas d'EHPAD rattaché à un hôpital à 35 kilomètres ou moins de son lieu de vie. Chacune des cinq classes de couleur regroupe environ un quintile des communes, pour lesquelles l'accessibilité n'est pas nulle. **Champ** : EHPAD publics rattachés à un hôpital, ouverts fin 2011. **Sources** : Drees (EHPA 2011), Insee (Populations 2010, recensement de la population), distancier INRA (Odomatrix). **Source cartographique** : Arctique.

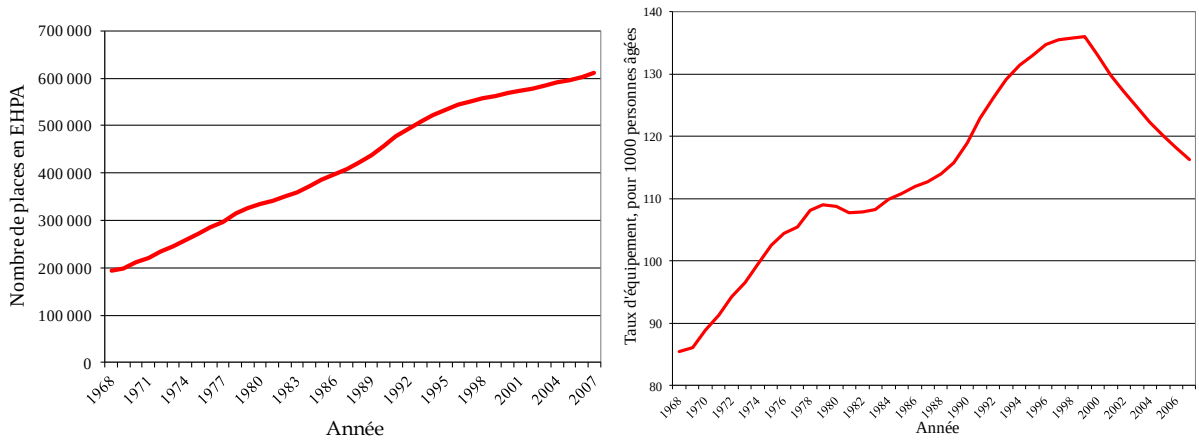
Cependant, la population âgée a augmenté elle aussi : depuis une dizaine d'années, l'augmentation du nombre de places n'est pas suffisante pour maintenir un taux d'équipement constant (Graphique 22). La faible augmentation des places depuis le milieu des années 1990 se traduit par une baisse importante du taux d'équipement, passant de 135 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans à la fin des années 1990 à environ 115 aujourd'hui, soit le taux d'équipement de la fin des années 1980.

L'indice de Gini est calculé annuellement, à l'échelle départementale et cantonale (Graphique 23). En quarante ans, il est divisé par deux, quelle que soit l'échelle considérée, indiquant une diminution globale des inégalités spatiales. Malgré la faible hausse du nombre de places et la nette diminution des taux d'équipement depuis la fin des années 1990, l'indice de Gini continue de décroitre.

Les disparités sont par construction plus importantes à l'échelle cantonale que départementale (prologue méthodologique), la diminution des inégalités est également plus importante à l'échelle la plus locale.

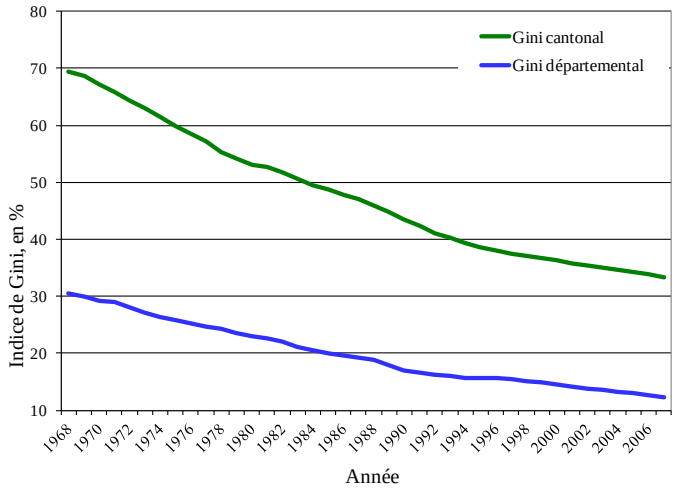
Graphique 22 - Évolution de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées, entre 1968 et 2008

Nombre de places **Taux d'équipement, pour 1000**



Lecture : Graphique de gauche : En 1968, il y avait en France métropolitaine environ 200 000 places en établissements d'hébergement pour personnes âgées. Graphique de droite : En 1999, le taux d'équipement atteint un maximum de 136 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. **Champ** : Ensemble des EHPA, en France métropolitaine, hors Corse. Les EHPAD étant récents et ne constituant qu'une partie du champ, ils ne peuvent être séparés des autres établissements. **Sources** : Drees (Finess, 2012), Insee (recensements de la population).

Graphique 23 - Évolution de l'indice de Gini entre 1968 et 2008, aux échelles cantonale et départementale



Lecture : L'indice de Gini varie entre 0 et 100 %, plus il est élevé, plus l'inégalité est grande, c'est-à-dire que l'offre se concentre davantage dans certains territoires. **Champ** : Ensemble des établissements ouverts, au 31 décembre, en France métropolitaine, hors Corse. **Sources** : Drees (Finess, 2012).

La β-convergence permet de quantifier dans quelles mesures il y a rattrapage de l'offre proposée par les unités spatiales les moins bien équipées à l'origine, ou au contraire amplification des disparités, c'est-à-dire développement de l'offre dans les territoires figurant déjà parmi les mieux équipés. Cette

mesure est notamment utilisée pour analyser un éventuel rattrapage des pays occidentaux par les pays en voie de développement. Elle permet de quantifier plus précisément l'évolution de la répartition territoriale que les indicateurs précédents. La β-convergence est étudiée par période de dix ans, les dates retenues, en lien avec les recensements, sont les suivantes : 1968, 1978, 1988, 1998 et 2008.

Le nombre d'établissements est rapporté à la population. Il y a convergence si les territoires les moins équipés voient leur équipement évoluer plus rapidement que les autres au cours d'une période donnée. Si c'est le cas, le coefficient dans la régression sera significativement négatif.

La β-convergence s'appuie habituellement sur des logarithmes. Cependant, nombre de territoires ne sont pas équipés au début de la période. Mobiliser les logarithmes conduirait à les exclure de l'analyse, puisque cette fonction mathématique n'est pas définie en 0, alors même qu'il serait cohérent que le rattrapage soit d'abord effectué par ces territoires. L'évolution pourrait être analysée à la lumière de deux indicateurs, au niveau départemental et cantonal.

$$Equipement_{fin\ de\ période} - Equipement_{début\ de\ période}$$

$$\frac{Equipement_{fin\ de\ période} - Equipement_{début\ de\ période}}{Equipement_{début\ de\ période}}$$

À l'échelle départementale, les résultats sont similaires quelle que soit la formule retenue. À l'échelle cantonale, la seconde formule peut difficilement être appliquée : une division par zéro n'étant pas possible, les unités spatiales non équipées en début de période, nombreuses, seraient exclues. C'est pourquoi seuls les résultats obtenus à partir de la première formule sont développés ci-après.

Considérant l'échelle départementale, la β-convergence est significativement négative entre 1968 et 2008, confirmant la réduction des disparités (Tableau 28). Ainsi, au cours de ces quarante ans, les territoires les moins bien dotés ont vu leur offre davantage augmenter que les territoires déjà équipés. Ce constat est cohérent avec la diminution de l'indice de Gini au cours de la même période, et avec l'augmentation moins importante du nombre d'établissements.

Une analyse par décennie montre que la β-convergence n'est significativement négative qu'entre 1968 et 1978, puis entre 1978 et 1988, elle n'est plus significative depuis. Cela expliquerait la baisse nettement moins marquée de l'indice de Gini depuis le début des années 1990.

À l'échelle cantonale, la β-convergence est également significativement négative quelle que soit la période considérée. Pour chaque période, la significativité est meilleure et les coefficients sont davantage « marqués » : comme le montrait déjà l'indice de Gini, les inégalités locales se réduisent plus vite que les inégalités départementales. Comme pour les départements, le rattrapage des unités les moins équipées est fort entre 1968 et 1978 ou entre 1978 et 1988, et nettement moins ensuite. Deux périodes peuvent donc être distinguées.

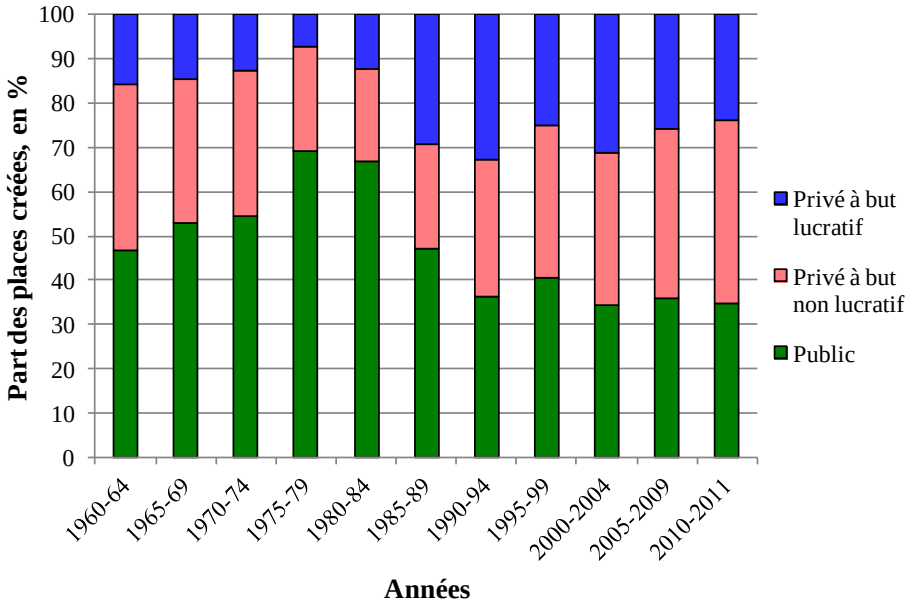
Tableau 28 - Coefficients obtenus dans la β-convergence

Échelle	1968-78	1978-88	1988-98	1998-2008	1968-2008
Département	-0,47	-0,49	NS	NS	-0,79
Canton	- 0,75	-0,72	-0,34	-0,27	-0,88

Lecture : Le coefficient de corrélation linéaire, obtenu pour la période 1968-1978, est négatif, signifiant qu'il y a eu rattrapage en termes de taux d'équipement par les unités spatiales les moins équipées. Il est calculé en régressant l'évolution du taux d'équipement entre 1968 et 1978, par l'équipement disponible en 1968. **Champ** : Ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées ouverts, au 31 décembre, en France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Finess (Drees, 2011).

En fonction des statuts juridiques, la part des places créées par période de cinq ans varie (Graphique 24). Ainsi, alors qu'entre 1965 et 1985 la majorité des places est créée par des établissements publics, entre 2005 et 2009, un tiers des places est créé dans des établissements privés à but lucratif, comme dans le public ou dans le privé à but non lucratif.

Graphique 24 - Part des places créées en établissement pour personnes âgées, par statut juridique, en fonction de la période, en France métropolitaine, hors Corse



Lecture : 40 % des places créées entre 1995 et 1999 sont publiques. **Champ** : Établissements référencés dans Finess en 2012, y compris établissements fermés. France métropolitaine, hors Corse, l'information Finess est disponible pour 76 % des établissements référencés. **Sources** : Drees (Finess, 2012).

C'est pourquoi dans une publication de 1996 relative à l'enquête EHPA de 1994, le Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI), prédécesseur de la Drees, écrit que le secteur public reste prédominant, « *même si l'on observe au cours de ces dernières années, une forte expansion du secteur privé à caractère commercial ; la part de ce secteur dans la capacité totale des maisons de retraite est ainsi passée de 6,3 % en 1986 à 16,5 % en 1994* » (Neiss *et al.*, 1996).

Dans les dernières années, les structures publiques et en particulier les communes pourraient avoir eu des difficultés à investir dans la construction de nouveaux établissements. La baisse présente et future des dotations de l'État, en particulier de la dotation globale de fonctionnement accentuerait cet investissement de plus en plus malaisé. Les principaux groupes privés à but lucratif le soulignent, comme Orpéa : « *compte-tenu de l'état des finances publiques nationales, régionales et départementales, les capacités d'investissement sont limitées pour le secteur public et le secteur associatif* ». Montrant que le secteur privé a un rôle croissant lié à sa capacité d'investissement (Orpea, 2010).

2.1.3. Les acteurs privés à but lucratif : concentration spatiale et plein essor

Les établissements privés à but lucratif, sous la forme de sociétés anonymes à responsabilité limitée, sociétés anonymes ou plus récemment sociétés par actions simplifiées se développent pour l'essentiel depuis la fin des années 1980.

L'histoire de ce secteur est plus récente que celle précédemment présentée pour les hospices. Néanmoins, le département des Alpes-Maritimes montre dans son schéma gérontologique que « *le secteur privé à but lucratif est depuis longtemps fortement implanté dans le département* » (Conseil départemental des Alpes-Maritimes, 2006). Les motifs de cette installation sont liés au tourisme d'hiver, sur les bords de la Méditerranée, qui se développe depuis le XIXe siècle : le nom de Côte d'Azur date de 1877 (Martin-Fugier, 1999). L'historienne montre que « *le changement d'air était une médication à la mode vers 1890 pour tenter d'enrayer les ravages de la tuberculose* ». Ce tourisme est réservé aux personnes les plus aisées, qui viennent profiter de l'air doux des rives méditerranéennes. Le professeur de médecine Richet écrit concernant les maisons de retraite, « *qu'il y a intérêt à les multiplier* [et] *à masser nombre de ces établissements dans le Sud-est dont le climat convient aux vieillards* » (Richet, 1950). La Côte d'Azur était devenue un lieu de villégiature : les établissements s'y développent.

La côte languedocienne était malsaine jusque dans les années 1960, le littoral et ses étangs étaient délaissés pour l'arrière-pays. Les établissements s'y sont établis plus tardivement, profitant de la Côte et de l'arrivée de personnes âgées aisées.

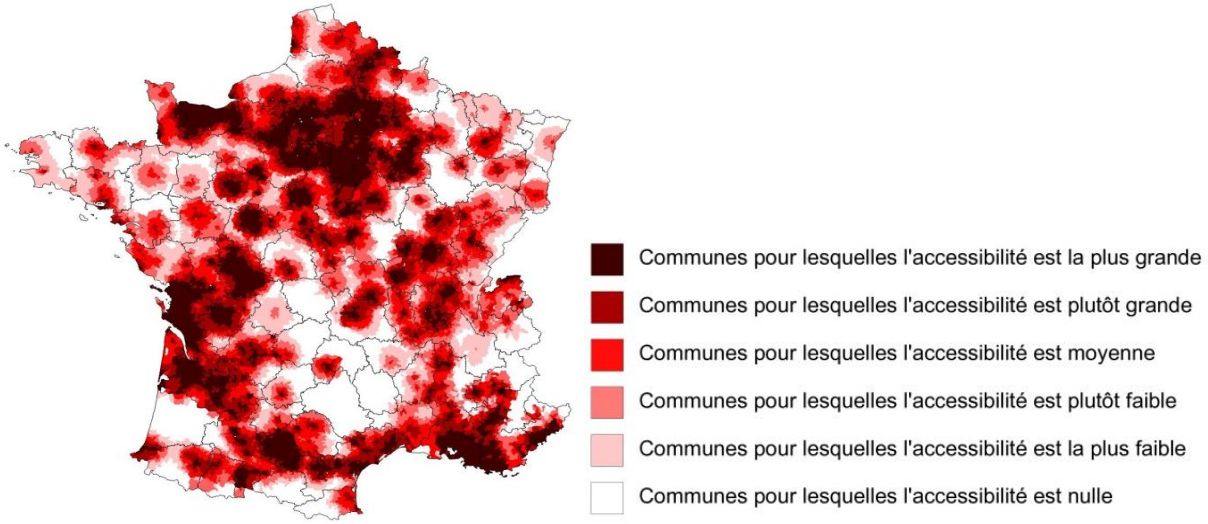
Ces établissements privés à but lucratif sont également présents dans les grandes agglomérations comme Paris ou Bordeaux, répondant aux besoins et envies de résidents fortunés. Par exemple, « *le groupe Medica est fortement présent sur les principaux bassins de population en France (en particulier au sein des régions Île-de-France, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur) comme en Italie dans des régions à forte densité démographique où la demande en établissements spécialisés dans la prise en charge de la dépendance est forte et le niveau de vie généralement élevé. Cette présence dans des régions disposant d'un important potentiel de croissance et présentant un fort niveau de solvabilité favorise la mise en œuvre d'une politique de yield management ambitieuse* » (Medica, 2010).

Le groupe Korian confirme cette localisation dans un nombre restreint de territoires, et explique sa logique de développement géographique en « grappes », à partir d'acquisitions davantage que d'ouvertures d'établissements : « *Korian se développe prioritairement dans les zones à forte densité de population, afin de répondre à une demande sans cesse grandissante : Île-de-France, Normandie, région bordelaise, façade méditerranéenne, Rhône-Alpes. Korian veille à densifier sa présence au sein d'une même région, avec un réseau complémentaire d'établissements sanitaires et médico-sociaux. Ce fonctionnement « en grappes » qui offre localement l'ensemble des services de moyen et long terme nécessaire en aval de l'hôpital, permet d'améliorer le parcours de prise en charge des résidents et patients. Face au nombre très limité de nouvelles autorisations d'exploitation accordées par l'État, Korian se développe essentiellement par acquisitions* » (Korian, 2012). Ainsi, les établissements privés se concentrent dans des territoires équipés. Certains territoires, peu attractifs à la fin des années 1970 le sont cependant devenus depuis, comme l'Indre-et-Loire et les Pyrénées-Atlantiques.

Surtout nombre de territoires n'étaient pas attractifs pour les établissements privés commerciaux il y a une trentaine d'années et ne le sont toujours pas aujourd'hui : l'Aveyron, la Creuse, la Lozère, la Haute-Marne. Les établissements sont par contre absents des zones les plus rurales. La carte de

l'accessibilité aux EHPAD privés à but lucratif reflète ces constats (Carte 47) : le littoral méditerranéen, les départements de région parisienne ou les départements limitrophes, le littoral atlantique de la Gironde ou de Charente sont marqués par une forte part du privé à but lucratif. Les établissements privés, ainsi, sont concentrés dans certains espaces. La plupart des communes de l'Aveyron ou de la Creuse sont ainsi à plus de 35 kilomètres du premier EHPAD privé à but lucratif.

Cartes 47 - Accessibilité aux EHPAD privés à but lucratif, selon le modèle de double densité flottante, d'après une décroissance de la distance selon les seuils, à 35 kilomètres



Lecture : Plus une commune apparaît en foncé, plus les personnes âgées de la commune ont de facilité, par rapport aux personnes âgées des autres communes, à trouver une place dans un EHPAD à proximité de leur lieu de vie. Une commune figurant en blanc n'a pas d'EHPAD privé à but lucratif à 35 kilomètres ou moins de son lieu de vie. Chacune des cinq classes de couleur regroupe environ un quintile des communes, pour lesquelles l'accessibilité n'est pas nulle. **Champ** : EHPAD privés à but lucratif et EHPAD publics rattachés à un hôpital, ouverts fin 2011. **Sources** : Drees (EHPA 2011), Insee (Populations 2010, recensement de la population), distancier INRA (Odomatrix). **Source cartographique** : Arctique.

L'étude réalisée par le Cabinet Ernst and Young en 2008 pour le Sénat, montre que le secteur de l'hébergement des personnes âgées dépendantes est devenu un centre d'intérêt « *pour […] les investisseurs institutionnels comme les banques, les mutuelles ou les compagnies d'assurance, qui y voient un moyen de promouvoir et développer leur offre sur un marché de la prévoyance promis à un bel avenir* » (Ernst and Young, 2008).

Alors que le secteur était morcellé en de nombreux groupes en 2007, fin 2011, un tiers des EHPAD privés à but lucratif est rattaché à un groupe de plus de 100 établissements. Ils représentent 40 % des places du secteur. Fin 2014, la concentration du secteur est plus grande encore : trois groupes dominent le marché, avec plus de 190 établissements chacun : Korian, Orpea et DomusVi.

L'évolution de la localisation de ces établissements privés à but lucratif est instructive : certes, ceux-ci sont soumis à l'autorisation des collectivités pour leur implantation, et plus récemment à une procédure d'appel à projets, mais leur objectif n'est pas une couverture homogène du territoire, et ils n'ont « *pas vocation à servir toute la population* », selon les mots du président du groupe DVD repris dans les Échos (Martin, 2013). Les calculs de β-convergence précédemment entrepris sont conduits sur le champ de ces établissements uniquement (Tableau 29).

Sur quarante années, les coefficients de corrélation linéaire obtenus sont moins importants que pour l'ensemble des établissements : le rattrapage d'unités territoriales moins équipées est net mais moins marqué. La décomposition par période est instructive, montrant en particulier qu'entre 1988 et 2008, à

l'échelle départementale, le coefficient est positif : les établissements se sont préférentiellement développés dans des territoires déjà équipés, mais plutôt dans des cantons faiblement pourvus. Ceci semble converger avec la stratégie encore actuelle de grands groupes, comme Korian : « *de nouvelles acquisitions sont toujours possibles et leur modèle est clairement défini : des établissements renforçant la présence de Korian dans ses principaux territoires d'implantation, selon une logique de « grappes », pour améliorer les synergies locales et réduire les coûts* » (Korian, 2008). À l'échelle cantonale, les coefficients sont toujours négatifs, montrant l'implantation des établissements préférentiellement dans des territoires peu ou pas équipés.

Tableau 29 - Coefficients obtenus dans la β-convergence, établissements privés à but lucratif uniquement

Échelle	1968-78	1978-88	1988-98	1998-2008	1968-2008
Département	-0,25	NS	0,57	NS	-0,37
Canton	-0,65	-0,34	-0,08	-0,08	-0,81

Lecture : Le coefficient de corrélation linéaire, obtenu pour la période 1968-1978, est négatif, signifiant qu'il y a eu rattrapage en termes de taux d'équipement par les unités spatiales les moins équipées. Il est calculé en régressant l'évolution du taux d'équipement entre 1968 et 1978, par l'équipement disponible en 1968. **Champ** : Établissements d'hébergement pour personnes âgées privés à but lucratif, ouverts au 31 décembre, en France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Finess (Drees, 2011).

Outre une concentration géographique, les établissements privés à but lucratif se montrent « *très proactifs sur la prise en charge des nouvelles pathologies, avec la création d'unités (voire d'établissements) dédiées à la prise en charge des malades d'Alzheimer* », « *les maisons de retraite privées à but lucratif présentent l'offre d'équipement la plus complète : accessibilité, sécurité, confort des résidents*. », les performances économiques étant bonnes. (Ernst and Young, 2008).

L'importance de l'accompagnement de personnes âgées fortement dépendantes est confirmée par le calcul du niveau moyen de dépendance en fonction du statut juridique (Tableau 30). La clientèle aisée pourrait favoriser un maintien à domicile plus long. Surtout, les durées moyennes de séjour en sont réduites : elles sont les plus faibles dans ces établissements, avec un an et neuf mois, contre deux ans et quatre mois tous statuts juridiques confondus (Tableau 26). Le groupe Médica montrait ainsi une croissance du chiffre d'affaire sur les tarifs hébergement « *en raison de l'augmentation du prix des journées d'hébergement revalorisés ainsi qu'à la réévaluation par le groupe Medica de ses tarifs d'hébergement appliqués aux nouveaux résidants et pour lesquels les tarifs sont librement fixés* », (Médica, rapport financier annuel 2009).

Tableau 30 - Niveau moyen de dépendance des résidents en EHPAD, en fonction du statut juridique, en 2011

Statut	GMP
Public non rattaché à un hôpital	667
Public hospitalier	720
Privé à but lucratif	700
Privé à but non lucratif	657

Lecture : Le niveau moyen de dépendance, mesuré par le Gir moyen pondéré, est de 700 dans les EHPAD privés à but lucratif. **Champ** : France métropolitaine, fin 2011. **Sources** : Drees (EHPA 2011).

Un récente thèse en économie constate que l'essor des EHPAD lucratifs s'accompagne d'une augmentation des tarifs et d'une dégradation de la qualité de la prise en charge (Martin, 2013). Montrant que ces établissements proposent des prestations hôtelières haut de gamme à prix élevés, en ciblant des résidents aisés, l'économiste montre que la qualité liée à l'encadrement en personnel, moins observable, serait plus faible dans ces établissements.

2.2. Médicalisation et réponse aux nouveaux besoins

2.2.1. Des avancées qualitatives majeures

Les hospices étaient des lieux d'enfermement, qui ont longtemps conservé leur image de mouroir. Dans un ouvrage qui leur est consacré en 1784, l'auteur écrit : « *on a fondé des hôpitaux, et dans l'origine, chaque hôpital pouvait être proportionné aux besoins de l'endroit. L'agrandissement des Villes [et] un surcroît de misère, ont rendu ces établissements trop étroits. L'Hôtel-Dieu de Paris est à présent redouté du dernier des hommes, par le trop grand nombre des pauvres que le malheur y rassemble* » (auteur non identifié, 1784). Un ouvrage légèrement antérieur montre que « *nos grands Hôtels-Dieu sont le tombeau du peuple. Traversez celui de la Capitale, là vous verrez dans la salle jusqu'à 260 malades, et dans le même lit, jusqu'à six à côté les uns des autres, quoi qu'attaqués la plupart de maladies différentes […] La santé la plus vigoureuse y contracte à la longue quelque maladie […]. Les victimes de la misère trouvent le trépas dans les asiles, où elles étaient venues chercher la vie*. » (Romans de Coppier, 1780).

Le premier auteur appelle une prise de conscience des situations d'insalubrité et du caractère inhumain qui prévalent alors dans les hospices ou asiles : « *le but qu'on doit avoir dans la formation des asiles destinés aux pauvres malades, consiste non seulement à leur procurer la santé, mais encore les douceurs et les commodités qu'exige leur état de souffrance* » (auteur non identifié, 1784). Un siècle et demi plus tard, un professeur de l'Académie de médecine affirme qu'en leur permettant de rejoindre les maisons de retraite « *les vieillards pourraient avoir un certain confort avec une chambre chauffée, une alimentation normale, les soins médicaux, un service suffisant, ce qui, étant donné les économies du régime communautaire de réfectoire, de jardin, de bibliothèque, leur permettrait de vivre dans de bonnes conditions* » (Richet, 1950).

C'est finalement dans les années 1960, et après la publication du rapport Laroque (Laroque, 1962) que la politique « d'humanisation » des hospices. Après cette première transformation, ils se médicalisent au milieu des années 1970 (Villez, 2007). Avec la loi de 1975, ils peuvent ainsi se doter de sections de cure, et obtenir des financements de l'Assurance maladie.

A la fin du XXe siècle, une troisième réforme majeure vise à transformer les établissements : ils deviennent alors des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Au-delà de la tarification ternaire, reposant sur l'Assurance maladie, les Conseils départementaux et les résidents, cette réforme est bien qualitative : « *après de temps de l'humanisation des hospices, vient le temps de la médicalisation, s'est engagé maintenant celui de la réforme de leur tarification qui doit être également celui de leur refondation éthique* » (Villez, 2007). En moins d'un siècle, trois réformes majeures auront transformé ces établissements.

Cependant, ils gardent parfois pour les personnes une image de mouroir, parce que leurs résidents sont dans des états de grande dépendance. Les politiques de maintien à domicile retardent l'entrée en institution. Les personnes y arrivent de plus en plus dépendantes (Volant, 2014b), pour des durées de plus en plus courtes (Commissariat général du plan, 2005). De fait, la mort est quotidienne dans ces établissements médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées. La durée de vie est en moyenne de trois ans, ce qui correspond à 30 % de morts par an.

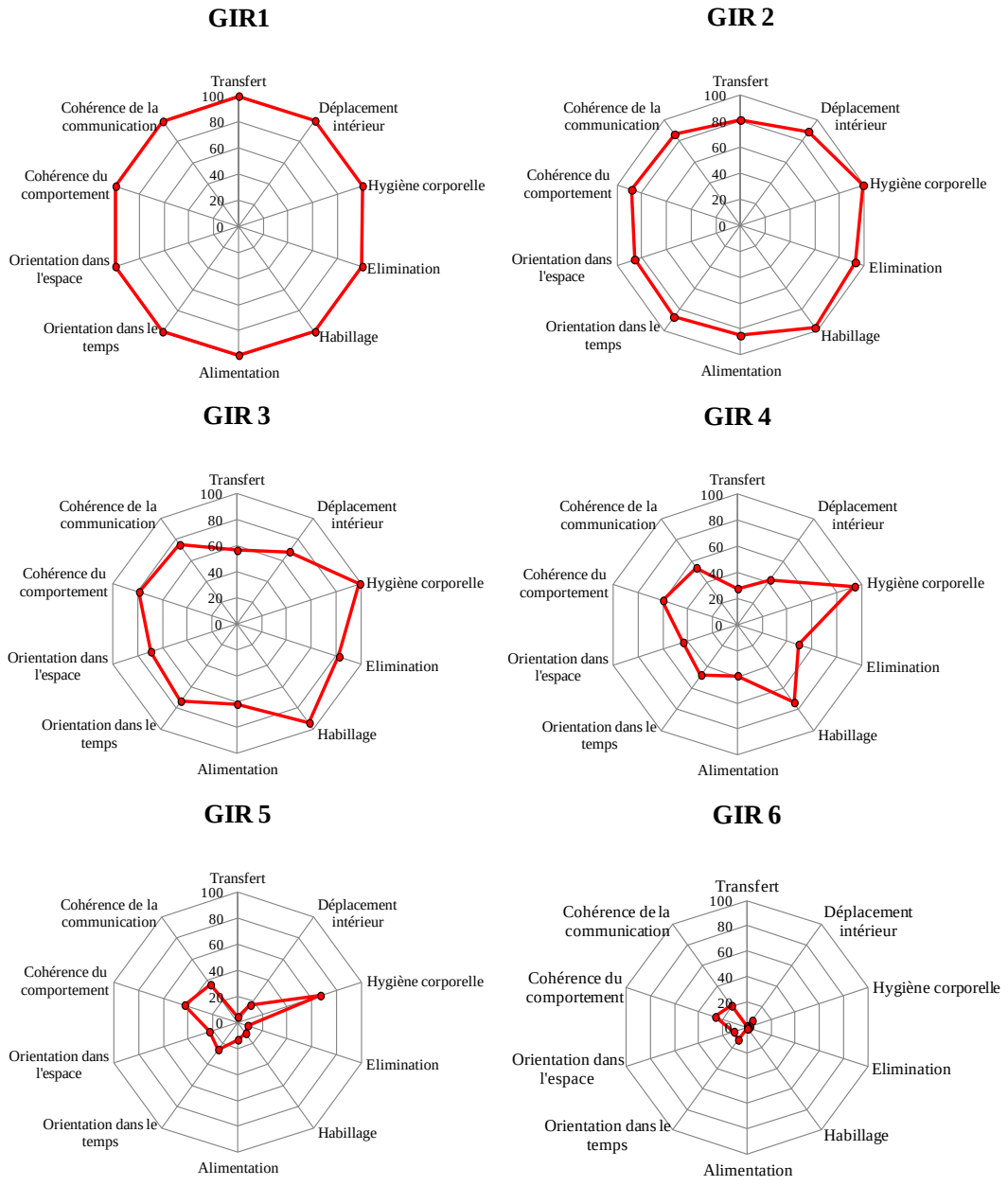
> *A*: « *Des personnes âgées disent : 'mais non, moi, après, je ne veux pas aller dans une maison de retraite où il y a plein de vieux qui bavent'. L'idée qu'ils se font de la maison de retraite ce sont des personnes grabataires, dans un fauteuil, toute la journée, voilà comme ils disent 'qui bavent', et ils ne veulent pas y aller.*

B : *Effectivement, un EHPAD c'est quand même des personnes, très, très lourdement dépendantes.* »

Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Nord, avril 2014

La dépendance des résidents d'EHPAD en 2011, avec un Gir moyen pondéré (GMP) de 691 est effectivement importante (Drees, EHPA 2011). Les personnes en GIR 1 et 2, qui représentent 55 % des résidents (Volant, 2014a), sont inaptes à assurer seules l'ensemble des actes essentiels de la vie (Graphique 25).

Graphique 25 - Part des résidents évalués en « B » ou « C » sur les variables évaluatives, par GIR



Lecture : 67 % des résidents en GIR 5 ne sont pas totalement capables d'assurer seuls leur hygiène corporelle. 26 % des GIR 6 ont été évalués « B » ou « C » dans la cohérence de leur comportement. **Champ** : Résidents en EHPAD en France métropolitaine, hors Corse, au 31 décembre 2011. **Sources** : Drees (EHPA 2011).

Ainsi « *après avoir fait une première révolution culturelle pour se débarrasser de leur image de mouroir,* [les EHPAD] *risquent de la retrouver quand ils n'ouvriront leurs portes que pour y*

accueillir des personnes parvenues à leurs derniers jours sans réel projet pour les accompagner » (Désimpel, 2003). Pour autant, l'enquête effectuée par la Drees auprès des résidents en 2007 (Weber, 2011), tout comme le rapport ethnologique du Centre d'analyse stratégique, apporte une autre image des établissements, les résidents étant plutôt satisfaits (Jaujou *et al.*, 2006). Ainsi, 86 % des personnes âgées déclarent vivre bien ou très bien en maison de retraite.

> Des changements de mentalité se produisent actuellement dans les EHPAD « *pendant longtemps, on s'est dit que la mission c'était d'accompagner une dégradation de la personne, inéluctable, et maintenant on est en train de voir qu'on peut aussi rééduquer* ». En effet, « *c'est pas un soignant qui va décider que telle personne, qui revient de l'hôpital et qui a chuté deux fois, maintenant elle est en fauteuil à vie, mais l'institution en elle-même, c'est un peu ce qu'elle a créé* ». Or, « *de plus en plus, avec les personnes âgées, on se dit qu'il n'y a pas de fatalité, qu'on va peut-être, déjà maintenir l'autonomie, ce qui est déjà bien, et peut-être même l'augmenter* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Nord, avril 2014**

La présence de personnes non dépendantes en EHPAD, évaluées en GIR 5 et 6, questionne : ces résidents représentent 10 % de la population hébergée fin 2011, alors même que des structures d'accompagnement de ces publics existent : les logements-foyers.

2.2.2. Des logements-foyers aux résidences autonomie : ces établissements qui ne se médicalisent pas

Un logement-foyer est un regroupement de logements privés autour de services collectifs à caractère facultatif. La loi 2000-1208 sur la solidarité et le renouvellement urbains le consacre comme résidence principale de ses occupants (JORF, 2000). Il est donc considéré comme intermédiaire entre un logement ordinaire et l'accompagnement en EHPAD. Créés après-guerre par la loi-cadre sur l'urbanisme du 7 août 1957, les logements-foyers répondent à la crise du logement alors importante, aux mauvaises conditions d'habitat des personnes âgées, et à une volonté de développer une nouvelle approche de l'habitat, différente de l'accueil en hospices. Les logements-foyers relèvent alors de la législation « logement ».

> « *C'est un concept des années 50, qui était une réponse à des problèmes de logement et de confort, insuffisant dans les logements ouvriers. Ces logements apportaient le chauffage central, la salle de bain, tout ce qui n'existait pas, à une population qui avait plus de 65 ans il y a soixante ans, et dont on n'imagine plus, aujourd'hui, quel était leur degré de fatigue physique* ».
>
> **Entretien auprès de professionnels du territoire, Maubeuge, Nord, juin 2014**

Les logements-foyers connaissent une croissance rapide dans les années 1970 : « *en 1979, on dénombrait 1 640 logements-foyers et 2 150 en 1982, ce qui représente aujourd'hui 27 % des places offertes aux personnes âgées dans les différents types d'hébergement collectif* » (D'Autume, 1988). Les établissements sont inclus dans les institutions sociales et médico-sociales par la loi du 30 juin 1975 : sur une action immobilière se greffe une politique de la vieillesse qui considère ces établissements comme des institutions sociales, au même titre que les maisons de retraite. « *Le nom même de ce concept résulte du rapprochement de deux cultures à travers deux termes, symbolisant l'un l'hébergement collectif de nature sociale ou médico-sociale, l'autre, l'autonomie et l'intimité* » (CNRPA, 2005).

Le logement-foyer est destiné, à l'origine, à des personnes autonomes, c'est-à-dire capables de vivre seules de façon habituelle dans un logement indépendant, ayant besoin occasionnellement d'une aide.

A : « *L'admission de gens parfaitement autonomes, ça devient, extrêmement rare, à l'entrée en foyer-logement. Il y a forcément des prémisses qui font que… Que c'est ça qui a déclenché la demande d'admission* ».

Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Nord, avril 2014

Pour suivre l'évolution de leurs résidents, certains logements-foyers se sont médicalisés : ils se sont dotés d'une section de cure au cours des années 1980 et 1990, ou sont devenus des EHPAD au cours des années 2000.

La morphologie physique de ces établissements est très variable. « *Ces structures prennent tantôt la forme d'un immeuble d'habitation unique (foyer vertical), mais les locaux collectifs peuvent constituer le cas échéant un immeuble distinct, tantôt la forme de logements individuels groupés avec un foyer central (de type béguinage, d'abord présent dans le Nord de la France mais qu'on trouve également beaucoup en Aquitaine) constituant un cas particulier du foyer horizontal, la forme d'un foyer dissocié ou d'un foyer soleil, lorsque les logements sont dispersés au sein d'immeubles d'habitation « ordinaires* » (CNRPA, 2005). Les logements-foyers sont essentiellement urbains (84 % d'entre eux étaient situés dans des communes comptant 2 000 habitants ou plus en 1988, pour « *éviter l'isolement des personnes âgées et de faciliter l'intégration à la vie communale* » (D'Autume, 1988). Selon le Ministère de la Santé, la moitié des logements-foyers réservent alors tout ou partie de leur place aux habitants de la commune ou du canton, ou ayant des enfants à proximité (D'Autume, 1988). D'ailleurs, en 2011, près des trois quarts des résidents en logements-foyers ont parcouru 10 kilomètres ou moins pour rejoindre celui-ci (Drees, EHPA 2011).

Actuellement, les logements-foyers sont gérés en majorité par des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, et ensuite par des structures privées à but non lucratif. Ils ont souffert d'une image « *désuète et connotée* » (UNCCAS, 2012).

Un ancien directeur de logement-foyer converti en EHPAD, affirme : « *il n'y a plus cette demande compte tenu de ce qu'on est en situation d'apporter au domicile* ». Selon lui, « *le logement-foyer est d'une utilité trop courte dans la vie de notre personne âgée* », qui fréquemment passe directement du domicile à l'EHPAD. D'autres nuancent ces propos : c'est un logement adapté, qui permet d'éviter l'isolement.

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Maubeuge, Nord, juin 2014

La question de l'utilité de ces structures n'est pas récente. Dès les années 1980, quand certains se dotent de sections de cure, ils glissent d'une fonction sociale vers une fonction médico-sociale, et « *de plus, certains faits nouveaux sont apparus : amélioration du confort des logements, revalorisation des retraites, préférence pour rester à son domicile ; Ne remettent-ils pas en cause l'existence même des logements-foyers ?* » (D'Autume, 1988). Pour autant, les taux d'occupation des structures sont importants : selon les responsables de CCAS rencontrés, des personnes âgées ont des difficultés à se loger et s'orientent vers ces résidences.

Les logements-foyers sont des structures destinées aux personnes « *valides et autonomes* ». Aujourd'hui, ils ne sont pas sollicités par des personnes très âgées, qui « *préfèrent rester à domicile avec des aides* ». C'est plutôt « *une orientation assez automatique des personnes en difficultés sociales pour pouvoir bénéficier d'un logement à bas coût* », avec y compris des « *des demandes de personnes qui ont 60 ans, qui travaillent encore* ».

Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014

Le lien entre pauvreté et logements-foyers serait toujours d'actualité. Dans son schéma gérontologique, le département du Val-de-Marne écrit que « *les logements-foyers représentent dans le département une offre de plus de 3 500 places, dont la vocation est d'accueillir des personnes âgées valides ayant de faibles revenus* » (Conseil départemental du Val-de-Marne, 2006). Ce lien entre

pauvreté et vieillesse pourrait se prolonger : « *les deux motifs d'entrée principaux dans ce type de logement, l'isolement et le niveau de revenu, vont conserver la même importance. Toutes les études montrent en effet que l'âge d'entrée en logements-foyers est d'autant plus précoce que les revenus sont bas.* » (Conseil départemental du Val-de-Marne, 2006).

Ces structures pourraient trouver un nouveau souffle avec la loi d'Adaptation de la société française au vieillissement, en devenant des résidences autonomie.

> *A* : « *Ils vont avoir un rôle de prévention de la perte d'autonomie, ils se transformeraient en Résidence-Autonomie, c'est la loi en cours. Le foyer-logement, jusqu'à présent, il avait un rôle de sécurité, vie sociale, adaptation du logement etc. et là, la première mission a priori, ce serait la prévention de la perte d'autonomie, avec un forfait autonomie. C'est une bonne chose d'en faire la première mission des foyers-logement, c'est bien* ».
> **Entretien auprès de représentants de centre communaau d'action sociale, Nord, avril 2014**

Pourtant logements-foyers ne sont pas aptes à accueillir tous les résidents non dépendants au sens de la grille AGGIR. Pour des personnes en situation de rupture sociale ou encore atteintes de pathologies psychiatriques, les EHPAD pourraient être des lieux d'accompagnement, pas toujours très bien adaptés, à d'autres dépendances que celles détectées par la grille AGGIR. Cela expliquerait que plus d'un résident sur dix en EHPAD soit classé en GIR 5 et 6. Leur entrée pourrait être motivée par l'isolement à domicile ou une peur de l'incident (Guichardon, 2005), ce que les données disponibles ne permettent cependant pas de vérifier.

L'EHPAD pourrait effectivement se poser comme solution en milieu rural, en particulier d'habitat dispersé, où la perte du conjoint, ou l'inaptitude à conduire un véhicule participent à rendre le maintien à domicile délicat, du fait également des difficultés des services à intervenir. C'est pourquoi, par GIR, est analysée la taille de la commune dont est originaire la personne. Les premier et troisième quartiles ainsi que la médiane sont étudiés. La décroissance de l'ensemble des indicateurs entre les GIR 1 et 5 concorde avec l'hypothèse de l'isolement géographique : les personnes viennent de communes d'autant moins peuplées qu'elles sont peu dépendantes. Les valeurs prises par les indicateurs pour les GIR 6 contrastent nettement avec cette première lecture : ces résidents viennent de communes plutôt peuplées (Graphique 26).

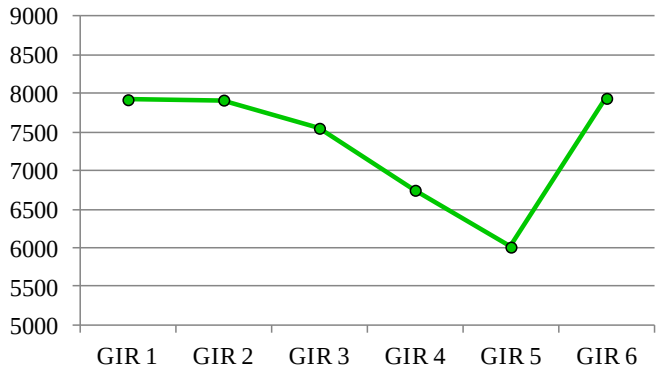
Si l'isolement géographique n'est pas déterminant dans l'entrée en EHPAD des personnes les plus autonomes, la question se pose de leur isolement social.

L'isolement social est complexe à mesurer, l'enquête Handicap-Santé en institutions (Drees-Insee, 1998) ou l'enquête Résidents (Drees, 2007) fournissent cependant quelques informations. Les GIR 5 comme les GIR 6 sont plus nombreux à ne pas avoir d'enfants vivants, 33,5 % d'entre eux sont dans ce cas, contre 27,0 % des autres résidents. Ce public est plus fréquemment que les autres GIR en couple au sein de l'établissement (8,4 %, contre 4,5 % tous résidents), la pathologie du conjoint pourrait alors expliquer l'entrée dans l'établissement. Ils sont légèrement moins nombreux à déclarer recevoir des visites de leurs proches que les résidents moyennement dépendants (Graphique 27).

Les GIR 5 et 6 ont des profils différents. Alors que les GIR 5 sont nombreux à avoir besoin d'une aide pour réaliser leur toilette, c'est peu le cas des personnes évaluées en GIR 6, dont les principales incapacités sont liées à la cohérence ou à l'orientation, comme le montrait un graphique précédent (Graphique 25). Lorsque la dépendance augmente, elle devient de plus en plus multidimensionnelle. Les GIR 5 et 6 sont les seuls à avoir par définition tous les résidents ou presque classés A sur certaines variables évaluatives. Il n'en sont pas moins touchés par certaines affections, et notamment

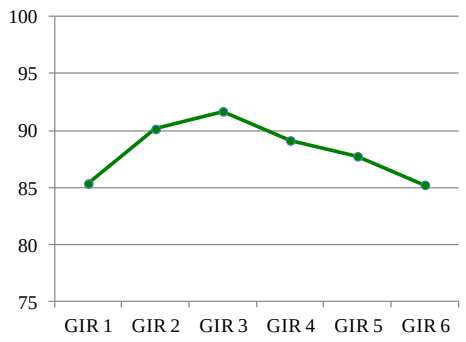
neuropsychiatriques : cela concerne 73 % des GIR 6 et 78 % des GIR 5 (Drees, EHPA 2011 – fiche Pathologies).

Graphique 26 - Nombre médian d'habitants de la commune d'origine en fonction du GIR



Lecture : La moitié des GIR 5 viennent de communes habitées par 6 000 personnes ou moins. **Champ** : Résidents en EHPAD fin 2011, dont le précédent lieu de vie est renseigné. **Sources** : Drees (EHPA 2011), Insee (RP 2010).

Graphique 27 - Part des résidents recevant des visites de leurs proches, par GIR



Lecture : 90 % des résidents en GIR 2 déclarent recevoir des visites de leurs proches. **Champ** : Résidents en maisons de retraite, en 2007. **Sources** : Drees (Enquête Résidents 2007).

Les résidents en GIR 5 et 6 s'orientent nettement plus vers des établissements moins chers que la moyenne départementale : 30 % s'orientent vers les EHPAD les moins chers du département[28], contre moins du quart, pour les GIR 1 et 2.

Des professionnels rencontrés mentionnaient des personnes que la vie a rendues fragiles, ou inadaptées socialement, entrées en EHPAD en l'absence d'un accompagnement adéquat, en établissement social ou en établissement pour adultes en situation de handicap. La tension sur les logements et sur les structures médico-sociales en milieu urbain dense expliquerait le fait que les GIR 6 viennent de communes plus peuplées que les autres résidents.

[28] Ces établissements facturent 100 € de moins en tarif hébergement que la moyenne départementale, dans leur statut juridique, par mois (chapitre 8).

Parvient-on alors à garantir aux personnes en GIR 5 et 6, autonomes au regard des grilles nationales d'évaluation mais rencontrant des difficultés d'autre nature, l'accompagnement adapté à leurs problématiques, dans des établissements qui ne sont pas conçus pour eux ?

3. L'accessibilité et l'accès : les distances parcourues liées à d'autres éléments, par exemple financiers

Le constat posé par le rapport Broussy est le suivant : le nombre de places d'EHPAD a fortement augmenté au cours des 15 dernières années, par construction de nouveaux établissements et par transformation de logements-foyers en Ehpad. « *Nous sommes ainsi passés en une décennie d'un état de relative pénurie de places de maisons de retraite à un relatif équilibre de l'offre et de la demande. Mais cet équilibre est évidemment à nuancer. D'abord, il n'est que momentané, la hausse du nombre de personnes en GIR 1 à 3 ne cessant d'augmenter. Ensuite parce qu'au-delà du nombre de lits, leur répartition géographique et leur accessibilité financière sont d'autres critères essentiels à prendre en compte pour établir une juste évaluation des besoins* » (Broussy, 2013).

Cette dernière partie du chapitre décline par statut juridique, la localisation des établissements et leurs tarifs.

3.1. Les EHPAD, en ville ou à la campagne ?

La situation géographique est le premier motif de choix d'un établissement (Weber, 2011). Celle-ci pourrait signifier la recherche de la proximité avec le précédent domicile, mais pas uniquement. En particulier, la localisation précise de l'EHPAD dans la commune pourrait influer sur le choix.

Le statut implique l'implantation dans des catégories de communes distinctes. Le tableau présenté en début de chapitre pour l'ensemble des EHPAD est à présent décliné par statut. Le privé à but lucratif se concentre dans les pôles urbains de moins de 50 000 habitants : presque la moitié de ses places y sont localisées, alors qu'un tiers seulement de la population âgée y réside.

À l'inverse, les établissements publics non rattachés à un hôpital sont particulièrement nombreux dans les communes rurales de plus de 500 habitants. Alors qu'elles regroupent 5 % de la population, presque une place sur cinq y est localisée.

Tableau 31 - Répartition de la population âgée de 75 ans ou plus et des places d'EHPAD, selon le type d'agglomération et le statut juridique de l'établissement

		Places d'EHPAD au 31 décembre 2011, en %				
Appartenance communale	**Population âgée au 1er janvier 2012, en %**	**Public non rattaché à un hôpital**	**Public rattaché à un hôpital**	**Privé à but non lucratif**	**Privé à but lucratif**	**Total**
Pôle urbain de plus de 50 000 hab	21,1	8,5	11,0	19,4	18,9	14,1
Pôle urbain de moins de 50 000 hab	34,4	20,6	33,6	36,7	48,4	33,7
Commune mono ou multi-polarisée de plus de 5 000 hab	4,1	6,4	6,6	5,5	4,1	5,8
Commune mono ou multi- polarisée de moins de 5 000 hab	23,2	33,5	9,3	23,3	20,1	21,8
Pôle d'emploi de l'espace rural, de plus de 5 000 habitants	5,2	4,0	19,9	3,9	3,4	8,0
Pôle d'emploi de l'espace rural, de moins de 5 000 habitants	4,0	7,5	12,7	3,3	1,7	6,6
Autre commune rurale, de plus de 500 habitants	5,2	18,2	6,6	6,9	3,1	9,2
Autre commune rurale, de moins de 500 habitants	2,7	1,3	0,2	1,0	0,4	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Définition : Le zonage en aire urbaine distingue plusieurs catégories de territoires. L'espace à dominante urbaine est un ensemble de communes d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain de plus de 10 000 emplois, et par des communes dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci. Les communes monopolarisées appartiennent à la couronne d'une seule aire urbaine ; les communes multipolarisées sont celles dont au moins 40 % des résidents actifs occupés travaillent dans plusieurs grandes aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant. Les communes multipolarisées étant peu nombreuses, elles sont regroupées dans l'étude avec les communes monopolarisées. L'espace à dominante rurale les autres communes. Il est composé de communes comptant 1 500 emplois ou plus et les autres communes rurales. Pour plus d'informations, insee.fr. Ce zonage est croisé avec des critères démographiques. **Lecture :** Alors qu'elles concentrent 21,1 % de la population âgée de 75 ans ou plus, les communes appartenant à des pôles urbains de plus de 50 000 personnes abritent 14,1 % des places en EHPAD rattaché à un hôpital. **Champ** : Communes de France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Drees (EHPA 2011), Insee (population et zonage en aires urbaines, 2010, population au 1er janvier 2012, Recensement de la population).

À cette échelle également, l'ancrage historique est important. Pendant plusieurs siècles, la ville est considérée comme malsaine pour les personnes âgées, celles-ci devant alors lui préférer la campagne. C'est ainsi que dans un ouvrage de 1749, on peut lire que « *pour se dégager de tous ces maux* [liés à la vieillesse] […], *il faut absolument suivre de conseil de Cicéron et à son exemple quitter tous les embarras […] de la ville pour se retirer à la campagne ou l'on respire un air plus libre et plus épuré que dans la ville où l'on est comme dans une prison entourée et toute environnée de maisons, de tours, de clochers et de hautes murailles qui servent de remparts pour retenir l'air* » (Chevalier D.L.P., 1749). D'autres auteurs de la fin du XVIIIe siècle se fondent sur deux arguments pour recommander d'éloigner les hôtels-Dieu, hôpitaux et hospices des centres des villes : d'une part l'air est moins pur en ville et empêche la guérison des malades, d'autre part, la proximité avec des personnes malades peut déclencher des épidémies dans les villes : « *moins penseurs que nous, mais probablement plus judicieux dans leur conduite, nos pères se sont bien gardés d'infecter les villes par les Hôtels-Dieu, ni les Hôtels-Dieu par les villes. Ils pensaient avec raison, que l'habitation des malades devait être éloignée de la demeure des hommes sains. […] Toutes les léproseries, presque toutes les maladreries étaient en rase campagne, loin des habitations, cependant à la portée des grands chemins. Voilà notre modèle. Si l'on ne veut point reléguer absolument les malades à la campagne, qu'on les place du moins à l'extrémité des villes* » (Romans de Coppier *et al*. 1780).

Quelque quatre-vingts ans plus tard, dans un ouvrage consacré à l'hygiène dans les hospices et les hôpitaux, Jaquemet, externe des hôpitaux de Paris, se prononce « *contre la construction des hôpitaux à la campagne. Nous admettons au contraire les hospices en dehors des villes ; les maladies dont sont atteints les vieillards qui en sollicitent l'entrée, n'exigeant pas habituellement des secours urgents. Il serait à désirer toutefois que cet hospice ne se trouvât pas assez éloigné de l'enceinte de la ville pour*

gêner les relations de ces pensionnaires avec leur famille, et il sera au contraire de toute utilité de faciliter ces rapports » (Jaquemet, 1866). Ce texte est l'un des premiers que nous ayons pu consulter à souhaiter le maintien des hospices à une courte distance des villes, selon des motivations aujourd'hui encore d'actualité : permettre à la personne de recevoir la visite de ses proches.

Au milieu du XXe siècle, les hospices sont tout à fait séparés des hôpitaux, et spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées. Ils se localisent alors au cœur des bourgs et des villes. Aujourd'hui, l'implantation des établissements d'hébergement pour personnes âgées à l'extérieur des villes est même montrée du doigt, notamment par l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS) : « *l'appréciation de la qualité de l'offre doit se faire sur des critères de proximité avec le centre bourg ou de maintien dans le territoire de vie des personnes et l'accessibilité pour faciliter les visites des familles et les sorties* ». L'ODAS donne l'exemple d'« *une étude réalisée en 2004 dans le Rhône sur les aspirations des personnes âgées face à l'hébergement collectif en foyer-logement* [qui] *pointe clairement que l'attractivité des résidences banalisées est forte auprès des personnes quand elles sont situées à proximité des lieux d'animation et des commerces* » (Sanchez *et al.*, 2007). Après avoir affirmé que « *la lutte contre l'isolement social doit s'envisager autour de la notion d'intégration dans la vie de la cité* », les auteurs montrent que, lors des constructions d'établissements, il faut penser à la possibilité d'une vie sociale extérieure – ce qui rejoint les désirs des personnes âgées.

Afin d'étudier précisément l'implantation des établissements au sein des communes, ceux-ci sont géolocalisés à l'adresse : les coordonnées géographiques précises sont obtenues et superposées à l'occupation des sols (Carte 48).

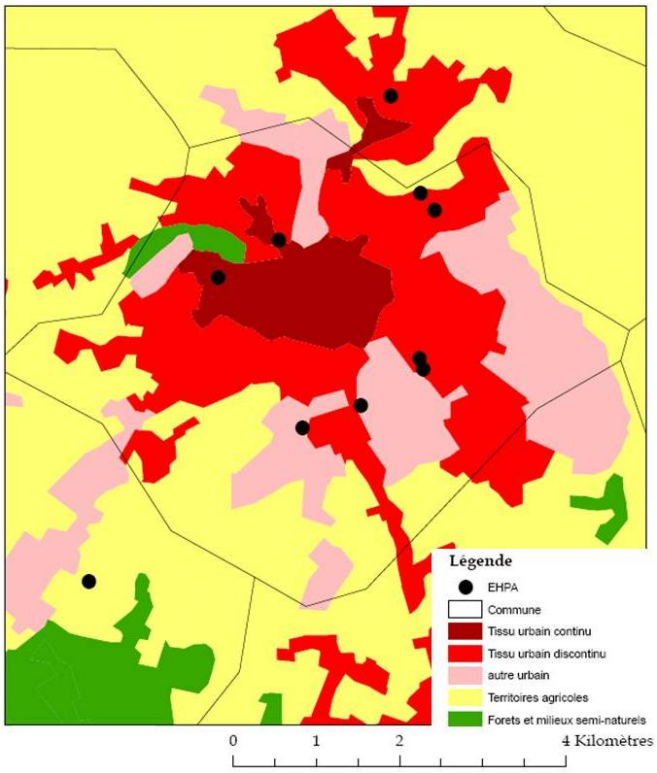
Réalisée pour l'ensemble du territoire, cette superposition démontre que neuf établissements sur dix se situent dans l'espace urbain. Ces données sont mises en regard avec la proximité aux commerces ou aux services, disponible dans l'enquête EHPA : plus des trois quarts des établissements sont ainsi localisés à moins de 500 mètres d'un commerce ou d'un service (Tableau 32). Les établissements situés dans un espace urbain sont quatre sur cinq à proximité de ceux-ci mais les autres établissements sont pour la moitié d'entre eux, également à proximité de commerces.

Tableau 32 - Proximité avec les commerces et services en fonction du territoire d'implantation de l'établissement

Occupation du sol	Ensemble	À plus de 500 mètres des services	À moins de 500 mètres des services
Espace urbain continu	10,7 %	0,7%	10,0%
Espace urbain discontinu	76,7 %	16,8%	59,9%
Autre espace urbain	3,6 %	1,1%	2,5%
Espace agricole	7,6 %	3,6%	4,0%
Espaces naturels	1,3 %	0,7%	0,7%
Ensemble	100,0 %	22,9%	77,1%

Lecture : 10,7 % des établissements sont implantés dans un espace urbain continu : 10,0 % à moins de 500 mètres des services, et 0,7 % à plus de 500 mètres. **Champ** : Établissements ouverts au 31 décembre 2011, géocodés (90 % du champ) et répondants (deux-tiers sur cet item) : les données sont communiquées sur 5 515 établissements **Sources** : Drees (EHPA 2007), DATAR (Corine Land Cover), Insee (Code Officiel Géographique).

Carte 48 - Localisation des établissements et occupation du sol à Châteauroux, dans l'Indre



Lecture : L'établissement situé au Sud-ouest de la carte est localisé dans une commune limitrophe de Châteauroux, dans des territoires agricole. **Champ** : EHPA ouverts fin 2007. **Sources** : Drees (EHPA 2007), ministère de l'Écologie, du Développement durable, des Transports et du Logement (Corine Land Cover). **Source cartographique** : ArcGis.

La possibilité de rejoindre une place à proximité de son précédent lieu de vie est évaluée par l'accessibilité géographique théorique, fondée sur des modèles gravitaires. Mais au-delà, le type de commune et, au sein des communes la localisation précise des établissements, l'accès aux EHPAD par les personnes âgées dépend des coûts pratiqués par les établissements.

3.2. Les tarifs, éléments déterminants de l'accès aux EHPAD

Le choix d'un établissement plutôt qu'un autre dépend de sa situation géographique mais aussi de sa réputation, du délai d'attente pour y entrer, de son adaptation à l'état de santé de la personne et de son coût d'hébergement. Aussi, après avoir étudié les distances au premier établissement et l'ancrage des EHPAD en fonction de leur statut juridique, une observation des tarifs liés à l'hébergement complète utilement l'analyse, l'aspect réputation ne pouvant quant à lui pas être mesuré par les sources de données disponibles.

La tarification dans les EHPAD repose sur les trois composantes de la prise en charge des personnes âgées : le soin (pris en charge par l'Assurance maladie), la dépendance (partiellement prise en charge par les départements à travers l'allocation personnalisée d'autonomie et par les résidents qui acquittent un ticket modérateur) et l'hébergement (à la charge du résident, de ses obligés alimentaires ou du département avec l'aide sociale à l'hébergement).

Le tarif hébergement journalier recouvre l'intégralité des prestations d'administration générale, d'hôtellerie, de restauration, d'entretien et d'animation. Il constitue la principale composante du reste à charge du résident : il est cinq fois supérieur au reste à charge lié à la dépendance[29].

Ce tarif est globalement plus faible dans les établissements publics (hospitaliers ou non), le tarif moyen étant inférieur à 50 euros. Il est en moyenne de 55 euros dans les établissements privés à but non lucratif et d'environ 70 euros dans les établissements privés à but lucratif (encadré 1).

Le montant laissé à la charge du résident est moins élevé dans les EHPAD publics que dans les établissements commerciaux. Cependant, « *si le statut juridique joue un rôle dans la formation des coûts, les tarifs élevés observés dans les établissements du secteur commercial sont aussi le reflet de ce que le parc des EHPAD publics est majoritairement ancien et depuis longtemps amorti tandis que les réalisations les plus récentes sont le fait du secteur privé à but lucratif, qui doit inclure dans le 'tarif hébergement' l'amortissement du foncier, de la construction et des équipements* » (Branchu *et al*., 2009). Cependant, lors d'un débat conférence organisé par Cérénicimo, acteur de l'investissement immobilier, le directeur général délégué d'Orpéa, Y. Le Masne, déclare : « *J'estime que plus on remplit lentement, mieux cela vaut. Ce que je dis est un peu spécial. Ce qui compte, c'est d'avoir une rentabilité à long terme. Pour moi, un établissement se remplit de 5 résidents par mois. Si on le remplit de 10 résidents par mois, cela veut dire que l'on n'est pas au bon prix de journée. Il faut entre 12 et 18 mois pour remplir un établissement. Vous pouvez remplir un établissement de maison de retraite en un mois si vous cassez les prix. C'est très facile, mais ce qui compte, c'est la rentabilité à long terme. Donc, il ne faut pas remplir trop vite et il faut avoir un bon équilibre* » (Le Masne, 2007). L'amortissement du foncier ne suffit pas à expliquer les différences pratiquées dans les tarifs hébergement.

Encadré 1

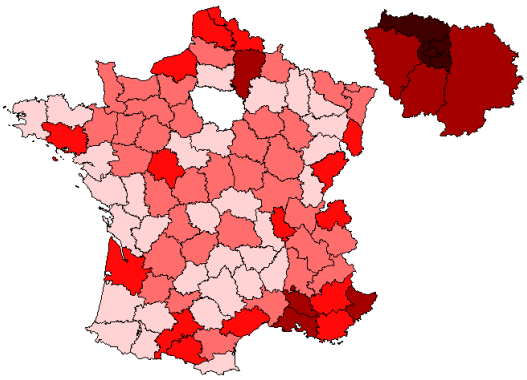
Le questionnaire de l'enquête EHPA 2011 a été amélioré sur les tarifs hébergement. Le nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale a été recueilli. Cette donnée permet un calcul plus pertinent du tarif hébergement moyen, qui tient compte de la part d'habilitation à l'aide sociale de l'établissement. Pour chaque statut juridique, le tarif hébergement départemental est estimé par la moyenne des tarifs hébergement des EHPAD du département, pondérés par le nombre de places d'accueil. Il s'agit d'une moyenne indicative. Les données non diffusables sont celles pour lesquelles le nombre d'établissements sur le territoire ou le nombre de répondants est insuffisant pour garantir une représentativité satisfaisante.

[29] Les estimations du rapport Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées, remis en 2011 par B. Fragonard, comme les premiers résultats de l'enquête EHPA (Volant S., 2014), convergent vers cet ordre de grandeur.

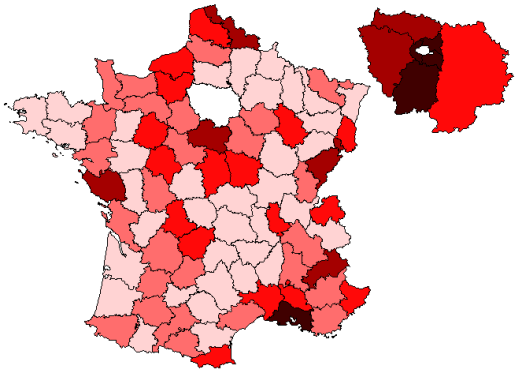
Les tarifs hébergement moyens dans certains départements, quel que soit le statut juridique de l'établissement, figurent parmi les plus élevés : c'est le cas, entre autres, de l'Île-de-France et des Bouches-du-Rhône. D'autres, au contraire, affichent les tarifs hébergement les plus bas, comme dans le Cantal, la Lozère ou le Finistère (Carte 49).

Carte 49 - Tarifs hébergement journaliers moyens des EHPAD, par département

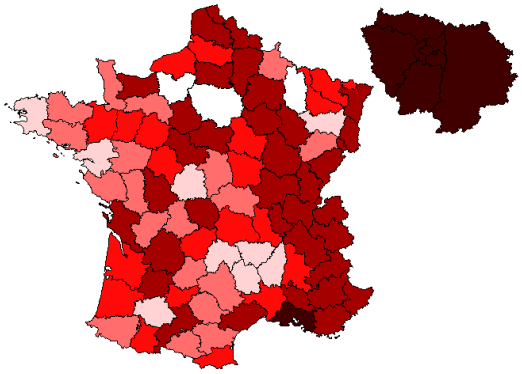
a) Public non rattaché à un hôpital



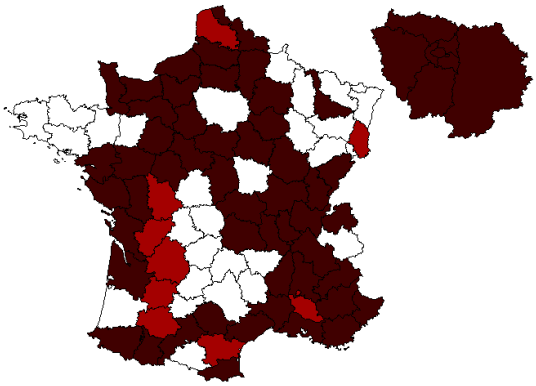
b) Public rattaché à un hôpital



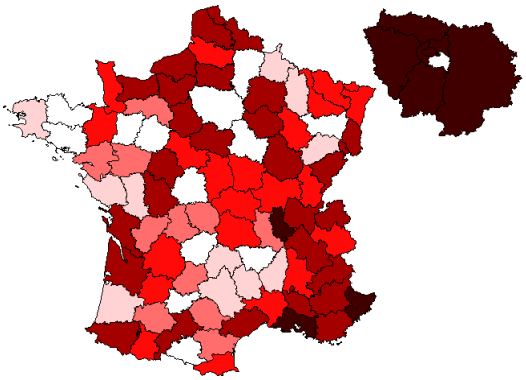
a) Privé à but non lucratif



d) Privé à but lucratif



e) Ensemble des EHPAD

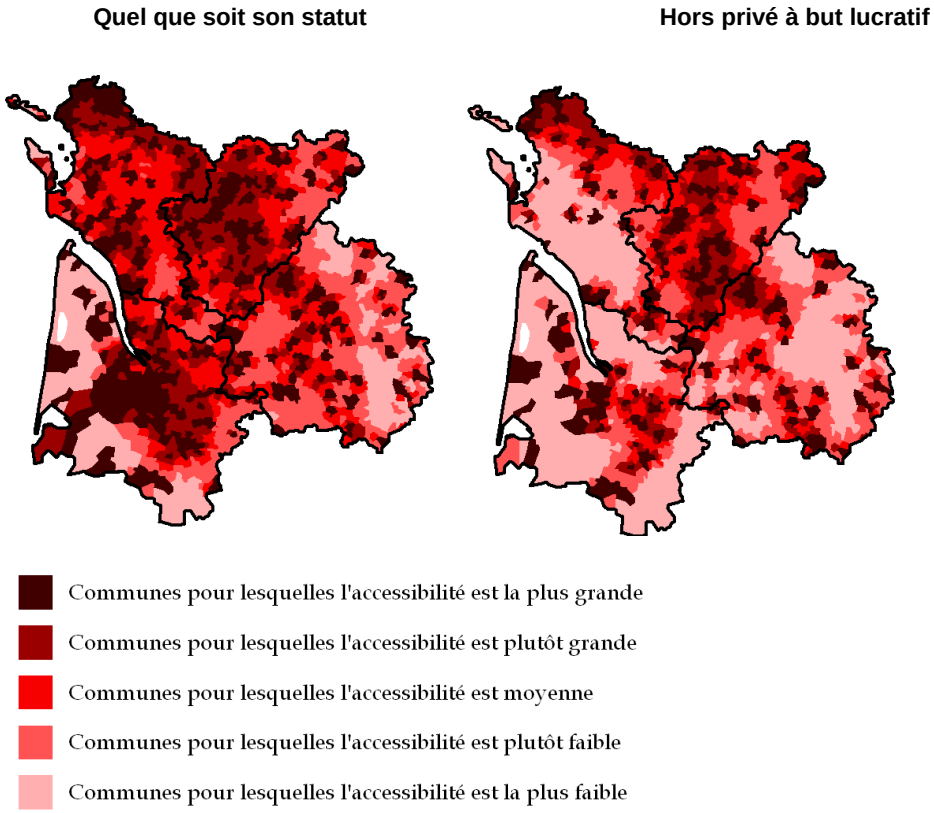


- Supérieur ou égal à 62 euros
- Entre 54 et 62 euros
- Entre 51 et 54 euros
- Entre 48 et 51 euros
- Strictement inférieur à 48 euros
- Donnée non diffusable

Lecture : Plus le département apparaît en foncé, plus le tarif hébergement moyen en EHPAD est important. **Champ** : EHPAD ouverts à la fin 2011. **Sources** : Drees (EHPA 2011). **Source cartographique** : Arctique.

La prise en compte de ces critères financiers influe fortement sur l'accessibilité, en particulier dans les départements pour lesquels les établissements privés à but lucratif sont les plus nombreux, comme la région parisienne ou la Côte d'Azur, etc. Dans certains départements de la façade atlantique, les changements sont également importants (Carte 50).

Carte 50 - Accessibilité d'une personne âgée à un EHPAD, en Dordogne, Gironde, Charente et Charente-Maritime



La légende se réfère ici à l'ensemble de la France : les communes apparaissant foncées font ainsi partie des 20 % des communes de France pour lesquelles l'accessibilité est la plus grande lors que l'on considère les EHPAD non rattachés à un hôpital. **Lecture** : Plus la commune apparaît en clair sur la carte, plus la possibilité pour ses habitants d'obtenir une place est faible par rapport aux autres personnes âgées de France métropolitaine. Au contraire, plus la commune apparaît en foncé, plus la possibilité pour ses habitants d'obtenir une place est grande par rapport aux autres personnes âgées de France métropolitaine. **Champ** : EHPA ouverts fin 2007 en Dordogne, Gironde, Charente et Charente-Maritime **Sources** : Drees (EHPA 2007), distancier INRA (Odomatrix). **Source cartographique** : Arctique

3.3. Des personnes âgées qui parcourent de faibles distances, mais sont minoritaires à rejoindre l'établissement le plus proche

L'accès mesure les distances parcourues par les résidents depuis leur précédent lieu de vie pour rejoindre l'établissement où ils résidaient fin 2011. À cette date, les trois quarts des résidents disposaient d'un EHPAD dans la commune de leur précédent lieu de vie, quel que soit le statut juridique de l'établissement (Tableau 33). Seuls 30 % n'ont pas changé de commune lorsqu'ils ont intégré l'EHPAD. Ils sont 38 % à avoir rejoint un EHPAD de leur commune ou de la commune équipée la plus proche. L'accès aux établissements dépend donc non seulement de l'accessibilité géographique, mais aussi de critères financiers, d'arbitrages personnels ou familiaux et des places disponibles.

Plus de la moitié des résidents des EHPAD rattachés à un hôpital sont hébergés dans un établissement de leur commune ou de la commune équipée la plus proche du précédent lieu de vie. En revanche, les trois quarts des résidents en EHPAD privés à but lucratif ne sont pas allés dans la commune équipée la plus proche de leur précédent lieu de vie.

Tableau 33 - Répartition des résidents selon le choix géographique de l'établissement et le statut juridique

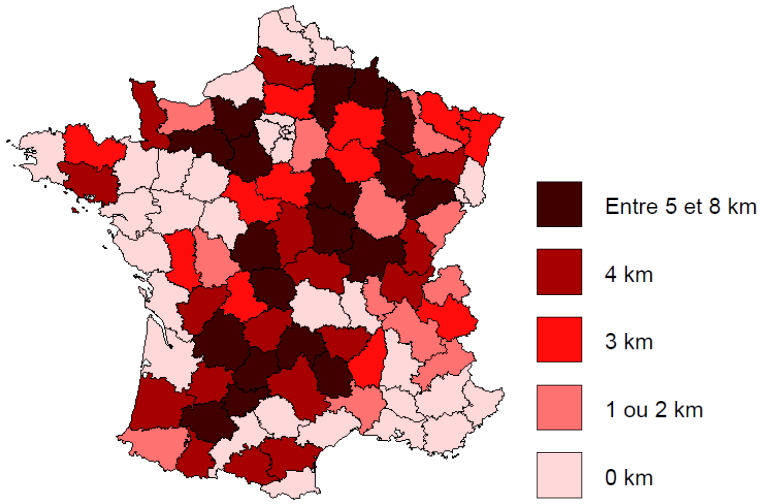
Statut juridique de l'établissement où la personne est accueillie	Part des résidents pour lesquels la commune de leur précédent lieu de vie est équipée	Part des résidents qui ont intégré un établissement de la commune de leur précédent lieu de vie	Part des résidents qui ont intégré un établissement de leur commune ou de la commune équipée la plus proche de leur précédent lieu de vie
Public non hospitalier	72 %	26 %	35 %
Public hospitalier	74 %	43 %	55 %
Privé à but non lucratif	77 %	28 %	34 %
Privé à but lucratif	82 %	21 %	25 %
Ensemble des EHPAD	76 %	30 %	38 %

Lecture : 72 % des personnes hébergées dans un EHPAD public non hospitalier à la fin 2011 disposaient d'un EHPAD dans la commune de leur précédent lieu de vie, tous statuts juridiques confondus. 26 % des personnes hébergées dans un EHPAD public non hospitalier à la fin 2011 ont rejoint un établissement de leur commune. 35 % des résidents à la fin 2011 ont rejoint un établissement de la commune équipée la plus proche de leur précédent lieu de vie. **Champ** : Résidents en EHPAD à la fin 2011. **Sources** : Drees (EHPA 2011), Insee (Code officiel géographique), distancier INRA (Odomatrix).

Les distances réellement parcourues sont nettement supérieures aux distances minimales à parcourir pour rejoindre l'établissement le plus proche, et ce, quel que soit le département (Carte 51 et Carte 52). La question de l'accessibilité, fréquente en milieu rural, se pose avec autant d'acuité en milieu urbain dense. Les trois quarts des résidents qui venaient des départements d'Île-de-France, du Sud-Est ou du Nord – Pas-de-Calais disposaient d'un EHPAD dans la commune de leur précédent lieu de vie. Dans les départements d'Île-de-France, alors qu'une grande majorité des personnes âgées habitaient dans une commune équipée, elles ont parcouru plus de kilomètres qu'ailleurs pour rejoindre leur établissement. À la fin 2011, un quart des résidents en EHPAD originaires de Paris ou de l'un des départements de la petite couronne ont parcouru 25 kilomètres au moins lors de leur entrée dans l'établissement.

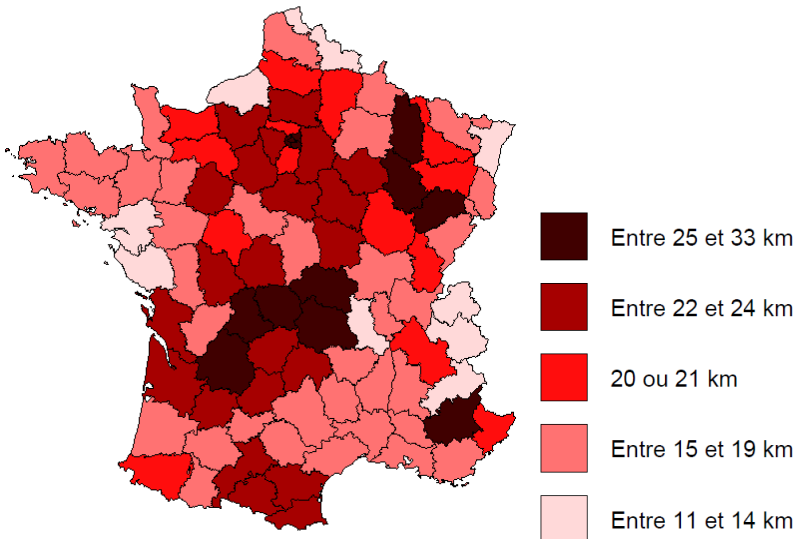
L'accessibilité géographique, la localisation des établissements et les tarifs étant différenciés, les distances parcourues sont également variables en fonction du statut juridique. Ainsi, les résidents des EHPAD privés à but lucratif sont les moins nombreux à avoir rejoint un établissement de leur commune, et plus de 5 % d'entre eux ont parcouru au moins 200 kilomètres, soit davantage que la moyenne nationale. À l'inverse, les établissements publics rattachés à un hôpital bénéficient d'un important maillage : plus de la moitié des résidents présents fin 2011 ont parcouru 4 kilomètres ou moins pour rejoindre leur établissement, et 95 % d'entre eux ont fait au plus cinquante kilomètres. Ce sont les établissements de ce statut juridique qui impliquent les distances parcourues les plus faibles.

Carte 51 - Distances minimales à parcourir entre chefs-lieux de communes selon le département d'origine des résidents en EHPAD fin 2011



Lecture : On utilise le troisième quartile. Il s'agit de la distance sous laquelle se situent les trois quarts des distances les plus faibles, et donc de la distance au-delà de laquelle se situe le quart des distances les plus élevées. Trois quarts au moins des résidents originaires des départements qui apparaissent en clair disposaient d'un EHPAD dans leur commune avant de rejoindre l'établissement où ils résident à la fin 2011. Inversement, dans les départements les plus foncés, un quart au moins des résidents devait parcourir plus de 5 kilomètres pour rejoindre l'EHPAD le plus proche. **Champ** : Résidents en EHPAD, fin 2011. **Sources** : Drees (EHPA 2011), distancier INRA (Odomatrix). **Source cartographique** : Arctique

Carte 52 - Distances parcourues, entre chefs-lieux de communes (en km), selon le département d'origine des résidents en EHPAD fin 2011



Lecture : On utilise le troisième quartile. Il s'agit de la distance sous laquelle se situent les trois quarts des distances les plus faibles, et donc de la distance au-delà de laquelle se situe le quart des distances les plus élevées. Trois quarts au moins des résidents originaires des départements qui figurent en clair ont parcouru moins de 15 kilomètres pour rejoindre l'établissement où ils résident à la fin 2011. Inversement, un quart au moins des résidents originaires des départements qui figurent en foncé ont parcouru 25 kilomètres ou plus pour rejoindre l'EHPAD où ils résident à la fin 2011. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011. **Sources** : Drees (EHPA 2011) ; distancier INRA (Odomatrix), cartographie Arctique.

Tableau 34 - Distances parcourues lors de leur entrée en EHPAD par les résidents présents fin 2011

	Distance parcourue, en kilomètres				
Distribution des résidents	**Public non rattaché à un hôpital**	**Public rattaché à un hôpital**	**Privé à but non lucratif**	**Privé à but lucratif**	**Total**
100 % (max)	> 200	> 200	> 200	> 200	> 200
99 %	> 200	> 200	> 200	> 200	> 200
95 %	84	50	146	> 200	110
90 %	43	31	52	98	46
75 %	20	14	19	25	19
50 %	9	4	7	9	7
25 %	Leur commune	Leur commune	Leur commune	3	Leur commune
10 %	Leur commune	Leur commune	Leur commune	Leur commune	Leur commune
5 %	Leur commune	Leur commune	Leur commune	Leur commune	Leur commune
1 %	Leur commune	Leur commune	Leur commune	Leur commune	Leur commune
0 % (min)	Leur commune	Leur commune	Leur commune	Leur commune	Leur commune

Lecture : Tous statuts juridiques confondus, seuls 5 % des résidents ont parcouru 110 kilomètres ou plus. **Champ** : Résidents en EHPAD au 31 décembre 2011, en France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Drees (EHPA 2011), distancier INRA (Odomatrix).

La question des "listes d'attente" ne peut pas être traitée telle quelle par l'enquête, le CoPil de l'enquête de 2011 avait d'ailleurs déjà souligné la complexité de la question : tous les établissements ne mettent pas à jour les listes, certains restreignent leur liste d'attente à un nombre fixe de dossiers, la variable serait complexe à exploiter. Cependant, il est important d'approcher la contrainte sur l'offre, autrement que par cette mesure des distances à l'entrée en EHPAD ou par des taux d'occupation partout proches de 100 %. En effet, ces distances parcourues ne reflètent que partiellement l'accès aux EHPAD, bien qu'elles en soient quantitativement actuellement une des seules mesures. L'enquête EHPA, qui vise à guider les réflexions nationales et locales de structuration de l'offre et de programmation, s'y prête.

Afin d'approfondir la connaissance de cet accès aux établissements, une question est intégrée à la nouvelle enquête EHPA, qui sera collectée début 2015 : la date du dépôt de demande d'entrée dans l'établissement. Cette donnée sera collectée individuellement, évitant aux établissements de calculer un temps moyen à l'entrée, et donc à la fois des erreurs et une surcharge de travail. La donnée sera disponible pour les entrants de l'année uniquement – représentant quand même 150 000 personnes – afin de disposer de données relatives à une période limitée dans le temps : la contrainte de l'offre peut changer en quelques années. Disposer de l'information au niveau individuel dans EHPA sera fort instructif, aucune enquête nationale exhaustive ne permettant d'avoir par ailleurs l'information. L'enquête Résidents qui apportait des éléments n'est pas reconduite, et surtout, ne permettait pas de disposer d'une donnée objective. Ainsi les différences de perception dans les délais d'approche entre le résident et les proches apparaissaient en 2007 : 33 % des résidents déclaraient ainsi un temps d'attente compris entre 1 et 6 mois, contre 47 % des proches.

Conclusion du chapitre

La géographie des établissements résulte de l'association de facteurs historiques, politiques, sociaux, culturels : c'est un observatoire de notre société d'hier à aujourd'hui. Ce chapitre montre l'apport de la géographie, qui permet d'en observer de multiples dimensions.

L'accessibilité et l'accès aux EHPAD sont ainsi différenciés sur le territoire. Ces éléments sont cependant à mettre en regard avec l'accompagnement pouvant être proposé par ailleurs à domicile : à dépendance similaire, certaines personnes âgées restent à domicile alors que d'autres entrent en établissement. C'est pourquoi la répartition de l'offre de services à domicile permettrait d'enrichir les conclusions du chapitre.

CHAPITRE 5

L'ACTIVITÉ DES PROFESSIONNELS DE L'ACCOMPAGNEMENT À L'ÉCHELLE DÉPARTEMENTALE : NOMBRE D'HEURES ET DÉPENSE PUBLIQUE RELATIVE À L'AIDE HUMAINE APPORTÉE

Enjeux

La mesure de l'activité des professionnels intervenant auprès des personnes âgées dépendantes permet d'évaluer les politiques médico-sociales nationales et locales. Or, faute de données disponibles, les études sont nombreuses à distinguer les structures et les professionnels, comme nous l'avons fait dans le chapitre 2, voire à se restreindre à un type de structures ou de professionnels, comme nous l'avons fait dans le chapitre 4. En résultent des études distinguant les intervenants.

Répondant à un besoin de connaissance transversale, ce chapitre croise plusieurs sources afin de quantifier, à la fois en temps passé auprès des personnes et en termes de dépense publique, la part prise par les différents acteurs et financeurs de l'accompagnement.

Parce que la loi garantit une action sociale et médico-sociale respectant l'équité territoriale, comme les Conseils départementaux sont chefs de file de l'action sociale, car l'accompagnement de la dépendance est ancré dans la proximité, et que les données disponibles ne permettent pas une étude plus fine, ce chapitre décline les résultats à l'échelle départementale. C'est à notre connaissance la première fois que cette démarche est entreprise.

Ce chapitre présente les choix effectués : restriction du champ, bases de données choisies et exploitées, et autant que possible validation de la cohérence des données par le croisement avec d'autres sources. On estime ainsi à environ 700 millions les heures passées par les professionnels auprès de personnes âgées en 2011, dans le cadre de l'accompagnement de leur dépendance, que celles-ci soient ou non bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) : les professionnels interviendraient en moyenne 50 heures par mois, soit 11 heures par semaine, rapportées aux 1,2 millions de bénéficiaires de l'APA. La moitié de ces heures est réalisée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. À domicile, deux tiers des heures sont couvertes par l'APA, un tiers par l'Assurance maladie via l'intervention d'infirmiers libéraux ou de services de soins infirmiers à domicile. La dépense publique d'accompagnement médico-social des personnes âgées dépendantes, à domicile et en établissement, prise en charge pour deux tiers par l'Assurance maladie et pour un tiers par les Conseils départementaux, s'élèverait à 12,5 milliards d'euros en 2011[30].

[30] Le champ considéré nous conduit à écarter nombre de dépenses incluses dans les Comptes de la dépendance (Renoux et al, 2014) : les dépenses publiques de prise en charge de la perte d'autonomie y sont estimées à 21,1 milliards d'euros en 2011.

INTRODUCTION DU CHAPITRE **277**

1. RASSEMBLER LES INFORMATIONS PERMETTANT DE MESURER L'ACTIVITÉ DES ACTEURS À L'ÉCHELLE LOCALE **278**

1.1. Au-delà de la complémentarité, les substitutions entre professionnels **279**

1.2. Fragmentation de l'information : mobiliser les bases de données disponibles **281**

1.3. Fragmentation de l'information : choisir une mesure commune **285**

1.4. Des données départementales, mais quel territoire de référence ? **289**

2. ESTIMATION DÉPARTEMENTALE DU NOMBRE D'HEURES ET DE LA DÉPENSE PUBLIQUE **290**

2.1. L'accompagnement social et médico-social à domicile **290**

2.2. L'accompagnement sanitaire à domicile **299**

2.3. L'accompagnement en établissement **304**

CONCLUSION DU CHAPITRE **317**

Introduction du chapitre

Les aides à domicile, auxiliaires de vie sociale, aides-soignants, infirmiers et professionnels des EHPAD proposent, du fait de leur complémentarité, un accompagnement global et gradué pour aider la personne âgée à surmonter ses difficultés. C'est en tous cas ce qui est attendu du système de prise en charge. Cependant, les acteurs qui ont participé aux entretiens qualitatifs constatent des substitutions entre les intervenants, liées au manque de disponibilité d'acteurs dans des configurations locales d'offre disparates.

Des substitutions et glissements des tâches sont constatés par les pouvoirs publics, par exemple par le Conseil économique, social et environnemental du Rhône (2011). Cependant, il n'existe pas à ce jour d'étude quantitative sur ce sujet, qui plus est à l'échelle locale.

La démarche développée ci-après fait suite à une étude de Michèle Mansuy qui élaborait une première typologie sur les formes de recours à l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), à domicile (APA-D) et en établissement (APA-E) (Mansuy, 2011). Surtout, le chapitre s'inspire d'une étude réalisée en 2010 par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM, 2010) : le rapport *Vieillissement, Longévité et Assurance maladie*, concernant un champ différent de celui de cette recherche, porte sur l'articulation entre les différents segments de l'offre de soins à destination des personnes âgées. Il montre la difficulté de visualiser le cumul des différentes offres, mais propose une unité de mesure commune : « *la seule unité de compte qui soit commune est l'euro d'assurance maladie dépensé. Elle permet de globaliser sur une seule mesure des offres de nature voisine, par exemple : l'ensemble des offres de soins 'non techniques' dans le champ sanitaire – USLD – médico-social (EHPAD et SSIAD) et ambulatoire (actes infirmiers côtés AIS)* ».

La première difficulté, notée par les auteurs, est liée justement à l'unité de mesure : « *il n'est pas possible d'affirmer que la densité de service épouse réellement la dépense 'par tête'* », c'est pourquoi le rapport ne tirait aucune conclusion d'ordre qualitatif.

La seconde limite est liée au champ retenu pour l'étude. Le rapport considère que les soins de nursing (soins d'hygiène, de confort, d'entretien et de continuité de la vie) sont assurés par les infirmiers ou aides-soignants, et relèvent donc de l'Assurance maladie. Cependant, « *par leur nature, les actes infirmiers de soins se rapprochent de certaines activités réalisées par d'autres structures d'aides à la personne* » (Dufour-Kippelen *et al*., 2010).

Tenant compte de ces écueils, l'objectif du chapitre est double.

D'abord, il s'agit de mesurer l'offre en incluant l'ensemble des acteurs ou structures qui interviennent directement et régulièrement auprès des personnes âgées, pour les accompagner dans les actes ordinaires de la vie. Cela nécessite de s'affranchir des cloisonnements institutionnels, très présents sur ce champ, entre le sanitaire, le médico-social et le social. Les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les aides à domicile[31], les infirmiers libéraux dans le cadre des soins d'hygiène et les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)[32] sont donc inclus dans le champ de l'analyse.

[31] Les auxiliaires de vie sociale sont, dans la suite du texte, assimilées aux aides à domicile.
[32] Les infirmiers libéraux ou salariés ainsi que les aides-soignants salariés des SSIAD sont dans la suite du texte rassemblés sous le terme « infirmiers ».

La multiplicité des acteurs et des structures impose le recours à diverses bases de données, administratives ou d'enquête, élaborées par plusieurs organismes : Drees, Insee, Assurance maladie et caisses de retraite complémentaire.

Ensuite, le prolongement de la réflexion dans le chapitre 6 apporte une lisibilité cartographique inédite à cette mesure globale de l'accompagnement de la dépendance, appuyée sur notre démarche géographique. L'étude évalue dans quelle mesure l'action publique, compte tenu de la substitution entre les intervenants, garantit dans la réalité le principe d'équité territoriale affirmé dans la loi. Comme les Conseils départementaux sont chefs-de-file de l'action sociale, parce que le territoire départemental a l'avantage d'être une échelle assez fine pour constater des disparités, ce niveau d'analyse est retenu pour les deux chapitres. Les études locales ont montré combien une déclinaison à une échelle infra-départementale serait pertinente. Les données mobilisées ne permettent cependant pas de garantir la qualité d'une analyse de ce type à ce niveau géographique.

De premières recherches ont été conduites en 2011 relativement à l'année 2008, quand les données relatives à 2011 n'étaient pas encore disponibles. Le choix a été fait, de concert avec la Drees, d'actualiser et de préciser ces résultats sur 2011, afin de produire des connaissances plus fines et plus récentes. Les sources mobilisées, annuelles ou quadriennales, sont dans leur grande majorité disponibles pour l'année 2011. Une difficulté majeure dans l'actualisation tient au fait que l'enquête envisagée pour 2012 sur les services d'aide à domicile n'a finalement pas été réalisée, et que l'enquête conduite en 2009 auprès des SSIAD n'a pas été rééditée depuis.

La première partie du chapitre présente les sources recensant l'activité à l'échelle locale. La seconde partie détaille les méthodes d'estimation et les choix effectués pour évaluer, pour chaque type de professionnels, le nombre d'heures passées auprès des personnes âgées et la dépense publique. Le champ retenu ainsi que les sources déterminent nettement les résultats, d'où l'importance de leur explicitation.

La complexité de cette analyse conduit à solliciter des professionnels spécialisés, permettant de confronter les résultats à leurs connaissances du sujet, de confirmer la démarche et de préciser les résultats. Je tiens à témoigner ma reconnaissance à Dominique Telle, Adeline Bertsch-Merveilleux et Boris Minot de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) pour leur appui, et Hélène Soual, en charge à la Drees des Comptes de la santé, pour ses éclairages.

1. Rassembler les informations permettant de mesurer l'activité des acteurs à l'échelle locale

Estimer l'aide reçue par les personnes âgées dans le cadre de leur accompagnement médico-social quotidien justifie de restreindre l'analyse aux professionnels évoluant directement auprès de personnes âgées dépendantes. Pour les établissements comme pour les services, le personnel administratif ou d'encadrement est exclu, comme le sont les professionnels et structures de coordination. Pour la même raison, les temps de transport des professionnels entre les différents domiciles des personnes âgées sont, dans la mesure du possible, exclus. Afin de garantir la cohérence du champ, entre domicile et EHPAD et avec celui retenu dans les autres chapitres de la thèse, le personnel médical, à domicile comme en établissement, est exclu, de même que les professionnels financés uniquement par les résidents des EHPAD ou les personnes âgées à domicile, sans solvabilisation par les institutions publiques. Pour finir, les données afférentes aux DOM et à la Corse sont disponibles dans l'ensemble

des sources mobilisées, la cohérence de notre champ géographique au long de la recherche implique cependant leur exclusion.

1.1. Au-delà de la complémentarité, les substitutions entre professionnels

Les acteurs de l'accompagnement de la dépendance des personnes âgées, évoluant dans des structures et sous des modes d'exercice différents, sont présentés dans le tableau récapitulatif ci-après (Tableau **35**), ayant fait l'objet d'une description approfondie dans le chapitre 2.

Tableau 35 - Acteurs et structures de l'accompagnement de la dépendance des personnes âgées

Lieu de vie	Professionnels	Mode d'exercice	Activités sur le champ
Domicile	Aides à domicile	Prestataires, mandataires, gré-à-gré[33]	Courses, nettoyage et entretien du lieu de vie
	Auxiliaires de vie sociale	Prestataires, mandataires, gré-à-gré	Aide à la toilette, à la préparation des repas
	Aides-soignants	Services de Soins Infirmiers à Domicile	Toilettes
	Infirmiers	Services de soins infirmiers à domicile Exercice libéral	Soins d'hygiène
Établissement	Agent de service (hospitalier)	EHPAD	Nettoyage, entretien, distribution des repas…
	Personnel soignant	EHPAD	Toilettes, rééducation…

Lecture : À domicile, les aides à domicile exercent sous trois modes (prestataire, mandataire ou gré-à-à-gré), réalisant pour l'essentiel des activités instrumentales de la vie quotidienne. **Champ** : France entière. **Sources** : Chapitre 2.

À la complexité de la définition de la dépendance (chapitre 1) et à la multiplicité des intervenants (chapitre 2), s'ajoute une complication : au-delà de leur complémentarité, il existe des substitutions entre acteurs, confirmées au niveau national.

1.1.1. Substitution entre domicile et établissement

Plus la dépendance des personnes augmente, plus leur taux d'institutionnalisation est important. Mais à dépendance similaire, quand certains sont à domicile, d'autres sont en établissement : il existe une substitution entre ces deux lieux de vie (Tableau 36). En effet, l'entrée en établissement n'est pas guidée uniquement par l'importance de la dépendance ou même la dégradation de l'état de santé : « *le sentiment de solitude, les changements de conditions de logement, le fait que l'aide de l'entourage ainsi que l'aide professionnelle ne suffisent plus, le besoin de se sentir ou de savoir son proche en sécurité sont des éléments pouvant, parmi d'autres, motiver l'entrée en institution* » (Weber, 2011). Inversement, « *des patients sont restés [à domicile] jusqu'à un stade ultime de telle ou telle pathologie* » (entretiens qualitatifs auprès de professionnels, Pays des Portes d'Ariège, Ariège, 2014).

[33] Ce mode d'exercice est ainsi dénommé par les professionnels rencontrés ainsi que dans la littérature, c'est pourquoi cette terminologie est préférée à celle « *d'emploi direct* ».

Tableau 36 - Nombre de personnes dépendantes, par GIR, à domicile et en EHPAD, en 2011

Personnes âgées dépendantes	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Total
Nombre à domicile	18 004	122 682	152 217	404 862	697 765
Nombre en établissement	107 019	194 238	85 781	108 302	495 340
Nombre total	125 023	316 920	237 998	513 164	1 193 105
Part en établissement (en %)	86 %	61 %	36 %	21 %	42 %
Part à domicile (en %)	14 %	39 %	64 %	79 %	58 %

Lecture : 86 % des GIR 1 résident en établissement, et 14 % à leur domicile. **Champ** : À domicile, bénéficiaires de l'APA en GIR 1 à 4 au 31 décembre. En EHPAD, résidents au 31 décembre évalués en GIR 1 à 4. France métropolitaine, 2011. **Sources** : Drees (bénéficiaires de l'aide sociale départementale, EHPA 2011).

Cette substitution est globalement une expression du libre-choix des personnes de leur lieu de vie : la présence de toutes les personnes évaluées en GIR 1 et 2 en EHPAD, et de toutes celles évaluées en GIR 3 à 6 à domicile prouverait au contraire l'absence de libre choix. Cependant, au niveau individuel, ces substitutions pourraient être liées à l'offre disponible sur le territoire.

1.1.2. Substitution à domicile entre le personnel soignant et les aides à domicile ou auxiliaires de vie sociale

L'enquête Handicap-Santé-Ménages (HSM, Insee-Drees, 2008) montre que 53 % des soins personnels, comprenant la toilette, l'habillage et les repas, sont réalisés par des infirmiers ou aides-soignants, 40 % par des aides à domicile[34] : une activité similaire peut être effectuée par deux types de professionnels.

Le référentiel professionnel des auxiliaires de vie sociale atteste que celles-ci ont pour mission, entre autres, « *d'aider seules à la toilette lorsque celle-ci est assimilée à un acte de la vie quotidienne et n'a pas fait l'objet d'une prescription médicale* » (JORF, 2007a). Les titulaires du Brevet d'études professionnelles (BEP) Carrières sanitaires et sociales, selon la définition de leurs missions dans l'annexe de l'Arrêté du 19 août 1993 portant création de cette formation, doivent également être en capacité « *d'assurer les soins d'hygiène corporelle d'une personne partiellement autonome* » et notamment effectuer le change ou la toilette (JORF, 1993a). Par contre, lorsque la toilette a fait l'objet d'une prescription médicale, celle-ci doit théoriquement être assurée soit par un infirmier libéral, soit, sous contrôle de l'infirmier coordinateur, par un aide-soignant d'un Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Cependant, les professionnels rencontrés soulignent la difficulté à distinguer la toilette relevant des compétences d'un professionnel médico-social de celle devant être réalisée par un professionnel sanitaire.

> Sur « *un territoire rural avec une faible densité médicale, la frontière entre la toilette qui serait sensée être réalisée par une aide-soignante en SSIAD et l'aide à la toilette qui est réalisée en tant qu'auxiliaire de vie sociale, est très ténue, voire même disparaît* ».
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pamiers, Ariège, avril 2014**

Des manques sont mis en lumière par un directeur de SSIAD, en Loire-Atlantique.

> Un directeur de SSIAD souligne : « *il y a un problème au niveau de la prise en charge des soins d'hygiène, entre l'infirmière, l'HAD [Hospitalisation à domicile], le SSIAD, il y a un trou. L'HAD, ils ont leurs critères, nous on a nos critères, et entre les deux, il y a un gouffre. On ne sait pas quoi faire des gens* ». Pourtant, « *l'HAD suit ce qu'on lui dit, nous on suit ce qu'on nous dit, et il y a des manques* ». Quand ni les SSIAD, ni l'HAD ne peuvent accompagner des situations, « *ça passe chez les*

[34] Données HSM 2008. Le calcul porte sur les professionnels (plusieurs pouvant intervenir et effectuer des tâches similaires auprès d'une personne). 7 % de ces aides sont apportées par d'autres intervenants, notamment paramédicaux (ergothérapeute, kinésithérapeute etc.).

auxiliaires de vie, ce qui n'est pas logique. Elles se retrouvent avec des soins d'hygiène, c'est pas normal ».

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pornic, Loire-Atlantique, mai 2014

Cela questionne les services d'aide à domicile.

Les SAAD sont de plus en plus sollicités pour des « *actes techniques, c'est-à-dire qu'on est demandé pour faire des aides à la toilette, ce qui n'était pas notre rôle initial et qui l'est devenu. L'accompagnement [à la vie sociale] n'est pas quelque chose de facilement mesurable* », il a donc été mis de côté.

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pamiers, Ariège, avril 2014

Les services des CCAS, spécifiques par les conditions de travail qu'ils proposent, s'interrogent en particulier, mis en difficulté par cette évolution de fait de leur mission.

« *Le cœur de nos préoccupations, c'est comment on répond à des demandes, qui sont a priori plus forcément dans nos champs de mission* » puisque « *la dépendance a prodigieusement évolué » : « comment on va s'adapter à cette demande, ou ne pas s'adapter à cette demande ?* » « *Est-ce qu'on doit maintenir le service d'aide à domicile en tant que tel ? En compensant, en réembauchant ?* » Il est difficile de recruter « *des gens correctement diplômés. Ils sont captés par des services qui rémunèrent mieux* » et « *le cadre même de la fonction publique peut être un frein à certaines formes de transformation de notre travail* ». Les « *agents sont très anciens dans la profession, très anciennes – en général, [ce sont] des femmes, c'est pas évident qu'elles puissent s'adapter à un public comme ça* ».

Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014

Plusieurs professionnels ont ainsi souligné que les toilettes étaient, faute de disponibilité du professionnel qualifié, parfois réalisées par des auxiliaires de vie qui auraient dû se limiter à de l'aide à la toilette, voire des aides à domicile qui n'y sont pas formées. En effet, malgré la volonté de professionnalisation du secteur (Vanlerenberghe et Watrin, 2014), un peu moins des deux tiers des intervenants n'avaient pas de diplôme sanitaire ou social en 2008 (Marquier, 2010).

La substitution entre les acteurs rend indispensable la considération de l'offre dans sa globalité, et justifie notre démarche.

1.2. Fragmentation de l'information : mobiliser les bases de données disponibles

Aucune source unique de données ne permet à ce jour d'obtenir une mesure de l'activité des acteurs de l'accompagnement de la dépendance des personnes âgées, qui plus est à l'échelle locale. Alors que l'encadrement professionnel en EHPAD est bien connu quantitativement via l'enquête EHPA (Drees), il n'existe pas de base de données transversale sur l'accompagnement de la dépendance des personnes âgées à domicile. Il en découle qu'aucune étude quantitative et exhaustive sur le territoire national n'a pour l'instant intégré l'ensemble de ces acteurs. La première phase est donc d'identifier les producteurs et les bases de données mobilisables.

1.2.1. L'offre en aides à domicile et Auxiliaires de vie sociale (AVS)

L'offre en aides à domicile et en AVS est le pan de l'offre le plus complexe à cerner, d'abord du fait de la multiplicité des structures juridiques permettant l'exercice de la profession, détaillé au chapitre 2. Pour rappel, aides à domicile et AVS peuvent exercer via des structures prestataires, mandataires ou en emploi direct.

La multiplicité des institutions validant aux structures le droit d'exercer est une autre source de complexité : Conseil départemental pour les autorisations, Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) pour les agréments, absence de validation pour les professionnels en gré-à-gré. Aucune institution ne possède donc de fichier administratif exhaustif sur l'activité.

Enfin, ce champ ne fait pas l'objet d'une enquête exhaustive et complète de la Drees ou d'une autre institution, relative à l'activité des structures, aux personnes accompagnées et au personnel. L'étude de faisabilité d'une telle enquête auprès des services d'aide à domicile en direction des personnes fragilisées et la collecte étaient inscrites au programme de travail de la Drees en 2011 et 2012. Ce projet n'a cependant pas abouti. La Dares effectue pour sa part un recensement des Organismes agréés de services à la personne (OASP)[35]. Les données récentes sont difficiles d'accès et partielles. On ne peut d'ailleurs en restreindre l'analyse aux personnes âgées.

Le recensement départemental proposé s'appuie sur deux sources de données. D'abord, des sources administratives compilées par l'Insee : les données des Déclarations annuelles de données sociales (DADS) Grand Format, incluant le Système d'information sur les agents des services publics (SIASP) et les Particuliers employeurs (PE). Il s'agit de données exhaustives, qui portent sur l'ensemble des activités en France, décrites au niveau communal. Il est possible de restreindre le champ de l'analyse à l'action sociale sans hébergement pour personnes âgées et personnes handicapées, et notamment à l'aide à domicile et à l'accueil ou l'accompagnement sans hébergement d'adultes handicapés ou de personnes âgées. Mais le champ retenu reste plus large que le champ souhaité, incluant l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

Les sources administratives de l'Institut de retraite complémentaire des employés de maison (Ircem), groupe institutionnel de protection sociale à gestion paritaire, sont ensuite mobilisées. Dans ce cadre, l'organisme recense l'ensemble des heures, ainsi que les caractéristiques des employés et des employeurs. « *Un enjeu important pour l'IRCEM porte sur la qualité et l'exhaustivité des données, compte tenu de sa mission de calcul des droits à la retraite complémentaire et prévoyance des salariés du secteur* » (Conseil national de l'information statistique, 2012). Dans le cadre de la convention liant la Drees à l'Ircem depuis 2008, deux jeux de données sont fournis à l'échelle départementale. D'abord, le nombre d'heures, et le nombre d'employeurs de plus de 70 ans, puisque ceux-ci ont droit à des aménagements fiscaux spécifiques : ils sont exonérés de cotisations patronales de Sécurité sociale (Code de la Sécurité sociale, article L241-10). Les données incluent toutes les personnes âgées, y compris celles qui salarient du personnel sans être dépendantes. En France métropolitaine, cela concerne plus de 900 000 personnes. Le champ est donc trop large pour que la donnée soit retenue. Seconde donnée communiquée, le nombre d'heures et le nombre d'employeurs, exonérés au titre de l'APA : 160 000 employeurs sont recensés, pour une activité annuelle de 72 millions d'heures.

Ces sources administratives, du fait de leur finalité, ne permettent pas de répondre directement à notre questionnement, leur exploitation nécessite donc des comparaisons à des fins de contrôle avec des

[35] Les services renseignent sur la base de données nOva les Tableaux statistiques annuels (TSA), qui décrivent leur activité.

bases de données nationales et locales disponibles par ailleurs. Les enquêtes relatives aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, réalisées annuellement par la Drees auprès des Conseils départementaux, sont mobilisées, ainsi que l'enquête « Remontées Individuelles APA », fondée sur les fichiers de gestion de l'APA d'une soixantaine de Conseils départementaux en 2011.

1.2.2. L'offre en Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

La fusion de données issues du répertoire Finess avec les DADS Grand Format, grâce aux identifiants des structures (SIRET) n'est possible que pour 40 % des structures. Par ailleurs, cette fusion montre que les SSIAD sont rattachés à plusieurs secteurs d'activité : 48 % figurent dans l'aide à domicile, 29 % dans les activités des infirmiers et sages-femmes ou encore 13 % au sein d'activités hospitalières et médicales. Les DADS Grand Format ne sont pas mobilisables sur ce champ : les SSIAD ne sont identifiables ni par le secteur d'activité, ni par les SIRET.

Ces services ont fait l'objet, en 2002 et 2008, d'une enquête exhaustive de la Drees, renseignant sur leur activité, leur patientèle et leurs salariés, qui n'a plus été renouvelée depuis. Une enquête, réalisée en partenariat par la CNSA (volet personnes âgées) et la DGCS (volet personnes en situation de handicap) a été conduite en 2012, avec un objectif différent : « *rendre la tarification des SSIAD plus efficiente et ajustée aux besoins des usagers* » (Convention Drees – DGCS – CNSA). Ne donnant pas l'activité en équivalents temps-plein, l'enquête ne permet pas de mesurer les heures réalisées par les professionnels des SSIAD, mais ses données financières peuvent être exploitées.

Trois sources sont utilisées.

D'abord, le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess), de la Drees. Il recense l'ensemble des structures ouvertes fin 2011. Le répertoire fournit la répartition des places en SSIAD entre personnes âgées et personnes en situation de handicap.

L'enquête SSIAD de 2008, conduite par la Drees. Si l'on suppose que les professions des salariés de SSIAD ont peu évolué entre 2008 et 2011, l'enquête apporte de précieuses informations sur la répartition du personnel soignant selon la fonction exercée, ou le taux d'encadrement.

L'enquête dite SSIAD Tarification (Drees – DGCS – CNSA), conduite en 2012, est précise sur le financement des SSIAD.

1.2.3. L'offre en infirmiers libéraux

L'étude se restreint aux Actes infirmiers de soins (AIS), c'est-à-dire aux soins d'hygiène (chapitre 2). L'Assurance maladie publie, annuellement, des données départementales relatives au nombre d'actes réalisés par les infirmiers libéraux, et au nombre de coefficients, chaque acte équivalant à un nombre variable de coefficients. Ces données sont issues d'une source administrative, le Système national d'information inter-régime de l'Assurance maladie (SNIIR-AM), et ne demandent pas de traitement spécifique. Elles sont mises en regard des Comptes de la santé, comptes satellites des Comptes nationaux, publiés annuellement par la Drees, qui fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé et des financements correspondants. Ceux-ci permettent une vérification des ordres de grandeur nationaux.

1.2.4. L'offre en EHPAD

L'enquête exhaustive quadriennale EHPA, menée par la Drees, indique avec précision l'activité des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, en décrit le personnel et les résidents (Volant, 2014a et 2014b).

Depuis 1997, dans les EHPAD, trois types de prestations, solvabilisées par des financeurs différents sont distingués. Les services d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement sans lien avec la dépendance sont à la charge des personnes accueillies. Les Conseils départementaux, via l'APA-E, couvrent les prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir. Il s'agit par exemple des fournitures pour l'hygiène ou de la rémunération de psychologues. Enfin, la dotation de soins, financée par l'Assurance maladie, couvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des personnes résidant dans l'établissement ainsi que les prestations paramédicales correspondant aux soins liés à l'état de dépendance des personnes accueillies (JORF, 1999). Certains professionnels, comme les aides-soignants ou les aides médico-psychologiques relèvent de deux types de prestations. Les règles d'imputation et de répartition applicables aux coûts des personnels sont résumées dans le tableau ci-après (Tableau 37).

Tableau 37 - Règles légales d'imputation et de répartition applicables aux rémunérations des personnels

	Hébergement	Dépendance	Soins
Direction, administration	100 %		
Cuisine, services généraux	100 %		
Animation, service social	100 %		
ASH, agent de service affecté aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas	70 %	30 %	
Aides-soignantes et Aides médico-psychologiques		30 %	70 %
Psychologue		100 %	
Infirmiers			100 %
Auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, ergothérapeutes) pharmacien, préparateur en pharmacie			100 %
Pharmacien et préparateur en pharmacie (si pharmacie à usage interne)			100 %
Médecin coordonnateur			100 %

Lecture : La totalité de la rémunération des personnels de direction est imputée à la section tarifaire hébergement. **Champ** : France entière. **Sources** : Annexe 3-2 du Code de l'action sociale et des familles, ajouté par décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Les résidents des logements-foyers et Petites unités de vie non EHPAD sont solvabilisés par l'APA-D. Ils sont ici assimilés au domicile, y compris lorsqu'ils disposent de crédits d'assurance maladie. Les unités de soins de longue durée non EHPAD sont également exclues de l'analyse.

Afin de garantir l'homogénéité du champ avec le domicile, sont inclus les professionnels rémunérés, au moins en partie, par le Conseil départemental dans le cadre de l'APA-E ou par l'Assurance maladie. La direction ou les professionnels sociaux et animateurs présents relèvent d'un financement par les résidents, et sont donc exclus. Conformément à l'objectif d'homogénéité du champ, les professionnels sanitaires (médecins), sont exclus, puisque relevant exclusivement du soin et non de l'accompagnement médico-social.

1.3. Fragmentation de l'information : choisir une mesure commune

Les bases de données présentées remplissent des objectifs différents, sur des champs hétérogènes. Le choix d'une unité de mesure commune est délicat mais essentiel : c'est un enjeu méthodologique majeur face à la dispersion des données.

1.3.1. Nombre de personnes aidées en fonction du type de professionnel, ou nombre d'intervenants auprès des personnes : des mesures qui ne peuvent être retenues

Le nombre de personnes âgées dépendantes aidées en fonction de catégories d'intervenants pourrait s'imposer d'emblée comme la mesure commune. Mais cette mesure contiendrait un nombre important de doubles comptes : ne serait-ce qu'à domicile, 27 % des personnes âgées qui bénéficient d'aide professionnelle sont accompagnées par deux intervenants ou plus (Tableau 38), et la mesure serait plus difficile encore en EHPAD. La somme des personnes aidées par type d'offre serait donc nettement supérieure au nombre total de personnes aidées.

Tableau 38 - Répartition des personnes âgées dépendantes à domicile au sens de l'APA, selon le nombre d'intervenants professionnels, en 2008

Nombre d'intervenants	Proportion des bénéficiaires d'une aide professionnelle en GIR 1 à 4 selon l'APA
Un seul intervenant professionnel	72,6 %
Deux intervenants professionnels	20,6 %
Trois intervenants professionnels	4,9 %
Plus de trois intervenants professionnels	1,9 %

Lecture : 72,6 % des personnes en GIR 1 à 4 bénéficient de l'aide d'un intervenant professionnel unique. **Champ** : Bénéficiaires relevant d'un GIR 1 à 4 au sens de l'APA après correction des GIR, en 2008 (Eghbal-Téhérani et Makdessi, 2011). **Sources** : Enquête HSM 2008 (Drees, Insee).

Il n'est pour l'instant pas possible de calculer cette mesure à l'échelle locale. Ainsi, les données administratives de l'Insee sont précises sur le salarié, mais n'apportent pas d'information sur les personnes qui y recourent. C'est une autre de leurs limites.

Le nombre d'intervenants auprès de chaque personne ne peut pas, non plus, être utilisé comme mesure commune, puisqu'aides à domicile comme infirmiers et SSIAD interviennent au domicile de plusieurs personnes âgées dépendantes : la somme des interventions aurait peu de sens et sa mise en regard avec l'accompagnement en EHPAD serait impossible.

Le nombre total d'intervenants dans le champ de l'accompagnement de la dépendance des personnes âgées ne peut pas, lui non plus, être mobilisé comme mesure : de nombreux professionnels, notamment des aides à domicile, sont employés sur des temps partiels ou très partiels. Ainsi, moins d'un tiers des intervenants au domicile de personnes fragilisées occupe cet emploi à temps complet (Marquier, 2010). Le nombre de professionnels ne serait pas représentatif de l'aide apportée. Cette mesure pourrait avoir du sens pour étudier l'emploi dans le secteur.

1.3.2. Nombre d'heures passées auprès des personnes âgées dépendantes

Le nombre d'heures passées auprès des personnes a l'avantage d'éviter les doubles comptes et de permettre d'agréger les offres ou niveaux géographiques. Elle est, en outre, immédiatement interprétable.

Des données relatives au temps sont globalement bien renseignées pour les établissements (EHPAD), et sont estimables à partir de diverses sources pour le domicile. Le nombre d'heures n'est cependant pas immédiat à obtenir. Pour les infirmiers libéraux, dont on ne connaît précisément que les actes, le calcul d'un nombre d'heures ne peut se faire qu'à partir de ceux-ci. Dans les autres sources, le temps salarié est présenté sous deux formes : nombre d'heures ou équivalent temps plein (ETP). L'analyse vise cependant à n'intégrer que le temps effectivement passé au domicile de personnes âgées dépendantes, excluant les temps de transport et les salariés des structures n'intervenant pas directement auprès des personnes. Cette difficulté est contournée par la mobilisation d'autres enquêtes.

Cette unité de mesure est retenue. Outre sa pertinence, elle n'a, à notre connaissance, pas fait l'objet d'analyses poussées, même au niveau national.

1.3.3. Dépense publique

Comme le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie qui étudie l'euro d'assurance maladie dépensé, nous étudions la dépense publique. Cette variable permet en outre d'évaluer la part assumée par les différents acteurs publics dans le financement de la dépendance et de l'accompagnement médico-social des personnes âgées dépendantes.

Le rapport Charpin (2011) offre un ordre de grandeur national, en évaluant à 24 milliards d'euros la dépense publique d'accompagnement de la dépendance, reposant pour l'essentiel sur l'Assurance maladie et les Conseils départementaux (Tableau 39).

Le groupe chargé d'évaluer les perspectives démographiques et financières de la dépendance a choisi d'inclure dans les comptes relatifs aux personnes âgées dépendantes, les dépenses publiques de prévention et d'hébergement en GIR 5 et 6. Par ailleurs, le périmètre des dépenses porte « *par défaut sur l'estimation de l'ensemble des dépenses de soins de ville et d'hôpital exposées par les personnes dépendantes, conformément à l'approche retenue par la Cour des comptes en 2005*[36] »[37]. Ce champ est donc plus large que celui retenu pour ce chapitre, qui exclut :

- les soins de ville et hôpital, relevant du sanitaire et non du médico-social ;
- les dépenses relatives aux personnes évaluées en GIR 5 et 6, celles-ci n'étant pas dépendantes au sens de la loi (6 % des dépenses) ;
- les aides au logement, réductions d'impôt ou exonérations de cotisations sociales pour l'emploi d'un salarié à domicile, les données relatives à celles-ci n'étant pas disponibles à la Drees, (16 % des dépenses publiques, pour les GIR 1 à 4).

[36] Le rapport fait référence à : Cour des comptes, 2005, *Les personnes âgées dépendantes*, rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés, novembre.

[37] Le rapport rappelle que ces choix « *ont suscité des difficultés d'ordre philosophique au sein du groupe de travail, notamment pour ce qui concerne le principe même de l'inclusion des dépenses de soin dans le périmètre. Le groupe s'est malgré cela calé sur l'approche du groupe* » « stratégie de couverture de la dépendance des personnes âgées » *qui les intègre, tout en prenant garde de rappeler que le périmètre retenu pour les projections financières ne doit pas être interprété comme le périmètre de la réforme* ».

Tableau 39 - Financement public des dépenses de soins, de dépendance et d'hébergement des personnes dépendantes en 2010

			En M€	En points PIB
GIR 1 à 4	Santé	**ONDAM médico-social et Unités de soins de longue durée (USLD)**	**8 710**	**0,45**
		Soins de ville et hôpital	5 000	0,26
	Dépendance	**APA**	**5 300**	**0,27**
		Réduction d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile	240	0,01
		Exonérations de cotisations sociales pour l'emploi d'un salarié à domicile	1 000	0,05
	Hébergement	ASH Nette	970	0,05
		Aides au logement (APL et ALS)	340	0,02
		Réduction d'impôt au titre des frais d'hébergement en EHPAD et USLD	150	0,01
Total GIR 1 à 4			**21 710**	**1,12**
GIR 5 et 6	Santé	ONDAM médico-social	300	0,02
	Dépendance	Action sociale des collectivités et caisses de retraite	910	0,05
	Hébergement	ASH Nette	230	0,01
		Aides au logement (APL et ALS)	70	0
		Réduction d'impôt au titre des frais d'hébergement en EHPAD et USLD	30	0
Total GIR 5 et 6			**1540**	**0,08**
Autre	Dépendance et hébergement	Aides fiscales (taux réduit de TVA, etc.) et financements CNSA	580	0,03
Total GIR 1 à 6			23 830	1,22
Dont santé			14 010	0,72
Dont dépendance			7 450	0,38
Dont hébergement			1 790	0,09
Dont autres			580	0,03

Définition : Ondam est l'acronyme de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie. **Lecture** : 1 000 millions d'euros correspondant à 0,05 point du PIB sont consacrés aux exonérations de cotisations sociales pour l'emploi d'un salarié à domicile. Les dépenses retenues pour le chapitre sont grisées. **Champ** : France entière. **Sources** : Rapport Charpin, 2011, p. 31. Ce tableau s'appuie sur les calculs du groupe « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées ».

Le rapport évalue également les dépenses privées, reportées ci-après pour information :

- 0,7 milliard d'euros pour les dépenses de soins (ticket modérateur des soins de ville) ;
- 1,5 milliard d'euros pour les dépenses de dépendance (ticket modérateur de l'APA net des réductions fiscales) ;
- 4,8 milliards d'euros pour les dépenses d'hébergement (reste à charge en établissement, défini comme les frais d'hébergement en établissement nets des dépenses « classiques de gîte et de couvert » et des différentes aides).

Ces travaux ont été prolongés par la Drees, à la fois pour ce qui concerne les dépenses publiques de prise en charge de la dépendance en 2011, évaluées à 21,1 milliards d'euros après précision du champ, et pour les projections des dépenses à l'horizon 2060 et leur répartition entre financeurs publics et ménages. Les auteurs précisent que les hypothèses d'indexation des différentes aides sociales et fiscales dont bénéficient les personnes âgées dépendantes ont et auront une influence marquée sur cette répartition de la dépense (Renoux et *al.*, 2014).

Récemment, la DGCS et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), agence d'État sous la tutelle des Ministres de la Santé et de la Sécurité sociale, ont réalisé une enquête sur les coûts en EHPAD, permettant d'estimer à 35 000 € le coût total annuel d'une place, dans un établissement en 2012 (ATIH, 2014). L'objectif de l'enquête est différent du nôtre à plusieurs titres. D'abord, les données financières mobilisées reposent sur les plans comptables des établissements, et sont donc plus précises que celles de l'enquête EHPA. Les données ne sont par contre disponibles que pour une cinquantaine d'établissements, et ne peuvent être utilisées que pour une estimation nationale.

Une étude reposant sur davantage d'EHPAD pourrait être entreprise à partir des données de l'année 2015. L'étude de l'ATIH vise par ailleurs à estimer un coût global, sans permettre de connaître précisément le coût de chaque activité, ce que l'enquête EHPA rend possible dans une certaine mesure.

La problématique de la répartition des coûts afférents à la dépendance, sujet majeur dans les débats nationaux en 2011 comme en 2013, n'a donc pas été déclinée exhaustivement à l'échelle locale. C'est pourquoi cette mesure, pouvant également être agrégée, est retenue. Autre avantage, les données financières sont de prime abord mieux renseignées que celles relatives au nombre d'heures.

Trois sources sont principalement utilisées :

- les données de l'enquête aide sociale 2011, relatives aux dépenses brutes d'APA-D et d'APA-E des Conseils départementaux ;
- les données SNIIR-AM et l'enquête SSIAD Tarification, en regard des Comptes nationaux de la santé, qui évaluent les dépenses de l'assurance maladie ;
- les données de l'enquête EHPA, qui renseignent les dotations afférentes à la dépendance et au soin dans les établissements en 2011.

Ces données financières ont cependant leurs limites. Principalement, les dotations globales versées par l'Assurance maladie et les Conseils départementaux aux EHPAD couvrent un champ plus large que celui retenu ici. En effet, l'intervention de l'Assurance maladie en établissement est connue via la dotation globale de soins, qui inclut les soins de nursing mais aussi les consultations de médecins de l'EHPAD, rendant complexe la distinction des deux entités. De plus, l'Assurance maladie n'applique pas les mêmes tarifs dans tous les EHPAD, les tarifications couvrant des périmètres de prise en charge divers, questionnant par exemple la rémunération de l'intervention des libéraux dans l'établissement. De manière similaire, les dotations APA versées par le Conseil départemental permettent de rémunérer le personnel des structures, mais aussi les fournitures d'hygiène concourant à la prise en charge de la dépendance, selon le décret n°99-316 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (JORF, 1999). Des exploitations complémentaires sont donc nécessaires pour affiner les données.

L'importance de cet indicateur pour éclairer le débat public justifie son inclusion dans le chapitre, en associé aux heures passées par les professionnels auprès des personnes. En effet, l'aspect financier a l'intérêt de ne pas intégrer seulement l'ampleur de l'aide apportée en termes de temps passé, mais aussi la qualification des intervenants et les modes de rémunération. Ainsi, un infirmier est davantage rémunéré qu'une aide à domicile. Les modalités de prise en charge par l'Assurance maladie et des Conseils départementaux sont en outre différentes. En plus du coût réel, les données financières reflètent les logiques de prise en charge des prestations par les financeurs publics.

Les premiers résultats présentés n'incluent pas les contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux dépenses des Conseils départementaux et donc les péréquations nationales. Ces premiers résultats sous-estiment donc la solidarité nationale dans la prise en charge financière de l'accompagnement médico-social professionnel des personnes âgées dépendantes, et surestiment en conséquence les solidarités locales, c'est-à-dire le financement par les Conseils départementaux. Les résultats incluant les participations CNSA seront présentés au chapitre 6.

1.3.4. Tableau bilan des sources

La fragmentation de l'information exige ainsi l'exploitation ou l'appui sur une douzaine de sources différentes, dont le champ et le producteur sont rappelés dans le tableau ci-après. La nature du travail de l'auteur sur chacune de ces sources est également décrite (Tableau 40).

Tableau 40 - Producteur, champ et nature de l'exploitation entreprise sur les bases de données du chapitre

Exploitation	Producteur	Base	Champ
Bases nécessitant une exploitation	Insee	DADS	Aides à domicile (dénombrement) Ensemble des salariés (rémunérations)
	Insee	SIASP	Aides à domicile, fonction publique territoriale
	Drees - CNSA	SSIAD Tarification	SSIAD
	Drees	Finess	Établissements et services médico-sociaux
	Drees - Insee	HSM	Accompagnement à domicile
	Drees	EHPA	EHPAD
	Conseil départemental du Val-de-Marne	Bénéficiaires des prestations	Données administratives de gestion de l'APA-D et de la PCH
Bases fournies au département	Drees	Aide sociale	Bénéficiaires de l'aide sociale départementale Dépenses d'aide sociale départementale
	Drees	Remontées Individuelles	Bénéficiaires de l'APA-D
	Ircem	Heures de bénéficiaires de l'APA-D	Bénéficiaires de l'APA-D rémunérant directement un salarié, dans le cadre de l'APA
	CNAMTS	Activité libérale	Infirmiers libéraux
	Drees	SSIAD 2008	SSIAD
	Dares	Heures	Heures supplémentaires rémunérées
Chiffres de référence	Rapport Charpin	--	Dépenses publiques d'accompagnement des personnes âgées dépendantes
	Drees	IAD	Intervenants au domicile des personnes fragiles
	Drees	Comptes de la Santé	Infirmiers, SSIAD et EHPAD pour le financement Assurance maladie
	Igas	--	EHPAD

Lecture : La base DADS, de l'Insee, a fait l'objet d'une exploitation statistique dans le cadre de cette recherche, notamment sur le champ des aides à domicile. **Champ** : Ensemble des bases de données mobilisées. **Sources** : chapitre 5.

1.4. Des données départementales, mais quel territoire de référence ?

À domicile, la résidence de la personne est son domicile de secours, du moins si son dernier déménagement est antérieur à trois mois, puisque le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois dans un département. En EHPAD, le domicile de secours n'est pas le département de la structure mais celui du précédent lieu de vie : les résidents des établissements sanitaires ou sociaux conservent le domicile de secours précédemment acquis, le séjour dans un établissement est sans effet sur celui-ci (CASF, article L122-2). Le département du domicile de secours n'est donc pas toujours celui de l'établissement : une personne sur sept a ainsi changé de département lors de son entrée en EHPAD (chapitre 8).

Alors qu'il n'y a pas d'ambiguïté à domicile, une alternative existe pour les résidents en EHPAD concernant le territoire considéré comme référence. Il est possible de se fonder sur le département de l'établissement, ou sur les départements dans lesquels sont localisés les domiciles de secours des personnes. Le sens de la mesure en est transformé.

Dans la première option, les résultats montrent l'offre disponible sur chaque circonscription territoriale, comme si leurs limites respectives étaient infranchissables. Cette option est intéressante si est imposée une réponse homogène aux besoins dans tous les départements – proposition des mêmes offres dans les mêmes proportions. Ceci pourrait être une lecture de l'équité territoriale imposée dans la loi.

Dans la seconde option, la problématique est celle de l'accompagnement des personnes d'un département, qu'elles aient ou non choisi ou été contraintes de quitter le département. En termes financiers, les Conseils départementaux financent l'APA-E des personnes âgées dont le domicile de secours est dans le département (CASF, article L122-1), que leur établissement soit ou non situé sur le territoire. Seule cette dernière possibilité sera donc envisagée.

2. Estimation départementale du nombre d'heures et de la dépense publique

2.1. L'accompagnement social et médico-social à domicile

2.1.1. Nombre d'heures d'accompagnement

Les DADS Grand Format sont exhaustives. La première estimation fournie l'est uniquement à partir de ces données. Les estimations suivantes sont affinées, grâce à des sources complémentaires.

Sont incluses dans notre étude toutes les heures passées auprès de personnes âgées dépendantes par des aides à domicile, aides ménagères et auxiliaires de vie sociale, ci-après regroupées sous le terme « aides à domicile ». Aucune enquête ne permet une connaissance exhaustive des recourants ou des professionnels de l'aide à domicile. Cette fraction de l'offre est la plus complexe à estimer, au niveau national et local.

Deux rapports relèvent les difficultés statistiques à approcher les services à la personne et plus largement les services à domicile. Le premier porte sur *les emplois dans les services à domicile aux personnes âgées, approche d'un secteur statistiquement indéfinissable* (Aldeghi et Loones, 2010) ; le second, sur *la connaissance statistique des emplois dans les services à la personne* (Conseil national de l'information statistique, 2012). Ils relèvent trois difficultés spécifiques au secteur.

- Il est complexe à définir, ne pouvant être délimité ni par le secteur d'activité, ni par les professions des personnes y travaillant : les champs seraient alors trop larges.
- Les producteurs de données sont pluriels, avec des objectifs de gestion davantage que de meilleure connaissance de l'activité exercée à domicile.
- Les aides à domicile peuvent exercer selon plusieurs statuts : être salariés d'un service prestataire, ou être employés directement par un particulier, via ou non l'intermédiaire d'une structure mandataire.

2.1.1.1. Une unique base de données pour estimer l'intervention des aides à domicile ?

Les données relatives au nombre d'heures sont d'abord estimées à partir de la base de données DADS Grand Format, collectée par l'Insee. Les DADS sont une formalité obligatoire pour toutes les entreprises relevant du régime général de la Sécurité sociale ou des collectivités publiques, et une source importante pour l'emploi salarié. Les DADS « Grand Format » intègrent des données issues sur Système d'information sur les agents des services publics (SIASP) ainsi que des données relatives aux particuliers employeurs.

Seuls les salariés rattachés à des structures dont l'activité concerne l'accueil ou l'accompagnement sans hébergement d'adultes handicapés ou de personnes âgées sont inclus (catégorie 8810B de la nomenclature NAF révision 2 de 2008). Sur ce champ, les données sont exhaustives, et comprennent l'ensemble des professionnels qui accueillent ou accompagnent ces deux publics.

La profession permet de restreindre l'analyse. Sont conservées :

- les aides à domicile, aide-ménagères et travailleuses familiales (catégorie 563B de la nomenclature PCS 2003, niveau 3, en 412 postes) ;
- les employés de maison et personnels de ménage chez des particuliers (catégorie 563C de la même nomenclature) ;
- les aides médico-psychologiques (catégorie 526D).

Ces professionnels représentent 91,5 % de l'ensemble des salariés de ce secteur d'activité. Les trois professions y sont inégalement présentes, puisque représentent respectivement 96,0 % ; 3,7 % et 0,3 % des professionnels inclus.

Les DADS déclinent le nombre de salariés par domaine d'emploi, permettant de mieux cerner l'activité (Tableau 41). Les salariés relevant d'organismes publics sont tous rattachés à la fonction publique territoriale[38]. Pour 70 % d'entre-eux, ils évoluent au sein d'un Centre communal d'action sociale.

Tableau 41 - Répartition des aides à domicile et employés de maison dont l'activité concerne l'accueil ou l'accompagnement sans hébergement d'adultes handicapés ou de personnes âgées, en 2011

Domaine d'emploi	Nombre salariés	Part salariés
Fonction publique d'État	0	0,0 %
Fonction publique territoriale	12 756	1,6 %
Fonction publique hospitalière	0	0,0 %
Autres organismes publics administratifs	0	0,0 %
Personnes morales de droit public soumises au droit commercial	0	0,0 %
Entreprises individuelles	19 842	2,5 %
Particuliers employeurs	474 556	60,0 %
Organismes privés spécialisés et groupements de droit privé	221 620	28,0 %
Autres sociétés privées	61 844	7,8 %
Total	790 618	100,0 %

Lecture : 12 756 salariés sont rattachés à la Fonction publique territoriale. **Champ** : Aides à domicile, employés de maison et auxiliaires de vie sociale de structures dont l'activité concerne l'accueil ou l'accompagnement sans hébergement d'adultes handicapés ou de personnes âgées, France métropolitaine hors Corse, en 2011 **Sources** : Insee (DADS 2011).

En complément, les DADS renseignent les conditions d'emploi et le nombre d'heures annuel, pour chaque salarié du fichier. Les aides à domicile et employés de maison sont peu nombreux à travailler à temps complet dans une seule structure, ce qui confirme les chiffres obtenus par la Drees en 2008. Plus de la moitié d'entre eux sont salariés de la structure moins de 15 heures hebdomadaires, sauf dans la Fonction publique territoriale, où le nombre moyen d'heures annuelles par salarié est le plus élevé (Tableau 42).

[38] Les 87 salariés rattachés à la Fonction publique hospitalière sont des aides médico-psychologiques de SSIAD, elles sont donc exclues du calcul.

Tableau 42 - Répartition des salariés selon leur condition d'emploi, en fonction du domaine d'emploi, et nombre moyen d'heures annuelles par salarié, en 2011

	Condition d'emploi					Heures annuelles
Domaine d'emploi	**Temps complet**	**Temps partiel**	**Faible temps partiel**	**Autre**	**Ensemble**	**Nombre moyen par salarié**
Fonction publique territoriale	35,2 %	60,6 %	2,9 %	1,3 %	100,0 %	1 023
Entreprises individuelles	8,9 %	48,9 %	32,1 %	10,1 %	100,0 %	423
Particuliers employeurs	4,2 %	15,2 %	75,5 %	5,0 %	100,0 %	270
Organismes privés spécialisés et groupements de droit privé	12,1 %	68,0 %	11,0 %	8,8 %	100,0 %	777
Autres sociétés privées	8,7 %	48,0 %	31,2 %	12,2 %	100,0 %	418
Ensemble	7,4 %	34,2 %	51,7 %	6,7 %	100,0 %	440

Lecture : 75,5 % des salariés de particuliers employeurs occupent un faible temps partiel, soit moins de 15 heures hebdomadaires, quand 35,2 % des salariés de la Fonction publique territoriale exercent à temps complet. **Champ** : Aides à domicile, employés de maison et auxiliaires de vie sociale de structures dont l'activité concerne l'accueil ou l'accompagnement sans hébergement d'adultes handicapés ou de personnes âgées, France métropolitaine hors Corse, en 2011 **Sources** : Insee (DADS 2011).

Les atouts et contraintes induits par cette particularité des CCAS avaient été soulignés par quelques-uns de leurs responsables, lors d'un entretien dans le Val-de-Marne.

> Le cadre de travail des aides à domicile au sein des CCAS est spécifique : « *beaucoup de CCAS ont des personnels statutaires, c'est-à-dire que ce sont des agents à part entière, des fonctionnaires. Ça pose un certain nombre de problèmes de coûts, mais c'est un choix dans la mesure du possible qu'il faut continuer à défendre* ». « *La situation des agents dans les structures, même associatives ou encore plus privées, même si elles sont attentives, n'a rien à voir avec ça. C'est quand même beaucoup plus instable, pour ne pas dire précaire* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014**

Le nombre d'heures salariées renseigné dans les DADS correspond au nombre d'heures total rémunéré par le service. Or, le champ de l'analyse est limité aux heures effectivement passées auprès des personnes. Lorsque les aides à domicile et employés de maison sont salariés de particuliers employeurs, les heures rémunérées correspondent aux heures de présence effective, les temps de transport n'étant pas inclus dans le temps salarié. Pour les salariés des services prestataires, le temps de transport est inclus dans le temps de travail de la personne. Le temps effectif de présence auprès de personnes âgées est estimé à 75 % du temps de travail, conformément aux résultats de l'enquête IAD selon laquelle un temps complet correspond à 26 heures de présence chez les personnes (Marquier, 2010). Ces nombre d'heures effectives, passées au domicile des bénéficiaires par les personnels, constitue une « *pierre d'achoppement [entre les Conseils départementaux et les services] dans le calcul des frais de personnel acceptables* » (Gramain et Xing, 2012). Malgré cela, nous sommes contraints de considérer cette part stable en fonction des services et en fonction des territoires. Hors particuliers employeurs, les heures sont donc corrigées en leur ôtant 25 % (Tableau 43).

Aucune enquête ultérieure ne permet une estimation plus fine, alors même que deux tendances opposées se développent. D'abord, les contraintes financières des Conseils départementaux conduisent à fragmenter les interventions, par exemple à inscrire dans les plans d'aide des interventions sur des demi-heures. Seul le temps de l'intervention est payé par le département. Or, le temps et le coût du déplacement sont fixes. Par rapport à une intervention d'une heure, le service est rémunéré à moitié, alors que les coûts de production, eux, ne sont pas réduits d'autant. Ensuite, les contraintes financières des services les incitent à accroître leur temps d'intervention pour minimiser les déplacements et donc les temps non rémunérés : certains services refuseraient ainsi, selon les professionnels rencontrés, de se déplacer pour moins de deux heures. La pertinence de ce temps effectif de présence doit donc être relativisée. Le territoire d'intervention du service semble déterminant dans les temps de transport : lorsque le service est communal, il est plus aisé de concentrer géographiquement les interventions. Inversement, les services intervenant sur un large périmètre verraient les temps de transport de leurs

intervenants s'allonger. La différence entre ces temps de transport dans les espaces ruraux et urbains n'a pas été soulignée dans les entretiens, elle est au contraire relativisée : la difficulté à se garer en ville et la circulation rendent les déplacements de courte distance parfois longs.

Tableau 43 - Heures salariées et effectives auprès des personnes, d'après les DADS Grand Format, en 2011

Domaine d'emploi	Heures salariées	Heures effectives auprès des personnes
Fonction publique territoriale	13 045 683	9 784 262
Entreprises individuelles	8 399 060	6 299 295
Particuliers employeurs	128 186 477	128 186 477
Organismes privés spécialisés et groupements de droit privé	172 304 439	129 228 329
Autres sociétés privées	25 874 576	19 405 932
Total	347 810 235	292 904 296

Lecture : 75 % des 8,4 millions d'heures réalisées par les entreprises individuelles, soit 6,3 millions, seraient réalisées auprès de personnes âgées par les salariés d'entreprises individuelles. 100 % des 128,2 millions d'heures réalisées par des particuliers employeurs sont réalisés auprès de personnes âgées. **Champ** : Aides à domicile, employés de maison et auxiliaires de vie sociale de structures dont l'activité concerne l'accueil ou l'accompagnement sans hébergement d'adultes handicapés ou de personnes âgées, France métropolitaine hors Corse, en 2011 **Sources** : Insee (DADS 2011).

La base de données SIASP, incluse en partie dans les DADS Grand Format, se focalise sur les fonctions publiques. SIASP dispose de variables complémentaires, absentes des DADS : la base de données renseigne à la fois les heures salariées et les heures travaillées. Le temps effectif de présence auprès des bénéficiaires peut être comparé au temps de travail total. Les nomenclatures utilisées sont identiques à celles des DADS. Les heures salariées obtenues sont proches, au contraire des heures travaillées, en-deçà d'environ 20 %. Cette variable permet une estimation plus fine des heures auprès des personnes que celle précédemment effectuée, ce qui n'est pas possible pour les autres domaines d'emploi.

Le décalage entre heures effectives et heures salariées spécifiquement dans la Fonction publique territoriale, et donc pour l'essentiel dans les CCAS pourrait être lié à la prise en charge des arrêts pour maladie, fréquents sur la population fragile des aides à domicile, ou à des temps de formation et d'échanges de pratiques plus importants et rémunérés, comme en témoignent des responsables de services. Le nombre d'heures travaillées de SIASP est retenu (Tableau 44).

> « *C'est important, et c'est une des forces du service public d'avoir encore un petit peu le temps de réfléchir ensemble* ». Au niveau des intervenants à domicile, ont été « *mis en place des groupes d'échanges et d'analyse des pratiques de manière régulière pour [pouvoir] réfléchir sur leur travail, découvrir les points sur lesquels [ils] ont des difficultés et évoluer, et améliorer la qualité du service rendu. Je suis loin d'être sûr que dans la plupart des autres structures, l'attention et les moyens pouvant être mis en place permettent d'assurer ce niveau de réflexion et de qualité* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014**

Tableau 44 - Heures salariées et effectives auprès des personnes, d'après les DADS et SIASP, en 2011

Domaine d'emploi	Source	Heures salariées	Heures effectives auprès des personnes
Fonction Publique Territoriale	SIASP	13 198 106	8 113 338
Entreprises individuelles	DADS	8 399 060	6 299 295
Particuliers employeurs	DADS	128 186 477	128 186 477
Organismes privés spécialisés et groupements de droit privé	DADS	172 304 439	129 228 329
Autres sociétés privées	DADS	25 874 576	19 405 932
Total	DADS et SIASP	347 962 658	291 233 371

Lecture : Hors particuliers employeurs et salariés de la fonction publique territoriale, les heures effectives correspondent à 75 % des heures salariées, 6,3 millions d'heures seraient ainsi réalisées par les salariés d'entreprises individuelles auprès de personnes âgées. **Champ** : Aides à domicile, employés de maison et auxiliaires de vie sociale de structures dont l'activité concerne l'accueil ou l'accompagnement sans hébergement d'adultes handicapés ou de personnes âgées, France métropolitaine hors Corse, en 2011 **Sources** : Insee (DADS 2011, SIASP 2011).

L'inclusion de cette variable, précise, influe peu sur le total des heures effectives auprès des personnes, eu égard au faible nombre d'heures réalisé dans la fonction publique territoriale par rapport aux autres domaines d'emploi.

2.1.1.2. L'IRCEM : une meilleure approche du mandataire et du gré-à-gré

Les données IRCEM recensent 160 000 employeurs exonérés au titre de l'APA. Un peu moins d'un quart du total des bénéficiaires de l'APA-D aurait recours à de l'emploi direct, ce qui est cohérent avec les monographies locales : 17 % des bénéficiaires de l'APA-D dans le Nord en 2011 avaient recours à du gré-à-gré, ils sont 15 % en Loire-Atlantique et environ 25 % en Val-de-Marne ou en Ariège la même année.

Les chiffres de l'Ircem n'incluent pas les congés annuels (10 %) : les données sont directement utilisables. La compréhension de l'écart entre les données issues des DADS et celles communiquées par l'Ircem est cependant indispensable afin de savoir quelle source retenir, la qualité des données Ircem n'étant pas garantie sur ce champ selon l'organisme.

L'Ircem annonce un nombre d'heures correspondant à 55 % des heures enregistrées dans les DADS. Cependant, le champ retenu par les DADS est plus large que l'accompagnement de la dépendance des personnes âgées, incluant l'aide apportée aux personnes en situation de handicap. Or, l'accompagnement de ces personnes est, à domicile, très fréquemment effectué par des aidants familiaux, déclarés comme particuliers employeurs dans les DADS Grand Format. Une étude complémentaire est menée dans le Val-de-Marne en 2013 sur la répartition des heures en fonction des intervenants. L'étude montre que 25 % des heures solvabilisées par le Conseil départemental le sont au titre de la Prestation de compensation du handicap (PCH), contre 75 % pour l'APA, mais surtout que 75 % des interventions au titre de la PCH sont réalisées par la famille ou par un intervenant extérieur directement rémunéré. Ainsi, plus de 40 % des heures financées par le Conseil départemental en emploi direct l'étaient sur le handicap (Tableau 45).

Tableau 45 - Répartition des heures en fonction des intervenants, Conseil départemental du Val-de-Marne, 2013

Intervenant	APA	PCH	Total
Emploi direct	59 %	41 %	100 %
Autre	88 %	12 %	100 %
Total	75 %	25 %	100 %

Lecture : 41 % des heures solvabilisées par le département en emploi direct le sont via la PCH. **Champ** : Bénéficiaires de l'APA-D et de la PCH en 2013, département du Val-de-Marne. **Sources** : Cd94 (APA-D – PCH), traitement Mélina Ramos-Gorand.

Afin de confirmer ces ordres de grandeur, cette répartition des heures en fonction des intervenants est réalisée dans des départements complémentaires (Tableau 46).

Tableau 46 - Répartition des heures en fonction des intervenants, Conseil départemental d'Indre-et-Loire, 2010

Intervenant	APA	PCH	Total
Emploi direct	36 %	64 %	100 %
Autre	83 %	17 %	100 %
Total	69 %	31 %	100 %

Lecture : 64 % des heures solvabilisées par le département en emploi direct, incluant la rémunération d'aidants familiaux, le sont via la PCH. **Champ** : Bénéficiaires de l'APA-D et de la PCH en 2010, département d'Indre-et-Loire. **Sources** : Conseil départemental d'Indre-et-Loire (recueil des actes administratifs, séance du 27 janvier 2012, annexe 1, p13).

Peu d'autres ordres de grandeur sont communiqués par les départements, les données Ircem semblent cependant cohérentes : restreintes à l'APA, elles proposent un ordre de grandeur national correct. Ces

données sont utilisées, pour les particuliers employeurs, à la place des DADS Grand Format. Les heures obtenues (Tableau 47) sont en conséquence plus faibles que dans le tableau précédent.

Tableau 47 - Heures salariées et effectives auprès des personnes, d'après les DADS, SIASP et l'Ircem, en 2011

Domaine d'emploi	Source	Heures salariées	Heures effectives auprès des personnes
Fonction publique territoriale	SIASP	13 198 106	8 113 338
Entreprises individuelles	DADS	8 399 060	6 299 295
Particuliers employeurs	IRCEM	71 212 688	71 212 688
Organismes privés spécialisés et groupements de droit privé	DADS	172 304 439	129 228 329
Autres sociétés privées	DADS	25 874 576	19 405 932
Total	DADS, SIASP et IRCEM	290 988 869	234 259 582

Lecture : Hors particuliers employeurs et salariés de la Fonction publique territoriale, les heures effectives correspondent à 75 % des heures salariées, 6,3 millions d'heures seraient ainsi réalisées par les salariés d'entreprises individuelles auprès de personnes âgées. **Champ** : France métropolitaine hors Corse, en 2011. Hors particuliers employeurs, aides à domicile, employés de maison et auxiliaires de vie sociale de structures dont l'activité concerne l'accueil ou l'accompagnement sans hébergement d'adultes handicapés ou de personnes âgées. Particuliers employeurs : heures exonérées au titre de l'APA-D. **Sources** : Insee (DADS 2011), Ircem (2012).

La combinaison des sources conduit à estimer à 291 millions les heures salariées. Les heures effectives sont déduites en utilisant les heures travaillées pour la Fonction publique territoriale, 100 % des heures salariées pour les particuliers employeurs, et 75 % des heures salariées pour les autres domaines d'emploi. Ainsi, 235 millions les heures d'aide au domicile des personnes âgées dépendantes seraient assurées en 2011 par des aides à domicile et auxiliaires de vie sociale.

2.1.1.3. Corroborer les heures obtenues par l'enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale départementale

Depuis 2009, dans le cadre de l'enquête annuelle relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, les départements sont interrogés sur le nombre d'heures payées, au titre de l'APA et de la PCH, pour les personnes âgées de plus de 60 ans et pour celles âgées de moins de 60 ans. Seule la moitié des départements renseigne ces items. La non-distinction entre les heures financées via l'APA et celles qui le sont par la PCH induit un obstacle supplémentaire, difficilement contournable. Un ordre de grandeur de 120 millions d'heures par an financées par quarante départements peut néanmoins être intégré. Si le nombre d'heures en fonction du besoin estimé, approché par les points-GIR, est représentatif de la France entière, le produit en croix permet d'obtenir 220 millions d'heures réalisées chaque année auprès de personnes âgées dépendantes. L'ordre de grandeur est proche des 235 millions d'heures précédemment obtenus.

Le nombre de bénéficiaires de l'APA-D et les dépenses relatives à l'allocation sont quant à eux précis et de qualité, ils sont mobilisés pour valider ou non le nombre d'heures précédemment présentées. L'enquête relative à l'aide sociale départementale recense ainsi 687 000 bénéficiaires de l'APA-D en France métropolitaine hors Corse, correspondant à un budget de 2,804 milliards d'euros[39]. Les heures sont à présent mises en regard des 687 000 bénéficiaires.

Le nombre d'heures initialement calculé à partir des DADS Grand Format, sur l'ensemble du champ, impliquait 35,5 heures mensuelles d'accompagnement par bénéficiaire (Tableau 43). Le recoupement

[39] Les 3,116 milliards recensés par la Drees en France métropolitaine sont amputés de 10 %, part du budget accordée aux aides techniques. Les 2,804 milliards obtenus sont divisés par 293 millions d'heures (tableau 9) puis par 234 millions d'heures (tableau 13).

avec des bases de données complémentaires, en diminuant le nombre d'heures (Tableau 47), conduit à établir une moyenne de 28 heures (Tableau 48).

Toujours du fait de la baisse de l'estimation des heures effectives, et pour un budget des départements de France métropolitaine hors Corse consacré à l'aide humaine de 2,804 milliards d'euros, le coût horaire augmente de 9,57 € de l'heure à la première estimation (Tableau 43) jusqu'à 11,97 € de l'heure en croisant l'ensemble des sources (Tableau 47). Les dépenses ne concernent cependant que la partie de l'allocation à la charge du département, et non celle financée par les bénéficiaires. D'après les données de l'enquête Aide sociale, le taux de participation moyen des bénéficiaires en France serait de l'ordre de 20 %, permettant de calculer un coût moyen horaire global, pour le Conseil départemental et la personne, de l'ordre de 15 € de l'heure. Le coût présenté se fonde sur les tarifs de référence du Conseil départemental, à partir desquels les participations des bénéficiaires sont calculées. Les surcoûts localement appliqués par les services ou par les professionnels ne peuvent pas être estimés.

Tableau 48 - Nombre d'heures moyen par bénéficiaire et coût horaire moyen, en fonction des données retenues

Nombre d'heures total	Source	Heures mensuelles par bénéficiaire	Coût horaire pour le CD	Coût horaire total (reconnu CD)
293 700 505	DADS	35,5	9,57 €	11,97 €
284 150 928	DADS et SIASP	34,3	9,63 €	12,04 €
234 572 197	DADS, SIASP et Ircem	28,4	11,97 €	14,96 €

Lecture : L'estimation de l'activité correspond 28,4heures mensuelles par bénéficiaire, soit un coût horaire reconnu par le Conseil départemental de 14,96 euros. **Calcul** : Le nombre d'heures est rapporté aux 687 000 bénéficiaires de l'APA-D : les sorties du dispositif sont considérées comme compensées par les entrées et les plans moyens stables dans l'année. Les dépenses d'APA-D sont imputées des montants moyens d'aides autres que l'aide humaine, estimés à 10 % (2,80 milliards sont conservés). Le ticket modérateur moyen de 20 % est appliqué. **Champ** : Hors particuliers employeurs, aides à domicile, employés de maison et auxiliaires de vie sociale de structures dont l'activité concerne l'accueil ou l'accompagnement sans hébergement d'adultes handicapés ou de personnes âgées. Particuliers employeurs : heures exonérées au titre de l'APA-D. France métropolitaine hors Corse, en 2011. **Sources** : Drees (bénéficiaires et dépenses d'aide sociale, 2011), Insee (DADS 2011), Ircem (2012).

2.1.1.4. Valider les heures obtenues à partir de données départementales de l'enquête Remontées Individuelles (RI) APA

Cette enquête, réalisée par la Drees pour affiner la connaissance des bénéficiaires de l'APA, a été conduite en 2008 en partenariat avec 34 Conseils départementaux. Elle recueille leurs données administratives individuelles sur 500 000 bénéficiaires de l'allocation, à domicile et en établissement. L'enquête, soutenue par la CNSA et l'Assemblée des départements de France (ADF) est renouvelée en 2012 auprès de 66 Conseils départementaux, rassemblant les données relatives à 850 000 bénéficiaires de la prestation au 31 décembre 2011.

Les données administratives de 2011 se rapportent aux plans d'aide notifiés, c'est-à-dire tels que prévus par la commission départementale et tels qu'ils devraient être utilisés par les personnes. Entre 10 et 20 % des heures comprises ne seraient cependant pas utilisées (chapitre 7). Le nombre d'heures effectives doit donc être inférieur ou équivalent à celui constaté dans l'enquête RI, tenant compte des sous utilisations.

Selon RI, 29,8 heures mensuelles seraient en moyenne attribuées aux bénéficiaires de l'APA, tous GIR confondus. Ce nombre est nettement inférieur aux 43 heures moyennes mensuelles d'aide à domicile par bénéficiaire recensé lors d'une enquête auprès d'un échantillon de bénéficiaires de l'APA par la Drees à la fin 2002 (Mette, 2004), avant la montée en charge du dispositif et les réformes de 2003 (chapitre 7). Pour les 45 départements renseignés dans RI, le nombre d'heures mensuel par bénéficiaire selon les sources DADS, SIASP et IRCEM serait de 26,8. Celui-ci est donc bien en-deçà

de celui constaté sur la France métropolitaine, de 10 %. Si la sous-consommation des plans d'aide était supérieure à 10 %, ce chiffre national serait alors légèrement surévalué. Cette surévaluation expliquerait le coût horaire obtenu, en-deçà des coûts horaires constatés dans l'enquête RI.

Les données départementales RI, bien que non exhaustives, permettent de comparer localement les heures effectives obtenues et les plans d'aide notifiés. La comparaison, pour 45 départements, conduit à effectuer deux redressements : le nombre d'heures mensuel par bénéficiaire et les coûts horaires des interventions sont corrigés, les changements sont répercutés sur le nombre d'heures.

D'un département à l'autre, le nombre d'heures moyen mensuel par bénéficiaire finalement obtenu (DADS, SIASP et Ircem) varie entre 10,5 et 45,7 heures. Cette source sert de référence : compilant des données des Conseils départementaux, son champ est plus précis. Les données de l'enquête RI, bien que partielles, indiquent que les Conseils départementaux attribuent en moyenne entre 21 et 45 heures. Or, le non-recours partiel variant entre 10 et 20 %, les heures mensuelles auraient dû varier entre 16,8 et 40,2. Les neuf départements en-deçà ou au-delà de ces valeurs, dont six sont présents dans RI, y sont ramenés. Cela permet de corriger le nombre d'heures départemental. L'estimation de l'activité nationale en est peu transformée.

Le second redressement porte sur le coût horaire des interventions. Les montants notifiés sont mis en regard avec les heures dans RI, permettant de proposer une médiane et une moyenne des tarifs horaires, par catégorie d'intervenants (Tableau 49). Le tarif moyen obtenu, entre 16 et 17 €, est supérieur à celui présenté précédemment à partir des données Insee et Ircem, d'environ 15 €, accréditant l'hypothèse d'une légère surévaluation des heures effectives auprès des personnes.

Tableau 49 - Tarifs horaires

Intervenant	Médiane tarifs	Moyenne tarifs	Nombre d'heures	Tarif global indicatif
Prestataire	18,65 €	19,02 €	69,34 %	16,34 à 17,16 €
Gré-à-gré	11,11 €	12,94 €	30,66 %	

Lecture : Le coût horaire reconnu par les Conseils départementaux d'un prestataire est de 18,65 €. Le tarif global indicatif de 16,34 € est obtenu à partir de la médiane, celui de 17,16 € à partir de la moyenne. **Champ** : Bénéficiaires de l'APA-D en 2011, hors mandataire. **Sources** : Drees (Remontées individuelles, 2011).

Les premier et dernier déciles sont corrigés, lorsque les montants moyens à la charge du Conseil départemental sont donc inférieurs à 9,54 € ou supérieurs à 19,46 €. Ce changement est répercuté sur les heures, de sorte qu'à budget équivalent, le coût horaire soit compris entre 9,54 € et 19,46 €. Davantage de départements sont concernés, mais pour chacun, la correction affecte de façon minime les heures (Tableau 50).

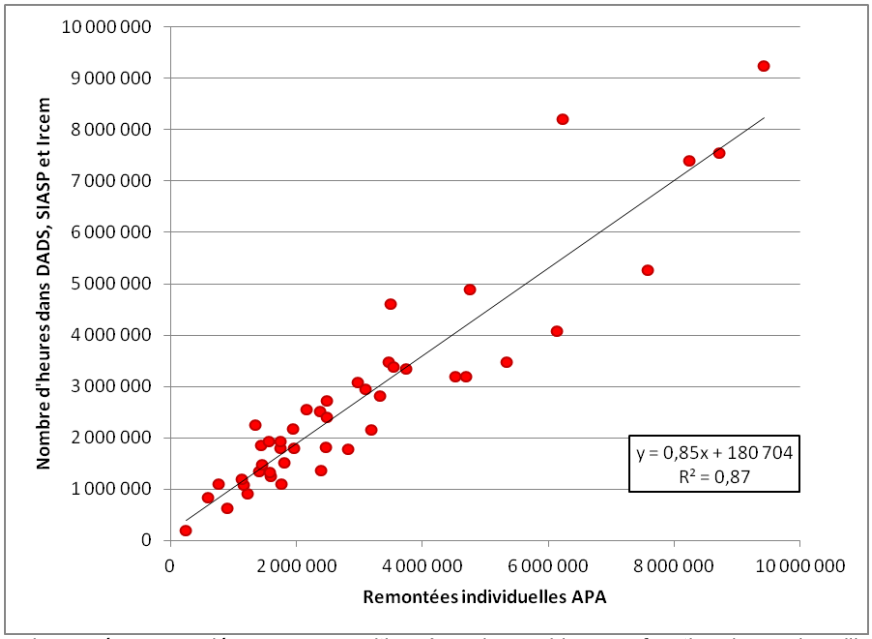
Tableau 50 - Conséquence des redressements sur le nombre d'heures national

	Nombre d'heures
DADS, SIAP et IRCEM	234 259 582
Premier redressement	233 120 717
Second redressement	234 790 367

Lecture : Le premier redressement diminue à 233 millions le nombre d'heures. **Champ** : Bénéficiaires de l'APA-D en 2011, hors mandataire. **Champ** : France métropolitaine hors Corse, en 2011. **Sources** : Drees (Remontées individuelles, 2011), Insee (DADS 2011), Ircem (2012).

Les heures effectives issues des sources DADS, IRCEM et SIASP, comparées aux données notifiées présentes dans RI, aboutissent à une corrélation de 87 % (Graphique 28). L'ordonnée à l'origine est logiquement proche de 0, et le coefficient directeur est de 0,85 : 100 heures dans l'enquête RI correspondraient à 85 heures effectivement réalisées, en cohérence avec la sous-utilisation des plans d'aide. Malgré quelques valeurs éloignées, la comparaison confirme la pertinence des données Insee et Ircem pour cette étude.

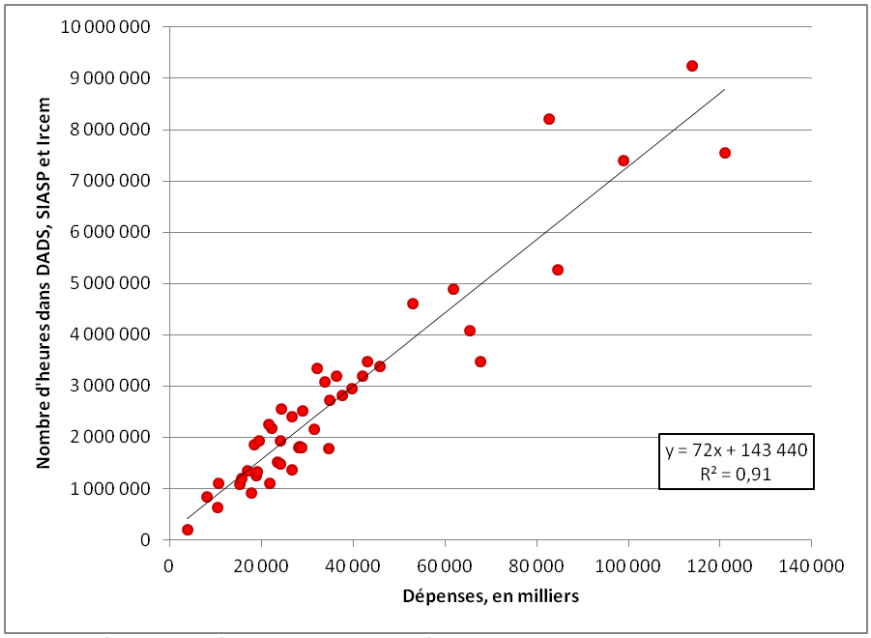
Graphique 28 - Heures effectives auprès des personnes et heures notifiées dans les plans d'aide APA-D, en 2011



Lecture : Chaque point représente un département, positionné sur le graphique en fonction du nombre d'heures notifiées de l'APA selon l'enquête RI, et des données d'activité effective obtenues par les sources Insee et Ircem. **Champ** : France métropolitaine hors Corse, en 2011. **Sources** : Drees (Remontées individuelles, 2011), Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Ircem (2012).

Ultime vérification, les données redressées sont mises en regard des dépenses brutes d'APA à domicile. La corrélation de 91 % atteste de leur qualité (Graphique 29).

Graphique 29 - Corrélation entre le nombre d'heures effectives auprès des personnes et les dépenses d'APA-D des Conseils départementaux, en 2011



Lecture : Chaque point représente un département, positionné sur le graphique en fonction du montant de l'APA-D versé par les Conseils départementaux, et des données d'activité effective obtenues par les sources Insee et Ircem. **Champ** : France métropolitaine hors Corse, en 2011. **Sources** : Drees (dépenses d'aide sociale, 2011), Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Ircem (2012).

2.1.2. Dépense publique

Les caisses de retraite participent à l'accompagnement à domicile. La Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), qui regroupe 70 % des assurés, a ainsi dépensé 312 millions d'euros en 2011 pour l'aide au maintien à domicile (Cnav, 2012). Les dépenses relatives à l'aide-ménagère, aide sociale en nature à la charge des Conseils départementaux, seraient inférieures à 20 % de ce chiffre (Amar, 2013). Le montant de ces deux types d'aides, exclues car s'adressant à des personnes non dépendantes au sens de la loi, est faible au regard de l'APA-D : le financement public de l'aide à domicile pour les personnes âgées est assuré à 90 % par cette dernière, unique prestation à solvabiliser les personnes dans le cadre de leur dépendance.

En termes financiers, les données relatives à l'accompagnement à domicile sont bien renseignées. L'enquête relative aux dépenses d'aide sociale des Conseils départementaux recense, par département, les dépenses brutes d'APA-D, préalablement donc aux compensations de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Ces données sont annuellement publiées par la Drees (Amar, 2013) : les 3,116 milliards sont amputés des 10 % consacrés en moyenne aux aides autres que l'aide humaine (aides techniques, accueil de jour, téléalarme…) : 2,80 milliards d'euros sont financés via l'APA-D par les Conseils départementaux. La part de l'aide humaine est supposée homogène sur le territoire.

2.2. L'accompagnement sanitaire à domicile

2.2.1. Nombre d'heures d'accompagnement

2.2.1.1. Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Ces services ont été exhaustivement enquêtés par la Drees en 2009, sur leur activité et leur personnel fin 2008 (Drees, enquête « SSIAD 2008 »).

Cette enquête, au taux de réponse supérieur à 90 %, est trop datée, considérant l'importante évolution des services, pour que ce chapitre se fonde uniquement sur ses données. En l'absence d'une enquête ultérieure, le chapitre en extrapole néanmoins les résultats, actualisés par une extraction du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess).

Finess donne, pour chaque SSIAD, le nombre de places en fonction de la patientèle, permettant de distinguer les personnes âgées des personnes en situation de handicap (Tableau 51). La localisation de la structure est communale. La déclinaison départementale des résultats est donc aisée.

Tableau 51 - Nombre de structures et de places, réservées ou non aux personnes âgées, fin 2008 et fin 2011

Année	2008	2011
Nombre de structures	2 049	2 124
Nombre de places	103 789	118 019
Dont places réservées aux personnes âgées	99 241	115 017

Lecture : 2124 structures et 118 019 places sont recensées fin 2011. **Champ** : Structures ouvertes au 31 décembre de l'année, incluant les activités de soins des SPASAD, France métropolitaine hors Corse, en 2011. **Sources** : Drees (enquête SSIAD 2008, base Finess historisée du 31 décembre 2011).

L'enquête de 2008 permet d'évaluer le nombre d'heures salariées de leur personnel, composé à 76 % d'aides-soignants (Tableau 52). Le nombre d'équivalents temps-pleins (ETP) était de 24 300 en 2008 pour la France entière, dont 83 % d'ETP de personnel soignant.

Tableau 52 - Personnel salarié et taux d'encadrement, au 31 décembre 2008

Fonction exercée	Personnel salarié		Equivalent Temps Plein (ETP)		Encadrement en ETP (pour 100 places installées)
Personnel administratif	**6 320**	**18,7%**	**4 060**	**16,7%**	**3,8**
Infirmier Coordonnateur responsable administratif	1 796	5,3%	1 498	6,2%	1,4
Infirmier Coordonnateur non responsable administratif	887	2,6%	706	2,9%	0,7
Directeur ou Responsable autre qu'infirmier coordonnateur	698	2,1%	367	1,5%	0,3
Comptable ou Secrétaire	2 161	6,4%	1 244	5,1%	1,2
Agent d'entretien	425	1,3%	88	0,4%	0,1
Autre personnel administratif	353	1,0%	157	0,6%	0,1
Personnel soignant	**27 413**	**81,3%**	**20 243**	**83,3%**	**19,1**
Infirmier (hors coordonnateur)	1 733	5,1%	1 330	5,5%	1,3
Aide soignant	25 115	74,5%	18 577	76,4%	17,5
Aide médico-psychologique	284	0,8%	218	0,9%	0,2
Psychologue	110	0,3%	24	0,1%	0,0
Ergothérapeute	63	0,2%	33	0,1%	0,0
Psychomotricien	5	0,0%	3	0,0%	0,0
Diététicien	0	0,0%	0	0,0%	0,0
Autre personnel soignant	103	0,3%	58	0,2%	0,1
Total	**33 733**	**100%**	**24 303**	**100%**	**22,9**

Lecture : Le personnel administratif représente 16,7 % des effectifs salariés en ETP. **Champ** : France entière, en 2008. **Sources** : BERTRAND D. et FALINOWER I., 2011, *Les services de soins infirmiers à domicile en 2008*, Document de travail, *Série Statistiques* n°160, Drees, août, p 12.

Excluant les places réservées aux personnes en situation de handicap, dont le nombre est disponible dans Finess, et considérant une répartition des ETP au prorata des places, l'activité effective des personnels soignants pour les personnes âgées dépendantes est estimée à 19 000 ETP en 2008. Le taux d'encadrement est supposé stable depuis cette date : 22 000 ETP de professionnels soignants accompagneraient ainsi la dépendance des personnes âgées (Tableau 53). Selon le temps de travail salarié légalement défini de 1 607 heures, 35 millions d'heures seraient ainsi réalisées par les professionnels soignants de SSIAD. Les infirmiers libéraux intervenant dans les SSIAD sont exclus, outre le décompte problématique de leur activité, ceux-ci sont surtout exclus du champ de l'analyse, puisque n'intervenant, sauf cas exceptionnels, que sur des actes techniques.

Tableau 53 - Nombre de places et activité soignante, en fonction du champ retenu

Patientèle et date	Champ géographique	Nombre de places	Nombre d'ETP
Toute patientèle, 2008	France entière	106 057	20 243
Personnes âgées, 2008	France métropolitaine, hors Corse	99 241	18 942
Personnes âgées, 2011	France métropolitaine, hors Corse	115 017	21 953

Lecture : 115 017 places sont recensées pour les personnes âgées en SSIAD fin 2011, correspondant à 21 953 ETP. **Champ** : Structures ouvertes au 31 décembre de l'année, incluant les activités de soins des SPASAD, France métropolitaine hors Corse, en 2008 et 2011. **Sources** : Drees (enquête SSIAD 2008, base Finess historisée du 31 décembre 2011).

Les temps de transport, comme pour les aides à domicile, doivent à nouveau être exclus. L'enquête SSIAD Tarification de 2012 renseigne le temps total des déplacements effectués par les salariés des services entre deux interventions consécutives, pour une semaine de référence. Considérant d'une part cette semaine de référence comme représentative et d'autre part que les temps de déplacement concernent exclusivement le personnel soignant, les temps de transport représenteraient 27 % du temps salarié, proportion proche des 25 % observés par l'enquête IAD sur les aides à domicile. Ainsi, 8,6 millions d'heures salariées seraient consacrées au transport : l'activité effective des SSIAD auprès de personnes âgées dépendantes est évaluée à 25,8 millions d'heures au cours de l'année 2011.

2.2.1.2. Infirmiers libéraux

Seuls les soins d'hygiène, rassemblés dans la catégorie des Actes infirmiers de soins (AIS), sont pris en compte. Les actes médico-infirmiers sont exclus, comme les temps de transport et les majorations pour les interventions de nuit ou le dimanche. Les données de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) renseignent au niveau départemental les effectifs de professionnels infirmiers, et le nombre d'actes.

La cotation des actes, détaillée dans la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux (NGAP), affecte à chaque acte un nombre de coefficients.

Les soins infirmiers, par séance d'une demi-heure, ont ainsi une cotation de 3, et la « *séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention* », également d'une demi-heure, une cotation de 4. Le troisième acte considéré comme un acte infirmier de soin, la « *mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue d'insérer ou de maintenir le patient dans son cadre de vie, pendant lequel l'infirmier l'aide à accomplir les actes quotidiens de la vie, éduque son entourage ou organise le relai avec les travailleurs sociaux, par séance d'une demi-heure* », a une cotation de 3,1. En 2011, les actes infirmiers de soins, après cotation, correspondent à 54 % de l'activité des infirmiers libéraux, comme en 2007. Le total des coefficients, par département, est disponible dans le fichier.

Le nombre d'heures réalisées par les infirmiers n'est par contre pas renseigné dans le système d'information de l'Assurance maladie (« SNIIR-AM »). Le temps passé par les professionnels est donc extrapolé à partir du nombre d'actes et des coefficients. Selon la NGAP, une cotation de 3 ou de 4 correspond à 30 minutes. L'ordre de grandeur est identique dans le *Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères* (IGF, 2003), qui considère que 23 000 coefficients correspondent à une durée d'activité de 11 heures par jour, 365 jours par an. On considère à présent qu'un coefficient AIS correspond à une intervention de 8 minutes, quatre coefficients pouvant représenter une demi-heure. Cette durée est légèrement en-deçà de celle l'Inspection générale des Finances (IGF).

Les 665 millions d'actes infirmiers de soins, après application de la cotation correspondent à environ 90 millions d'heures par an, en France métropolitaine. Cette estimation concorde avec une moyenne de 18 600 coefficients par infirmière et par an en France, soit un nombre annuel moyen de 2 480 heures travaillées, hors temps de transport. L'écart important avec le temps de travail annuel légal des salariés, de 1 607 heures (Code du travail, article L3121-10), conduit à souligner que les heures auprès des personnes âgées pourraient être surévaluées.

Cependant, alors que précédemment l'activité était légalement bornée à un seuil de 23 000 coefficients (AMI et / ou AIS), ce seuil ne figure plus dans l'arrêté du 18 juillet 2007 portant approbation de la convention nationale destinée à régir les rapports entre les infirmiers libéraux et les organismes d'assurance maladie. Ce « seuil d'efficience » avait été fixé en 1997 pour garantir la qualité des soins. Le « seuil d'alerte » était fixé à 18 000 coefficients (JORF, 2002b). Un tiers des départements dépasse en 2011 la moyenne de 18 000 coefficients par professionnel. Ces seuils n'étant plus effectifs, les données de facturation CNAMTS sont conservées sans transformation.

Les chiffres présents dans le SNIIR-AM sont cependant relatifs au régime général de l'Assurance maladie. Afin d'inclure l'ensemble des régimes, un coefficient est calculé annuellement par la Drees, à partir des données comptables de l'ensemble des régimes de Sécurité sociale, fournies par la Direction

de la Sécurité sociale. Il est en 2011 de 1,30. L'activité des infirmiers libéraux est évaluée à **115 millions d'heures par an**.

Les territoires dans lesquels le nombre d'heures est le plus faible sont des territoires ruraux : Deux-Sèvres, Creuse, Hautes-Alpes, Cantal, Lot et Lozère. Le faible temps passé auprès des patients comparativement aux autres départements pourrait être en lien avec des temps de transport plus longs entre deux interventions, ou avec le cumul d'une activité libérale et d'une activité salariée.

2.2.2. Dépense publique

2.2.2.1. Services de soins infirmiers à domicile

Les SSIAD disposent d'une dotation globale, versée par les organismes de Sécurité sociale. Elle était en 2011 de 1,398 milliards d'euros, selon les données de la CNAMTS publiées dans les Comptes de la Santé. Cette donnée nationale n'est pas déclinée localement dans cette publication.

L'enquête SSIAD réalisée auprès des établissements en 2008 ne donne aucune indication concernant les dotations des services. Alors que dans la première version de cette analyse, la dotation globale nationale avait été affectée au prorata des places, les entretiens avec les acteurs conduisent à rechercher une autre méthode, les dotations par place n'étant pas équivalentes entre les structures.

> *A : « Il y avait un problème de positionnement entre le prix de journée du SSIAD, pour les plus anciens […].*
> *B : Dans les années 80.*
> *A : Dans les années 80, quand les premiers SSIAD ont démarré, ils n'ont pas estimé correctement, parce que c'était nouveau, leurs charges. Ils ont démarré avec un prix de journée assez faible, en tous cas en deçà de leur prix de revient, ce qui fait qu'à un moment donné, ils ont fait des choix. Alors que les nouveaux, les derniers SSIAD autorisés, eux, ils ont l'expérience de leurs collègues, ils démarrent d'emblée avec un prix de journée plus fort, qui a intégré les surcouts liés aux dimanches et jours fériés ».*
>
> **Entretien auprès des responsables de CLIC, Nord, janvier 2014**

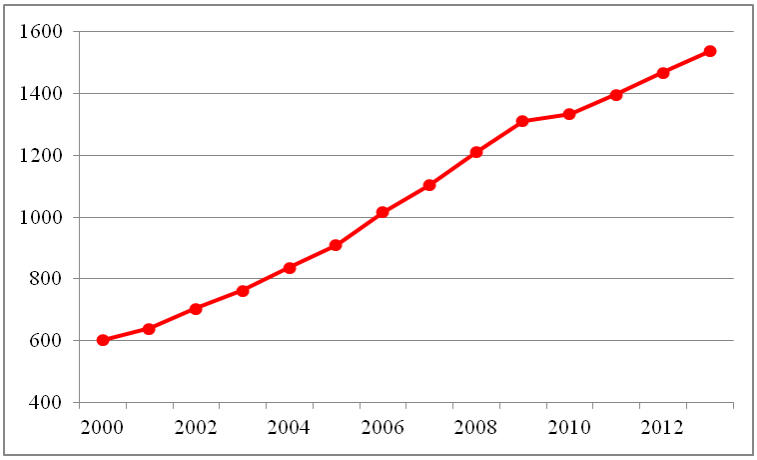
L'enquête SSIAD Tarification permet d'affiner la répartition par SSIAD et donc par département de l'enveloppe budgétaire. Cette enquête est réalisée en 2012. À partir de l'identifiant Finess, ne sont conservés que les SSIAD ouverts en 2011. Leur dotation globale de fonctionnement permet de déduire un financement par place. Lorsque celui-ci est compris entre 5 000 et 25 000 euros, les dotations sont considérées comme bien renseignées. En deçà et au-delà, les valeurs sont considérées comme aberrantes et mises à blanc.

Les 10,7 % de non-réponse, correspondant à une non-réponse par le service ou une valeur aberrante, sont redressés par tirage aléatoire. Trois critères sont utilisés. La région est mobilisée puisque l'Agence régionale de santé est autorité de tarification. Le statut juridique est inclus, décliné en quatre catégories : public non rattaché à un hôpital, public rattaché à un hôpital, privé à but non lucratif et privé à but lucratif. La période d'ouverture, qui explique également des variations de dotation, est divisée en trois tranches : 1980 – 1989 ; 1990 – 1999 ; après 2000.

Selon cette enquête, les dotations globales de fonctionnement en 2012 sur le champ des SSIAD ouverts en 2011 s'élevaient à 1,475 milliards d'euros (Graphique 30). Les comptes de la santé relatifs à 2011 affichent, eux, un budget de 1,398 milliards. Ce décalage de 5,5 % pourrait être lié à

l'augmentation annuelle des budgets des structures, qui explique, avec les nouvelles créations, l'augmentation des dépenses d'assurance maladie consacrées aux SSIAD depuis 2 000.

Graphique 30 - Dépenses d'assurance maladie pour les SSIAD, en millions d'euros, en France, entre 2000 et 2013



Lecture : Les points représentent la dépense, en millions d'euros, pour une année précise. Près de 1 400 millions ont ainsi été dépensés en 2011.**Champ** : France entière. **Sources** : Drees (Comptes nationaux de la santé).

Un coefficient de redressement de 0,948 est appliqué, afin de pallier la différence entre les budgets relatifs à 2011 et à 2012.

L'enquête SSIAD Tarification renseigne de plus les dotations dédiées à l'accompagnement des personnes en situation de handicap, pour chaque SSIAD. Étant donnée le faible nombre de places, les dotations dédiées à ce public représentent une faible part des dotations globales de fonctionnement, d'environ 8 %.

Par SSIAD, le budget dédié aux personnes âgées est calculé, il est de 1,279 milliards en 2011 après exclusion des budgets personnes handicapées et application du coefficient de redressement.

En SSIAD, les trois quarts des dotations sont affectées à la rémunération des salariés. La rémunération des infirmiers libéraux, ici exclus puisque focalisés essentiellement sur des actes techniques, représente 9 % des budgets. Les frais de véhicule pour les déplacements de salariés et le petit matériel représentent respectivement 6,4 % et 0,5 % (Chevreul, 2009). En considérant ces ordres de grandeur stables dans le temps, 959 millions d'euros auraient ainsi été consacrés en 2011 à la rémunération des salariés sur des places dédiées aux personnes âgées. Au sein de ces salariés, tous ne sont cependant pas inclus dans le champ de l'analyse : seuls 81,3 % d'entre eux appartiennent au personnel soignant. Pour chaque SSIAD, 18,7 % des dotations sont retirées.

Ainsi, les dépenses de SSIAD s'élèveraient en 2011, à 780 millions d'euros.

2.2.2.2. Infirmiers libéraux

Les données de l'Assurance maladie renseignant le nombre d'actes après cotation, l'estimation financière est aisée. En 2011, un coefficient d'AIS est rémunéré 2,65 €. La dépense de l'assurance maladie pour les actes infirmiers de soins est donc évaluée à 1,76 milliards d'euros pour le régime général, et 2,29 milliards, tous régimes, par l'application du même coefficient de 1,30.

Pour en garantir la qualité, ces estimations réalisées à partir de données départementales mises en libre-accès par la CNAMTS, sont mises en regard des données des Comptes de la santé. Selon les données CNAMTS, les AMI, tous régimes, impliquent une dépense de 2,37 milliards. Par ailleurs, le coût des transports est évalué à 1,08 milliards d'euros selon les Comptes de la santé (Tableau 54).

Tableau 54 - Montants tous régimes, par source, en 2011 en France entière

	Source	Montant, en millions d'€
AIS	Fichier départemental CNAMTS	2 293
AMI	Fichier départemental CNAMTS	2 367
Transports	Comptes de la santé	1 080
Montant total	Comptes de la santé	5 829
Montant excluant le transport	Comptes de la santé	4 749
Montant excluant le transport	Fichier départemental CNAMTS	4 659

Lecture : Selon le fichier départemental de la CNAMTS, 2 293 millions d'euros sont consacrés à la rémunération d'actes infirmiers de soins. **Champ** : France entière, tous régimes, en 2011. **Sources** : CNAMTS (données départementales relatives à l'activité des infirmiers), Drees (Comptes de la santé 2011).

Les données sont cohérentes, et peuvent être mobilisées à l'échelle départementale, dans l'hypothèse d'un recours au régime général de l'assurance maladie équivalent dans l'ensemble des départements.

2.3. L'accompagnement en établissement

2.3.1. Nombre d'heures d'accompagnement

2.3.1.1. Fonctions retenues

Pour chaque salarié de chaque établissement, EHPA 2011 collecte, outre les caractéristiques personnelles comme l'âge et le sexe, la fonction principale exercée et l'équivalent temps-plein.

Seules les fonctions financées, au moins en partie, par les sections tarifaires dépendance et soins sont retenues : comme au domicile, le champ est celui de l'accompagnement solvabilisé par les institutions publiques. Les professionnels sociaux, d'animation ou de direction sont exclus, puisque financés exclusivement par les résidents, via la section tarifaire « hébergement » : le législateur a considéré en 1997 que ces fonctions ne relevaient pas d'un accompagnement de la dépendance ou du soin. Pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale couvrant les frais d'hébergement, la solvabilisation départementale est au titre de la précarité non de la dépendance, justifiant l'exclusion de ces frais y compris pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement.

Deux hypothèses sont posées.

D'abord, l'étanchéité des enveloppes budgétaires, c'est-à-dire l'affectation des budgets uniquement à ce qui relève de leur périmètre, fixé par décret. Bien qu'étant une obligation légale, elle est dans les faits nuancée par les travaux de l'économiste Cécile Martin, qui montre dans sa thèse que dans les EHPAD privés à but lucratif notamment, le salaire des aides-soignants a un effet sur le prix, suggérant une non-étanchéité des sections tarifaires (Martin, 2013). L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) souligne en effet que « *les trois sections sont réputées étanches entre elles. En pratique, il s'agit plutôt d'une fongibilité asymétrique, la section hébergement pouvant le cas échéant compenser les insuffisances de financement des deux autres sections* » (Destais *et al.*, 2011).

Seconde hypothèse, la pertinence de l'affectation des professions dans les sections tarifaires. Bien qu'elle reste la référence, elle paraît aujourd'hui limitée, comme en témoigne un récent rapport de l'Igas, recommandant d'élargir « *les possibilités d'imputation sur la section de soins de professionnels qui, sans être des professionnels de santé au sens conventionnel du terme, concourent de fait à la prise en charge de la santé des résidents en EHPAD, en particulier sous l'angle de la prévention*

secondaire ». L'inspection soutient une fusion des sections budgétaires relatives aux soins et à la dépendance (Destais, 2013).

Les professionnels financés au titre du soin ou de la dépendance ne font pas tous partie du champ retenu : afin de garantir l'adéquation avec le domicile, le personnel médical n'est pas intégré (les soins de ville ne font pas partie du champ). Le personnel d'encadrement est, comme au domicile, non comptabilisé. Ainsi, seuls le personnel paramédical ou soignant, les aides médico-psychologiques et les agents de service sont inclus. Ces fonctions, la part des ETP qu'elles représentent, leur rattachement aux sections tarifaires, figurent en détail dans le tableau ci-après (Tableau 55).

Tableau 55 - ETP et rattachement aux sections tarifaires des fonctions

Personnel	Fonction	%ETP	Tarif (%)
Direction	Directeur		H
	Médecin-directeur		
	Directeur adjoint, attaché de direction, économe		
	Agent administratif et personnel de bureau	3,4	
	Autre personnel de direction, gestion, administration		
Services généraux	Ouvrier professionnel (plombier, jardinier, cuisinier)	4,3	H
	Agent de service général (buanderie, cuisine)	5,4	H(70)/D(30)
	Autre personnel des services généraux	2,0	H
Encadrement	Cadre infirmier		S
	Cadre infirmier psychiatrique		
	Cadre paramédical non-infirmier		
	Cadre socio-éducatif ou autre cadre social		
Éducatif, pédagogique, social et d'animation	Éducateur spécialisé		H
	Moniteur-éducateur		H
	AMP non assistant de soins en gérontologie	3,4	D(30)/S(70)
	AMP assistant de soins en gérontologie		D(30)/S(70)
	Assistant de service social		H
	Conseiller en économie sociale et familiale		
	Technicien de l'intervention sociale et familiale		
	Animateur social		
	AVS non assistant de soins en gérontologie	2,0	
	AVS assistant de soins en gérontologie		
	Autre personnel éducatif, pédagogique et social		
Médical	Médecin coordonnateur		S
	Médecin spécialiste en gériatrie, rééducation / réadaptation fonctionnelle ou psychiatrie		
	Autre spécialiste		
	Médecin titulaire d'un autre diplôme		
	Médecin généraliste		
Psychologue, personnel paramédical ou soignant	Psychologue		D
	Infirmier diplômé d'État	9,6	S
	Infirmier Psychiatrique		
	Masseur-kinésithérapeute		
	Orthophoniste		
	Orthoptiste		
	Ergothérapeute		
	Pédicure-Podologue		
	Psychomotricien, rééducateur en psychomotricité		
	Diététicien		
	Aide-soignant non assistant de soins en gérontologie	26,2	D(30)/S(70)
	Aide-soignant assistant de soins en gérontologie	5,4	
	Autre personnel paramédical ou soignant		S
Agent service	Agent de service hospitalier ou agent de service général	26,7	H(70)/D(30)

Lecture : Les infirmiers diplômés d'État, représentant 9,6 % des ETP, relèvent de la section tarifaire soins. Ils sont grisés donc inclus dans le champ de l'analyse. Seules les fonctions pour lesquelles les ETP représentent au moins 2 % des ETP sont inscrites, représentant 88 % du total des ETP présents. **Champ** : EHPAD, France entière, en 2011, selon les pondérations nationales. **Sources** : Drees (EHPA 2011).

Les deux principales fonctions en EHPAD, aide-soignant et agent de service, représentent respectivement 32 et 27 % du nombre total d'ETP. Elles sont, au moins pour partie, incluses dans notre champ. Les fonctions d'agent de service ou d'agent de service général sont rattachées à 70 % à la section hébergement, et à 30 % à la section dépendance. Par établissement, 30 % des équivalents-

temps pleins sont donc conservés, en tant que personnel accompagnant la dépendance. La même méthode est transposée sur les aides-soignants : 30 % sont rattachés à l'accompagnement au titre de la section tarifaire dépendance, et 70 % aux soins.

Les agents de service généraux chargés notamment de la buanderie et de la cuisine sont inclus. Or, un tiers des établissements fait appel à de la **sous-traitance** pour la cuisine ou l'entretien extérieur et ils sont 60 % à sous-traiter la blanchisserie en 2011. Pour ces établissements, il n'est pas possible d'évaluer le temps de travail associé, mais les 5,4 % des ETP affichés ne rendent pas compte de l'ensemble de l'activité. Le champ n'en reste pas moins similaire au domicile, où par exemple le portage de repas n'est pas inclus dans l'aide humaine comptabilisée.

Au-delà des sous-traitants, les EHPAD ont occasionnellement recours à des professionnels libéraux ou en intérim. Ainsi, 12 % des établissements font appel à des professionnels de santé de ville, infirmiers ou kinésithérapeutes, en décembre 2011, contre 6 % en 2007. Lors de l'enquête EHPA 2007, le nombre d'heures d'intervention au cours du mois de décembre était questionné, permettant d'évaluer l'intérim, sur le champ de l'analyse (hors administration, blanchisserie etc.) à 155 000 heures, et l'intervention de libéraux à 20 000 heures. Si le mois de décembre est représentatif, 1 160 ETP seraient occupés en 2007 par des professionnels libéraux ou en intérim (Figure 11). Il n'est pas possible d'estimer ce nombre en 2011, le questionnaire ayant été revu (Figure 12). En l'absence de données complémentaires, et sachant qu'en 2007 cette activité représentait moins de 0,1 % des heures recensées, le recours aux professionnels libéraux ou en intérim n'est pas inclus dans la suite de l'analyse.

Figure 11 - Questionnaire EHPA 2007, fiche 3, personnel extérieur ou d'intérim

PERSONNEL EXTÉRIEUR OU D'INTÉRIM*

Nombre d'heures par type d'activité durant le mois de décembre 2007 :

	Sous-traitance	Intérim	Personnels libéraux rémunérés par l'établissement
Administration	|__|__|__|	|__|__|__|	
Service général	|__|__|__|	|__|__|__|	
Service d'infirmière	|__|__|__|	|__|__|__|	|__|__|__|
Masseur kinésithérapeute	|__|__|__|	|__|__|__|	|__|__|__|
Service de soins à domicile	|__|__|__|	|__|__|__|	
Service d'aide à domicile	|__|__|__|	|__|__|__|	
Service d'auxiliaire de vie	|__|__|__|	|__|__|__|	
Ménage	|__|__|__|	|__|__|__|	
Blanchisserie	|__|__|__|	|__|__|__|	
Cuisine	|__|__|__|	|__|__|__|	
Autre	|__|__|__|	|__|__|__|	

* Compter également les personnes effectuant des prestations inter-hospitalières ou faisant partie d'un groupement de coopération sociale ou médico-sociale.

Pas d'intervention de personnel extérieur ..... |__| (cocher)

Sources : Questionnaire EHPA 2007, Drees.

Figure 12 - Questionnaire EHPA 2011, fiche 3, personnel extérieur ou d'intérim

D. PERSONNEL EXTÉRIEUR OU D'INTÉRIM AU 31/12/2011

Un personnel extérieur ou d'intérim intervient-il dans l'établissement ?

(non compris le personnel remplaçant les titulaires en congé ou en disponibilité depuis au moins 6 mois)

	Personnels libéraux rémunérés par l'établissement oui = 1 non = 0	Personnels libéraux rémunérés par les résidents oui = 1 non = 0	Intérim oui = 1 non = 0
Aide-soignant			|__|
Aide médico-psychologique			|__|
Auxiliaire de vie sociale	|__|	|__|	|__|
Ergothérapeute	|__|	|__|	|__|
Infirmier	|__|	|__|	|__|
Masseur-kinésithérapeute	|__|	|__|	|__|
Médecin généraliste	|__|	|__|	|__|
Psychologue	|__|	|__|	|__|
Psychomotricien	|__|	|__|	|__|
Dame de compagnie		|__|	

E. SOUS-TRAITANCE EN 2011

L'établissement fait-il appel à une société de sous-traitance pour les activités de : ménage ? |__| blanchisserie ? |__| cuisine ? |__| entretien extérieur ? |__|
oui = 1 non = 0

Sources : Questionnaire EHPA 2011, Drees.

Pour finir, alors qu'à domicile, il est possible de calculer un nombre d'heures passées par les professionnels auprès des personnes, les données en établissement renseignent uniquement les équivalents-temps pleins. L'ensemble des heures travaillées par les salariés est considéré comme passé auprès des personnes dépendantes, soit 1 607 heures par an, les professionnels étant, y compris pendant les temps de transmission, au sein de l'établissement et en capacité d'intervenir si besoin. Par ailleurs, le nombre d'ETP n'inclut pas les heures supplémentaires effectuées par les salariés. Les heures supplémentaires rémunérées, qui en font partie, sont étudiées par la Dares, par secteur d'activité. En 2011, le nombre moyen d'heures supplémentaires déclarées par des salariés à temps complet dans le secteur d'activité de l'administration publique, de l'enseignement, de la santé humaine et de l'action sociale, est de 8,4 heures par trimestre (enquête Activité et conditions d'emploi de la main d'œuvre, Dares, 2012). Si ce chiffre s'appliquait aux EHPAD, la prise en compte des heures supplémentaires rémunérées conduirait à ajouter environ 7 millions d'heures sur notre champ. Il s'agit cependant d'une hypothèse forte, et d'un nombre d'heures limité. Les heures supplémentaires rémunérées ne sont pas reprises dans les estimations finales.

2.3.1.2. Méthodologie de redressement de la non-réponse de EHPA 2011

Le redressement de la non-réponse proposé par la Drees permet une **représentativité nationale**. Aucune variable spatiale n'a été intégrée au calage sur marge. Or, les taux de réponse sont très inégaux : ils oscillent entre 35 et 92 % par département sur notre champ[40] et il est possible que l'encadrement varie en fonction des départements. La pondération des EHPAD, dont le calcul est développé dans le prologue méthodologique, est mobilisée. Elle permet une représentativité départementale et par statut d'établissement.

L'enquête EHPA dispose à la fois de données agrégées, sous forme du nombre d'équivalents-temps pleins (Figure 13), et de données individuelles (Figure 14), avec une description des personnels par fonction exercée et temps de travail. Les extraits correspondant sont copiés ci-après.

Pour obtenir un nombre d'ETP au titre des sections tarifaires dépendance et soins, la donnée agrégée est insuffisante : il est nécessaire de sommer, par établissement, les données individuelles en fonction de la section tarifaire de rattachement.

Plusieurs corrections sont établies par la Drees en amont de l'exploitation :

- d'abord, les ETP supérieurs à 1 sont redressés à 1, sauf les valeurs 50, 80 et 100 qui ont été portées respectivement à 0,5, 0,8 et 1 ;
- ensuite, les ETP manquants ou égaux à 0 sont imputés par hot-deck aléatoire, stratifié selon la fonction principale exercée et la catégorie d'établissement : 4,3 % des personnes décrites de notre champ sont concernées. L'agrégation des données individuelles peut être supérieure au nombre d'ETP total renseigné par l'établissement, c'est ce dernier qui reste cependant la référence.

[40] Seuls sont conservés les EHPAD ayant renseigné des données individuelles relatives à leurs résidents. Le taux de réponse présenté ici est nettement inférieur au taux de réponse global à l'enquête, c'est-à-dire *a minima* sur les données d'activité de l'établissement, qui s'établit alors à plus de 80 %.

Figure 13 - Questionnaire EHPA 2011, fiche 2, personnel agrégé

F. ENSEMBLE DU PERSONNEL EN FONCTION DANS L'ÉTABLISSEMENT AU 31/12/2011

- Nombre 6 ..... |__|__|__|
- Équivalent temps plein (ETP) ..... |__|__|__| ,|__|__|

Sources : Questionnaire EHPA 2011, Drees.

Figure 14 - Questionnaire EHPA 2011, fiche 3, description individuelle du personnel

Année de naissance	Fonction principale exercée au 31/12/2011	Année d'entrée dans l'établissement	Fonction publique ou convention	Statut ou type de contrat	Équivalent temps plein (ETP) au 31/12/2011	La pers travaille- 1. Le jour un 2. La nuit un 3. En alterna
col 3	col 4	col 5	col 6	col 7	col 8	col
|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|,|__|__|	|_
|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|,|__|__|	|_
|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|,|__|__|	|_
|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|,|__|__|	|_
|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|,|__|__|	|_

Sources : Questionnaire EHPA 2011, Drees.

La comparaison entre les données agrégées renseignées par l'établissement et la somme des données individuelles montre une parfaite adéquation pour 75 % des établissements du champ. Dans nombre de cas, les deux données sont proches. La pondération du personnel décrit en fiche 3 est alors « calée » sur la donnée agrégée de la fiche 2.

Cependant, si la fiche 3 est non-renseignée (34 établissements), ou que les ETP décrits sont inférieurs à 75 % ou supérieurs à 120 % du chiffre agrégé renseigné par l'établissement (respectivement 15 et 16 établissements), la qualité est estimée insuffisante et la donnée mise à blanc. La non-réponse partielle concerne donc 65 EHPAD sur les 4 695 du champ. Pour ces établissements, les ETP de personnel sont imputés par la méthode du hot-deck aléatoire, en fonction du statut de l'établissement, de sa capacité et de son mode de tarification par l'Assurance maladie. Le statut est déterminant. Quantitativement, les taux d'encadrement sur le champ retenu sont supérieurs dans les établissements hospitaliers (0,73 ETP pour un GIR 1), puis publics non rattachés à un hôpital (0,62), à ceux constatés dans les établissements privés (0,56). Qualitativement, le personnel soignant inclus représente entre 60 et 67 % de l'ensemble du personnel de l'étude, en fonction du statut. L'inclusion de la capacité des établissements, en tranches de taille, vise à prendre en compte les économies ou déséconomies d'échelles dans le personnel. Pour finir, le mode de tarification par l'Assurance maladie influe : les établissements sous dotation globale par l'Assurance maladie sont qualitativement différents de ceux sous dotation partielle (Destais *et al.*, 2011 ; Destais, 2013). Afin d'éviter un effet de taille lors de l'imputation, ce n'est pas directement le nombre d'ETP qui est imputé, ni même le taux d'encadrement, étant donnée la disparité des situations accompagnées. C'est le nombre d'ETP relatif aux besoins d'accompagnement observés dans l'établissement, incluant le nombre de places et la dépendance moyenne des résidents.

L'activité des professionnels médico-sociaux auprès des personnes âgées dépendantes est estimée à 132 000 ETP relevant du soin, et 76 000 de la dépendance. Les heures en EHPAD sont donc évaluées, pour 2011, à **332 millions**, pour 1 607 heures travaillées par an pour un ETP.

2.3.1.3. Mesure de l'activité, en fonction du département d'origine du résident en EHPAD

La déclinaison de l'activité des professionnels en fonction du département d'implantation de l'établissement est aisée, puisqu'elle consiste à sommer les valeurs obtenues par établissement, en appliquant la pondération locale.

Cependant, comme présenté en début de chapitre, l'objectif est également de disposer de données relatives au département d'origine du résident, pour analyser non plus l'offre disponible sur un territoire, mais l'offre à laquelle a eu recours la personne âgée d'un territoire, que cette dernière soit située dans ou hors de son département d'origine.

L'élaboration de la base de données relative aux résidents, représentative par statut et département, est présentée dans le prologue méthodologique. Le champ des établissements répondants sur le personnel est identique puisque calé sur celui des EHPAD répondants sur les résidents – ce qui a justifié l'imputation du personnel pour les 65 EHPAD.

Pour chaque personne âgée, on dispose de son GIR, de son département d'origine, de sa pondération, de l'effectif de professionnels dans l'établissement et des points-GIR de l'ensemble des résidents. Les personnes en GIR 5 et 6 ne sont pas considérées comme dépendantes au sens de la loi, et donc exclues des calculs.

On considère que :

$$\frac{Personnel\ de\ l''établissement}{Besoins\ des\ résidents} = \sum \frac{personnel\ consacré\ au\ résident}{besoins\ du\ résident}$$

Par construction, le nombre d'heures ne varie pas au niveau national, que l'on considère le département d'origine ou d'accueil du résident. Au niveau départemental, l'écart le plus grand entre les deux modes de calcul est observé pour Paris : alors que le personnel travaillant en EHPAD à Paris correspond à 1 900 ETP, le personnel en EHPAD accompagnant des personnes âgées parisiennes correspond environ à 4 500 ETP.

2.3.2. Dépense publique

Le financement de l'accompagnement de la dépendance en EHPAD repose sur une tarification ternaire, novatrice lors de la réforme qualitative et tarifaire de 1997. Le tarif hébergement, à charge des résidents, est ici exclu, puisque ne relevant pas de la solvabilisation de l'accompagnement médico-social professionnel par une institution publique.

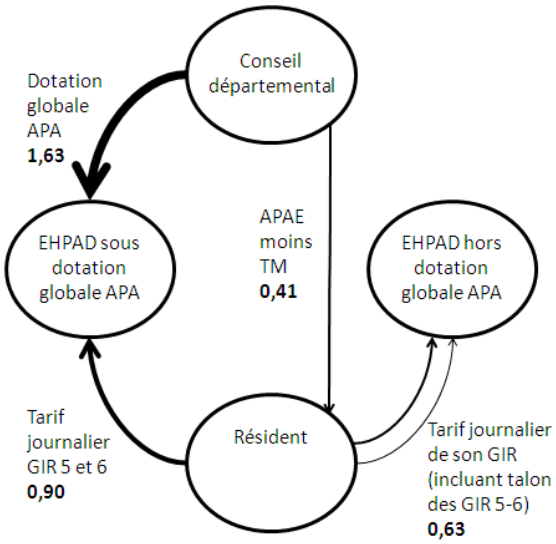
L'étude se focalise sur les deux autres enveloppes budgétaires : celle des Conseils départementaux et, en partie, celle de l'Assurance maladie. Les règles d'imputation des professions en fonction des enveloppes tarifaires ont été précédemment présentées (Tableau 37).

2.3.2.1. Tarification Dépendance, par le Conseil départemental

2.3.2.1.1. Données relatives aux dépenses d'aide sociale départementale (hors ASH) et au financement des EHPAD : des montants convergents

Les dépenses relatives à l'APA-E sont connues exhaustivement et par département : elles sont collectées par l'enquête annuelle auprès des Conseils départementaux. Ainsi, 2,01 milliards d'euros ont été versés par les institutions locales pour l'accompagnement de la dépendance en établissement pour l'année 2011 en France métropolitaine hors Corse. Comme à domicile, les bénéficiaires participent financièrement à l'accompagnement. Contrairement aux taux de participation à domicile, fortement croissants dès lors que les ressources du bénéficiaire sont supérieures à l'Allocation de solidarité pour les personnes âgées, la dotation budgétaire globale n'inclut pas de participation des résidents (CASF, article L232-8). Dans les EHPAD sous dotation globale (75 %), la participation des bénéficiaires se restreint au paiement du tarif dépendance journalier des GIR 5 et 6, dit « talon », autour de 5 euros par jour. Dans les autres EHPAD, le ticket modérateur du bénéficiaire est nul dès lors que les revenus mensuels sont inférieurs à 2 400 €. La quasi-totalité des bénéficiaires s'acquitte donc uniquement du talon. Le fonctionnement est explicité sur le schéma ci-après (Figure 15).

Figure 15 - Origine et montant du financement de la section tarifaire dépendance, dans les EHPAD sous et hors dotation globale APA-E



Lecture : Le tarif journalier en EHPAD hors dotation globale représente 0,63 milliards d'euros par an, donc 0,41 pris en charge par les Conseils départementaux. L'épaisseur des flèches est proportionnelle au montant. **Champ** : EHPAD, France métropolitaine hors Corse, en 2011. **Sources** : Drees (EHPA 2011, dépenses d'aide sociale départementale en 2011).

L'enquête EHPA renseigne les montants des produits d'exploitation afférents à la section dépendance de l'exercice 2010, et non 2011 comme les autres données. La déclinaison par niveau de dépendance des bénéficiaires et le tarif dépendance journalier par GIR permettant d'en vérifier la cohérence. Les montants pour 2011 sont nettement supérieurs à ceux versés par les Conseils départementaux, puisqu'ils incluent les participations des bénéficiaires (Tableau 56).

Tableau 56 - Montants de la section tarifaire dépendance en milliards d'euros, en 2011

Indicateur	Source	Montant
Produits d'exploitation afférents à la section dépendance de l'année 2010	EHPA	3,16
Produits d'exploitation en 2011, recalculés à partir des tarifs dépendance journalier et des effectifs de résidents par GIR	EHPA	3,18
Participation financière des bénéficiaires (talon des GIR 5 et 6)	EHPA	1,12
Montant APA-E déduits	EHPA	2,06
Montants bruts APA-E versés par les départements en 2011	Aide Sociale	2,01

Lecture : Les produits d'exploitation afférents à la section dépendance de l'année 2010 pour les EHPAD s'élèvent à 3,16 milliards d'euros. **Champ** : EHPAD, France métropolitaine hors Corse, en 2011. **Sources** : Drees (EHPA 2011, dépenses d'aide sociale départementale 2011).

La comparaison entre les données des Conseils départementaux et celles renseignées par les EHPAD montre une grande cohérence. Au niveau départemental, en excluant les premier et dernier déciles, la corrélation entre les données relatives à EHPA et les données de l'enquête aide sociale est de 85 %, confirmant l'utilisation des données départementales des dépenses d'aide sociale.

2.3.2.1.2. L'exclusion des montants consacrés à des aides autres que l'aide humaine

Ces montants incluent l'ensemble des frais engagés au titre de la dépendance, ne comprenant pas uniquement de l'aide humaine. À domicile, le montant des autres aides est estimé à 10 %, mais l'enquête relative aux bénéficiaires de l'APA n'offre pas ce niveau d'information en établissement.

Le montant de ces aides annexes peut être approché après calcul de la masse salariale : ces aides égalent les montants versés, amputés des coûts des professionnels, incluant les salaires bruts et les cotisations employeurs. Les salaires ne sont pas questionnés dans l'enquête EHPA, mais sont disponibles dans les bases de données Insee précédemment exploitées des DADS et de SIASP, après fusion avec les EHPAD retenus dans l'exploitation d'EHPA 2011. L'identifiant commun est le numéro du système d'identification du répertoire des établissements (SIRET), propre à chaque établissement. L'exploitation des données DADS porte sur un échantillon de 2 992 établissements.

Les salaires des professionnels rémunérés via la section tarifaire dépendance et la part qu'ils représentent les uns et les autres au sein du personnel rémunéré par cette section tarifaire sont peu variables selon les statuts, autorisant un traitement indifférencié : le salaire brut moyen s'élève à 22 630 € annuels, pour les 76 000 ETP affectés à cette section tarifaire. Le montant global des salaires bruts, de 1,70 milliards d'euros, correspond à une dépense totale pour les employeurs de 2,52 milliards[41], soit 79,8 % des produits d'exploitation de la section tarifaire. Ainsi, 20,2 % des dépenses relatives à la dépendance en EHPAD seraient affectées au paiement d'autres frais, notamment les fournitures d'hygiène. Des professionnels de la Direction générale de la cohésion sociale (DGSC) rencontrés ont fait part de chiffres similaires observés sur les sections de cure médicale, *ante* réforme des EHPAD, dans lesquelles 80 % du budget était affecté à la rémunération du personnel, et 20 % aux autres frais.

Le montant des dépenses retenu est celui des données de l'enquête relative aux dépenses d'aide sociale départementale, amputé de 20,2 % de son montant. Cette déclinaison est supposée homogène sur le territoire.

Les sommes versées par les Conseils départementaux sont uniquement relatives au précédent lieu de vie des bénéficiaires, et ne sont pas recalculées selon la localisation de l'EHPAD.

[41] Les cotisations employeurs dans les EHPAD privés sont estimées à 41,7 % du salaire brut (taux de charges moyen), et à 49,8 % dans les EHPAD publics non rattachés à un hôpital, et 51,7 % dans les EHPAD hospitaliers.

2.3.2.2. Tarification du forfait soins, Assurance maladie

2.3.2.2.1. Tarif global, tarif partiel et convergence tarifaire

Les données relatives aux dépenses d'assurance maladie dans les EHPAD au niveau départemental ne sont pas disponibles à la Drees. Par ailleurs, elles n'auraient pas permis un calcul se fondant sur le précédent lieu de vie des résidents, et donc la cohérence avec les dotations des Conseils départementaux afférentes à la dépendance précédemment présentées.

Pour chaque établissement, les dotations budgétaires au titre de la section « soins » sont plafonnées, selon l'équation suivante

La dotation inclut d'abord trois paramètres : la dépendance moyenne des résidents (GMP), la charge en soins médico-techniques qu'ils requièrent (PMP), le nombre de places de l'établissement. Le coefficient de 2,59 a été estimé lors de l'enquête ERNEST, réalisée en 1999 puis 2001 par la CNAMTS et la Mission d'appui de la réforme de la tarification d'hébergement en établissement (MARTHE) avec pour objectif que le PMP moyen alors constaté (116) ait un effet budgétaire équivalent à un GMP de 300 (Destais, 2013). Une valeur de point est ensuite incluse. Cette dernière dépend de l'option tarifaire retenue, et de la présence ou non d'une pharmacie à usage intérieur.

Les EHPAD, lors de la signature de leur convention avec l'Assurance maladie, peuvent en effet opter après accord du directeur de l'Agence régionale de santé (ARS), pour une dotation supérieure, couvrant un plus large périmètre : celle-ci est dite « dotation globale », quand la « dotation partielle » se rapporte à un périmètre plus restreint. Ainsi, la dotation globale couvre les consultations d'omnipraticiens, l'ensemble des soins d'auxiliaires médicaux (infirmiers libéraux et masseurs-kinésithérapeutes en particulier), examens de radiologie et de biologie courants. La dotation globale est de fait un transfert implicite de charges des soins de ville et de l'hôpital vers l'enveloppe médico-sociale (Destais, 2013), ce qui justifiera dans quelques pages son exclusion de notre champ. Quatre valeurs de points existent en 2011, en fonction de l'option tarifaire et de la présence d'une pharmacie, permettant le calcul d'une « dotation plafond ».

$$Tarif\ global\ avec\ PUI = 13{,}10 \times [\,GMP + (2{,}59 \times PMP)] \times capacité$$

$$Tarif\ global\ sans\ PUI = 12{,}44 \times [\,GMP + (2{,}59 \times PMP)] \times capacité$$

$$Tarif\ partiel\ avec\ PUI = 10{,}10 \times [\,GMP + (2{,}59 \times PMP)] \times capacité$$

$$Tarif\ partiel\ sans\ PUI = 9{,}55 \times [\,GMP + (2{,}59 \times PMP)] \times capacité$$

Selon l'Igas, « *l'écart entre les valeurs du point en tarif global ou partiel, d'environ 30 %, ne repose sur aucune étude de coûts préalable et reflète surtout le volontarisme d'une politique d'incitation au passage en tarif global, conduite entre 2006 et 2010* » (Destais, 2013)

Contrairement à ce que sa terminologie laisse supposer, le « plafond » en fonction de l'option tarifaire est fréquemment outrepassé, il s'agit davantage d'un objectif que d'une somme maximale attribuable. L'intention d'abaisser les dotations des établissements dépassant le plafond est dite « convergence tarifaire ». Celle-ci est développée dès les décrets de 1999, mais prend toute son ampleur à partir de 2008, pour réduire les inégalités historiques de dotation. Les chiffres de cadrage présentés par la

mission complémentaire d'évaluation du tarif global de soins (Destais, 2013), issus de sources de la CNAMTS et de la CNSA sont comparés aux données présentes dans EHPA (Tableau 57).

Tableau 57 - Répartition des établissements, par option tarifaire et par statut, selon les données Igas et EHPA

Tarif	Global avec PUI		Global sans PUI		Partiel avec PUI		Partiel sans PUI	
Source	Igas	EHPA	Igas	EHPA	Igas	EHPA	Igas	EHPA
Public hospitalier	75 %	81 %	04 %	05 %	65 %	67 %	02 %	02 %
Public non hospitalier	10 %	07 %	35 %	49 %	20 %	17 %	31 %	40 %
Privé à but lucratif	03 %	01 %	28 %	14 %	04 %	06 %	31 %	22 %
Privé à but non lucratif	12 %	11 %	33 %	33 %	11 %	10 %	36 %	37 %
Nombre d'EHPAD	-	1 300	-	850	-	210	-	3 000

Lecture : Alors que les EHPAD publics hospitaliers représentent 75 % des établissements à tarification globale avec une PUI selon le rapport Igas, ils représentent 81 % selon les données EHPA. **Champ** : Ensemble des EHPAD (rapport Igas), EHPAD ouverts au 31 décembre 2011, de France métropolitaine hors Corse (EHPA). **Sources** : Drees (EHPA 2011), Igas (rapport Destais 2013, p22).

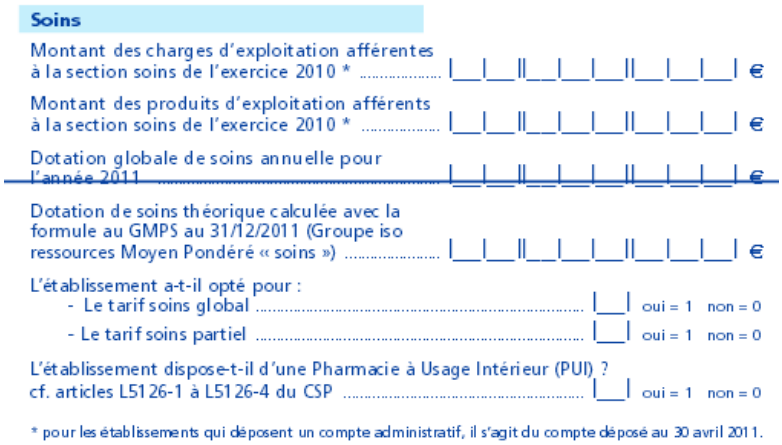
2.3.2.2.2. Qualité de la variable de dotation globale de soins annuelle dans EHPA 2011

Le taux de non-réponse partielle, c'est-à-dire d'établissements répondants du champ qui n'ont pas renseigné la dotation globale de soins annuelle (DGSA) est de 10 % (Figure 16). Avant le redressement de cette non-réponse partielle, la cohérence des valeurs renseignées est vérifiée. Pour cela, le montant de la DGSA est divisé par le besoin d'aide dans l'établissement, dont le calcul est inscrit ci-après.

Pour 90 % des établissements, le montant alors obtenu varie entre 9,82 € et 37,00 € par jour. Lorsque les valeurs sont supérieures à 50 € ou inférieures à 5 €, la DGSA est considérée comme aberrante et mise à blanc, portant la non-réponse partielle à 15 % des EHPAD.

D'autres items du questionnaire permettent le calcul de la dotation plafond : celui-ci renseigne l'option tarifaire et la présence d'une PUI dans la première fiche (Figure 16), le GMP et le PMP validé par l'ARS dans la deuxième (Figure 17).

Figure 16 - Questionnaire EHPA, fiche 1 cadre D, aspects comptables et tarifaires


Soins

Montant des charges d'exploitation afférentes à la section soins de l'exercice 2010 * ..... |__|__||__|__|__||__|__|__| €

Montant des produits d'exploitation afférents à la section soins de l'exercice 2010 * ..... |__|__||__|__|__||__|__|__| €

Dotation globale de soins annuelle pour l'année 2011 ..... |__|__||__|__|__||__|__|__| €

Dotation de soins théorique calculée avec la formule au GMPS au 31/12/2011 (Groupe iso ressources Moyen Pondéré « soins ») ..... |__|__||__|__|__||__|__|__| €

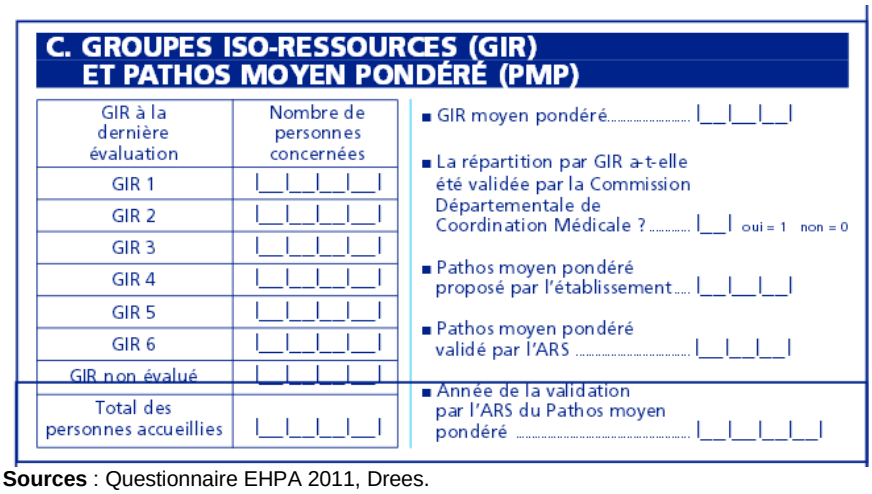
L'établissement a-t-il opté pour :
- Le tarif soins global ..... |__| oui = 1 non = 0
- Le tarif soins partiel ..... |__| oui = 1 non = 0

L'établissement dispose-t-il d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) ? cf. articles L5126-1 à L5126-4 du CSP ..... |__| oui = 1 non = 0

* pour les établissements qui déposent un compte administratif, il s'agit du compte déposé au 30 avril 2011.

Sources : Questionnaire EHPA 2011, Drees.

Figure 17 - Questionnaire EHPA, fiche 2 cadre C, groupes iso-ressources et pathos moyen pondéré



C. GROUPES ISO-RESSOURCES (GIR) ET PATHOS MOYEN PONDÉRÉ (PMP)

GIR à la dernière évaluation	Nombre de personnes concernées
GIR 1	|__|__|__|__|
GIR 2	|__|__|__|__|
GIR 3	|__|__|__|__|
GIR 4	|__|__|__|__|
GIR 5	|__|__|__|__|
GIR 6	|__|__|__|__|
GIR non évalué	|__|__|__|__|
Total des personnes accueillies	|__|__|__|__|

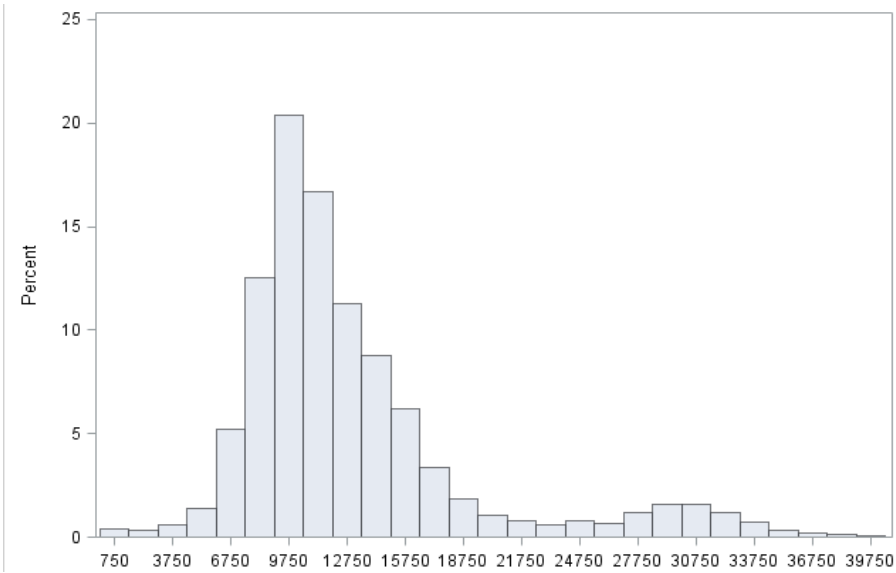
- GIR moyen pondéré..... |__|__|__|
- La répartition par GIR a-t-elle été validée par la Commission Départementale de Coordination Médicale ? ..... |__| oui = 1 non = 0
- Pathos moyen pondéré proposé par l'établissement..... |__|__|__|
- Pathos moyen pondéré validé par l'ARS ..... |__|__|__|
- Année de la validation par l'ARS du Pathos moyen pondéré ..... |__|__|__|__|

Sources : Questionnaire EHPA 2011, Drees.

Cette dotation « plafond », selon les formules précédemment présentées, est recalculée pour l'ensemble des établissements. Or, la dotation plafond théorique est très proche de la DGSA : elle y est en moyenne égale, et la médiane du montant de la DGSA correspond à 98 % de la dotation théorique. Lorsque, rapportée aux besoins tels que précédemment définie, la dotation théorique est comprise entre 5 et 50 €, et que la DGSA est manquante, la dotation théorique remplace la dotation réelle. La non-réponse partielle à corriger s'élève alors à 8 % des établissements.

Une imputation est effectuée par méthode du hot-deck aléatoire. Celle-ci dépend de l'option tarifaire, de la présence ou non d'une PUI, du statut et de la taille de l'EHPAD. Afin d'éviter un effet de taille, c'est la DGSA en fonction du besoin d'aide qui est imputée, pour les 375 établissements non-répondants. La distribution de la DGSA pour l'ensemble des EHPAD en fonction des besoins d'aide est figurée sur le graphique ci-après (Graphique 31).

Graphique 31 - Distribution de la DGSA rapportée aux besoins d'aide de l'établissement



Lecture : Pour 20 % des EHPAD, la DGSA rapportée aux besoins d'aide de l'établissement est proche de 9 750 € par an. **Champ** : 4 695 EHPAD répondants, France métropolitaine hors Corse, fin 2011. **Sources** : Drees (EHPA 2011).

La dotation globale est ainsi estimée à 7,35 milliards d'euros pour l'année 2011. Cette même année, les dépenses de soins en maison de retraite, EHPA et EHPAD, selon les Comptes de la santé, correspondent à 6,91 milliards d'euros. Les données obtenues par EHPA surestiment ce montant de

6,4 % (Zaidman *et al.*, 2014). Les écarts en fonction des statuts juridiques des établissements sont marqués (Tableau 58).

Tableau 58 - Dotations globales assurance maladie et dépenses de l'Assurance maladie en EHPAD, par statut juridique, en milliards d'euros

	Total	Privé lucratif	Privé non lucratif	Public hospitalier	Public non hospitalier
DGSA (EHPA)	7,350	1,104	1,816	2,550	1,880
DGSA (Comptes)	6,910	1,266	1,735	3,909	
Écart (%)	6,37 %	-12,75 %	4,66 %	13,33 %	

Lecture : 7,350 milliards d'euros sont consacrés à la DGSA dans les EHPAD, selon l'enquête EHPA 2011, soit 6,37 % d'écart avec les Comptes de la Santé. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011, en France métropolitaine hors Corse (EHPA) ou France entière (Comptes). **Sources** : Drees (EHPA 2011, Comptes de la santé 2011).

L'écart est cependant raisonnable, et en l'absence d'autres données déclinables par département, conduit à mobiliser l'enquête. La qualité des Comptes de la santé, comparée à celle d'EHPA n'est pas expertisable, les données de l'enquête EHPA sont utilisées dans l'étude, sans utiliser de coefficient de redressement.

2.3.2.2.3. Méthodologie de calcul de la dépense de l'Assurance maladie, sur le champ professionnel retenu

En incluant ou non les rémunérations d'auxiliaires libéraux, le matériel médical, et des professions qui ne font pas partie du champ, les médecins en particulier, la DGSA obtenue précédemment couvre un périmètre plus large que celui du chapitre. Plusieurs étapes permettent cependant d'obtenir une estimation des dépenses relatives au champ fixé.

La première étape vise à neutraliser l'effet de l'option tarifaire choisie, à partir des formules de calcul des dotations plafond. La nature des charges ajoutées dans l'option tarifaire globale sort en effet du périmètre fixé, par exemple la rémunération de professionnels libéraux. Dans chaque établissement, est estimée une dotation fictive comme si celui-ci était en tarif partiel sans pharmacie à usage intérieur. Le calcul pour un EHPAD optant pour un tarif global avec PUI est inscrit pour exemple ci-après.

$$Tarif\ partiel\ sans\ PUI = tarif\ global\ avec\ PUI \times \frac{9{,}55}{13{,}10}$$

Les DGSA ainsi obtenues seraient de 6,34 milliards d'euros en 2011, soit 86 % du total des dotations renseignées dans l'enquête.

La deuxième étape permet de restreindre la DGSA aux dépenses de personnel. Les dotations de l'Assurance maladie n'incluent pas uniquement la rémunération de personnel, mais aussi du petit matériel et des fournitures (gants, garrots, sondes etc.), définis par arrêté du 30 mai 2008 (JORF, 2008a), ou de matériel médical amortissable (chariot de soins, déambulateur etc.), défini par le même arrêté. Comme c'est le cas pour la section tarifaire dépendance, les données DADS et SIASP permettent d'estimer les dépenses relatives au personnel de l'établissement. Contrairement à la démarche précédemment suivie, les calculs sont réalisés par statut juridique : les différentiels de salaires entre les fonctions, par exemple médecin et aide-soignant justifient cette différence. Surtout, la répartition des postes en fonction des qualifications varie en fonction des statuts : les aides-soignants représentent 67 % des ETP en EHPAD hospitalier, contre 52 % dans les EHPAD privés à but lucratif. Inversement, les aides médico-psychologiques représentent une part du personnel plus importante dans les EHPAD privés lucratifs que dans les EHPAD publics, respectivement 19 et 3 %.

Certaines fonctions ne sont pas affectées en totalité à la DGSA, c'est le cas des aides médico-psychologiques et des aides-soignants : 70 % de leur rémunération relève de la section tarifaire : seul 70 % du montant est inclus (Tableau 59).

Tableau 59 - Dotations globales assurance maladie et dépenses de personnel en EHPAD, par statut juridique, en milliards d'euros

	Total	Privé lucratif	Privé non lucratif	Public hospitalier	Public non hospitalier
DGSA en tarif partiel sans PUI	6,35	1,05	1,66	1,95	1,70
Masse salariale	5,92	0,95	1,35	2,16	1,43
Part de la masse salariale	93 %	90 %	82 %	111 %	84 %

Lecture : En EHPAD privé à but lucratif, 90 % de la DGSA sont consacrés à la rémunération des salariés. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011, en France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Drees (EHPA 2011), Insee (DADS 2011 et SIASP 2011).

La dotation globale, si l'ensemble des établissements était en tarif partiel sans PUI et que les dépenses n'incluaient que l'aide humaine, serait de 5,89 milliards d'euros.

La masse salariale supérieure à la DGSA pour les EHPAD publics hospitaliers est expliquée d'abord par l'importance des établissements sous dotation globale avec pharmacie à usage intérieur, ce sont essentiellement ces établissements qui ont été transformés lors de l'étape précédente. Le parcours plus fluide du questionnaire entre l'hôpital et l'EHPAD pourrait également en être une explication. Le petit matériel médical ou le matériel médical amortissable pourraient être financés directement par la structure hospitalière, sans que les coûts soient imputés à l'établissement lui-même. Surtout, ce sont principalement ces établissements dont la dotation est supérieure au plafond, et qui sont sous convergence tarifaire.

La dernière étape vise à exclure les fonctions définies comme hors du champ du chapitre : le personnel médical et d'encadrement. Le montant inclus dans le champ correspond, tous EHPAD confondus, à 93 % de la masse salariale (Tableau 60).

Tableau 60 - Dotations globales assurance maladie selon EHPA dépenses de personnel hors personnel médical et d'encadrement, en milliards d'euros

	Total	Privé lucratif	Privé non lucratif	Public hospitalier	Public non hospitalier
DGSA en tarif partiel sans PUI	6,35	1,05	1,66	1,95	1,70
Masse salariale du champ	5,23	0,81	1,19	1,92	1,70
Part de la masse salariale	82 %	78 %	72 %	98 %	77 %

Lecture : En EHPAD privé à but lucratif, 78 % de la DGSA est consacré à la rémunération des salariés inclus dans le chapitre. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011, en France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Drees (EHPA 2011), Insee (DADS 2011 et SIASP 2011).

La part de la masse salariale du champ, par statut, permet d'obtenir, par établissement, les dépenses de l'Assurance maladie relatives aux personnels. Elles sont, au niveau national, de 5,23 milliards d'euros.

2.3.2.2.4. DGSA, relative au département d'origine des résidents

La dépense de l'Assurance maladie n'est pas directement comparable aux données financières des Conseils départementaux. Comme pour le nombre d'heures, la DGSA doit être calculée non pas en fonction du département où est localisé l'établissement financé, mais aux départements d'origine de l'ensemble des personnes y résidant. Selon le même procédé, les dotations sont calculées par résident, en fonction du niveau de dépendance, puis sommées selon le département précédent l'entrée en établissement.

Le chiffre national en est inchangé, les sommes départementales sont par contre transformées.

Conclusion du chapitre

Pour chaque acteur, aides à domicile et auxiliaires de vie sociale, infirmiers libéraux et services de soins infirmiers à domicile, ou encore EHPAD, nous disposons à présent d'une base de donnée départementale renseignant le nombre d'heures et la dépense publique, au cours de l'année 2011. Ce recensement est réalisé à partir de sources plurielles, ce qui implique des approximations et une moins bonne précision. Cependant, aucune source unique ne référence tous ces éléments localement, malgré leur intérêt relativement à la connaissance de l'offre.

L'offre étudiée ne cible pas ici les bénéficiaires de l'APA et n'est donc pas sensible au non-recours à la prestation, dès lors qu'un professionnel intervient : si une personne dépendante fait appel uniquement à des professionnels paramédicaux, les heures dont elles bénéficient seront incluses dans la mesure de l'offre.

Tout l'intérêt réside à présent dans l'exploitation de cette nouvelle base de données : le chapitre 6 offre une approche inédite de la répartition des acteurs et de l'adéquation entre activité des professionnels et besoins des personnes à l'échelle départementale.

CHAPITRE 6

ENJEUX ÉCONOMIQUES, POLITIQUES ET SOCIAUX DES SUBSTITUTIONS ENTRE PROFESSIONNELS ET FINANCEURS

Enjeux

Le chapitre précédent a évalué à 700 millions les heures passées par les professionnels auprès de personnes âgées, dans le cadre de l'accompagnement de leur dépendance en 2011. Cette même année, 12,5 milliards d'euros sont consacrés par les pouvoirs publics au financement de cette aide humaine.

Ce volume est mis en regard des besoins administrativement reconnus, établissant que 58 % d'entre-eux sont couverts par l'intervention des professionnels.

Alors que les aides à domicile et auxiliaires de vie sociale, les services de soins infirmiers à domicile et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont répartis de façon relativement homogène, les infirmiers libéraux sont les moins bien répartis spatialement, au regard des heures qu'ils dispensent.

Les intervenants professionnels sont présents de manière hétérogène sur le territoire. En conséquence, la déclinaison locale des résultats montre qu'entre 37 et 95 % des besoins recensés sont couverts par l'intervention des professionnels.

Ces mesures sont déclinées par types d'intervenants : aides à domicile et auxiliaires de vie sociale, infirmiers libéraux et SSIAD, EHPAD sont ainsi distingués. La disponibilité départementale des mesures permet d'identifier des systèmes spatialement différenciés d'accompagnement : en fonction de l'endroit dans lequel vit la personne, les professionnels disponibles pour elle sont variables. Ce chapitre offre une analyse géographique inédite des disparités d'accompagnement.

De ces constats, résulte une inégalité dans l'accompagnement auquel la personne âgée a plutôt accès, selon le territoire où elle vit : alors que les personnes âgées des départements du littoral méditerranéen recourront plutôt à un infirmier libéral, celles de Lozère rejoignent plus fréquemment un EHPAD. En conséquence, l'équilibre entre la solidarité nationale et les solidarités locales varie selon le département. L'efficacité des politiques nationales de péréquation impulsées par la Caisse nationale de solidarité pour l'automne (CNSA) à atteindre leur but est alors questionnée.

INTRODUCTION DU CHAPITRE **323**

1. BILAN NATIONAL **324**

1.1. En France, les professionnels couvrent par leur activité 58 % des besoins des personnes âgées relatifs à leur dépendance **324**

1.2. Des moyens humains équitablement répartis entre domicile et EHPAD, et une dépense publique plus importante en institution **325**

2. QUELLE GÉOGRAPHIE DE L'ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL DE LA DÉPENDANCE ? **328**

2.1. Choisir les indicateurs d'adéquation de l'activité aux besoins **328**

2.2. Couverture des besoins et écarts à la moyenne : résultats départementaux par catégorie de professionnels **337**

2.3. Une substitution entre professionnels confirmée : un accompagnement qualitativement différencié selon les départements **344**

3. UNE REMISE EN CAUSE DE L'ÉQUITÉ TERRITORIALE ? **347**

3.1. Une inégalité d'accompagnement en fonction du lieu où réside la personne **347**

3.2. Des services pour éviter les substitutions ? **351**

3.3. Des Conseils départementaux inégalement financeurs **352**

3.4. Les péréquations nationales : enjeux **353**

CONCLUSION DU CHAPITRE **361**

Introduction du chapitre

Ce chapitre exploite la base construite précédemment à partir des données de la Drees, de l'Insee, de l'Ircem et de l'Assurance maladie. Celles-ci ont permis de quantifier l'offre d'abord en nombre d'heures passées par des professionnels auprès des personnes âgées dépendantes, et ensuite par la dépense publique correspondant à cette aide humaine. Les résultats présentés ici dépendent donc des choix méthodologiques précédemment effectués : la restriction du champ de l'analyse à l'aide humaine aux personnes âgées, la limitation à certaines professions à domicile et en établissement et la sélection des sources utilisées. Outre des résultats nationaux et agrégés, les données se déclinent :

- par lieu de vie : domicile ou établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- par acteur au sein du lieu de vie : aides à domicile et auxiliaires de vie sociale, infirmiers libéraux et services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), EHPAD ;
- par financeur : Conseils départementaux ou Assurance maladie ;
- par département. Pour chacun d'eux, deux calculs sont entrepris. D'abord, l'activité auprès des personnes âgées dépendantes présentes dans le département à la fin 2011 est renseignée. Ensuite, l'activité auprès des personnes âgées dépendantes dont le domicile de secours est situé dans le département est investiguée. Ainsi, le personnel accompagnant une personne parisienne qui entre en EHPAD en Seine-et-Marne sera comptabilisé d'abord comme Seine-et-marnais, ensuite comme Parisien.

Le chapitre rend compte des résultats nationaux et locaux, en se focalisant sur deux problématiques centrales. D'abord, l'adéquation de l'offre aux besoins. Ceux-ci sont estimés en fonction de l'âge puis à partir de la reconnaissance administrative de la dépendance. Ensuite, l'équité de l'accompagnement sur les territoires, selon le volume horaire et la dépense publique.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) verse annuellement des subventions aux Conseils départementaux dans le cadre de sa participation financière à l'APA. Ces subventions sont déterminées en fonction de critères de répartition définis par décret, afin de garantir l'équité sur les territoires. Elles sont incluses en fin de chapitre. L'effet de cette péréquation sur les équilibres financiers entre Assurance maladie et Conseils départementaux, et donc entre solidarité nationale et solidarités locales sont instructives. Cela permet également d'observer dans quelles mesures la CNSA atteint les objectifs d'équité territoriale qu'elle s'est fixée.

Ce chapitre vise à éclairer principalement deux hypothèses posées en introduction de cette thèse : la première est relative à l'équité territoriale de l'offre actuellement proposée, et la deuxième, consacrée à la tension entre la décentralisation de l'action sociale et la garantie de l'équité nationale.

1. Bilan national

1.1. En France, les professionnels couvrent par leur activité 58 % des besoins des personnes âgées relatifs à leur dépendance

La base de données élaborée au chapitre précédent mesure l'activité des professionnels de l'accompagnement de la dépendance, en nombre d'heures et en dépense publique. Les données départementales sont agrégées pour l'ensemble de la France métropolitaine, hors Corse.

Les 708 millions d'heures obtenus pour l'année 2011 montrent une importante activité auprès des personnes : celle-ci représente annuellement 440 000 emplois à temps plein. Au-delà, cette mesure de l'aide humaine prend tout son sens lorsqu'elle est mise en regard des personnes, ou plus précisément des besoins des personnes âgées dépendantes.

Utiliser une limite d'âge est l'approche la plus simple. Usuellement sur ce champ, celle-ci est établie à 75 ans (chapitre 1). Puisque la France métropolitaine, hors Corse, compte 5,7 millions de personnes âgées de 75 ans ou plus en 2011 (Insee), l'activité des professionnels équivaut à une moyenne de 124 heures par personne et par an. Cependant, toutes les personnes de 75 ans ou plus ne sont pas dépendantes ni aidées par des professionnels et inversement, des personnes âgées de moins de 75 ans peuvent avoir des incapacités leur ouvrant le droit aux prestations de compensation telles l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Une évaluation plus fine des besoins est entreprise. Elle s'appuie sur la reconnaissance administrative de la dépendance. Les personnes sont en France distinguées en six groupes iso-ressources (GIR), suivant leur degré de dépendance et en ordre inverse de gravité : les personnes classées en GIR 6 sont autonomes, quand celles en GIR 1 sont les plus dépendantes ; seules les personnes en GIR 1 à 4 sont considérées comme dépendantes. Il est possible d'affecter à chaque personne, en fonction de son GIR, un nombre de points, reflétant sa dépendance (chapitre 1). Un GIR 1 correspond à 1 000 points, quand un GIR 4 équivaut à 420 points. Il n'est pas possible de vérifier que l'accompagnement est conforme aux besoins individuels, mais nous pouvons déterminer si la réponse aux besoins est conforme à la manière dont ils sont administrativement reconnus. Les biais relatifs à la reconnaissance des besoins par la grille AGGIR (chapitre 1) ne peuvent être corrigés.

En EHPAD, l'enquête EHPA 2011 (Drees) détaille pour chaque résident son niveau de dépendance, permettant une estimation nationale des effectifs par GIR. À domicile, et faute d'autres données disponibles, l'estimation des besoins s'appuie sur les bénéficiaires de l'APA à domicile (APA-D). Dans la suite du chapitre, la population âgée administrativement reconnue dépendante correspond aux résidents en EHPAD évalués en GIR 1 à 4 et aux bénéficiaires de l'APA à domicile (APA-D). Leur dépendance moyenne est approchée par le GIR moyen pondéré (GMP) : celui-ci additionne l'ensemble des points-GIR, divisés ensuite par le nombre de personnes dépendantes. En France métropolitaine, le GMP est de 639 en 2011.

Un des avantages de l'utilisation des GIR est qu'ils permettent d'évaluer le temps d'aide dont la personne a besoin pour pallier ses incapacités. Les « GIR 1 » ont ainsi besoin d'un équivalent temps plein (ETP), quand les « GIR 2 » en requièrent 0,84. Les points-GIR précédemment obtenus peuvent donc être « convertis » en heures d'aide humaine théoriquement nécessaire pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Conformément au temps de travail légal, un ETP représente 1 607 heures par an (chapitre 5). Ainsi, les 750 millions de points-GIR impliqueraient un besoin d'aide humaine de 1 203 millions d'heures.

Au niveau national, 58 % des besoins administrativement reconnus seraient couverts par l'intervention des professionnels, auxiliaires de vie, aides à domicile, SSIAD, infirmiers libéraux et EHPAD.

1.2. Des moyens humains équitablement répartis entre domicile et EHPAD, et une dépense publique plus importante en institution

Au cours de plusieurs entretiens, l'insuffisance de l'aide à domicile est soulignée.

> « *Les mass-médias n'aident pas non plus. Ils parlent de maintien à domicile puisque c'est ce qui est prôné avant tout, plutôt que d'aller en établissement* », mais les personnes sont ensuite surprises par le peu d'aides auxquelles elles ont droit pour permettre leur maintien à domicile.
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Loire-Atlantique, mai 2014**

Henrard et Vedel soulignent, en lien avec la fragmentation du système d'accompagnement de la dépendance, une inégalité de moyens entre les institutions et le domicile, où résident pourtant la majorité des personnes dépendantes (Henrard et Vedel, 2003).

En ce qui concerne les moyens humains dédiés, les personnes âgées en EHPAD bénéficient de la moitié des heures (Tableau 61), alors qu'elles ne représentent que quatre personnes âgées administrativement reconnues dépendantes sur dix.

Cependant, les incapacités des personnes âgées en EHPAD sont plus importantes qu'à domicile, et le besoin d'aide humaine qui en découle également. Le degré moyen de dépendance, le GMP, est différent en fonction du lieu de vie : il est de 561 à domicile et de 752 en EHPAD.

Si le nombre d'heures est plus important en EHPAD, c'est parce que la dépendance des résidents y est nettement plus lourde qu'à domicile.

Ainsi, la répartition de l'aide humaine apportée aux personnes âgées dépendantes en fonction du lieu de vie est similaire à celle attendue d'après les heures théoriques calculées à partir des points-GIR. Les personnes âgées dépendantes en EHPAD auraient besoin de 49 % de l'aide humaine, et en 2011, elles reçoivent effectivement 47 % des heures réalisées. La répartition du temps d'aide humaine entre domicile et EHPAD est donc plutôt favorable au domicile, au regard des besoins recensés.

Tableau 61 - Répartition des personnes, des heures théoriques et des heures observées, à domicile et en EHPAD

	Domicile	EHPAD	Total
Nombre de bénéficiaires	696 419	495 339	1 191 758
Part des personnes âgées dépendantes	58,4 %	41,6 %	100 %
GIR moyen pondéré (GMP)	561	752	640
Part des heures théoriques	51,2 %	48,8 %	100 %
Part des heures observées	52,8 %	47,2 %	100 %
Part des dépenses observées	46,8 %	53,2 %	100 %

Lecture : 59,4 % des personnes âgées administrativement reconnues dépendantes résident à domicile. **Champ** : France métropolitaine, hors Corse, personnes évaluées en GIR 1 à 4 par des évaluateurs APA ou des gestionnaires d'EHPAD. **Sources** : Base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM).

L'écart entre les besoins recensés selon le lieu de vie d'une part, et la dépense publique qui leur est consacrée de l'autre, est de plusieurs points. Alors que 53 % des heures sont réalisées à domicile, elles représentent 47 % de la dépense publique. Deux facteurs éclairent cette différence.

D'abord, le montant de la rémunération varie entre les professionnels. Les aides à domicile et auxiliaires de vie sociale qui effectuent la plupart des heures à domicile, ont des salaires bruts horaires moyens inférieurs à 10 € quand ceux observés pour les aides-soignantes, les aides médico-psychologiques ou les agents de services en EHPAD dépassent légèrement 14 € (DADS, 2011).

Ensuite, la différence entre domicile et EHPAD dépend de la hauteur de la prise en charge financière par les pouvoirs publics. Par exemple, pour l'APA, l'application d'un ticket modérateur à domicile implique un coût horaire moyen pour les Conseils départementaux de 12 €, contre 16 € en EHPAD[42], où la plupart des résidents n'ont pas à s'acquitter d'un ticket modérateur (chapitre 5).

La déclinaison des heures par type d'intervenant permet d'affiner l'analyse (Graphique 32). Le graphique offre une image inédite à notre connaissance de l'équilibre entre professionnels paramédicaux et médico-sociaux, dans l'accompagnement médico-social de la dépendance des personnes âgées, à domicile et en EHPAD.

À domicile, les intervenants médico-sociaux réalisent deux tiers des heures, un tiers incombant aux professionnels paramédicaux, SSIAD et infirmiers. En EHPAD, cette répartition est inversée. Ce sont les professionnels médico-sociaux qui réalisent un tiers des heures, quand les paramédicaux en effectuent les deux tiers. Les professionnels accompagnant la dépendance ne sont donc pas les mêmes à domicile et en EHPAD. Dans ces derniers, la dépendance importante des résidents exigerait un accompagnement par des professionnels plus qualifiés.

La dépense publique est à son tour déclinée en fonction du lieu de vie de la personne et du type de professionnels, dont le financement incombe à deux institutions distinctes (Graphique 33). Les Conseils départementaux assurent le financement de l'APA, à domicile et en établissement. L'Assurance maladie participe au financement des EHPAD et prend en charge les coûts des infirmiers libéraux et des SSIAD. Les dépenses d'assurance maladie relatives au secteur médico-social sont définies par l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie, l'ONDAM médico-social, annuellement établi par la loi de financement de la Sécurité sociale (chapitre 2).

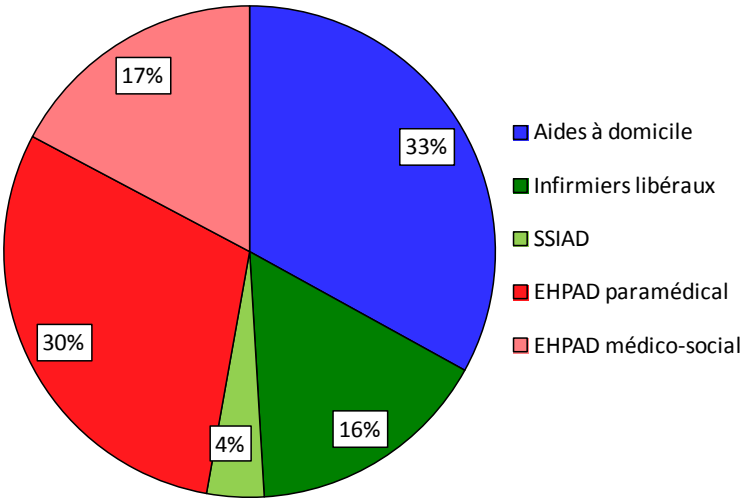
Combinant le montant de la dépense publique et les heures d'accompagnement proposées, le coût horaire moyen est disponible dans le Tableau 62. Il confirme des coûts horaires sont plus élevés en EHPAD qu'à domicile, avec respectivement 20,0 et 15,5 euros de dépense publique par heure. Ceci se vérifie pour chacun des financeurs. Ainsi, une heure passée par un personnel paramédical auprès d'une personne âgée dans le cadre de l'accompagnement de la dépendance de celle-ci équivaut à 23,8 €, contre 21,4 € pour les infirmiers et SSIAD à domicile.

Surtout, ce tableau montre le coût horaire nettement plus important des heures financées par l'Assurance maladie, par rapport aux heures financées par le département. En moyenne, sans tenir compte du lieu de vie de la personne, une heure d'intervention financée par le Conseil départemental représente 12,4 € de dépense publique, quand une heure financée par l'Assurance maladie équivaut à 22,9 €. Outre le montant supérieur de rémunération des professionnels en lien avec leur qualification, les interventions financées par l'Assurance maladie ne font pas l'objet d'une participation des bénéficiaires, contrairement aux heures financées par les départements.

[42] Afin d'obtenir le coût horaire en EHPAD, les 2,01 milliards d'euros consacrés au financement de l'aide humaine via APA en établissement sont rapportés aux 76 000 équivalents temps-pleins de professionnels qu'ils permettent de financer, soit à 122 millions d'heures. Le coût horaire moyen à domicile est celui présenté au chapitre 5.

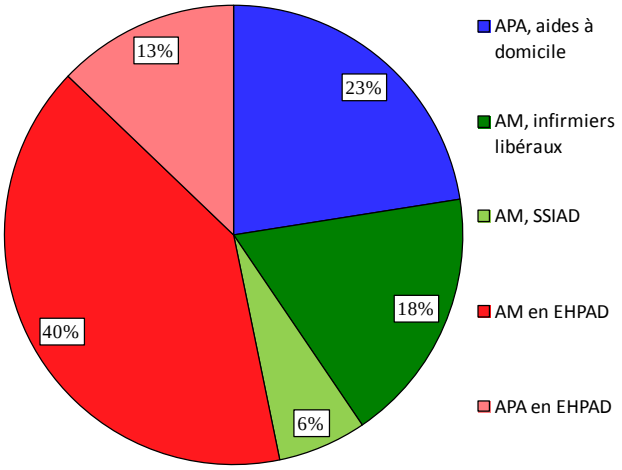
C'est donc surtout la différence entre financement par l'Assurance maladie et par les Conseils départementaux, étant donné la part des heures qu'ils représentent respectivement à domicile et en EHPAD, qui implique des dépenses plus importantes en institution.

Graphique 32 - Répartition heures d'accompagnement par type d'acteurs, en 2011



Lecture : Les EHPAD assurent 47 % des heures auprès des personnes âgées dans le cadre de l'accompagnement de leur dépendance, au cours de l'année 2011, en leur sein, 30 % des heures sont assurées par du personnel paramédical, comme des infirmiers ou aides-soignants et 17 % par du personnel social ou médico-social comme les agents de services ou les aides médico-psychologiques. **Champ** : Nombre d'heures auprès de la population dépendante au cours de l'année 2011. **Sources** : Base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM).

Graphique 33 - Répartition de la dépense publique par type d'acteurs, en 2011



Lecture : La dépense des Conseils départementaux dans le cadre de l'APA à domicile représente 23 % de la dépense totale. AM est figuré sur le graphique pour Assurance maladie. **Champ** : Dépense publique pour la population dépendante au cours de l'année 2011. **Sources** : Base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM).

Tableau 62 - Évaluation du coût horaire pour les institutions publiques, par acteur

Champ	Heures, en millions	Dépense publique, en millions d'euros	Coût horaire
Aides à domicile et auxiliaires de vie sociale	235	2 804	11,9 €
Infirmiers libéraux et SSIAD	141	3 022	21,4 €
Personnel médico-social en EHPAD	121	1 601	13,2 €
Personnel paramédical en EHPAD	211	5 029	23,8 €
Accompagnement à domicile	376	5 826	15,5 €
Accompagnement en EHPAD	332	6 630	20,0 €
Heures financées par l'Assurance maladie	352	8 051	22,9 €
Heures financées par les Conseils départementaux	356	4 405	12,4€
Ensemble de l'offre	708	12 456	17,6 €

Lecture : L'activité des aides à domicile et auxiliaires de vie sociale auprès des personnes âgées dépendantes est évaluée à 235 millions d'heures, et 2 804 millions d'euros de dépense publique. Le coût horaire déduit s'élève à 11,9 € par heure. **Champ** : Dépense publique pour la population dépendante au cours de l'année 2011. **Sources** : Base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM).

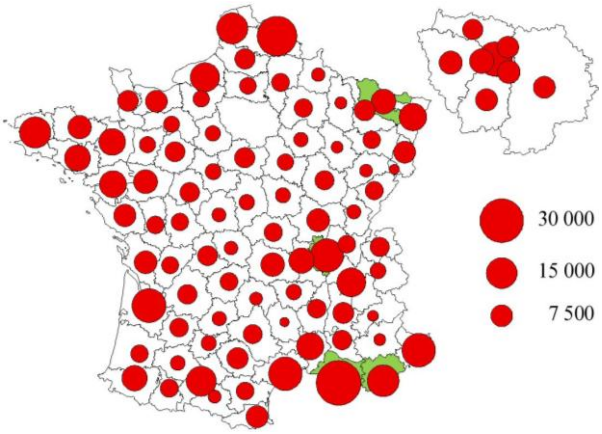
Cette analyse nationale par catégories de professionnels montre la plus-value de l'élaboration de la base de données. Cependant, c'est dans sa dimension territoriale, et par la déclinaison départementale de ses résultats, que celle-ci révèle toute sa richesse.

2. Quelle géographie de l'accompagnement professionnel de la dépendance ?

2.1. Choisir les indicateurs d'adéquation de l'activité aux besoins

La cartographie départementale des heures passées par les professionnels auprès des personnes âgées dépendantes, incluant le personnel qui intervient en EHPAD et au domicile, offre une première image de la répartition de l'activité en direction de ce public sur les territoires. Le nombre d'heures d'accompagnement professionnel est présenté en fonction du département du domicile de secours de la personne qui en bénéficie (Carte 53). Le Nord, Paris ou les Bouches-du-Rhône ont le nombre d'heures le plus important, quand des départements comme les Hautes-Alpes, la Lozère ou l'Ariège enregistrent un accompagnement professionnel plus restreint : cette cartographie reflète pour l'essentiel la localisation de la population, mais pas uniquement. En témoignent les disques de taille variable entre les Bouches-du-Rhône et le Rhône, ou entre le Var et la Moselle, qui abritent pourtant une population équivalente.

Carte 53 - Nombre d'heures d'accompagnement professionnel en 2012, en fonction du département du domicile de secours, en milliers



Lecture : Le diamètre des disques est proportionnel au nombre d'heures. Les départements des Bouches-du-Rhône, de la Moselle, du Rhône et du Var, cités dans l'analyse, sont colorés en vert. **Champ** : Nombre d'heures auprès de la population dépendante au cours de l'année 2011. **Sources** : Base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM).

L'objectif du chapitre est de mesurer à quel point l'accompagnement est équitable sur les territoires. Or, il est logique qu'une population plus importante requière davantage d'heures. Pour compenser l'effet de taille de la population, l'offre doit être comparée aux besoins, qui ne sont pas ici pris en compte. Il faut pour cela estimer ces derniers à l'échelle locale.

2.1.1. Évaluer les besoins sur les territoires

L'évaluation individuelle de la dépendance est délicate, celle-ci résultant de multiples facteurs (chapitre 1). Établir une mesure départementale des besoins est d'autant plus complexe. Cette mesure peut être approchée par le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus, ce qui est simple de calcul et immédiat pour la compréhension, ou sur les besoins déduits des données des Conseils départementaux et des gestionnaires d'établissement, mesure plus précise mais dont certains biais ne peuvent être corrigés. Ces deux estimations sont successivement reprises ci-après.

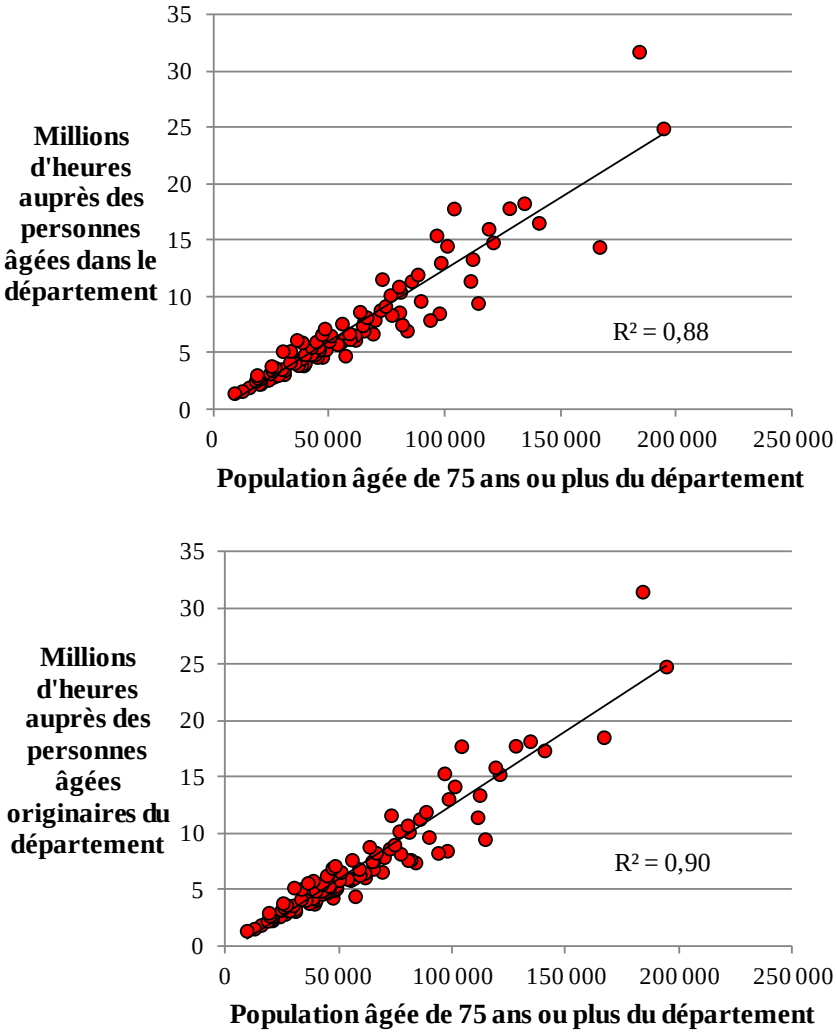
2.1.1.1. Rapporter les heures d'accompagnement au nombre de personnes âgées, en fixant une limite d'âge

Les heures effectuées auprès des personnes résidant dans les départements sont rapportées aux populations âgées de 75 ans ou plus de ceux-ci. La corrélation (R^2) entre le volume de l'activité auprès des personnes dépendantes résidant fin 2011 dans le département et le nombre de personnes âgées est de 88 % (Graphique 34).

Paris, avec moins de quinze millions d'heures pour 160 000 personnes, fait partie des départements dans lesquels le nombre d'heures rapporté à la population est le plus faible. À l'inverse, les Bouches-du-Rhône, avec plus de trente millions d'heures pour 200 000 personnes, enregistrent une activité importante par rapport à leur population. Entre les Hauts-de-Seine et les Bouches-du-Rhône, le nombre d'heures varie du simple au double : il oscille entre 82 et 173 heures par an et par personne âgée de 75 ans ou plus (Carte 54).

Les heures effectuées auprès des personnes dont le domicile de secours est dans le département sont à présent rapportées aux populations départementales. Comme attendu, la corrélation en est améliorée, le R^2 progresse légèrement. Cependant l'écart entre les valeurs minimale et maximale reste identique : elles varient du simple au double.

Graphique 34 - Nombre d'heures d'intervention des professionnels et population âgée du département, en 2011

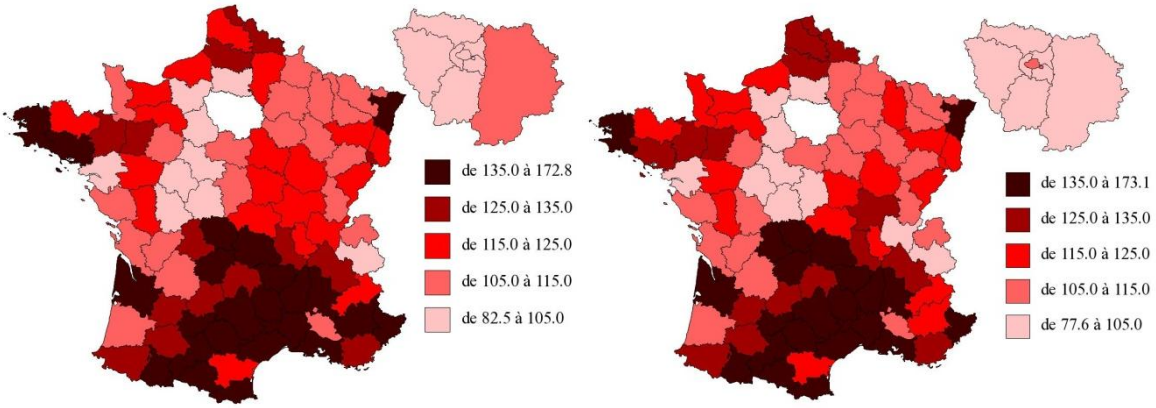


Lecture : Chaque disque représente un département. Le Nord compte près de 200 000 personnes âgées et une intervention des professionnels dans le département de 25 millions d'heures par an. L'intervention auprès de personnes âgées dont le domicile de secours est le département, que celles-ci y résident ou non, est équivalente avec également 25 millions d'heures. **Champ** : Nombre d'heures auprès de la population dépendante au cours de l'année 2011. **Sources** : Insee (recensement de la population, 2010), base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM). **Source cartographique** : Arctique.

Le nombre d'heures auprès de personnes âgées du département de l'Oise est minimal, avec 78 heures par personne et par an. Les Hautes-Pyrénées, les Bouches-du-Rhône et l'Hérault enregistrent tous trois au moins 170 heures. Le R^2, mesurant qualité de la corrélation, est de 90 %, confirme que l'activité par rapport à la population âgée se répartit de manière relativement homogène entre les territoires.

Carte 54 - Nombre d'heures d'accompagnement professionnel de la dépendance par personne âgée de 75 ans ou plus et par an, par département, en 2011

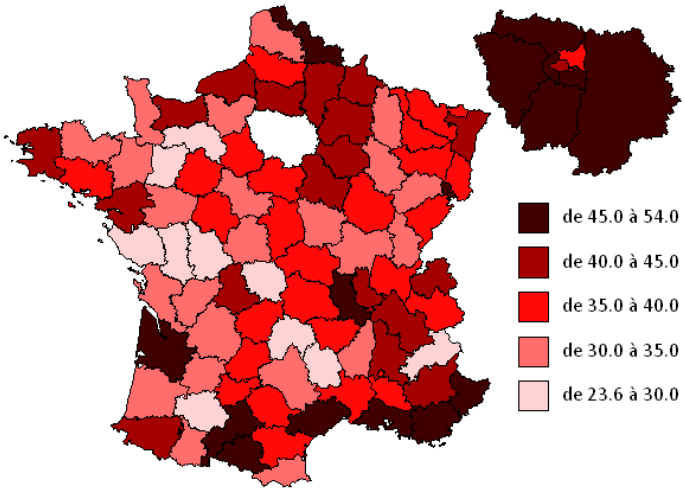
En fonction du département d'accueil **En fonction du département d'origine**



Lecture : En Val-de-Marne, le nombre d'heures rapporté à la population âgée est inférieur à 105 par an, que l'on considère l'activité dans le département ou auprès des personnes âgées dont c'est le département d'origine. **Champ** : Nombre d'heures auprès de la population dépendante au cours de l'année 2011. **Sources** : Insee (recensement de la population, 2010), base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM). **Source cartographique** : Arctique.

Cette mesure des besoins par l'âge contient cependant plusieurs biais (chapitre 1). D'abord, elle considère la dépendance de manière binaire : tout se passe comme s'il n'existait pas de dépendance avant 75 ans et que l'ensemble des personnes âgées une fois passée cette limite d'âge l'était. Or, les situations de dépendance rencontrées varient en fonction de l'âge.

Carte 55 - Prévalence de la pathologie Alzheimer et autres démences, chez la population âgée de 75 ans ou plus, en France métropolitaine (‰)



Lecture : Dans les départements figurant dans la couleur la plus foncée, la pathologie Alzheimer ou les autres démences concernent au moins 45 personnes de 75 ans ou plus sur 1 000. **Champ** : Personnes diagnostiquées et déclarées comme relevant de l'affection de longue durée n° 15, en France métropolitaine, en 2011 **Sources** : Irdes (base éco-santé), Insee (recensement de la population, 2011).

Ce biais, déjà souligné au niveau national, se pose avec davantage d'acuité au niveau local, puisque les situations de dépendance selon l'âge varient par département. En témoignent les nombreux travaux développés sur les inégalités sociales de santé, ou l'Atlas de la santé en France, consacré dans son volume premier aux causes de décès (Salem *et al*, 2000) et dans son volume suivant aux

comportements et maladies (Salem *et al*, 2006). Par exemple, les prévalences des pathologies les plus souvent rencontrées par les personnes âgées sont spatialement différenciées. La prévalence de la maladie d'Alzheimer et des autres démences est deux fois plus élevée dans les Alpes-Maritimes que dans les Deux-Sèvres (Carte 55).

Les inégalités sociales de santé conduisent à des besoins différenciés sur les territoires. L'activité réalisée par les professionnels pourrait en conséquence être variable selon les départements, pour une population âgée équivalente (chapitre 1).

2.1.1.2. Appuyer l'évaluation des besoins sur la reconnaissance administrative de la dépendance

En EHPAD, l'enquête EHPA 2011 détaille pour chaque résident la localisation de son précédent lieu de vie et celle de l'EHPAD où il réside fin 2011. L'enquête est exhaustive et permet de décliner par GIR tous les résidents présents en 2011. Puisque la pondération de l'enquête réalisée dans le cadre de notre travail de thèse est départementale, les résultats sont aisément calculés à cette échelle (prologue méthodologique).

À domicile, une telle enquête ne peut être entreprise avec une représentativité locale suffisante, eu égard au nombre de personnes qu'elle concernerait. Comme au niveau national, l'estimation des besoins s'appuie donc sur la population administrativement reconnue dépendante, c'est-à-dire sur les bénéficiaires de l'APA à domicile.

À domicile comme en EHPAD, les chiffres obtenus font suite à une évaluation des personnes par des professionnels. Ainsi, à domicile, un évaluateur APA, le plus souvent un travailleur social ou un infirmier, s'est rendu chez la personne pour apprécier son degré de dépendance (chapitre 1).

Cette mesure présente deux intérêts. D'abord, elle est similaire à domicile et en EHPAD, et permet de disposer d'un indicateur départemental des besoins unique. Ensuite, comme au niveau national, l'évaluation des besoins peut être pondérée par l'ampleur de la dépendance, puisque les GIR reflètent un besoin d'aide. L'enquête relative aux bénéficiaires de l'aide sociale départementale et l'enquête EHPA 2011 déclinent leurs résultats par GIR : le niveau de dépendance est intégré. Cette mesure est actuellement la plus fine à l'échelle locale. Dans chaque département, le besoin théorique est déterminé en points-GIR, un GIR 1 correspondant par exemple à 1 000 points.

Le deuxième intérêt de cet indicateur est de référencer les besoins en fonction du département dans lequel la personne réside fin 2011 mais aussi selon le département de son domicile de secours[43]. Cette distinction n'est pas anodine notamment en EHPAD, lorsque les changements de département à l'entrée en établissement sont importants (chapitre 8).

Cet indicateur de reconnaissance administrative de la dépendance contient cependant deux biais.

Le premier biais est la moins bonne évaluation à domicile, par rapport aux EHPAD, du nombre de personnes âgées dépendantes ou de leurs besoins. En effet, certaines personnes dépendantes ne sollicitent pas cette prestation de droit et ne sont pas incluses dans les fichiers de gestion de l'APA des Conseils départementaux (chapitre 7). En particulier, les personnes qui recourent principalement à des intervenants financés par l'Assurance maladie, infirmiers libéraux et SSIAD, pourraient recourir plus tard, voire ne pas recourir à l'APA-D, les heures dont ils bénéficient seront incluses dans la mesure de

[43] À domicile, cette distinction ne peut être réalisée. Les bénéficiaires de l'APA sont considérés comme habitants du département.

l'activité, mais leurs besoins ne sont pas recensés. Un directeur de SSIAD évalue ainsi à 20 % de sa patientèle les non-recourants à l'APA-D, alors même que les personnes sont dépendantes.

> « *Quand les médecins ont pu prescrire des toilettes, des éléments de la perte d'autonomie ont été pris en charge par d'autres dispositifs que l'APA, ce qui fait que l'APA n'a pas été sollicitée. S'il y a un SSIAD prescrit par le médecin, financé par la CPAM, pour la toilette, et que c'est à peu près le seul besoin de la personne, ou que ça correspond à l'essentiel de ses besoins de compensation, elle ne va pas chercher à solliciter l'APA* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Nord, janvier 2014**

Surtout, les besoins des personnes dépendantes qui ne sont pas connus par les professionnels, ou ceux des personnes que les professionnels ont du mal à orienter vers un accompagnement, ne sont pas comptabilisés. Ce sont pourtant ces situations, parfois extrêmes, qui interrogent nombre d'acteurs rencontrés au cours de l'étude qualitative (chapitre 7).

Ce non-recours existe à domicile uniquement, et est évalué entre 20 et 28 % (Warin, 2010c ; Renoux, *et al.* 2014). En considérant que les personnes âgées qui n'ont pas recours ont un niveau de dépendance moyen comparable à celles qui ont recours, entre 20 et 28 % des besoins à domicile ne seraient pas administrativement reconnus. Ces estimations sont sans doute surestimées : le non-recours pourrait être d'autant plus important que la dépendance est limitée. Cela permet d'évaluer qu'au moins 83 à 88 % des besoins[44], incluant ceux à domicile et en institution, seraient administrativement reconnus.

Cette sous-estimation est d'autant plus problématique à l'échelle locale qu'à une hypothèse sur le volume du non-recours s'ajoute l'inconnue de sa répartition territoriale : ce non-recours n'est sans doute pas homogène sur le territoire, mais aucune donnée ne permet actuellement d'estimer dans quelles mesures. À l'inverse du non-recours, les équipes médico-sociales n'attribuent pas nécessairement aux personnes âgées l'ensemble des heures auxquelles leur GIR leur donne théoriquement accès : les évaluateurs peuvent estimer que la personne a besoin de moins d'heures, d'où l'importance du plan d'aide réalisé par l'équipe médico-sociale, et adapté à la situation.

Le second biais est le lien entre l'évaluation de l'offre et la mesure des besoins. La dépendance accompagnée est celle qui est reconnue par les pouvoirs publics, selon les outils d'évaluation qu'ils ont mis en place. Certaines situations de dépendance seraient moins reconnues, notamment celles liées à un début de pathologie neuropsychiatrique, alors qu'une dépendance physique serait mieux accompagnée (chapitre 7). Il s'agit dans l'estimation des besoins proposée de la dépendance telle qu'elle est reconnue. Comme au niveau national, les biais des outils de mesure ne peuvent être corrigés.

Ainsi, cette mesure est plus fine que celle se fondant sur une limite d'âge, mais en partie sous-évaluée ou mal-évaluée, en lien avec l'hétérogénéité des besoins des personnes, au non-recours à l'APA à domicile et aux biais de la grille AGGIR. Elle se lit ainsi : les besoins administrativement reconnus comme relevant de la dépendance, par la grille AGGIR et en 2011. Comparés à l'intervention des professionnels, les besoins ainsi définis mesurent l'adéquation entre activité réalisée et les besoins. Territorialisés, ils évaluent dans quelles mesures la réponse est ou non équitable sur les territoires.

Comme précédemment, cette estimation des besoins est mise en regard de l'activité réalisée par les professionnels, obtenue dans le chapitre précédent (Graphique 35). La corrélation entre les besoins et

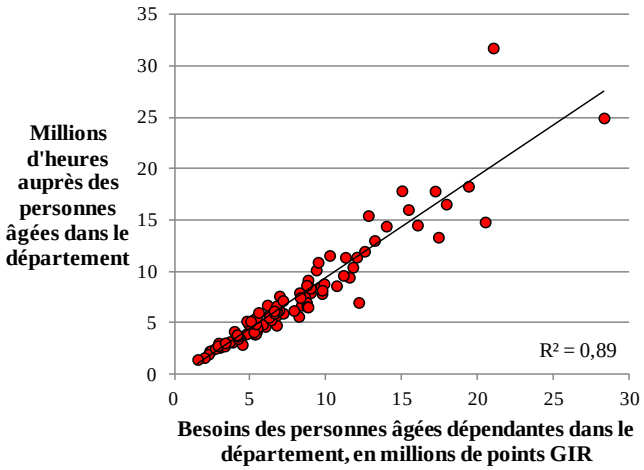
[44] Si 20 % des besoins à domicile ne sont pas reconnus, il manque à l'estimation environ 100 000 points-GIR. En comparaison des 391 millions de points-GIR reconnus à domicile, et des 372 recensés en EHPAD, 12 % des besoins ne seraient pas reconnus, tous lieux de vie confondus.

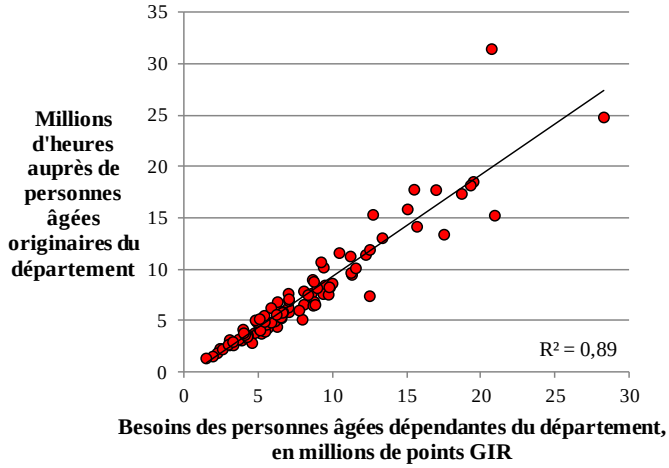
l'activité est importante, approchant 90 %. Cependant, elle n'est pas meilleure que celle qui s'appuyait sur l'âge, ce que la lisibilité cartographique permettra d'éclairer.

Ensuite, la corrélation est identique pour les données se rapportant au département de résidence fin 2011 et celles relatives au département du domicile de secours. En effet, l'approche plus fine des besoins permet de comparer l'offre disponible dans le département avec les besoins de la population qui y réside. Ensuite l'offre disponible pour la population en fonction de son domicile de secours est comparée avec les besoins également selon le domicile de secours, affinant la mesure.

Ces graphiques confirment une répartition de l'activité des professionnels équilibrée sur les territoires au regard des besoins des personnes administrativement reconnues dépendantes.

Graphique 35 - Nombre d'heures d'intervention des professionnels et besoins de la population âgée dépendante du département, en 2011





Lecture : Chaque disque représente un département. Les besoins des personnes habitant dans les Bouches-du-Rhône sont évalués à 21 millions de points-GIR, l'activité y représente plus de 30 millions d'heure. L'intervention auprès de personnes âgées dont le domicile de secours est le département, que celles-ci y résident ou non, est équivalente avec également 32 millions d'heures. **Champ** : Nombre d'heures auprès de la population dépendante au cours de l'année 2011. **Sources** : Insee (recensement de la population, 2010), base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM). **Source cartographique** : Arctique.

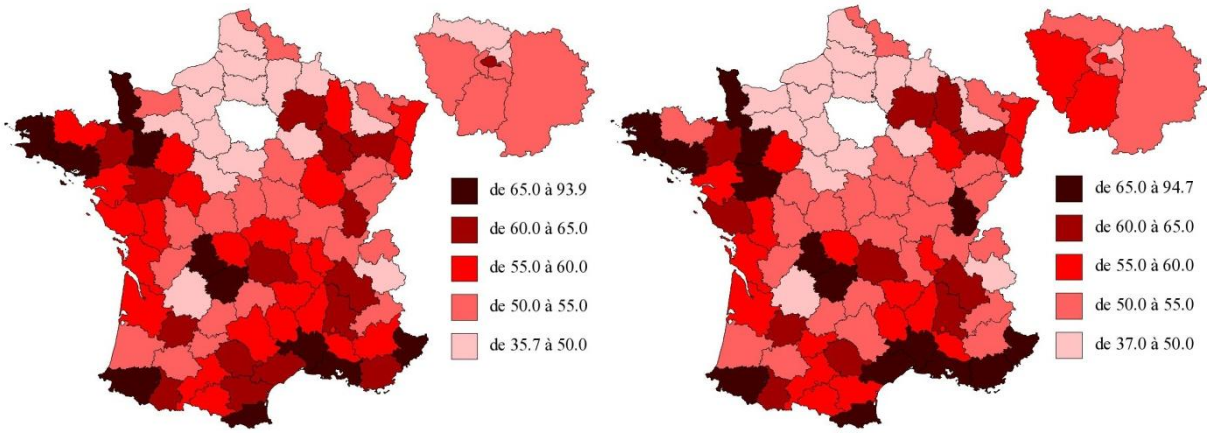
Comme précédemment, les écarts territoriaux sont cependant notables (Carte 56). Afin d'en assurer une meilleure compréhension, les points-GIR sont convertis en heures nécessaires aux personnes pour

pallier leur dépendance. La carte présente donc les heures d'activité effectivement réalisée par les professionnels, rapportées aux heures théoriques de besoins pour accomplir les actes essentiels de la vie. La mesure est présentée en pourcentages.

La part des besoins couverts par l'intervention de tous les types de professionnels varie entre 37 et 95 %, considérant le département du domicile de secours comme référence.

Carte 56 - Nombre d'heures d'accompagnement professionnel de la dépendance en fonction des besoins recensés, par département, en 2011

En fonction du département d'accueil **En fonction du département d'origine**



Lecture : Dans le Pas-de-Calais, l'intervention des professionnels couvre moins de 50 % des besoins des personnes âgées, que l'on considère l'activité dans le département ou auprès des personnes âgées dont le département est le domicile de secours. **Champ** : Ensemble des heures à destination de personnes âgées dépendantes en France métropolitaine, en 2011. **Sources** : Insee (recensement de la population, 2010), base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM).**Source cartographique** : Arctique.

Ainsi, les graphiques concluaient à un relatif équilibre de l'offre entre les départements. Les besoins couverts varient cependant du simple à plus du double. Un département se distingue par une couverture des besoins nettement supérieure au reste du territoire : les Bouches-du-Rhône. Les autres départements enregistrent une activité correspondant au plus à 76 % des besoins. Le Finistère, le Morbihan et les Alpes Maritimes répondent par exemple à plus de 70 % des besoins. À l'opposé dans la distribution, les valeurs calculées dans les départements dans lesquels l'offre est la plus faible comparativement aux besoins sont nettement moins distantes. Dans trois départements, l'activité des professionnels est inférieure ou égale à 40 % des besoins administrativement reconnus : la Seine-Saint-Denis, les Ardennes et l'Aisne.

Alors que l'écart entre la réponse professionnelle la plus importante et la plus faible par rapport aux besoins est important, l'écart interquartiles est relativement réduit : dans la moitié des départements, l'offre professionnelle couvre entre 51 et 61 % des besoins.

La comparaison entre les cartes ici présentées et celles relatives à l'activité selon le nombre de personnes âgées est instructive, permettant de mieux comprendre les écarts entre ces deux évaluations des besoins. Deux territoires sont pris pour exemple : le Pas-de-Calais et la Loire-Atlantique.

Précédemment, le Pas-de-Calais enregistrait un nombre d'heures rapporté à la population âgée supérieure à la moyenne et au regard des besoins, le département fait partie de ceux où l'activité est la

plus faible. En effet, les conditions socioéconomiques et de santé du département conduisent à des situations de dépendance sont plus précoces (chapitre 1). Ainsi, selon l'enquête de la Drees relative aux bénéficiaires de l'aide sociale en 2013, 15 % des bénéficiaires de l'APA à domicile dans le département ont moins de 75 ans, contre 13 % en moyenne.

À l'inverse, en Loire-Atlantique, le nombre d'heures rapporté au nombre de personnes âgées figurait parmi les plus faibles de France. Le besoin couvert dépasse cependant les 55 %, classant le département dans la moyenne. Les personnes seraient dépendantes plus tardivement : toujours selon l'enquête relative aux bénéficiaires de l'aide sociale en 2013, seuls 13 % des bénéficiaires de l'APA-D sont âgés de moins de 75 ans en 2013.

Ainsi, certains départements dans lesquels peu d'heures sont réalisées voyaient leurs besoins sous-estimés dans la mesure par l'âge. Inversement, d'autres dans lesquels l'offre est importante voyaient leurs besoins nettement moins sous-estimés. La Loire-Atlantique est citée, mais le Var, par exemple, compte lui-aussi une part de bénéficiaires de l'APA de moins de 75 ans de 13 %.

Cette comparaison entre les cartes permet de lire des logiques spatiales différentes, et d'approcher d'une autre manière les inégalités sociales de santé parfois clivantes sur le territoire. Elle est enrichissante car elle permet aussi de mieux comprendre pourquoi la corrélation entre offre et besoins n'est pas meilleure lorsque les besoins sont plus finement évalués.

2.1.2. Choisir des mesures de répartition de l'offre communes aux différents types de professionnels

L'adéquation entre l'activité réalisée auprès des personnes âgées et les besoins recensés est évaluée par type de professionnels.

Des diagrammes similaires aux Graphique 32 et Graphique 33, réalisés non plus au niveau national mais par département seraient illisibles et peu instructifs, d'où l'utilisation d'un autre type de représentation graphique.

Le premier indicateur choisi est semblable à un taux d'équipement localisé, il s'agit d'un taux de couverture des besoins. Le nombre d'heures est rapporté aux besoins administrativement reconnus de la population dépendante, en fonction de son domicile de secours comme sur la Carte 56. Cette mesure est à présent déclinée par type d'acteurs, et se lit comme la part du besoin couverte par l'intervention de chaque professionnel.

Ces cartographies, instructives, ont un biais : les offres ne représentant pas le même volume au niveau national, la part des besoins qu'elles couvrent varie. Les EHPAD, dans lesquels les professionnels réalisent presque la moitié des heures, ont globalement une activité plus importante que les infirmiers et les SSIAD qui en réalisent moins du quart. Aussi, autant la cartographie permet par professionnel de comparer les départements, mais il n'est pas possible de comparer les professionnels : le nombre d'heures réalisées par les infirmiers est ainsi plus faible que le nombre de celles réalisées par les établissements dans presque tous les départements.

Une cartographie supplémentaire est réalisée. Il s'agit d'analyser combien la part de l'activité réalisée par professionnel est proche ou non de celle constatée dans les autres départements pour la même offre. Cette cartographie s'appuie sur la part des heures effectuées par chaque acteur, au sein de l'aide humaine dispensée aux personnes âgées dont le domicile de secours est le département. Les valeurs sont centrées et réduites : les variables sont standardisées. Par ce procédé, classique en analyse de

données statistiques, l'ensemble des variables a une moyenne identique, de zéro, et leur écart-type, indicateur de dispersion statistique, vaut 1. Les valeurs négatives sont obtenues dans les départements où la part de l'aide pour un professionnel est inférieure à la moyenne. Les cartographies des différents acteurs sont ainsi directement comparables.

$$Nombre\ d'heures\ standardisé\ = \frac{nombre\ d'heures\ -\ \bar{m}}{\sigma}$$

L'indice statistique de Gini, et la courbe de Lorenz qui lui est souvent associée, permettent en complément d'observer l'écart entre la répartition homogène des heures en fonction des besoins et sa répartition observée. L'indice de Gini varie entre 0 et 100 % : 0 représente une répartition des heures proportionnelle à celle des besoins, et 100 % l'inégalité absolue, c'est-à-dire la concentration de l'ensemble des heures dans une seule unité spatiale. L'inégalité est d'autant plus importante que l'indice est élevé. La courbe de Lorenz est une représentation graphique des inégalités : plus la courbe représentant les heures se rapproche de la droite figurant l'adéquation parfaite aux besoins, ou droite d'équi-distribution, plus l'inégalité est faible. À mesure que la courbe s'éloigne de la droite, les inégalités croissent.

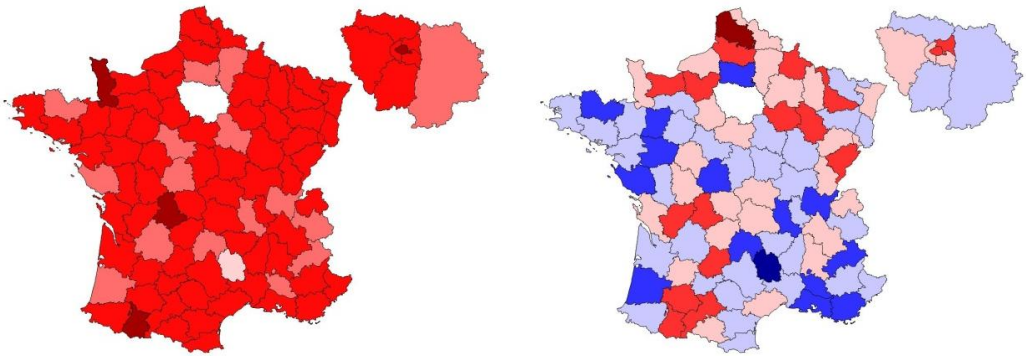
2.2. Couverture des besoins et écarts à la moyenne : résultats départementaux par catégorie de professionnels

Les deux cartographies sont présentées par catégories de professionnels ci-après.

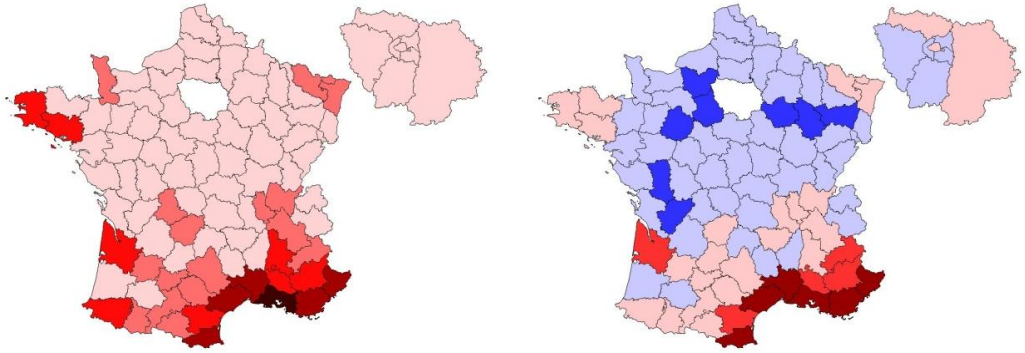
Sur la colonne de gauche est figuré le taux de couverture des besoins, par professionnel. Sur la colonne de droite, les cartes dévoilent par intervenant les territoires dans lesquels ils interviennent plus et moins qu'ailleurs (Carte 57).

Carte 57 - Part de la réponse aux besoins et écart avec la moyenne des départements, par acteur, en 2011

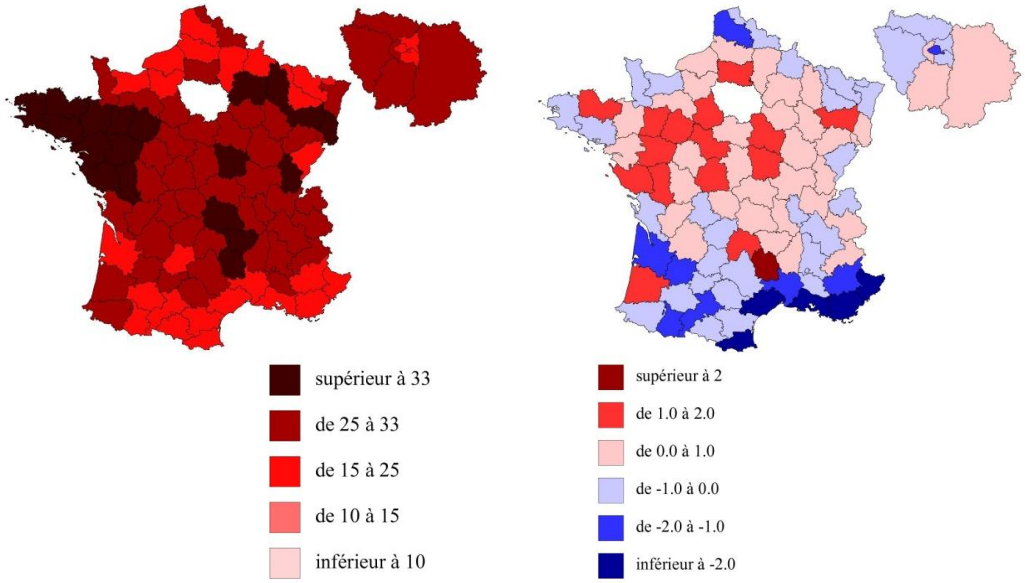
Aides à domicile



Infirmiers libéraux et SSIAD



EHPAD



Lecture : Cartes de gauche : les heures effectuées par les aides à domicile couvrent entre 15 et 25 % du besoin recensé, en Ariège. Cartes de droite : les départements qui sont colorés en rouge enregistrent une réponse par les professionnels supérieure à celle observée dans les autres départements. Inversement, ceux en bleu enregistrent une réponse inférieure. Plus les couleurs sont foncées, plus l'activité observée dans le département s'éloigne de la moyenne, en moins ou en plus, plus elles sont claires, plus elles s'en rapprochent. Les cartographies des taux d'équipements et des variables standardisées sont respectivement présentées avec la même échelle de couleur sur les trois cartes, facilitant la comparaison entre les professionnels. **Discrétisation** : La discrétisation des cartes de taux d'équipement est telle que, sur l'ensemble des trois cartes présentées, chaque couleur regroupe un département sur cinq. La discrétisation de la variable standardisée est plus classique. **Champ** : Ensemble des heures à destination de personnes âgées dépendantes en France métropolitaine, en 2011. **Sources** : Insee (recensement de la population, 2010), base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM).**Source cartographique** : Arctique.

2.2.1. Les aides à domicile et auxiliaires de vie sociale : une géographie différente du recours aux services à la personne

La complexité à mesurer l'accompagnement des personnes âgées dépendantes par les aides à domicile, soulignée dès le chapitre 2, rend particulièrement instructive la cartographie de la réponse aux besoins par ces intervenants. Celle-ci ne peut être présentée que grâce à la base de données élaborée au chapitre 5.

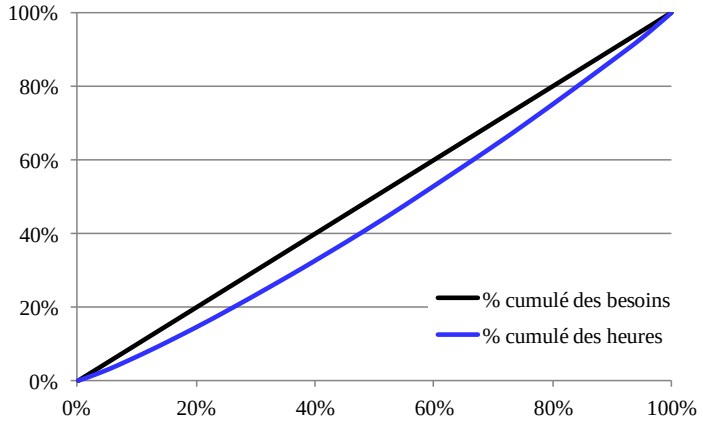
Le premier enseignement de la carte est d'abord le nombre important de départements dans lesquels la part du besoin couvert oscille entre 15 et 25 %. Dans aucun département, elle dépasse le tiers des besoins couverts, et dans seul un département elle couvre moins de 10 %. Cela se confirme sur la seconde carte, où la majorité des départements affichent des valeurs proches de la moyenne, c'est-à-dire sont colorés d'une teinte claire. Un seul département enregistre une activité nettement supérieure à la moyenne, le Pas-de-Calais, et seule la Lozère a une activité très en-deçà.

Il est cependant complexe de détacher de grandes régions avec une présence importante ou au contraire faible des aides à domicile par rapport aux besoins. Le Nord et le Nord-est de la France, hors Oise, paraissent bien pourvus, au contraire de la Bretagne et les départements de la façade atlantique ou méditerranéenne. Dans la moitié Sud, coexistent à proximité des valeurs nettement supérieures et nettement inférieures à la moyenne, c'est le cas des Landes et du Gers.

L'indice de Gini confirme la répartition relativement équilibrée de l'offre par rapport aux besoins sur le territoire, puisque celui-ci est de 10 %. Sur la courbe de Lorenz, le pourcentage cumulé des besoins administrativement reconnus, en noir, est proche de celui du nombre d'heures, en bleu nuit (Graphique 36).

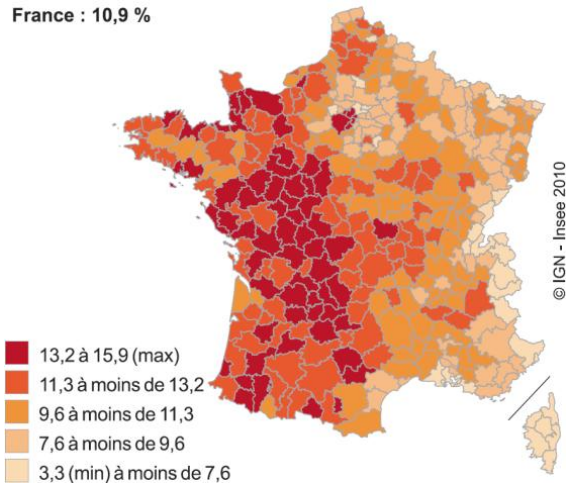
Cette carte est mise en regard du taux de recours des ménages aux services à la personne par zone d'emploi, réalisée par l'Insee en 2010 (Belle et Novella, 2010). Cette dernière montre une importante séparation entre l'est et l'ouest du territoire (Carte 58). Les auteurs montrent que ce clivage n'est pas lié uniquement à la structure démographique ou aux niveaux de vie : « *il traduit des différences importantes de comportements culturels, difficiles à appréhender, tels que l'organisation et l'intensité des liens familiaux ou encore le partage des rôles conjugaux et parentaux* ». Ils ajoutent que les différences territoriales, outre les comportements culturels, peuvent être liés à l'importance du travail non déclaré.

Graphique 36 - Courbe de Lorenz pour les heures d'aide à domicile, en fonction des besoins des personnes âgées dépendantes dans les départements, selon le domicile de secours



Lecture : Les départements rassemblant 50 % des besoins enregistrent 42 % des heures en 2011. **Champ** : Nombre d'heures auprès de la population dépendante au cours de l'année 2011 par des aides à domicile ou auxiliaires de vie sociale. **Sources** : Insee (recensement de la population, 2010), Drees (enquête relative aux bénéficiaires de l'aide sociale, 2011), base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM).

Carte 58 - Un fort clivage ouest-est du recours aux services. Taux de recours des ménages aux services à la personne par zone d'emploi en 2006 (en %)



Lecture : Dans la zone d'emploi de Caen ou à proximité des Sables d'Olonne, le taux de recours des ménages aux services à la personne fait partie des plus importants. **Champ** : France métropolitaine, 2006. **Sources :** Belle et Novella, 2010, « Les services à la personne, un secteur pénalisé par ses conditions d'emploi », p1, à partir de : Insee – DGI (revenus fiscaux localisés et revenus disponibles des ménages pour l'année 2006).

Cette carte ne se superpose pas à celles précédemment présentées des aides à domicile auprès de personnes âgées dépendantes. Plusieurs éléments permettent de comprendre cette dissociation entre les deux cartes. D'abord, recourir à un service à la personne pour une personne âgée dépendante ne met pas en jeu les mêmes logiques qu'y recourir pour les autres populations.

A : « *Personne d'entre nous ne souhaite se retrouver dans la situation de ne plus pouvoir faire ce qu'il faisait et d'être aidé. Un homme ou une femme, souvent c'est une femme, très active, qui va dire : 'je prends chez moi une personne pour faire le ménage parce que ça va me permettre de passer du temps avec les enfants, d'aller au théâtre…' Elle ne va pas le vivre comme une dépossession, elle va le vivre comme un plus. Comme quelque chose qui lui permet de faire*

autre chose. Souvent quand on arrive à un certain âge et qu'on est confronté à ça […] les gens se sentent… quelque part, il y a une forme de dépossession. »

Entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014

Par ailleurs, l'APA-D est accordée en réponse à des besoins, elle est contrôlée par les pouvoirs publics, ce qui n'est pas le cas des autres services à la personne. Il est donc cohérent que sa répartition soit plus homogène. La différence relative à la culture sur les territoires pourrait par contre permettre l'acceptation plus facilement d'une intervention extérieure et un recours plus précoce aux prestations. En atteste le faible nombre de personnes qui recourent au dispositif en situations de dépendance importante en Loire-Atlantique, comparativement aux autres départements de l'étude (chapitre 7).

Enfin, l'APA permet un financement pour l'aide humaine, y compris lorsque celle-ci est assurée par la famille ou l'entourage. Le travail non déclaré pourrait donc être nettement plus faible que sur les autres services à la personne.

La part des besoins couverts par les aides à domicile et auxiliaires de vie sociale, oscillant le plus fréquemment entre 15 et 25 %, peut sembler faible, l'APA-D étant la principale prestation permettant spécifiquement de pallier la dépendance. Les analyses départementales confirment que l'APA-D ne peut couvrir à elle seule l'ensemble des besoins tels qu'ils sont estimés dans ce chapitre.

Plus encore, le montant du plan d'aide par GIR, fixé annuellement par décret, ne permet pas aux bénéficiaires de recourir à l'ensemble des heures dont ils peuvent avoir besoin. L'enquête Remontées Individuelles, de la Drees, établit à partir des fichiers de gestions de l'APA dans les départements, que le tarif moyen des services prestataires reconnu par les départements est de 18,57 €, contre 11,56 € en gré-à-gré[45].

Par exemple, en 2013, une personne en GIR 4 dispose au maximum d'une enveloppe de 560 €. Si elle fait le choix de recourir à un prestataire, elle pourra financer par l'APA-D environ 360 heures par an, et donc moins de 55 % des besoins théoriques tels qu'ils sont ici définis. Quel que soit le GIR de la personne, en appliquant ces tarifs moyens et selon le plafond national, 55 % des besoins seraient couverts au mieux dans le recours à un prestataire. Si le bénéficiaire opte pour à un intervenant en gré-à-gré, la part des besoins couverts en fonction des GIR oscillerait entre 82 et 86 %, sans atteindre donc l'ensemble des besoins couverts.

À cela s'ajoutent des pratiques locales. Par exemple, en Loire-Atlantique, où les personnes en GIR 4 représentent 60 % des bénéficiaires de l'APA-D, le département a instauré des forfaits correspondant à un nombre d'heures qui ne peut pas être dépassé sans dérogation, cette dernière étant à motiver et à présenter à la hiérarchie. Dans ce département, le bénéficiaire aura le plus souvent 13 heures, si son besoin consiste dans l'entretien de son logement et 20 heures s'il a besoin d'aide pour les actes essentiels, notamment la toilette. Dans la majorité des situations, entre 156 et 240 heures annuelles sont ainsi accordées, couvrant au plus un tiers des besoins tels qu'ils sont reconnus dans le chapitre. L'Ariège, en imposant une justification pour tout plan d'aide supérieur à 16 heures, induit le même phénomène.

[45] Sources : Enquête Remontées individuelles (Drees), moyenne effectuée sur 45 départements répondants. Il s'agit des tarifs reconnus par le Conseil départemental, en prestataire et en gré-à-gré.

2.2.2. Infirmiers libéraux et SSIAD : la spécificité du littoral méditerranéen est confirmée

Les infirmiers libéraux et les SSIAD réalisent nationalement 20 % des heures d'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Ces professionnels, par leur activité, couvrent moins de 10 % des besoins recensés dans 64 départements. À l'inverse, dans les Bouches-du-Rhône, leur activité correspond à plus du tiers des besoins recensés. Ce n'était le cas d'aucun département dans le cas de l'intervention par les aides à domicile. Conformément aux cartographies présentées dans le chapitre 2, les départements du littoral méditerranéen enregistrent en particulier une activité importante des infirmiers libéraux et SSIAD relativement aux besoins de leur population et comparativement aux autres départements.

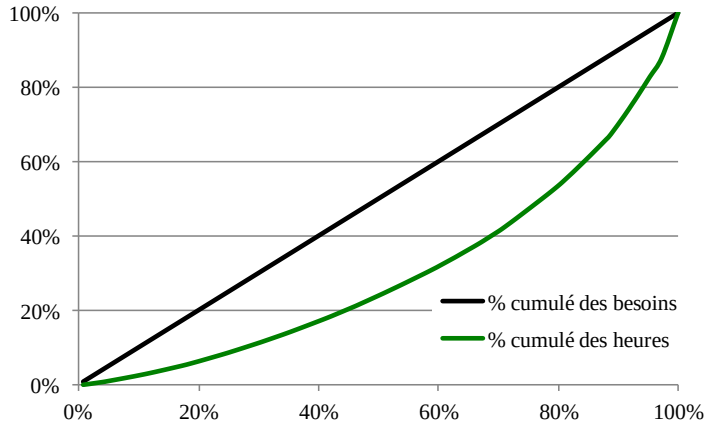
La confirmation est apportée par la carte des écarts à la moyenne : hormis en Bretagne, en Alsace et dans quelques départements franciliens, il existe une coupure nette entre un large Nord de la France et les départements du Sud, en particulier ceux du littoral. Ainsi, dans les départements méditerranéens, des Pyrénées-Orientales aux Alpes-Maritimes, la part des heures réalisées par les infirmiers libéraux est nettement supérieure à la moyenne nationale. Contrairement aux aides à domicile, dont la répartition était relativement homogène sur le territoire, et pour lesquels il était complexe de distinguer des ensembles territoriaux spécifiques, les oppositions spatiales sont nettes pour les intervenants paramédicaux à domicile.

Ces différences spatiales sont essentiellement le fait des infirmiers, dont la répartition est très hétérogène sur le territoire. Leur implantation reproduit en les amplifiant, les disparités géographiques des médecins (Lenormand *et al.*, 2001) (chapitre 2).

L'indice de Gini relatif au nombre d'heures effectué par les infirmiers libéraux atteints presque les 50 %. À l'inverse, les SSIAD sont spatialement présents de manière plus homogène, leur indice de Gini est proche de celui observé pour les aides à domicile, d'environ 11 %. Considérer ensemble ces intervenants, dont les missions sont comparables, permet d'obtenir un indice de Gini de 40 % : la répartition des SSIAD corrige, bien qu'à la marge puisque leur activité est plus faible, l'inégalité territoriale induite par les infirmiers libéraux (Graphique 37).

Cette répartition très hétérogène est liée au champ retenu pour l'étude : la Caisse nationale d'assurance maladie met en évidence un fort effet d'offre en ce qui concerne la dispensation de soins d'hygiène, par opposition aux actes techniques dont le volume dépend plus étroitement des besoins sanitaires de la population. Ainsi, l'institution souligne une très forte corrélation positive (R^2 de 94 %) entre la dispensation d'actes en AIS et la densité infirmière départementale**.** Il apparait que la concurrence entre infirmières liée à une densité importante réduit la part de marché de chacune d'entre elles sur les actes techniques, sur le volume desquels les infirmières ont peu d'influence, un rattrapage étant réalisé sur les prestations d'hygiène (Lenormand *et al.*, 2001).

Graphique 37 - Courbe de Lorenz pour les heures d'infirmiers libéraux et de SSIAD, en fonction des besoins des personnes âgées dépendantes dans les départements, selon le domicile de secours

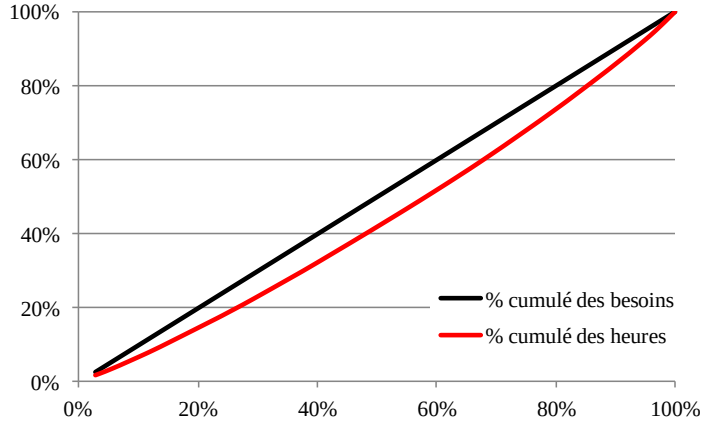


Lecture : Les départements rassemblant 45 % des besoins enregistrent 20 % des heures en 2011. **Champ** : Nombre d'heures auprès de la population dépendante au cours de l'année 2011 par infirmiers libéraux ou des services de soins infirmiers à domicile. **Sources** : Insee (recensement de la population, 2010), Drees (enquête relative aux bénéficiaires de l'aide sociale, 2011), base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM).

2.2.3. EHPAD : une répartition presque homogène entre les territoires

La répartition des heures réalisées par des professionnels en EHPAD, auprès des personnes âgées dépendantes, est plus égalitaire que celle des actes infirmiers de soins, relativement aux besoins (Graphique 38). Le chapitre 4 a montré comment l'offre s'était construite, et comment les politiques publiques avaient permis une diminution des disparités entre les départements depuis l'après-guerre.

Graphique 38 - Courbe de Lorenz pour les heures effectuées par des professionnels en EHPAD, en fonction des besoins des personnes âgées dépendantes dans les départements, selon le domicile de secours



Lecture : Les départements rassemblant 50 % des besoins enregistrent 42 % des heures en 2011. **Champ** : Nombre d'heures auprès de la population dépendante au cours de l'année 2011 par professionnels d'EHPAD. **Sources** : Insee (recensement de la population, 2010), Drees (enquête relative aux bénéficiaires de l'aide sociale, 2011), base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM).

L'accessibilité géographique théorique, évaluant la possibilité pour une personne âgée, d'obtenir une place en EHPAD à proximité de son domicile, est importante en Pays-de-la-Loire et en Bretagne. En

résulte une réponse aux besoins par ces acteurs effectivement importante : les professionnels en EHPAD réalisent au moins un tiers des heures auprès de la population dont le domicile de secours est le département.

2.3. Une substitution entre professionnels confirmée : un accompagnement qualitativement différencié selon les départements

2.3.1. Les disparités géographiques se réduisent en considérant l'offre dans sa globalité

Hormis pour les infirmiers libéraux, les heures d'accompagnement professionnel de la dépendance sont réparties de manière relativement homogène par rapport aux besoins recensés. L'accompagnement peut être considéré comme d'autant plus homogène que les disparités territoriales se réduisent en considérant l'offre dans sa globalité.

L'indice de Gini, calculé pour chaque offre séparément, puis pour l'offre globale, montre en effet que l'offre globale est mieux répartie que chaque offre considérée seule, par rapport aux besoins reconnus de la population âgée dépendante (Tableau 63).

Tableau 63 - Indice de Gini, en fonction du type d'acteurs

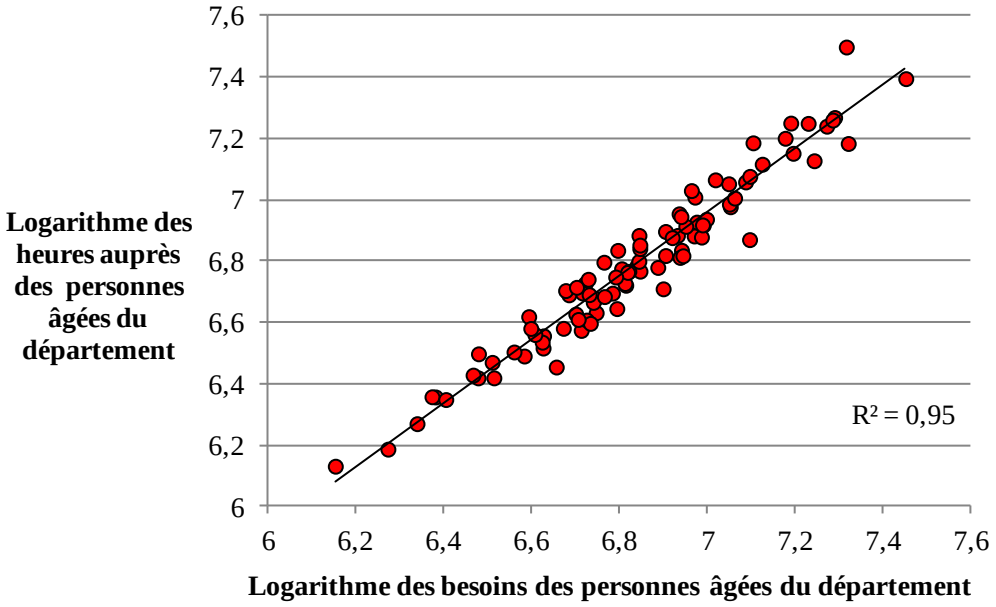
Acteurs	Gini (heures)
Aides à domicile	10,4 %
Infirmiers libéraux	48,9 %
SSIAD	10,7 %
Infirmiers et SSIAD	39,3 %
EHPAD (origine)	11,5 %
EHPAD (accueil)	13,3 %
Ensemble	9,05 %

Lecture : L'indice de Gini varie entre 0 et 100 %, plus il est élevé, plus l'inégalité est grande, c'est-à-dire que l'offre se concentre dans un nombre restreint de territoire. Avec un indice de 9,05 %, l'offre considérée dans sa globalité est mieux répartie que chaque offre prise à part. **Champ** : Nombre d'heures auprès de la population dépendante au cours de l'année 2011 par professionnels d'EHPAD et besoins de la population administrativement reconnue dépendante. **Sources** : Insee (recensement de la population, 2010), Drees (enquête relative aux bénéficiaires de l'aide sociale, 2011), base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM).

Le chapitre 5 s'ancrait sur le constat d'une substitution entre les professionnels, à la fois entre domicile et EHPAD, et au sein du domicile entre professionnels médico-sociaux et paramédicaux. Celle-ci est connue par les acteurs locaux, la région Bretagne souligne ainsi que « *48 % des bénéficiaires bretons de l'APA vivaient à domicile contre 60 % au niveau national. Seul le Finistère enregistrait un nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile supérieur au nombre de bénéficiaires en établissement (55 %). Ce constat est à mettre en perspective avec l'offre à domicile plus développée dans ce département (densité d'infirmiers diplômés d'État). À l'inverse, l'Ille et Vilaine présentait la proportion la plus faible de bénéficiaires de l'APA à domicile (42%) et se situait en dernière position pour la densité d'infirmiers diplômés d'État* » (Région Bretagne, Conseil économique, social, et environnemental régional, 2007).

Le graphique de l'activité réalisée par les professionnels comparée aux besoins est repris. La transformation logarithmique entreprise permet d'accorder plus d'importance aux différences en termes de nombre d'heures aux valeurs sur la gauche du graphique, c'est-à-dire aux valeurs les plus faibles (Graphique 39). Inversement, elle réduit l'impact des différences pour les valeurs les plus importantes de la distribution, celles-ci sont peu nombreuses, la transformation logarithmique permet de réduire le poids conféré à ces valeurs extrêmes, comme dans les Bouches-du-Rhône.

Graphique 39 - Intervention des professionnels et besoins de la population âgée dépendante originaire du département, en 2011, après transformation logarithmique



Lecture : Chaque point représente un département, placé sur le graphique en fonction du logarithme du nombre d'heures réalisées par les professionnels et du logarithme des besoins des personnes âgées administrativement reconnues dépendantes. **Champ** : Nombre d'heures auprès de la population dépendante au cours de l'année 2011 par professionnels d'EHPAD et besoins de la population administrativement reconnue dépendante. **Sources** : Insee (recensement de la population, 2010), Drees (enquête relative aux bénéficiaires de l'aide sociale, 2011), base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM).

Le Haut conseil à l'avenir de l'assurance maladie pose en 2010 le diagnostic suivant, concernant l'offre à destination des personnes âgées : « *ce sont quelquefois les départements et régions les moins bien dotées dans un certain segment de l'offre (à domicile ou en établissement, en services de ville ou en services médico-sociaux) qui se révèlent également moins bien dotées dans les autres* » (HCAAM, 2010). Les résultats obtenus semblent nuancer ce constat.

2.3.2. Des systèmes spatialement différenciés d'accompagnement ?

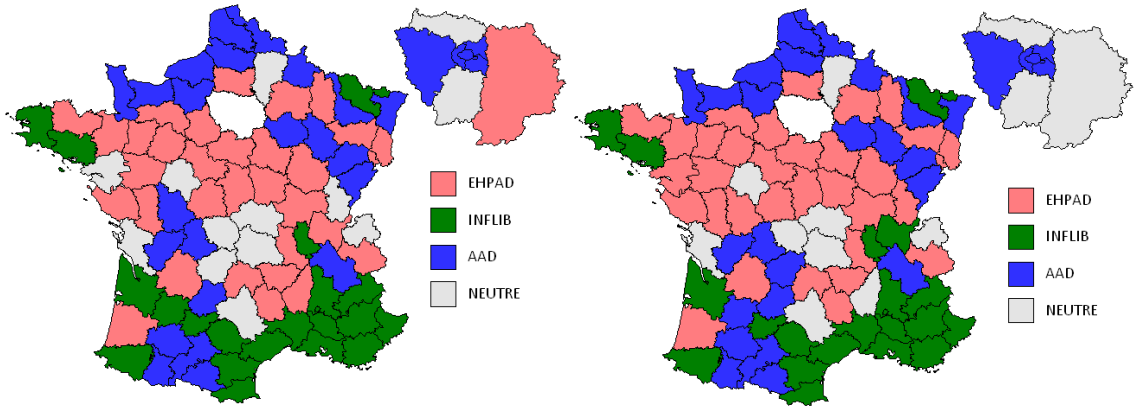
Quantitativement, la répartition des heures semble équitable entre les départements, relativement aux besoins administrativement reconnus de personnes âgées dépendantes. Cependant, la répartition plus hétérogène des acteurs permet d'identifier des systèmes spatiaux d'accompagnement. Concrètement, selon le lieu de vie de la personne, elle ne pourra pas recourir aux mêmes offres dans les mêmes proportions.

Une typologie est réalisée, afin de rendre compte du type d'acteurs le plus présent dans le département par rapport aux autres territoires de France métropolitaine. Comme pour les cartographies par acteur, la donnée de référence pour établir la typologie est la part des heures effectuée par chaque acteur dans le total de l'aide humaine. Comme précédemment, les valeurs sont centrées et réduites. Pour qu'un acteur soit considéré comme prépondérant, la part des heures qu'il réalise auprès de la population du département doit être supérieure à la moyenne, d'au moins la moitié d'un écart-type. Ainsi, les valeurs proches de la moyenne ne conduisent pas au classement du type de professionnels comme prépondérant dans le département.

Deux typologies sont présentées ci-après. La première reflète l'offre dominante sur le territoire départemental (Carte 59). La seconde reflète l'offre qui accompagne préférentiellement la population âgée originaire du département. Étant donné les faibles différences entre les besoins de la population présente dans le département fin 2011 et ceux de la population dont c'est le domicile de secours à cette date, les deux cartes sont très similaires. Quelques changements sont notables, par exemple en Seine-et-Marne. La répartition de l'offre fin 2011 à partir de l'activité auprès de la population présente dans le département conduit à identifier les EHPAD comme offre dominante. Cependant, l'analyse par rapport au département d'origine montre que ce n'est pas le cas : dans le département de Seine-et-Marne, la répartition entre les acteurs est proche de celle constatée en moyenne dans les autres départements. En effet, le taux d'équipement en EHPAD supérieur à la moyenne régionale permet aux personnes âgées d'autres départements, notamment de Paris et de la Petit-Couronne, d'obtenir une place plus facilement que dans leur propre département.

Carte 59 - Systèmes spatialement différenciés d'accompagnement de la dépendance

Habitants du département en 2011 **Domicile de secours dans le département en 2011**



Lecture : Les infirmiers libéraux et SSIAD apparaissent en vert dans les Bouches-du-Rhône, car ils y représentent un acteur qui intervient davantage que dans les autres départements. **Champ** : Nombre d'heures auprès de la population dépendante au cours de l'année 2011 par professionnels d'EHPAD et besoins de la population administrativement reconnue dépendante. **Sources** : Insee (recensement de la population, 2010), Drees (enquête relative aux bénéficiaires de l'aide sociale, 2011), base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM).

Dans le Sud-est de la France et en Bretagne, les infirmiers libéraux ont une place plus importante dans l'accompagnement que dans les autres départements français. Le Nord-est de la France est marqué par une part des heures effectuées par des aides à domicile élevée, quand un large Centre et Est de la France se distingue par une activité plus importante assurée par les établissements. Dans le Sud-ouest, les aides à domicile et infirmiers libéraux sont surreprésentés.

Si les professionnels ne sont pas financés par les mêmes institutions, et n'obéissent pas aux mêmes règles de financement, ces systèmes spatialement différenciés d'accompagnement ne remettent-ils pas en cause l'équité territoriale ?

3. Une remise en cause de l'équité territoriale ?

L'équité territoriale consiste à répondre aux besoins qui se posent sur les territoires, dans leur diversité et dans leurs spécificités.

Les différences en termes d'activité, si elles correspondent à des différences dans les besoins sont cohérentes : l'adaptation au territoire était bien l'objectif lors de la déconcentration des politiques dans les années 30. À cette époque, si celles-ci sont conçues au niveau national, elles n'en sont pas moins mises en œuvre au niveau local.

L'action sociale et médico-sociale est à présent décentralisée : elle est confiée aux Conseils départementaux. Outre une différence de besoins, l'activité peut refléter une politique, autrement dit un choix des citoyens différencié par département. Par exemple, alors que la Vendée dispose d'un taux d'équipement parmi les plus importants en établissements pour personnes âgées, le Conseil départemental souhaite continuer à développer celui-ci, en atteste son schéma gérontologique : « *le maillage du territoire vendéen caractérisé par une majorité de petites communes rurales nécessite d'offrir des solutions d'hébergement permettant de prendre le relais de l'aide aux personnes âgées dans le cadre du maintien à domicile* ». Le schéma départemental prévoit une augmentation des places, par exemple en maison d'accueil rurale pour personnes âgées (MARPA) (Conseil départemental de Vendée, 2010).

Si le territoire local est le mieux à même de déterminer à la fois une réponse adaptée et pertinente par rapport aux besoins des personnes âgées dépendantes et cohérente avec la volonté des citoyens, certaines différences, créent tout de même d'importantes inégalités entre les personnes.

De plus, comme les professionnels ne sont pas répartis de manière homogène, le financement de l'Assurance maladie, et donc le financement par la solidarité nationale, n'est pas non plus proportionnel aux besoins sur les territoires : au-delà de différences entre les personnes âgées dépendantes, cette problématique est un enjeu financier pour les départements.

3.1. Une inégalité d'accompagnement en fonction du lieu où réside la personne

Le chapitre 5 identifie la toilette comme révélatrice des substitutions entre l'accompagnement par un personnel médico-social, rémunéré par l'APA, et l'accompagnement par un professionnel paramédical, rémunéré par la Sécurité sociale. Les conséquences multiples pour les personnes de ces substitutions sont développées ci-après.

3.1.1. L'exemple des toilettes lorsque la personne réside à domicile

L'enquête HSM de 2008 (Drees, Insee) montre que 53 % des soins personnels, comprenant la toilette, l'habillage et les repas, sont réalisés par des infirmiers ou aides-soignants contre 40 % par des aides à domicile.

Les inégalités qui en découlent sont administratives, techniques, en termes de droit à l'accompagnement ou encore financières. Cette dernière inégalité, étant donnée son importance et les données disponibles pour l'analyser, fait l'objet d'une sous-partie spécifique.

La première différence est administrative. Elle concerne la procédure à suivre pour bénéficier de l'intervention professionnelle. Dans le cas des SSIAD ou infirmiers libéraux, seule une prescription médicale est nécessaire. Délivrée le plus souvent par le médecin traitant, elle est immédiatement applicable.

Dans le cas d'une prise en charge via l'APA, un dossier administratif doit être renseigné et instruit par le Conseil Départemental. Un évaluateur médico-social se déplace ensuite à domicile pour évaluer les besoins d'aide de la personne âgée (chapitre 1). Seules les personnes âgées reconnues GIR 1 à 4 peuvent bénéficier d'une prise en charge via l'APA, les autres pouvant relever de l'aide sociale extralégale de leur caisse de retraite ou de leur complémentaire. Le dossier administratif est ainsi plus complexe, détaillant notamment les revenus de la personne, et son instruction est plus longue, puisque le délai légal entre la réception administrative du dossier et l'établissement de la prestation est de deux mois (chapitre 1). De plus, les médecins, qui sont un relai de proximité pour les personnes, connaissent les activités pouvant être réalisées par des infirmiers, mais pas toujours l'APA. Ils orientent sans doute moins facilement vers l'allocation que vers un suivi par des professionnels paramédicaux.

La seconde inégalité induite est technique. Ainsi, aides à domicile et auxiliaires de vie sociale n'ont pas les mêmes formations que les aides-soignantes et infirmières concernant les toilettes. Les auxiliaires de vie sont formées à l'aide à la toilette, mais pas à réaliser la toilette en tant que telle. Contrairement aux infirmiers et aides-soignants, elles ne sont pas formées à réaliser les transferts, c'est-à-dire à faire changer de position une personne qui n'en est pas capable par elle-même, ce qui est nécessaire dans le cadre de la toilette. Cette moindre formation serait sensible pour la personne, mais aussi pour les professionnels, avec des risques plus importants de développement des troubles musculo-squelettiques. Le manque d'infirmiers ou d'aides-soignants pour réaliser des actes d'hygiène implique leur report sur les aides à domicile et auxiliaires de vie sociale. Ces intervenants pourraient donc réaliser des interventions sur des situations particulièrement complexes, alors même qu'ils y sont le moins préparés (chapitre 5).

Troisième inégalité, lorsque les aides à domicile assurent les toilettes, celles-ci sont réalisées dans le temps d'aide dédié par l'APA. Le temps passé à effectuer ces toilettes est donc autant de temps en moins consacré à l'aide aux actes de la vie quotidienne (ménage, courses, cuisine…). Lorsque les toilettes sont assurées par un autre intervenant, infirmier ou aide-soignant, c'est d'autant plus de temps dont peuvent disposer les aides à domicile pour l'aide aux actes de la vie quotidienne. Alors, il n'y a pas une substitution entre acteurs médico-sociaux et paramédicaux, mais plutôt complémentarité : dans les départements du littoral méditerranéen où l'offre en infirmiers libéraux et SSIAD est la plus importante, l'activité des aides à domicile et auxiliaires de vie sociale représente entre 15 et 25 % des besoins, comme dans la majorité des départements. Les inégalités avec les personnes âgées d'autres territoires, qui ne parviennent pas à recourir à l'offre financée par la Sécurité sociale en sont augmentées.

Il n'est pas possible, avec les bases de données disponibles, de déterminer si les plans d'aide sont davantage saturés dans les départements dans lesquels les infirmiers et SSIAD sont peu présents. Par ailleurs, il n'existe pas de données nationales sur le temps accordé à chaque activité par les aides à domicile dans le cadre de l'APA, évaluant l'importance de cette troisième inégalité.

Ces différences se posent à la fois entre et au sein des départements, entre toute personne qui parvient à recourir à un SSIAD ou un infirmier pour réaliser sa toilette, et celles qui se tournent, par manque de disponibilité de ces professionnels, vers des aides à domicile et auxiliaires de vie sociale. L'inégalité

n'est donc pas territoriale. C'est parce que les intervenants ne sont pas répartis de façon homogène sur le territoire que ce phénomène a cette lisibilité spatiale.

Dernière inégalité entre les personnes, leur participation au financement de l'aide qu'ils requièrent varie.

3.1.2. Des inégalités financières entre les personnes résultent des systèmes spatialement différenciés d'accompagnement

Des modes d'accompagnement différents découlent des prises en charge financières elles-aussi différentes.

Ainsi, les remboursements par l'Assurance maladie ne dépendent pas des revenus, contrairement à l'APA, qui applique un ticket modérateur lié aux ressources (chapitre 1).

À compter du 2 mai 2011, le taux de remboursement des honoraires des infirmières dans le cas général est de 60 %. Quand la personne âgée suivie est atteinte par une affection de longue durée (ALD), ce taux de remboursement est de 100 %, quelles que soient ses ressources. Or, 3,5 millions d'affections de longue durée touchent des personnes âgées de 75 ans ou plus[46]. Une large majorité des personnes âgées suivies par des infirmiers libéraux dans le cadre de soins de nursing bénéficierait donc d'une prise en charge à 100% par l'Assurance maladie.

A : « *La difficulté, lorsque vous avez une personne âgée qui est prise en charge par le SSIAD, c'est d'aller expliquer à la personne ou à sa famille, qu'elle n'en relève plus et qu'elle doit passer par un service d'aide à domicile. Et vous passez de quelque chose qui est gratuit à quelque chose qui est payant* ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Maubeuge, Nord, juin 2014

A : « *Je rencontre de la difficulté, en étant responsable d'un SSIAD et d'un SAD, que, financièrement, c'est bien confortable pour les gens de bénéficier d'un SSIAD, [une] prise en charge sécu à 100 %. Le jour où je leur dis : 'écoutez, niveau dépendance, vous ne relevez plus d'une toilette médicalisée, il faudrait penser à faire un dossier APA' ; 'oui, mais là je vais payer un peu de ma poche'.*

B : *Voilà, le SSIAD ils ne paient rien*

A : *Un SSIAD, c'est comme un kiné ou une orthophoniste*

C : *Ils paient indirectement, par leurs impôts*

B : *Mais bon, du moment qu'on ne leur demande pas, qu'ils n'ont pas la facture*

A : *Là clairement, c'est l'aspect financier. C'est pas forcément des gens qui n'ont pas les moyens d'ailleurs [rires]. Mais voilà, à partir du moment où on leur propose un service, ils ont un service qui ne leur coûte rien… alors moi je leur dis : 'attention, c'est pas que ça ne vous coûte rien, c'est que c'est la sécu qui paie, c'est tout à fait différent'. C'est pas un service gratuit, c'est un service pris en charge. Moi j'aime pas dire 'gratuit'*

B : *Non, mais eux, c'est comme ça qu'ils le voient*

A: *Dans leur tête, c'est ça. Et du coup, donc derrière, si on leur propose un dossier APA avec une prise en charge partielle par le Conseil général, le partiel ne leur va pas du tout* ».

Entretien auprès de responsables de CCAS, Nord, avril 2014

Le rapport d'information du groupe de travail chargé en 2011 d'analyser les perspectives démographiques et financières de la dépendance, estime ainsi à 1,5 milliards d'euros les dépenses privées concernant la dépendance liées au ticket modérateur de l'APA net des rémunérations fiscales (Charpin, 2011).

[46] Une personne peut être affectée par plusieurs ALD. Sources : IRDES (Base éco-santé), et notamment la CNAMTS concernant les ALD.

Puisque des estimations des restes-à-charge sont connues pour chaque type de professionnels et par lieu de vie, un cas fictif est réalisé (Carte 60).

Celui-ci ne tient pas compte des différentiels de ressources des personnes âgées dans les départements, il évalue la part que représenterait le reste-à-charge par rapport à la dépense publique, si toutes les personnes âgées disposaient de revenus mensuels au sens de l'APA de 1 200 €[47] : les inégalités de ressources neutralisées, ce cas fictif permet d'observer l'effet de l'offre sur les restes-à-charge liés à la dépendance.

Les restes-à-charge relativement à la Sécurité sociale sont considérés comme nuls, à domicile et en établissement.

Les tickets modérateurs à domicile représentent, étant donnés les revenus, 20 % de l'allocation, soit le taux de participation moyen estimé (chapitre 5), excluant les surcouts imposés par les services (chapitre 7). Les 2,8 milliards d'euros consacrés au financement de l'APA à domicile représenteraient 80 % de la dépense, et 700 millions d'euros seraient à la charge des bénéficiaires.

En EHPAD, un tiers des dépenses relativement à la dépendance est financé par les bénéficiaires, via les « talons » des GIR 5 et 6 (chapitre 5) : la personne âgée ne paie pas de ticket modérateur, mais participe au financement de l'accompagnement de la dépendance, en s'acquittant du tarif « dépendance » demandé aux GIR 5 et 6. Celui-ci représente environ 6 € par jour et par résident, soit un montant annuel national de 1,12 milliards d'euros.

Les frais d'hébergement ne sont pas inclus : ne relevant pas directement de la dépendance, ils couvrent les notamment les dépenses hôtelières, et gonfleraient artificiellement les restes-à-charge en EHPAD par rapport au domicile. Étant donné le niveau de revenu utilisé, les réductions d'impôt sont marginales, elles ne sont pas prises en compte dans le calcul suivant.

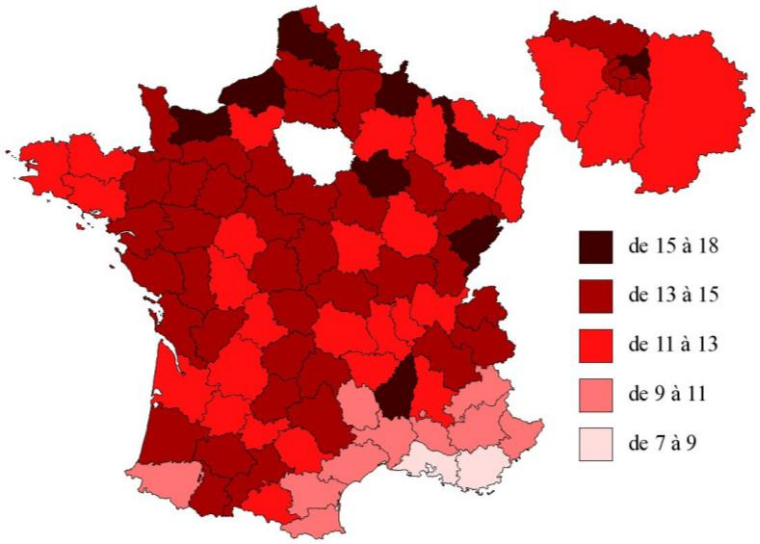
Selon ces estimations des restes-à-charge, ceux-ci représenteraient, selon les départements et pour des ressources identiques, entre 7 et 18 % de la dépense publique, soit un rapport du simple à plus du double. Ce reste-à-charge est notamment lié à la part de l'activité réalisée par les aides à domicile. Considérer des revenus supérieurs à 1 200 €, par exemple équivalents à la médiane à 1 500 €, augmenterait ce contraste entre les départements.

Il est d'autant plus important de faire ce constat que certains départements parmi lesquels la participation des personnes âgées dépendantes serait la plus importante figurent également parmi ceux où les revenus moyens par habitants sont faibles, comme le Pas-de-Calais ou la Seine-Saint-Denis.

Ainsi, la répartition différenciée de l'offre sur les territoires conduit à des restes-à-charges par construction inégaux, à ressources égales.

[47] En France métropolitaine, cela correspond au 3e décile des revenus par unité de consommation (Insee, Fichier localisé social et fiscal, 2012).

Carte 60 - Cas fictif : restes-à-charge départementaux des personnes relativement à leur dépendance, pour des revenus mensuels au sens de l'APA de 1 200 €, rapportés à la dépense publique, en %



Lecture : Dans le Var, le reste-à-charge des personnes conséquent à leur dépendance représenterait l'équivalent de moins de 9 % de la dépense publique. **Champ** : Dépense publique pour l'aide humaine apportée à la population dépendante au cours de l'année 2011 et restes-à-charge des personnes dépendantes (GIR 1 à 4), hors frais d'hébergement et surcoûts imposés par les services. **Sources** : Insee (recensement de la population, 2010), Drees (enquête relative aux bénéficiaires de l'aide sociale, 2011), base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM).

Ette réflexion pourrait être encore enrichie par les autres coûts à la charge de la personne ou de sa famille : les tarifs hébergement en EHPAD (chapitre 4), ou encore les obligations alimentaires (Gramain *et al.*, 2007).

3.2. Des services pour éviter les substitutions ?

Ces substitutions sont créées à la fois par une répartition hétérogène des professionnels notamment sanitaires sur le territoire, et la segmentation du financement.

Les acteurs locaux, professionnels intervenant au quotidien chez les personnes âgées ou acteurs institutionnels rencontrés lors de l'étude qualitative montrent qu'ils disposent de peu de marges de manœuvre. Deux types d'initiatives permettent cependant de diminuer ces substitutions, elles sont détaillées ci-après.

D'abord, une seule et unique structure peut disposer d'un service de soins infirmiers à domicile et d'un service d'aide à domicile, parfois sous forme de Services polyvalents de soins et d'aide à domicile (SPASAD). Au-delà de la reconnaissance juridique d'une pratique déjà existante, selon le Sénat, la mise en place de ces services « *vise avant tout à favoriser la coordination des interventions auprès de la personne et à mutualiser les interventions visant à élaborer le projet individuel d'aide, d'accompagnement et de soins permettant ainsi une prise en charge plus adaptée à la globalité des besoins de la personne* » (Vasselle, 2008). Des associations ou des CCAS rencontrés sont dans ce cas. La structure peut alors proposer les deux types de prestations, les glissements entre l'une et l'autre sont facilités, permettant le passage rapide en SSIAD des personnes nécessitant une toilette – et non une aide à la toilette – mais aussi, à l'inverse, le passage en SAAD dès lors que la prise en charge ne relève plus du SSIAD.

Les associations locales, pour certaines, cherchent à proposer un accompagnement global et gradué de la dépendance. Ainsi, l'association gestionnaire du SSIAD et de l'ESA fusionne avec une association portant logement-foyer et EHPAD, pour « *avoir un ensemble de services transversaux, pour pouvoir situer la personne âgée là où elle devrait être au moment ou elle doit y être* ». Sur les territoires plus ruraux, les acteurs recherchent ce même accompagnement gradué au sein de leur structure. Ainsi, pour contrer cette difficulté, une association qui intervient fortement sur le Couserans réfléchit à la mise en place d'un SPASAD, « *formule hybride qui associe SSIAD et SAD* ».

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pamiers, Ariège, avril 2014

L'existence de plusieurs services et structures rattachés au CCAS facilite d'un part la coordination professionnelle, puisque les échanges se font « *entre collègues* », et d'autre part l'accompagnement : « *quand on [doit] mettre en place un accueil en logement-foyer ou en service de portage de repas, puisqu'on l'a sur le CCAS* ». D'ailleurs, les services ont souvent des bénéficiaires communs, et développent des « *outils communs au domicile des bénéficiaires. Ça a un côté très rassurant, pour nous, en tant que professionnels, parce qu'on peut communiquer tout de suite* ». Pour les bénéficiaires, « *c'est très rassurant d'avoir l'aide à domicile, l'infirmière, l'aide-soignante, le portage de repas* » par la même structure.

Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014

Deuxième initiative, sur le territoire d'un autre département, ont été mis en place des groupes de réflexion entre SSIAD et SAAD. Ceux-ci ont montré qu'ils ne connaissaient respectivement pas les missions et compétences les uns des autres. Ces groupes d'échanges ont permis de clarifier les toilettes relevant des uns et des autres. Sur demande du CLIC, certains SSIAD peuvent cependant intervenir le temps de la mise en place de l'APA.

3.3. Des Conseils départementaux inégalement financeurs

La répartition des heures en fonction du type d'aide et du lieu de vie a démontré l'hétérogène répartition des intervenants. Ainsi, même si deux tiers de la dépense publique, telle que définie dans le chapitre 5, repose sur des financements de la Sécurité sociale, ceux-ci ne sont pas équivalents entre départements en fonction des besoins administrativement reconnus, questionnant l'équilibre entre la solidarité nationale et les solidarités locales sur les territoires.

L'inégale répartition des infirmiers libéraux implique en particulier que l'État, via la Sécurité sociale, intervient de façon différenciée dans les départements, en finançant une part variable des soins d'hygiène. En conséquence, les départements financent une part variable de la prise en charge de la dépendance.

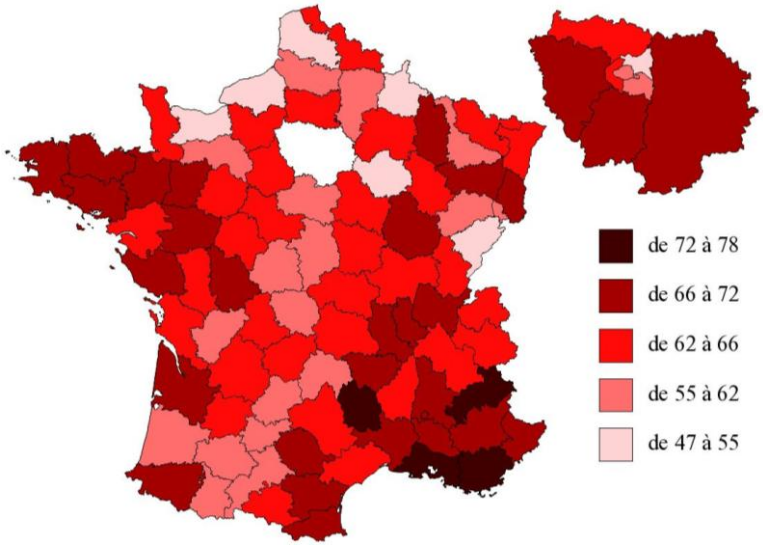
Les écarts constatés dans la dépense publique sont moins importants que ceux obtenus par le nombre d'heures : l'écart entre le minimum et le maximum de la part de la Sécurité sociale dans les dépenses publiques est inférieur à 2 alors qu'il était de 2,6 concernant le nombre d'heure. Une partie de l'écart constaté sur le nombre d'heures pourrait être lié au bruit statistique : les données mobilisées sont moins précises que celles afférentes aux dépenses.

Tout comme le nombre d'heures, la dépense varie de manière substantielle : elle est inférieure à 50 % dans les Ardennes, la Seine-Saint-Denis et le Pas-de-Calais, et supérieure à 72 % dans quatre départements : les Bouches-du-Rhône, le Var, la Lozère, les Hautes-Alpes (Carte 61). Ces départements sont ceux qui disposent de l'offre en infirmiers libéraux ou en EHPAD la plus importante.

Le système de tarification entraîne une part de la Sécurité sociale au sein de la dépense publique plus homogène en institution qu'à domicile : les coefficients de variation sont respectivement de 4 % et de 26 %. Le critère de participation financière de la sécurité sociale à la prise en charge de la dépendance,

fortement discriminant comme le montre la carte, n'est pas intégré aux critères de péréquation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Cependant, parce qu'elle finance pour un tiers les dépenses relatives à l'APA, celle-ci pourrait rééquilibrer la part de la solidarité nationale dans le financement de la dépendance des personnes âgées. Les enjeux des péréquations nationales sont donc exposés ci-après.

Carte 61 - Part des dépenses de sécurité sociale dans le total des dépenses d'accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées



Lecture : Dans les Bouches-du-Rhône, 72 % du financement de l'accompagnement médico-social par des professionnels des personnes âgées dépendantes est assuré par la sécurité sociale. **Champ** : Dépense publique consacrée à l'aide humaine à la population dépendante au cours de l'année 2011. **Discrétisation** par égales étendues. **Sources** : Base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM). **Source cartographique** : Arctique.

3.4. Les péréquations nationales : enjeux

La péréquation « *vise à corriger l'absence d'adéquation spontanée entre les ressources et les charges des collectivités territoriales* » (Bur *et al.*, 2004). La péréquation a donc du sens dans la gestion de la politique décentralisée de l'APA, puisque les départements ont des ressources propres. La Constitution précise que « *la loi prévoit des dispositifs de péréquation destinés à favoriser l'égalité entre les collectivités locales* » (Constitution, article 72-2). Ainsi, « *la péréquation poursuit un objectif d'aménagement du territoire : corriger les inégalités entre les collectivités territoriales et, au delà, assurer l'égalité des citoyens dans l'accès aux services publics* » (Bur *et al.*, 2004).

3.4.1. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pilote le dispositif financier visant à rétablir l'équité territoriale

La Loi a confié aux administrations départementales la gestion et le versement des aides individuelles. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) vise à garantir l'égalité de traitement sur l'ensemble des territoires. Puisque la dépendance n'a pas été identifiée dès la mise en place du système de protection sociale comme un risque, son accompagnement se serait construit de façon empirique, « *sans logique d'ensemble* » (Briet et Jamet, 2004). La finalité première de la CNSA est donc de

« *rassembler en un lieu unique les moyens destinés à financer la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées* » (Vasselle, 2008).

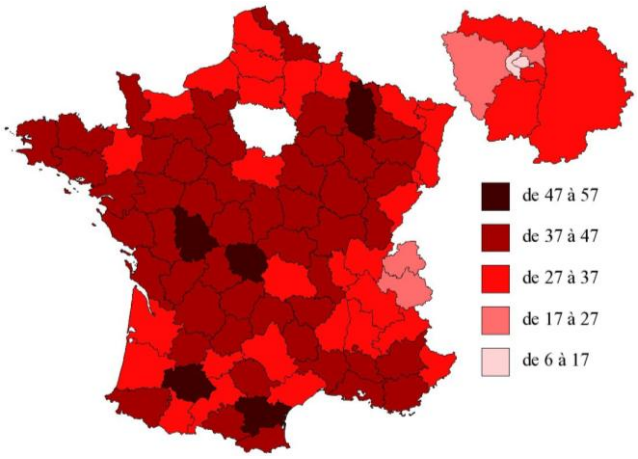
Pour cela, et prenant acte de l'inégalité des dépenses et recettes des départements, elle verse aux Conseils Départementaux une partie du montant des aides individuelles : 1,649 milliards d'euros sont attribués aux départements dans le cadre de l'APA (CNSA, 2012).

Les critères de répartition des moyens financiers entre les départements, dans un souci de résorption des disparités existantes, sont les suivants :

- nombre de personnes âgées de plus de 75 ans (pondération de 50 %) ;
- potentiel fiscal du département (25 %). Cette variable est intéressante. En effet, « *le principe de libre administration implique que les collectivités puissent déterminer le niveau de services publics dont elles souhaitent disposer, ce qui génère des différences en termes d'efforts fiscaux, reflet des préférences collectives des habitants : cette liberté de choix explique, pour partie, les inégalités de ressources. L'appréhension de la richesse des collectivités par le biais du potentiel fiscal, c'est-à-dire des bases d'imposition indépendamment des différences de taux votés, permet de neutraliser ces différences dans la politique fiscale* » (Bergès *et al*, 2013) ;
- dépense annuelle au titre de l'APA (20 %) ;
- nombre de bénéficiaires du RSA (5 %).

L'importance accordée au nombre de personnes âgées dans le calcul, et la corrélation entre l'activité réalisée par les professionnels et ce nombre de personnes âgées implique une part des dépenses d'APA assurées par la CNSA relativement homogènes entre les départements. Ainsi, dans plus de la moitié des départements, les subventions de la CNSA couvrent entre 37 et 47 % des dépenses brutes d'APA (Carte 62). Cinq départements se distinguent par une subvention élevée au regard de leurs dépenses : la Creuse, le Gers, l'Aude, la Meuse et la Vienne. Inversement, les Hauts-de-Seine et Paris se distinguent par une plus faible subvention au regard des dépenses.

Carte 62 - Participation de la CNSA aux dépenses d'APA des Conseils départementaux, en %, en 2011



Lecture : Dans le Gers ou dans la Creuse, les subventions de la CNSA couvrent plus de 47 % des dépenses brutes d'APA du Conseil départemental. **Champ** : Dépense publique consacrée à l'aide humaine à la population dépendante au cours de l'année 2011. **Discrétisation** par égales étendues. **Sources** : CNSA (concours prévisionnels, 2011), base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM). **Source cartographique** : Arctique.

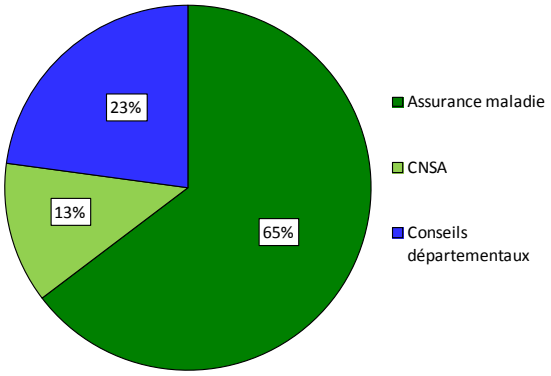
Il est à présent possible de chiffrer la part de la solidarité nationale et des solidarités locales dans le financement de l'accompagnement médico-social des personnes âgées dépendantes.

3.4.2. Coût de l'accompagnement de la dépendance : solidarité nationale ou solidarités locales ?

Trois financeurs sont inclus : la Sécurité sociale, la CNSA, les Conseils départementaux, après soustraction des dotations versées par la CNSA. La dépense publique présentée est, comme au chapitre précédent, celle relative au financement de l'aide humaine auprès des personnes âgées dépendantes. La Sécurité sociale en couvre la plus grande part, avec près des deux tiers des dépenses publiques. Les départements financent quant à eux un faible quart, et la CNSA 13 % (Graphique 40).

Ainsi, la politique pour partie décentralisée d'accompagnement de la dépendance ne repose finalement que pour un quart sur les solidarités locales, et reste amplement financée par la solidarité nationale.

Graphique 40 - Part des financeurs



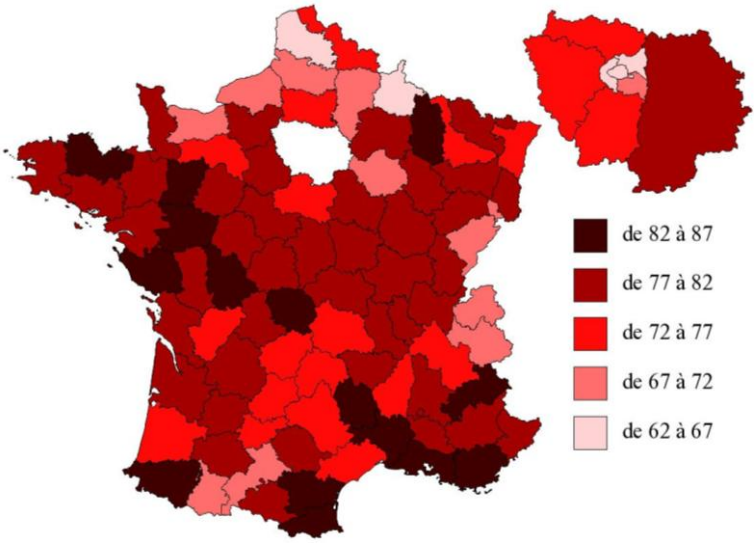
Lecture : 65 % des dépenses publiques sont assurées par l'Assurance maladie. **Champ** : Dépenses publiques pour l'accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées au cours de l'année 2011. **Sources** : CNSA (concours prévisionnels 2011, Rapport annuel 2011, annexe 2 – répartition des concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA, de la PCH et des MDPH, concours prévisionnels APA) base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM).

Au-delà des équilibres nationaux, les équilibres locaux entre solidarité nationale et solidarités locales sont analysés. Puisque la CNSA finance une part de l'APA relativement stable quels que soient les départements, intégrer ce financeur change peu les constats présentés Carte 61. La solidarité nationale est partout plus importante que précédemment, des changements majeurs sont perceptibles pour les quelques départements dans lesquels les subventions de la CNSA sont majeures (Carte 63). Faisant figure d'exception, la Creuse devient, par les subventions CNSA, l'un des départements dans lesquels les financements locaux sont les plus faibles au regard de la dépense.

L'objectif des péréquations n'est pas d'attribuer une subvention égale à l'ensemble des départements, mais bien d'intégrer une mesure des difficultés que peuvent rencontrer des Conseils départementaux, il n'est donc pas attendu que la carte soit monochrome.

Cependant, comme les dispositifs nationaux de péréquation n'incluent pas de déterminants en lien avec les systèmes spatialement différenciés d'accompagnement, ils ne peuvent espérer combler les écarts qui y sont liés. Certes, en accordant à Paris et aux Hauts-de-Seine une faible subvention au regard de leurs besoins, la CNSA y fait baisser comme souhaité la part des financements incombant à la solidarité nationale : ces départements figurent bien parmi les plus clairs sur la dernière carte présentée. À l'inverse, dans la Meuse, la Creuse ou les Ardennes, les subventions de la CNSA impliquent une plus forte participation du national, comme ce qui semble être souhaité au vu des pondérations. Cependant, dans les Ardennes, le Pas-de-Calais ou la Seine-Saint-Denis, les subventions CNSA qui étaient médianes ne compensent pas la faible participation de la Sécurité sociale à l'accompagnement médico-social des personnes âgées dépendantes.

Carte 63 - Part des dépenses afférentes à la dépendance financées par les institutions nationales (Sécurité sociale et CNSA)



Lecture : À Paris et dans le Pas-de-Calais, l'Assurance maladie et la CNSA financent moins de 67 % des dépenses d'aide humaine liées à la dépendance. **Champ** : Dépense publique consacrée à l'aide humaine à la population dépendante au cours de l'année 2011. **Discrétisation** par égales étendues. **Sources** : CNSA (concours prévisionnels, 2011), base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM). **Source cartographique** : Arctique.

En contribuant de façon globalement uniforme au regard des besoins au financement de l'accompagnement professionnel de l'aide humaine auprès des personnes âgées dépendantes, la CNSA n'équilibre donc qu'à la marge les écarts précédents.

3.4.3. Quelles différences entre territoires créées par la décentralisation ?

3.4.3.1. Les heures financées par les départements : la répartition la plus homogène relativement aux besoins

Ce chapitre visait pour finir à analyser les différences territoriales créées par la décentralisation, afin d'apporter des éléments à la deuxième hypothèse de cette recherche, qui met en regard équité nationale et liberté des collectivités locales.

En effet, l'objectif de la décentralisation est bien d'avoir des politiques locales différenciées, pour répondre au mieux aux besoins sur le territoire d'une part, mais aussi de la manière dont les citoyens l'estiment le plus pertinent (Argoud, 2007).

Cependant, sur le champ de la dépendance des personnes âgées, ce n'est pas vraiment ce qui est observé. L'offre la plus inégalement répartie, celle des infirmiers libéraux, est la seule à avoir un financement national, et un pilotage seulement récemment délégué aux Agences régionales de santé, en 2010, les effets ne sont donc pas perceptibles en 2011.

Plus encore, les heures financées par les Conseils départementaux quel que soit le lieu de vie sont plus également réparties compte tenu des besoins administrativement reconnus que l'ensemble des heures, en atteste l'indice de Gini de 6,64 %, le plus faible obtenu (Tableau 64). Ainsi, la partie de l'offre qui est décentralisée est la plus également répartie au regard des besoins sur le territoire.

Tableau 64 - Indice de Gini, en fonction du type d'acteurs

Heures	Gini
Heures financées par les Conseils départementaux	6,64 %
Heures financées par l'Assurance maladie	15,64 %
Ensemble	9,05 %

Lecture : L'indice de Gini varie entre 0 et 100 %, plus il est élevé, plus l'inégalité est grande, c'est-à-dire que l'offre se concentre dans un nombre restreint de territoire. **Champ** : Nombre d'heures auprès de la population dépendante au cours de l'année 2011 par professionnels d'EHPAD et besoins de la population administrativement reconnue dépendante. **Sources** : Insee (recensement de la population, 2010), Drees (enquête relative aux bénéficiaires de l'aide sociale, 2011), base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM).

Ainsi, il n'y a pas que de la substitution, il y a aussi un volume d'heures réalisé par des professionnels plus important comparativement aux besoins dans certains départements, en témoigne par exemple la part de l'activité réalisée par les aides à domicile dans les départements du littoral méditerranéen, sensiblement identique à ce qui est observé sur le reste du territoire national. Les inégalités entre les personnes, en particulier entre celles qui ont la possibilité de cumuler l'APA et le recours à un professionnel paramédical et les autres, seraient donc plus importantes que les inégalités financières entre les départements.

Comment expliquer cette homogénéité de l'activité par rapport aux besoins, dans le contexte de décentralisation ?

3.4.3.2. Les départements : des actions comparables malgré la décentralisation ?

Le premier effet est lié à la mesure des besoins utilisée. Il pourrait exister un non-recours à l'APA à domicile plus important des personnes faisant appel aux professionnels paramédicaux. Alors, le nombre d'heures auprès de ces personnes serait bien inclus dans la mesure de l'activité, leurs besoins ne sont pas administrativement reconnus par les Conseils départementaux et sont donc considérés comme inexistants. L'étude approfondie du non-recours (chapitre 7) nous conduit à relativiser ce biais méthodologique : la substitution avec les soignants est l'un des facteurs explicatifs mais pas l'un des principaux. Surtout, le non-recours a précédemment été évalué à 15 % des besoins au plus.

D'autres éléments explicatifs structurels peuvent être avancés pour expliquer cette répartition particulièrement homogène des heures financées par les départements au regard des besoins recensés.

Premier de ces éléments, l'offre financée par les Conseils départementaux est considérée globalement. Alors qu'il existe des différences territoriales plus importantes en considérant séparément l'ensemble des acteurs, les heures à domicile et en EHPAD sont ici sommées. Les orientations des départements, en termes de choix de développement d'un offre plutôt qu'une autre ne peuvent plus être observées, or c'est peut-être à ce niveau que la décentralisation, donc les choix politiques locaux, ont des effets. La réponse globale aux besoins est par contre équitable au regard des besoins recensés.

Ensuite, même si l'action sociale et médico-sociale en direction des personnes âgées est décentralisée, elle fait l'objet de normes nationales : les outils d'évaluation de la dépendance sont identiques sur les territoires, le montant qui peut être accordé en fonction du niveau de dépendance est fixé par décret. Les marges de manœuvre des départements seraient restreintes. Les contraintes financières pesant sur les départements, dont les dépenses d'action sociale ont augmenté au cours de la dernière décennie, dans un contexte de baisse de la dotation globale de fonctionnement, conduit les départements à limiter les montants accordés. Ainsi, l'étude locale permet de constater qu'en Ariège comme en Loire-Atlantique, les personnes évaluées en GIR 4 reçoivent en moyenne 16 heures.

Dernier élément, la décentralisation pourrait conduire à une plus grande équité territoriale. L'ODAS l'affirmait dès 2007 : « *l'implication des conseils généraux a été réelle, sur le plan quantitatif comme sur le plan qualitatif, avec une tendance à la réduction des inégalités interdépartementales en termes de budgets et d'offres de services* » (Sanchez *et al*., 2007). Les administrations départementales et les élus sont attentifs à ce que leur territoire ne soit pas moins bien doté que les territoires comparables. Cette attention des élus départementaux est d'autant plus importante que les politiques portent sur leurs champs de compétences, comme la solidarité, que sur celles qui relèvent d'autres champs de compétences, comme la santé. Les publications de l'ADF le montrent bien. Les plus récentes portent sur la réforme territoriale, la précarité, ou encore la rentrée scolaire puisque les départements ont en charge la gestion des collèges. Les élus et l'administration territoriale apporteraient un regard complémentaire à celui de l'État. Il faudrait cependant que les départements soient en mesure de comparer entre eux l'activité par type de professionnels comme cela a été fait dans ce chapitre et dans le chapitre précédent, les données disponibles en interne et même les compétences dont ils disposent poussent à considérer cet élément comme secondaire.

Cet élément pourrait par contre être décisif au sein des départements. Le mode de scrutin permet une représentativité très locale, y compris après le récent redécoupage cantonal. Les conseillers départementaux sont, par leur mandat, représentant d'un territoire. La défense de leur canton est leur rôle, et à travers eux, les citoyens influent sur les décisions politiques. Il pourrait exister un contrôle social par les électeurs conduisant les élus à être particulièrement attentifs à une action équitable du département.

3.4.3.3. La plus grande différence : l'offre est-elle ou non régulée ?

Une grande différence entre offre sanitaire et médico-sociale réside dans les régimes d'autorisation et d'installation des structures et professionnels.

Un EHPAD ne peut aujourd'hui s'implanter que s'il est sélectionné pour sa réponse à un appel à projets. Auparavant, les initiatives locales étaient facilitées mais une procédure d'autorisation était également nécessaire. Le Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) devait valider l'ouverture de la structure et accorder des financements. « *La loi HPST a rénové le dispositif d'autorisation en supprimant les CROSMS et en introduisant une procédure d'appel à projets lancée par l'autorité compétente […] Elle modifie fondamentalement la logique de régulation de l'offre en établissements et services* ». Précédemment, la procédure relevait d'une logique ascendante. Dorénavant, les autorités publiques définissent les besoins et recherchent les porteurs de projets les plus à même de les satisfaire (Rapegno, 2014).

Les services d'aide à domicile, quant à eux, font l'objet d'une autorisation par le Conseil départemental, ou d'un agrément par un service déconcentré, la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi. Les Conseils départementaux de l'étude, portent une attention majeure à la garantie d'un nombre de services suffisant sur chaque territoire. Les appels à projets dans lesquels s'inscrivent également les services d'aide à domicile doivent permettre alors de rééquilibrer l'offre.

Pour finir, les infirmiers libéraux ont la plus grande liberté d'installation. Certes, prenant acte de leur inégale répartition, des mesures ont récemment été mises en place : des financements sont apportés aux professionnels qui s'installent dans les zones moins équipées, notamment dans des communes rurales ou de banlieue. Inversement, sur certains territoires et depuis 2009 l'installation est conditionnée au remplacement d'un professionnel qui cesse son activité : l'arrêté du 17 octobre 2008

portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux met en place un dispositif « de régulation démographique de l'offre en soins infirmiers » (JORF, 2008c). Cependant, ces mesures essentiellement incitatives ne sont pas parvenues, en quelques années, à changer les déséquilibres spatiaux hérités de plusieurs décennies d'après Seconde guerre mondiale où l'implantation de ces professionnels était libre, et les déséquilibres plus anciens encore, puisqu'observés dès la fin du Moyen Âge, entre Nord et Sud de la France (chapitre 2). Comme le constate Giblin pour les médecins, les professionnels libéraux tiennent à leur liberté d'installation, ainsi qu'à travailler au contact d'autres confrères : « *c'est pourquoi la politique financièrement incitative d'installation dans les déserts médicaux ruraux a connu des résultats très insuffisants* » (Giblin, 2011).

Conclusion du chapitre

Les équilibres nationaux obtenus et les résultats déclinés sont cohérents avec les éléments connus par ailleurs et présentés dans ce chapitre, ce qui atteste déjà de la qualité de la base de données élaborée au chapitre précédent, malgré le grand nombre de sources mobilisées et les difficultés à restreindre leur champ.

Malgré une répartition de l'offre professionnelle à peu près équilibrée par rapport aux besoins administrativement reconnus, il existe des substitutions entre les acteurs, lourdes de conséquences sur les accompagnements, et dessinant des systèmes spatialement différenciés de prise en charge professionnelle de la dépendance. Cette étude, effectuée à l'échelle départementale, pourrait utilement être déclinée à l'échelle locale, après recueil des sources adaptées, ce qui n'était pas possible dans le cadre de cette thèse. Par exemple, les infirmiers sont localisés essentiellement sur les quelques kilomètres proches du littoral, dans les départements du Sud de la France. Des systèmes spatialement différenciés d'accompagnement pourraient donc exister dans cet exemple, entre le littoral et l'arrière-pays. Les substitutions pourraient également être observées, par exemple entre domicile et EHPAD.

Le Conseil départemental du Val-de-Marne a fourni une donnée complémentaire : celle des personnes bénéficiaires de l'APA à domicile sorties du dispositif car elles sont entrées en établissement (APA-E). Comme les bénéficiaires de l'APA présents dans le dispositif fin 2011, les bénéficiaires sont géolocalisés afin de retrouver l'IRIS de leur domicile de secours. On peut ainsi calculer, à l'échelle de l'IRIS, le nombre de personnes passées d'APA-D en APA-E au cours de l'année 2011, par rapport à la population bénéficiaire de l'APA-D au 31 décembre 2011. La relation entre la prévalence et cette part de bénéficiaires ayant quitté le dispositif APA-D pour le dispositif APA-E est statistiquement significative et négative. Ainsi, il y aurait moins de personnes dépendantes à domicile, car les personnes dépendantes sur le territoire seraient en établissement. Cette variable ne permet cependant d'expliquer que 6,3 % de la variation de la prévalence sur les territoires.

Ensuite, il existe d'autres substitutions, qui n'ont pas ici été analysées, avec la famille (chapitre 7) ou avec d'autres professionnels et institutions, hôpitaux et Caisses de retraite en particulier. Ainsi, l'attente d'une place en EHPAD pourrait prolonger le séjour hospitalier, et le retrait des Caisses de retraite conduirait les évaluateurs à inclure dans l'APA-D des personnes qui auraient pu ne pas en relever.

> A : « *Quand un patient est en attente d'institutionnalisation à l'issue de son séjour hospitalier, le délai moyen dans le Saint-Gironnais est beaucoup-beaucoup plus court qu'il n'est ici. C'est vrai que c'est une grosse problématique, dans la mesure où ça encombre une filière, et on a des patients qui restent […] de façon beaucoup plus prolongée en hospitalisation, avec les risques qui peuvent quand même être liés à une hospitalisation prolongée, il n'y a pas que l'aspect financier des séjours hospitaliers, il y a tout le risque nosocomial, le risque de perte supplémentaire de repères.* »
>
> **Entretien auprès de professionnels du territoire, Pamiers, Ariège, avril 2014**

Comme nous l'avons constaté pour les professionnels médico-sociaux et paramédicaux, il n'existe pas seulement une substitution : certains recourrent à une offre plus importante en termes de nombre d'heures ou de dépense publique, et il pourrait à l'inverse exister des personnes pour lesquelles il n'existe pas d'offre.

> Un participant témoigne : « *j'ai une certaine catégorie de personnes, entre 75 et 85 ans, maintenant 88 ans pour la CARSAT, je ne sais pas quoi leur proposer. Il n'existe rien. Plus rien. Parce que légèrement au-dessus des plafonds, pas de possibilité de prise en charge, donc on n'intervient pas. Et des personnes pour lesquelles on a arrêté les services, du jour au lendemain, parce qu'il n'y avait pas de*

renouvellement », et « *c'est compliqué de leur expliquer, malgré toute notre bonne volonté* ». Ainsi, il y a « *une catégorie de personnes qui sont laissées pour compte* », et « *quand j'explique à quelqu'un de 85 ans qu'il est trop jeune, franchement, je ne suis pas crédible* ». L'exemple précis est donné d'une ressortissante de la CARSAT, atteinte d'un cancer, « *je lui dis 'bah non, je ne peux pas vous aider'. Franchement c'est difficile* ». Les acteurs s'accordent sur la difficulté d'être « *les porte-paroles de toutes ces grandes instances* », d'abord, parce qu'il informent les personnes qu'elles n'ont pas la possibilité d'avoir une aide. Selon un participant « *bon nombre de fois, je ne m'y retrouve pas. Parce qu'on est censé faire un travail de proximité, et on n'a rien à proposer aux gens. Parce qu'il y a clairement un vide à un moment donné. Je comprends les problèmes budgétaires de tout-un-chacun, mais à un moment donné, quand on veut aider les gens, et qu'on leur dit : 'je reste à votre disposition, si vous voulez', avec un grand sourire, en fait on ne leur propose rien. Il n'existe rien pour eux. C'est parfois injuste. Dans tout ce problème politique d'aide maintien à domicile, de tout ce qu'on entend, des fois, on vit ce qu'on appelle des grands moments de solitude, parce qu'on a beau leur expliquer, ils ne comprennent pas. Et moi, je comprends, qu'ils ne comprennent pas, humainement j'ai envie de dire. Ne pas pouvoir aider quelqu'un qui a un cancer… voilà* ».

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pornic, Loire-Atlantique, juin 2014

Au-delà d'une analyse départementale et au niveau des institutions, cela conduit à analyser les réalités individuelles. La question de l'adaptation de l'offre et des prestations proposées aux besoins des personnes fait l'objet de la troisième partie de la thèse.

PARTIE 3

QUELLE PLACE AU CHOIX DES PERSONNES DANS LES RECOURS À L'OFFRE ?

CHAPITRE 7

LE NON-RECOURS À L'APA-D : DÉFAILLANCE DES POUVOIRS PUBLICS OU EXPRESSION DU CHOIX DE LA PERSONNE ?

Enjeux

Le non-recours questionne les pouvoirs publics : pourquoi les personnes ne sollicitent-elles pas une offre créée pour elles ? Ce chapitre étudie le non-recours à l'Allocation personnalisée d'autonomie à domicile (APA-D).

Les facteurs explicatifs sont pluriels, ce qui en augmente la complexité. Nous en analyserons quatre dans ce chapitre, établis à partir de données quantitatives et des témoignages d'acteurs locaux. Pour chacun, les acteurs publics référents et niveaux de responsabilité sont distincts.

D'abord, le non-recours peut être lié à une non-connaissance, ou une connaissance erronée du dispositif. Les Conseils départementaux, en charge de diffuser les informations, sont alors les premiers concernés. L'étude locale conduit à nuancer l'impact de ces premiers éléments : les professionnels de proximité connaitraient la prestation et seraient en mesure d'orienter.

Le non-recours peut ensuite être lié à la conception même du dispositif : c'est une aide en nature, à laquelle le bénéficiaire participe financièrement. Le législateur serait alors plutôt à questionner.

Ensuite, le non-recours peut être lié à la personne qui, par choix, préfère ne pas faire appel à une aide professionnelle. Ce choix peut se heurter à une limite, qui renvoie au quatrième élément : les acteurs publics sont parfois contraints d'intervenir. Dans quelles situations leur intervention est-elle légitime ? Sa propre mise en danger par la personne, ou la mise en danger de ses proches conduisent les acteurs de proximité, alors les premiers concernés, à mettre en place des services.

Ce chapitre offre une analyse originale. D'abord, il étudie le non-recours spécifiquement à l'APA-D, ce qui est rare dans la littérature. Ensuite, il met en regard les facteurs individuels avec les logiques institutionnelles et les divers niveaux d'action.

INTRODUCTION DU CHAPITRE **369**

1. LE CONCEPT DE NON-RECOURS, ORIGINE, DÉFINITION(S), OBSERVATION **370**

1.1. Des définitions du non-recours **370**

1.2. Les non-recours, quelles mesures ? **373**

1.3. D'une typologie générale du non-recours à une grille de lecture intégrant le positionnement des pouvoirs publics **376**

2. LE NON-RECOURS QUESTIONNANT LES POUVOIRS PUBLICS : UN DISPOSITIF PEU OU MAL CONNU ? **378**

2.1. La non-connaissance du dispositif **378**

2.2. La mauvaise connaissance du dispositif **380**

2.3. Professionnels locaux, collectivités territoriales : mieux informer les potentiels bénéficiaires et leur entourage, mais comment ? Le rôle des mairies **383**

3. LES NON-RECOURS LIÉS AU FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF QUESTIONNENT SA PERTINENCE **386**

3.1. Formuler une demande d'APA ne coûte pas rien **386**

3.2. Reconnaissance administrative de la dépendance et plafonnement de l'aide : un dispositif limité pour accompagner certaines pathologies **395**

4. CHOIX DE LA PERSONNE ET DROIT AU RISQUE : UNE LIMITE À RESPECTER POUR L'ACTION PUBLIQUE **399**

4.1. La famille et les réseaux, d'importantes alternatives à l'offre publique **400**

4.2. Le respect du choix de la personne **405**

5. QUELLE INTERVENTION PUBLIQUE POUR CEUX QUI NE DEMANDENT RIEN OU SONT RÉTICENTS À L'OFFRE ? **409**

5.1. Le déni de la dépendance **409**

5.2. Quelle attitude face à ceux qui sont réticents à toute intervention sociale et médico-sociale ? **412**

CONCLUSION DU CHAPITRE **415**

Introduction du chapitre

Ce chapitre s'ancre sur la connaissance empirique des professionnels des Conseils départementaux de l'existence d'un non-recours à l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), différencié sur les territoires et difficile à comprendre. Est considérée comme n'ayant pas recours « *toute personne qui, en tout état de cause, ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre* » (Warin, 2010a). En effet, autant les institutions publiques, en l'occurrence les Conseils départementaux, ont une obligation d'intervention en vue d'ouvrir l'accès à l'allocation (Code de l'action sociale et des familles (CASF), article L232-1), autant les bénéficiaires potentiels n'y ont accès que s'ils font valoir leurs droits, c'est-à-dire s'ils la sollicitent. Or, émerge au cours d'échanges avec les professionnels des Conseils départementaux un constat, que l'analyse vise à éclairer : certaines personnes qui pourraient recourir à l'APA, étant donné leur niveau de dépendance et leur âge, n'en feraient pas la demande auprès de l'administration ou ne recourraient pas aux services après l'ouverture de leurs droits.

Ce constat implique la nécessité pour les Conseils départementaux, qui octroient l'allocation et sont garants de son égal accès, de mieux comprendre le non-recours, pour ajuster leur action. Elle implique en parallèle l'importance pour les décideurs politiques, qui prévoient les conditions d'accès et les modalités d'attribution de celle-ci, de mieux appréhender ce phénomène. Les entretiens qualitatifs nous amènent à poser deux hypothèses explicatives du non-recours, opposées. Dans la première, le non-recours pourrait être expliqué par une défaillance des pouvoirs publics, en termes d'information, d'instruction ou de conception de la prestation, il mettrait donc en jeu la responsabilité des institutions. Dans la seconde hypothèse, le non-recours serait une expression de la liberté des personnes, qui souhaitent ou ne souhaitent pas solliciter cette prestation de droit, liberté que les pouvoirs publics devraient alors respecter. Pour les personnes âgées dépendantes, parfois dans le déni et / ou atteintes de pathologies qui altèrent leur jugement, se pose avec acuité la question des limites de cette liberté individuelle, notamment lorsque le non-recours entraîne une mise en danger de la personne ou de son entourage. En conséquence, au-delà d'un enjeu de gestion de la prestation, notamment économique, la question du non-recours est surtout un enjeu de politique publique.

Ce chapitre s'appuie d'abord sur les entretiens, qui traduisent le vécu des professionnels locaux. Ceux-ci apportent des connaissances relatives aux pratiques et au positionnement institutionnel des acteurs, et reflètent leurs représentations des problématiques du recours. Les données quantitatives disponibles sont exposées. Enfin, ce chapitre mobilise les études conduites par des chercheurs sur le non-recours à d'autres droits sociaux : Couverture maladie universelle (CMU) et CMU-complémentaire, Revenu de solidarité active (RSA), Prestation de compensation du handicap (PCH), Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). La mise en regard avec ces autres recherches permet de mieux comprendre les mécanismes spécifiques de non-recours à l'APA.

L'APA existe pour l'ensemble des personnes âgées, quel que soit leur lieu de vie, à domicile ou en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ce chapitre se restreint néanmoins à l'APA à domicile (APA-D). Trois éléments expliquent ce choix. D'une part, la présence systématique d'un médecin coordonnateur et de professionnels sociaux et médico-sociaux dans les EHPAD, ayant connaissance de la prestation et des conditions d'accès à celle-ci, limite la non-information à l'APA en établissement (APA-E). D'autre part, les EHPAD sont de plus en plus fréquemment conventionnés avec le Conseil départemental, et subventionnés via une dotation globale afférente à l'autonomie : le versement de l'allocation n'est pas consécutif à des demandes

individuelles des résidents, mais à une convention entre le Conseil départemental et l'établissement[48]. À la fin 2011, sur l'ensemble de la France métropolitaine, trois quarts des EHPAD sont sous dotation globale APA (Drees, EHPA 2011). Fin 2013, 80 % des personnes âgées ariégeoises[49] hébergées en établissement ne perçoivent pas directement l'allocation, celle-ci étant versée à la structure qui les accueille (Conseil départemental de l'Ariège, 2014). L'exclusion dans la recherche de l'APA-E est d'autant plus légitime que le non-recours en établissement concerne moins de 5 % des résidents[50]. Une part de ce non-recours serait de surcroit liée aux délais légaux nécessaires à l'instruction du dossier, donc du « *non-recours frictionnel, qui résulte du temps nécessaire à la procédure de demande* » (Van Oorschot et Math, 1996). En résumé, on considère qu'en EHPAD la prestation rencontre le public qu'elle s'est fixé, ce qui est moins évident à domicile.

1. Le concept de non-recours, origine, définition(s), observation

Alors que ces problématiques faisaient l'objet de premiers développements dans les années 1960 sous l'expression de « *non take-up of social benefits* » dans le monde anglo-saxon, c'est un dossier de la Cnaf en 1996 qui, après avoir constaté le manque de recherches et d'intérêt porté à ces sujets, élabore les premières distinctions entre les catégories de non-recours aux prestations sociales en France (Van Oorschot et Math, 1996). La Cnaf reste mobilisée sur ces problématiques, en témoigne un récent dossier d'étude du groupe de travail « Accès aux droits », titré : *L'accès aux droits et le non-recours dans la branche Famille de la Sécurité sociale* (2014).

1.1. Des définitions du non-recours

1.1.1. Non-recours primaire et non-recours secondaire

Van Oorschot, chercheur du département des Études sur la Sécurité sociale de l'université de Tilburg et Math, membre du bureau de la recherche de la Cnaf distinguent le non-recours primaire et secondaire (Van Oorschot et Math, 1996). Le non-recours primaire concerne une personne éligible qui ne perçoit pas une prestation, car elle ne l'a pas sollicitée. Ce phénomène est au cœur de notre analyse.

Pour ces auteurs, le non-recours secondaire renvoie à la situation dans laquelle une personne éligible demande une prestation mais finit par ne pas la percevoir. Ce non-recours secondaire peut être partiel ou complet. Les auteurs parlent de non-recours partiel, quand une personne éligible demande une prestation et n'en reçoit qu'une partie, et de non-recours complet, quand une personne éligible demande une prestation et ne reçoit rien.

Le non-recours secondaire ne sera pas spécifiquement traité dans la suite du chapitre, pour les raisons suivantes.

[48] Les dotations globales sont fréquentes parce que les taux de participation des bénéficiaires de l'APA en EHPAD sont faibles. Alors qu'à domicile, les taux de participation croissent dès lors que les revenus imposables sont supérieurs à 739 €, en établissement, en deçà de 2 438 € mensuels, le bénéficiaire ne s'acquittera que du talon des GIR 5 et 6 (chapitre 5) (montants en vigueur au 1er avril 2014).

[49] Sont comprises ici comme Ariégeoises les personnes âgées dont le domicile de secours est situé dans le département. Il s'agit de la situation la plus fréquente. Au niveau national, 87 % des résidents en établissement à la fin 2011 ont rejoint un EHPAD de leur département (EHPA 2011).

[50] 578 000 bénéficiaires de l'APA-E sont comptabilisés à la fin 2011 par les Conseils départementaux (Borderies et Trespeux, 2013), quand sont recensés autour de 600 000 résidents en EHPAD, en GIR 1 à 4 (EHPA 2011, sur le même champ), soit un écart de 3,7 %.

S'il provient de l'administration, qui prend une décision inadéquate, il est lié aux différences de pratiques et d'utilisation de la grille AGGIR par les évaluateurs APA, le chapitre 1 en a montré les enjeux et les solutions mises en œuvre localement.

S'il est lié aux contraintes d'organisation des prestataires, il s'agit d'une adaptation du plan d'aide pour garantir la continuité de la prestation, les enjeux sont différents de ceux du non-recours. En effet, alors que le plan d'aide déterminé par l'équipe médico-sociale est mensuel, l'intervention des professionnels de services est souvent réfléchie au niveau hebdomadaire, pour rester régulière. Puisque l'enjeu est de ne pas dépasser le montant plafond fixé par le Conseil départemental quel que soit le mois, ils font parfois le choix de réduire le plan. Ainsi, si une personne dispose de 6 heures par mois, cela pourrait correspondre à 1h30 par semaine en moyenne, par exemple le lundi. Mais certains mois comptent cinq lundis et non quatre, l'intervention serait alors annulée brisant la continuité, ou facturée directement à des bénéficiaires dont nombre sont en difficultés financières. Le service prestataire restreint alors l'intervention hebdomadaire à une heure : quel que soit le mois, la personne aura quatre ou cinq heures. Elle ne dépassera pas le montant fixé par l'équipe médico-sociale, et la continuité de l'intervention sera maintenue.

Enfin, s'il est lié au comportement du demandeur, qui renonce à la prestation, le non-recours est marginal selon les Conseils départementaux. Plusieurs situations se distinguent.

- D'abord, l'abandon de la demande avant l'intervention des équipes médico-sociales (EMS) et après instruction du dossier administratif, notamment en lien avec une évolution de la situation rencontrée par la personne. Nos interlocuteurs dans les Conseils départementaux étudiés estiment cette situation marginale.
- Ensuite, le non-recours à l'ensemble des heures d'aide à domicile, alors que des droits sont ouverts. Une étude complémentaire est menée début 2015 en Ariège sur les écarts entre les bénéficiaires payés au titre de décembre 2014 et ceux ayant un plan d'aide notifié. Une personne qui ne reçoit pas l'APA-D alors qu'elle a un plan d'aide ouvert est souvent hospitalisée ou récemment entrée en EHPAD, sa prestation est suspendue. Il ne s'agit alors plus de non-recours : la personne ne peut pas prétendre à l'offre.
- Le non-recours partiel aux heures d'aide à domicile, alors que les droits sont ouverts. L'étude en Ariège[51] montre que 15 à 20 % des heures notifiées ne sont pas utilisées. Elles se répartissent entre de nombreux bénéficiaires, qui ne consomment pas la totalité des heures et pourraient être liées aux contraintes d'organisation des prestataires ou des bénéficiaires.
- La non-adhésion à la proposition (Warin, 2010a) serait rare dans le dispositif APA, puisque les EMS élaborent le plan d'aide avec la personne : si celle-ci souhaite moins d'heures, ce sera inclus dans la proposition avant le passage en commission APA.

Non-recours partiel et non-adhésion à l'APA-D ont fait l'objet d'une importante étude, financée par la Drees et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), sous la direction de Gucher (2011). Le rapport, intitulé « *Non-recours et non adhésion, la disjonction des notions de ''qualité de vie'' et de ''qualité de l'aide à domicile''* » est le seul à notre connaissance à se focaliser sur l'allocation que nous étudions par la suite. Il n'étudie pas le non-recours primaire, au cœur de notre chapitre, mais fournit de précieuses analyses sur la non-consommation des heures, c'est-à-dire sur le non-recours secondaire. Les chercheurs comparent les heures prescrites et facturées, obtenant par

[51] Le rapprochement entre plan d'aide notifié et plan d'aide effectif n'a été possible qu'en Ariège. D'abord, parce que le principal prestataire, qui réalise 40 % du total des heures d'APA-D, est sous dotation globale : il ne facture donc au Conseil départemental que les heures effectivement réalisées, ce qui permet un recoupement aisé avec les heures prescrites. Ensuite, parce qu'un service est chargé du contrôle systématique de l'application des plans d'aide, permettant également la mise en regard du plan d'aide notifié par la commission APA, et effectivement réalisé.

exemple en Isère en 2005 un écart moyen de 18 %, avec des différences de consommation en fonction du genre et de caractéristiques sociodémographiques, et soulignant que le changement d'intervenant, qui bouscule les habitudes et rompt la continuité du service rendu est un élément important de non-consommation des heures prescrites (Chauveaud *et al*., 2011).

Ces non-recours partiels liés aux comportements des demandeurs, recouvrent des situations hétérogènes et souvent marginales. Ces problématiques énumérées se posent avec moins d'acuité que le non-recours primaire, selon les personnels administratifs et les décideurs rencontrés.

1.1.2. Non-recours temporaire et non-recours permanent

Van Oorschot et Math introduisent pour finir une distinction entre le non-recours **temporaire**, qui apparait quand « *une personne éligible effectue une demande un certain temps après être devenue éligible* » et le non-recours permanent, « *si une personne n'effectue pas une demande entre le moment où elle devient éligible et le moment où elle ne l'est plus* ».

Le non-recours temporaire pourrait être fréquent dans l'APA-D : les personnes attendraient une augmentation de leurs incapacités et entreraient dans le dispositif quand leur situation deviendrait trop complexe pour elles, et non dès qu'elles en relèvent. En témoigne un responsable de CCAS :

> *A :* *« Les gens n'arrivent pas à 65 ans ou à 60 ans, ''j'ai le droit à l'aide à domicile, j'en veux une tout d'suite'', ils attendent 80, 82 ans, qu'il y ait quelque chose qui n'aille pas pour faire cette demande, [parce que] personne ne souhaite se retrouver dans la situation de ne plus pouvoir faire ce qu'il faisait et d'être aidé : [c'est vécu] comme une dépossession ».*
>
> **Entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014**

Le non-recours temporaire impliquerait alors un recours tardif au dispositif. Le non-recours permanent pourrait quant à lui concerner des personnes dépendantes qui décèdent sans jamais avoir recouru à la prestation, des personnes qui entrent en EHPAD et donc ne relèvent plus du champ d'application de l'allocation à domicile, ou encore des personnes qui n'ont pas sollicité l'APA lorsqu'elles étaient dépendantes et dont la dépendance a ensuite diminué grâce à la récupération des principales fonctionnalités dans le cas d'un AVC ou d'un cancer, par exemple.

> *A :* *« On a un monsieur, qui était en EHPAD depuis trois ans, suite à un AVC. Donc il a fait beaucoup de rééducation, évidemment, avec son kiné, mais au-delà du kiné, les équipes de l'EHPAD ont prolongé le travail. Maintenant avec la CTP [convention tripartite], on a de la chance, on a une ergothérapeute, une psychologue, une psychomot, donc ils ont réalisé un travail important, prolongé par l'équipe soignante, ce monsieur va retourner à son domicile ».*
>
> **Entretien auprès de responsables de CCAS, Nord, avril 2014**

Cette réduction de la dépendance d'une personne semble encore peu fréquente, et nécessite actuellement un suivi à l'hôpital ou en EHPAD. L'accompagnement de ces situations pourrait croître dans les années à venir directement à domicile, dans le cadre du développement de l'Hospitalisation à domicile (HAD) et de l'accueil de jour thérapeutique. La conviction que les incapacités peuvent être compensées, mais surtout qu'elles ne sont pas irréversibles, se diffuse.

1.1.3. La complexité des non-recours : création d'un observatoire

La complexité des non-recours et les difficultés méthodologiques afférentes à leur analyse ont suscité la création d'un Observatoire des non-recours aux droits et services en 2003, l'Odenore, à l'Institut d'études politiques de Grenoble (encadré 2). Notre bibliographie compte de nombreux ouvrages et articles diffusés par l'Odenore et les chercheurs qui le composent, notamment Philippe Warin[52]. Les recherches de l'Odenore, outre des analyses conceptuelles faisant l'objet de documents de travail, portent sur le non-recours à de nombreux droits sociaux : le RSA, la CMU mais aussi l'APA (Gucher *et al.*, 2011).

Encadré 2 - Odenore

Issu d'une recherche exploratoire sur le non-recours aux services de l'État, le constat d'un manque d'outils de mesure et de connaissance a conduit à construire un dispositif d'observation. Labellisé en juin 2002 par le réseau France Qualité Publique, Odenore a été créé officiellement en mars 2003 comme dispositif du laboratoire PACTE à l'Institut d'études politiques de Grenoble où il participe dès 2012 à la thématique "Questions Sociales & Inégalités". En janvier 2009, Odenore a été créé comme Équipe de recherche technologique par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (actuellement vers un nouveau dispositif de travail en constitution en lien avec le CNRS). Installé à la Maison des sciences de l'Homme-Alpes, il anime l'axe « Inégalités, Normes, Comportements ». **Sources** : site internet de l'Observatoire.

1.2. Les non-recours, quelles mesures ?

À l'échelle nationale, le rapprochement entre données administratives et enquêtes épidémiologiques a permis d'estimer entre 20 % (Warin, 2010c) et 28 % (Renoux *et al.*, 2014) la part des personnes âgées dépendantes qui ne bénéficient pas de l'APA-D. Ce taux est proche de celui annoncé pour le non-recours à la CMU-C par le Défenseur des Droits (2014). Il est, par contre, inférieur au non-recours au RSA, qui oscillerait entre 36 % et 68 % selon le type de RSA (socle, activité, socle et activité ; CAF 2012) et de surcroît au non-recours à l'ACS qui concernerait environ quatre bénéficiaires potentiels sur cinq (Guthmuller *et al.*, 2014). Le non-recours à la PCH pourrait quant à lui être de l'ordre de 50 % (Berrat, 2011)[53].

Conduire sur ce modèle des analyses localement représentatives nécessiterait une enquête épidémiologique de grande ampleur auprès de personnes entrant dans les critères d'attribution de l'APA, bénéficiaires et non bénéficiaires de la prestation. Puisqu'il n'est pas possible a priori de savoir si une personne âgée est ou non éligible au dispositif, le protocole nécessiterait d'interroger en population générale des personnes de plus de soixante ans, sur le modèle de l'enquête Handicap Santé Ménage (HSM 2008, Drees-Insee) ou de la future enquête sur les Capacités, Aides et Ressources des Seniors (CARE 2015, Drees-Insee), qui assurera une représentativité nationale. Ces études sont elles-mêmes limitées pour approcher le non-recours, puisque l'évaluation des capacités et incapacités est réalisée par la personne âgée elle-même, sans contrôle d'un travailleur social. Seule une étude avec évaluation par des professionnels permettrait de déceler les personnes âgées qui pourraient recourir à la prestation mais ne le font pas, et de mener une étude quantitative des déterminants individuels ou sociétaux de ce non-recours. Une telle étude n'était pas envisageable dans le cadre de ce travail de recherche.

Les données administratives de quatre Conseils départementaux, afférentes aux bénéficiaires de l'APA-D, sur une année sont mobilisées. Par construction, les personnes éligibles à la prestation qui

[52] Chercheur en analyse des politiques publiques à Grenoble, responsable scientifique de l'Odenore et importante référence sur cette problématique.
[53] Le chiffre est obtenu en comparant les données relatives aux bénéficiaires de l'aide sociale avec les résultats de l'enquête Handicap Incapacités Dépendance (HID, 1999).

n'y ont pas recours ne figurent pas dans le fichier de suivi administratif de cette prestation. Le recours tardif peut cependant être approché. En effet, la dépendance des personnes âgées, sans être un processus linéaire, est un processus évolutif. Les personnes âgées entrant dans l'APA-D fortement dépendantes n'auraient pas recouru à la prestation précédemment, alors qu'elles ont probablement connu un état de dépendance moins important. L'analyse localisée du degré de dépendance lors de l'entrée dans le dispositif peut servir d'approximation au non-recours temporaire. La mesure est cependant doublement biaisée. D'abord, la dégradation de l'état de santé peut être brutale, suite à une chute, à un accident vasculaire cérébral, à une hospitalisation ou encore au décès de l'aidant principal. Dans ces cas, la personne entrera dans le dispositif en GIR 1, 2 ou 3 sans être passée par l'état de dépendance du GIR 4, ce qui surestime les entrées tardives. Inversement, certaines personnes vont voir leur état se dégrader, sans jamais recourir au dispositif, même tardivement. Cela conduit à poser l'hypothèse que les non-recours temporaire et permanent ont une même traduction spatiale. Au-delà de ces biais méthodologiques, ces mesures supposent la connaissance du GIR à l'entrée de la personne dans le dispositif. Or, bien que la durée de perception de l'APA soit de quelques années, il n'est pas techniquement possible pour l'ensemble des Conseils départementaux de l'étude de fournir ces données relatives au GIR à l'entrée. L'étude quantitative du non-recours exclut le Nord[54].

Dans l'Ariège, la Loire-Atlantique et le Val-de-Marne, la dépendance moyenne lors de l'entrée dans le dispositif est estimée à l'échelle locale. Un « poids » est affecté à la dépendance, en fonction de sa gravité : à chaque GIR est attribué un nombre de points qui correspond dans la littérature aux besoins d'aide de la personne (Tableau 65) (pour davantage de détails, on se réfèrera au chapitre 1). Un GIR moyen pondéré (GMP) lors de l'entrée dans l'APA-D est calculé par territoire.

Tableau 65 - Cotation et valorisation en points des GIR

GIR	Cotation GIR (besoins d'aide, en temps)	Valorisation en points GIR permettant le calcul du GMP
1	1,00 ETP	1000
2	0,84 ETP	840
3	0,66 ETP	660
4	0,42 ETP	420

Lecture : 1 000 points sont attribués à un GIR 1, correspondant à un besoin d'aide d'une personne à temps plein. **Champ** : France entière. **Sources** : Annexe 3-6 du CASF, article 7 du décret 99-316.

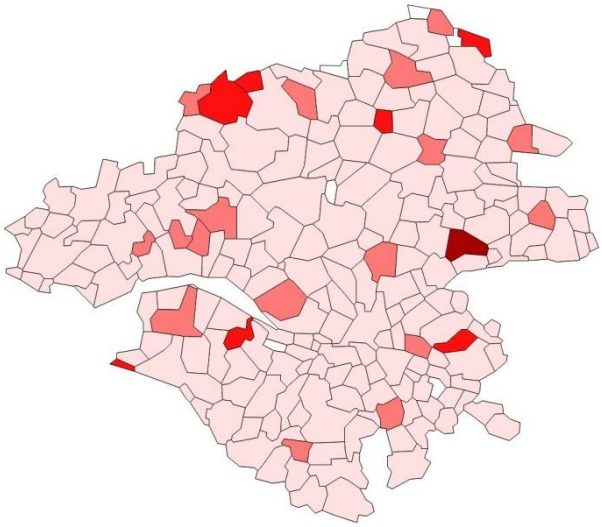
Le GMP à l'entrée, qui évalue la dépendance moyenne des bénéficiaires lors de leur entrée dans le dispositif, varie plus ou moins fortement entre les unités spatiales des départements (Carte 64). Si l'ensemble des bénéficiaires entrait en GIR 4, le GMP à l'entrée serait de 420. Si tous entraient en GIR 3, le GMP à l'entrée serait de 660. Ainsi, un écart de 240 points serait obtenu entre une unité spatiale dans laquelle l'ensemble des bénéficiaires serait entré en GIR 4 et une autre où tous seraient entrés en GIR 3. Dans le Val-de-Marne, l'écart entre les IRIS dans lesquels le GMP à l'entrée est le plus important et ceux dans lesquels il est plus faible représente plus de 250 points. Cet écart est de 200 points en Ariège, et approche les 150 points en Loire-Atlantique.

Les cartes départementales sont mouchetées : les territoires où le GMP est important sont limitrophes de territoires dans lequel il est faible, notamment en Val-de-Marne. Surtout, d'importantes différences apparaissent entre les départements. Il existerait ainsi en Loire-Atlantique un non-recours nettement plus faible qu'en Val-de-Marne ou en Ariège.

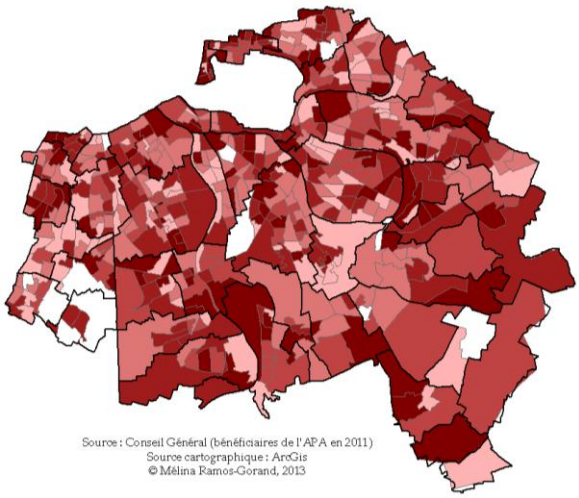
[54] Le changement d'univers de gestion de base de données rend complexe et lourde l'utilisation de l'historique. Communiquer ces données aurait exigé la mobilisation du statisticien sur plusieurs jours, ce qui n'était pas envisageable pour l'administration.

Carte 64 - GIR moyen pondéré (GMP) lors de leur entrée dans le dispositif des bénéficiaires de l'APA-D

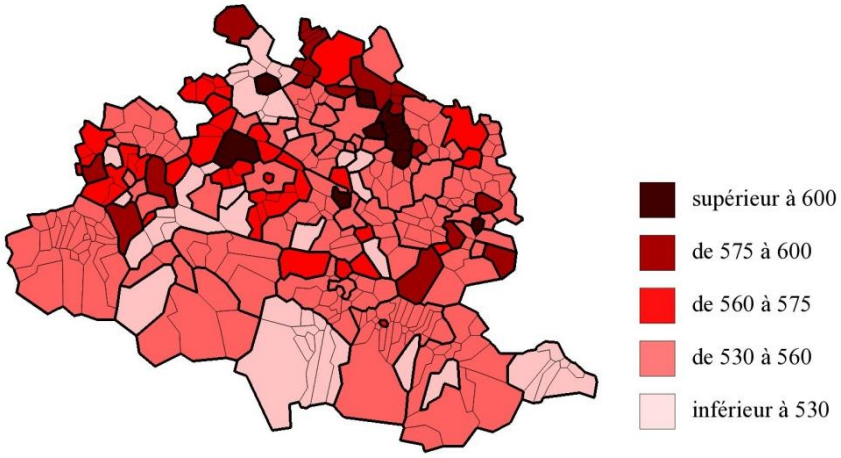
Fin 2011, en Loire Atlantique



Fin 2011, en Val-de-Marne



Fin 2013, en Ariège



Lecture : Le GIR moyen pondéré (GMP) évalue la dépendance moyenne des bénéficiaires, lors de leur entrée dans la prestation. Plus le territoire apparait en foncé, plus le niveau moyen de dépendance est élevé. Sur un territoire qui apparait en clair, le niveau moyen de dépendance à l'entrée dans le dispositif est plus faible que sur les autres territoires. **Discrétisation** : Identique sur les trois cartes. **Champ** : Bénéficiaires de l'APA-D au 31 décembre. **Sources** : Insee (RP 2010), Conseils départementaux de l'Ariège (2013), de la Loire-Atlantique (2011) et du Val-de-Marne (2011), **Source cartographique Arctique**. © Mélina RAMOS-GORAND, 2014.

Il est complexe de rapprocher ces résultats d'autres données disponibles dans les départements. Il est certes possible de distinguer des zones plus ou moins concernées par une entrée tardive des habitants dans le dispositif APA-D, mais les analyses statistiques confirment l'absence de corrélation avec d'autres indicateurs qui semblaient pourtant pertinents : la prévalence de l'APA-D, la présence de services de soutien à domicile, et des indicateurs relatifs aux revenus.

D'abord avec la prévalence de l'APA-D. S'il y a beaucoup de non-recours dans une commune, le nombre de bénéficiaires de l'APA-D est nettement inférieur à ce qu'il pourrait être si toutes les personnes âgées éligibles faisaient une demande. L'hypothèse est donc qu'un fort non-recours serait en lien avec un faible nombre de bénéficiaires rapporté à la population âgée. La corrélation entre GMP à l'entrée et prévalence n'est cependant pas significative : des territoires enregistrent un nombre important de bénéficiaires rapporté à la population, ceux-ci étant pourtant entrés tardivement.

La présence plus importante des services de soutien à domicile dans les zones plus densément peuplées n'explique pas non plus les différences constatées de GMP. L'équipement en professionnels de santé, infirmiers en particulier ne permet pas de rendre compte des recours tardifs : ce n'est pas la substitution avec les soignants sur les actes tels que la toilette qui permet d'expliquer les recours tardifs sur les territoires, bien que cela soit déterminant au niveau individuel. Plus largement, le bâti, et le caractère plus ou moins rural ou urbain des unités spatiales ne sont pas déterminants.

Pour finir, le lien avec un indicateur des revenus semblait pertinent. En effet, les personnes les plus précaires seraient, de manière générale, les plus éloignées de leurs droits. Les personnes éligibles à l'APA et aux revenus modestes, en milieu urbain ou rural, pourraient donc moins la solliciter (Warin, 2010c)[55]. Inversement, la croissance du ticket modérateur APA pourrait impliquer un non-recours des personnes les plus aisées, qui ne souhaitent pas réaliser les démarches administratives étant donné que l'aide qu'elles pourraient percevoir ne couvre que 10 % du coût réel. Le GMP à l'entrée n'est corrélé ni aux indicateurs localisés de revenus, ni aux tickets modérateurs moyens observés sur le territoire.

L'absence de corrélation significative au sens statistique entre le recours tardif et les indicateurs décrits ci-dessus montre les limites de l'étude quantitative du phénomène. En effet, l'indicateur de mesure manque de finesse, et le non-recours n'est pas décliné par motif : sans doute pour des raisons différentes, l'ensemble des personnes âgées peut être concerné par le non-recours et le recours tardif. L'étude quantitative ne permet pas la compréhension fine des non-recours, c'est pourquoi ce thème était au cœur de l'étude qualitative.

1.3. D'une typologie générale du non-recours à une grille de lecture intégrant le positionnement des pouvoirs publics

Lors de plusieurs entretiens, la complexité du non-recours et la multiplicité de ses déterminants sont soulignées.

> *A : « C'est toutes ces dimensions qui font que [il y a non-recours]*
> *B : Maintenant, savoir laquelle est prédominante dans un cas ou dans un autre, j'en sais rien. Ça aurait été trop facile ».*
>
> **Entretien auprès de professionnels du territoire, Créteil, Val-de-Marne, mai 2014**

Pour analyser les différents déterminants du non-recours, il est nécessaire de les expliquer distinctement, même si cela reste artificiel puisque plusieurs peuvent être présents simultanément. Ce chapitre s'appuie sur une typologie explicative du non-recours élaborée par l'Odenore (Warin, 2010a). Cette première grille de lecture présente l'intérêt d'être une référence pour les études afférentes à ce thème, et une trame de lecture adaptée aux non-recours aux droits sociaux puisque construite pour mieux les comprendre. C'est pourquoi elle est notre point de départ (Tableau 66). Les vingt-trois items explicatifs de non-recours de la typologie sont ventilés en trois grandes catégories : la non-connaissance, la non-demande (toutes deux renvoient au non-recours primaire tel que défini par Van Oorschot et Math en 1996) et la non-réception (qui fait écho au non-recours secondaire).

[55] Pierre Mazet souligne que les populations précaires sont davantage ciblées par l'offre publique, et donc que les populations précaires sont mécaniquement exposées à des situations de non-recours à leurs droits plus fréquentes : « il y a plus de droits, donc plus de risques de ne pas en bénéficier » (Mazet, 2010).

Tableau 66 - Typologie explicative du non-recours élaborée par l'Odenore

Non-connaissance	Une personne éligible est en non-recours par	Manque d'information sur son existence et son mode d'accès
		Non proposition du prestataire
Non-demande	Une personne éligible et informée est en non-recours car elle n'a pas demandé, par choix, à cause de	Non adhésion aux principes de l'offre
		Intérêts divers
		Manque d'intérêt pour l'offre (coût / avantage)
		Estime de soi
		Alternatives
	Une personne éligible et informée est en non-recours car elle n'a pas demandé, par contrainte, en raison de	Découragement devant la complexité de l'accès
		Difficultés d'accessibilité (distance, mobilité)
		Dénigrement de son éligibilité, de ses chances ou de ses capacités
		Raisons financières
		Difficultés à exprimer des besoins
		Crainte d'effets induits
		Crainte de stigmatisation
		Sentiment de discrimination
		Dénigrement de ses capacités
		Perte de l'idée d'avoir (droit à) des droits
Non-réception	Une personne éligible demande, mais ne reçoit rien ou que partie	Abandon de la demande
		Non adhésion à la proposition
		Arrangement avec le prestataire
		inattention aux procédures
		Dysfonctionnement du service prestataire
		discrimination

Sources : Warin, 2010c, *Le non-recours : définition et typologies*, document de travail Odenore, p. 5.

La rencontre avec des professionnels locaux et l'important partenariat avec les quatre Conseils départementaux nous a conduit à retravailler cette typologie, afin qu'elle soit spécifique à l'APA-D : contrairement à l'Odenore, qui construit une classification transférable d'une prestation sociale à une autre, l'objectif de ce chapitre est de comprendre le non-recours spécifique à ce dispositif. Ensuite, la problématique de thèse amène, outre la position de la personne par rapport à la prestation, à questionner l'attitude et le rôle des pouvoirs publics face à, et dans le non-recours.

Le non-recours secondaire est source de questionnements moins vifs et fait l'objet d'analyses détaillées par le groupe de travail dirigé par Gucher, précédemment présenté. L'analyse se focalise donc sur le non-recours primaire, c'est-à-dire sur la non-connaissance et la non-demande de l'offre selon l'Odenore : la non-réception ne polarise pas notre attention, d'autant que les acteurs rencontrés n'ont pas abordé spontanément ces thèmes.

Quatre motifs de non-recours sont distingués. Leur articulation avec la typologie de l'Odenore est présentée dans le Tableau 67.

D'abord, le non-recours serait lié au manque d'information ou au manque d'efficience des relais, dont la non-proposition par un prestataire serait un élément parmi d'autres. La responsabilité de ce non-recours incomberait directement aux pouvoirs publics, et plus spécifiquement aux départements (en rose).

Ensuite, le non-recours lié au fonctionnement de l'APA-D, questionnant les biais dans sa conception et donc sa pertinence. Il interpelle directement les législateurs. Les items afférents à la non-demande liée aux contraintes du dispositif sont repris dans cette partie (en bleu).

Troisièmement, le non-recours par choix de la personne. L'action publique se doit alors de respecter la liberté individuelle. Cette partie regroupe les items afférents à la non-demande liée aux choix du bénéficiaire potentiel (en vert). La crainte de stigmatisation est difficilement séparable du maintien de l'estime de soi dans les discours des professionnels. Ces deux items sont regroupés dans le non-recours par choix de la personne. L'item « intérêts divers » est peu précis, il est exclu de la typologie présentée ci-après. Le dénigrement des capacités est cité à deux reprises dans la typologie de

l'Odenore : il fait l'objet d'un item spécifique, et est mentionné avec le dénigrement de l'éligibilité. Il n'est repris qu'une fois dans la typologie élaborée pour cette thèse.

Pour finir, se pose la question des limites de la liberté individuelle, et de l'intervention publique proposée à ceux qui ne demandent rien ou sont réticents à accepter l'offre (en gris) : cette problématique est soulevée par les professionnels directement au contact des personnes. Ceux-ci s'interrogent sur leur positionnement et leurs pratiques.

Tableau 67 - Typologie explicative du non-recours à l'APA-D élaborée pour cette thèse

Non-connaissance	Une personne éligible est en non-recours par	Manque d'information sur son existence et son mode d'accès	PARTIE 1
		Manque d'information des relais professionnels	
Non-demande	Une personne éligible et informée est en non-recours car elle n'a pas demandé, par choix, à cause de	Non adhésion aux principes de l'offre	PARTIE 3
		Manque d'intérêt pour l'offre (coût / avantage)	
		Estime de soi / crainte de stigmatisation	
		Alternatives	
	Une personne éligible et informée est en non-recours car elle n'a pas demandé, par contrainte, en raison de	Découragement devant la complexité de l'accès	PARTIE 2
		Difficultés d'accessibilité (distance, mobilité)	
		Raisons financières	
		Crainte d'effets induits	PARTIE 4
		Dénigrement de son éligibilité, de ses chances ou de ses capacités	
		Difficulté à exprimer des besoins	
		Perte de l'idée d'avoir (droit à) des droits	

Lecture : Cette typologie est élaborée à partir de la typologie de l'Odenore présentée précédemment. Les items sont sélectionnés (tous ne sont pas repris), reclassés (l'ordre est transformé) mais leur formulation est identique.

Ces différents déterminants sont repris dans quatre parties distinctes, dans la suite du chapitre.

2. Le non-recours questionnant les pouvoirs publics : un dispositif peu ou mal connu ?

2.1. La non-connaissance du dispositif

La non-connaissance du dispositif est, pour certaines prestations sociales et médico-sociales, le principal déterminant du non-recours. Par exemple, l'enquête sur l'ACS, réalisée auprès de 4 200 assurés sociaux identifiés comme potentiellement éligibles au dispositif à la Caisse primaire d'assurance maladie de Lille-Douai, a démontré que « *le faible recours à l'ACS semble avant tout expliqué par un manque d'information : les deux tiers de l'échantillon ont déclaré ne pas connaitre le dispositif* », et 40 % des personnes n'ayant pas entamé les démarches citent le manque d'information comme motif de non-recours (Guthmuller *et al*, 2014).

Cette non-connaissance est peu citée pour l'APA-D par les acteurs locaux rencontrés. Centres communaux d'action sociale (CCAS) et centres locaux d'information et de coordination (CLIC) l'ont parfois soulevée brièvement.

> « Et il y a aussi le fait qu'encore beaucoup de personnes ne connaissent pas les aides. »
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Nord, janvier 2014**

> Ce qui pose problème, c'est « *ceux qui pourraient en avoir besoin et qui n'ont pas l'information, et là c'est compliqué* », parce qu'ils ne connaissent pas leurs droits, ou plus largement n'ont pas connaissance des dispositifs.
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Limeil-Brévannes, Val-de-Marne, avril 2014**

La non-connaissance de la prestation par les personnes âgées est cependant considérée comme marginale par la plupart des groupes rencontrés. Pourtant, la Commission nationale consultative des droits de l'homme, dans son *Avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées* (Commission nationale consultative des droits de l'Homme, 2013), souligne le problème de l'accès aux droits, principalement par manque d'information, citant entre autres prestations l'APA. Chauveaud, Vial et Warin, de l'Odenore, affirment également que « *le non-accès au dispositif APA de personnes éligibles renvoie essentiellement au non-recours par non-connaissance. La connaissance de l'aide est bien souvent fortuite, au vu des témoignages recueillis* » (2011)… Alors même que le rapport dirigé par Gucher, issu de la même recherche, cite des discours de professionnels sensiblement identiques à ceux constatés dans nos entretiens : « *un nombre négligeable de cas de non-recours serait le fait, d'après les auxiliaires de vie, d'une ''non-connaissance'' du dispositif de la part des personnes âgées et de l'entourage* » (2011).

Ce qui apparait comme une contradiction pourrait de prime abord être lié aux personnes sollicitées. Les professionnels soulignent une bonne connaissance du dispositif, quand l'interrogation directe des bénéficiaires potentiels nuance ce constat. En effet, les personnes qu'ils rencontrent dans le cadre de leur profession sont celles qui ont fait la démarche de les solliciter, et qui disposent donc d'informations : leur lecture du phénomène pourrait être biaisée. Puisque notre protocole de recherche se restreint aux professionnels, contrairement à celui de Gucher qui sollicitait en parallèle des personnes âgées, les résultats obtenus ne sont que partiellement convergents avec cette recherche. Des investigations complémentaires pourraient utilement être menées auprès de personnes âgées, notamment en début de dépendance, afin de recueillir leur perception des dispositifs.

Cependant, au-delà d'une question méthodologique, cette différence n'est pas liée qu'au positionnement des professionnels. Ils sont conscients que l'APA-D n'est pas connue en tant que telle avant que les personnes âgées en aient besoin, et le soulignent au détour d'une phrase comme le montrent les premières citations. Mais nombre d'entre-eux sont convaincus que la non-connaissance des dispositifs par les personnes est palliée par des relais de proximité qui diffusent l'information sur la prestation, au bon moment. Certes les bénéficiaires potentiels ou les aidants ne connaissent pas l'allocation, mais dès lors que la dépendance augmente, les relais de proximité comme les mairies, les CLIC et dans une moindre mesure les professionnels de santé de ville orientent vers les services départementaux.

> La première porte d'entrée est la mairie, et « *tout le monde connait sa mairie* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Val-de-Marne, mars 2014**

Les professionnels hospitaliers peuvent également être déclencheurs.

> À l'hôpital, dans certains services, notamment spécialisés en gérontologie, « *c'est quasi 100 % des malades, pour lesquels on fait une demande d'APA*. »
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Créteil, Val-de-Marne, mai 2014**

Le caractère peu explicatif de la non-connaissance de la prestation comme déterminant du non-recours est lié à l'efficacité des relais qui orientent vers celle-ci. En Ariège, le maillage en structures de coordination et l'interconnaissance qui existe en milieu rural rendent ce déterminant particulièrement inapte à expliquer le non-recours.

Les personnes âgées connaissent l'APA. Le non-recours « *n'est pas lié à une méconnaissance* » ; « *le caractère exceptionnel ou extraordinaire même du maillage CLIC du département de l'Ariège fait que les gens ont l'information.* »

Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Ariège, avril 2014

Les rapports d'activité des CLIC du Val-de-Marne renseignent, pour chaque demande, la personne ou la structure qui a orienté vers le CLIC. Cette donnée n'est pas disponible dans le recours à l'APA, mais les chiffres présentés ci-après montrent combien les professionnels, notamment des services médico-sociaux, sont importants (Tableau 68).

Tableau 68 - Nature des personnes ayant orienté vers les CLIC, en Val-de-Marne, en 2010

Nature de la personne ayant orienté	Clic A	Clic B	Clic C	Clic D	Clic E
Particuliers (personne concernée, conjoint, famille, voisin ou ami)	16%	9%	3%	20%	5%
Représentants légaux (curateur ou tuteur)	0%	0%	0%	0%	0%
Professionnels de santé (HAD, professions libérales, hôpital, clinique, réseaux de santé…)	13%	18%	17%	1%	24%
Services médico-sociaux (services sociaux hospitaliers, de la CRAMIF ou du département, équipe médico-sociale, CMP, CCAS, SAD, SSIAD, association, ESMS…)	70%	59%	63%	51%	71%
Site internet	0%	14%	17%	28%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Lecture : Pour 70 % des dossiers du CLIC A, l'orientation vient de services médico-sociaux. **Champ** : Dossiers pour lesquels l'information est disponible. Périmètres couverts par les CLIC, qui disposent de cette information dans leur rapport d'activité. Val-de-Marne, 2010. **Sources** : Rapports d'activité des CLIC du Val-de-Marne, 2010.

Ainsi, notre analyse qualitative conduit à nuancer fortement l'importance du non-recours par non-connaissance de la prestation, présenté comme « *essentiel* » par l'Odenore : la seule méconnaissance de ce droit ne permet pas d'expliquer l'ensemble des situations de non-recours primaire.

2.2. La mauvaise connaissance du dispositif

2.2.1. Des bénéficiaires potentiels qui se méprennent sur la prestation

Au contraire de la non-connaissance de l'APA-D, sa mauvaise connaissance est souvent soulignée comme engendrant du non-recours lors des entretiens. Cette dernière est fréquemment citée dans la littérature comme motif de non-recours à d'autres dispositifs : une étude sur le RSA montrait par exemple que les « *raisons invoquées par les non-recourants sont souvent liées à une connaissance insuffisante du dispositif* » (Domingo et Pucci, 2011).

La crainte du recours sur succession est citée dans les premiers éléments avancés pour expliquer le non-recours à l'APA-D dans l'ensemble des entretiens, dans les quatre territoires de l'étude. Deux échanges sont repris pour exemple.

Les personnes âgées sur le territoire « *hésitent à solliciter une prise en charge au titre du maintien à domicile, parce qu'ils ne voudraient pas être obligés de céder leurs biens* », ils craignent le recours sur succession et méconnaissent donc le dispositif APA qui n'est pas récupérable. Cela vient de la confusion avec la récupération sur succession qu'implique l'aide sociale à l'hébergement : « *la population sur le territoire est tellement en situation de précarité qu'ils pourraient prétendre aussi à l'aide sociale, mais ils ne le font pas* ».

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Saint-Girons, Ariège, avril 2014

A : « *Il y a une question des représentations, il peut y avoir beaucoup de gens qui pensent qu'on va leur prendre leurs meubles à la fin ou leur maison, parce qu'ils obtiennent un peu d'argent de l'APA* ».

Entretien auprès de responsables de CLIC, Nord, janvier 2014

Cette erreur est donc expliquée par l'amalgame avec d'autres aides sociales récupérables, comme l'aide sociale à l'hébergement.

La méprise concernant la récupération sur succession est ensuite liée à la confusion avec la Prestation spécifique dépendance (PSD), qui était récupérable sur succession et que l'APA a remplacée en 2002 – c'était l'un des enjeux à la mise en place du dispositif : « *les sommes servies au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie ne font pas l'objet d'un recouvrement sur la succession du bénéficiaire, sur le légataire ou sur le donataire* » (CASF, L312-19). Certes, « *les changements de critères d'éligibilité produisent des effets sur les perceptions, représentations et comportements des demandeurs potentiels* » (Warin, 2010b). Cependant, le fait que la prestation destinée à compenser la dépendance des personnes âgées ait été récupérable entraîne aujourd'hui encore des confusions, bien qu'elles s'estompent avec le temps.

Certains ignorent pour finir la possibilité qu'ils ont de demander cette prestation, qu'ils imaginent soumise à condition de ressources comme l'est l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), qui a remplacé le « minimum vieillesse », et comme le sont nombre de prestations et d'aides sociales (RSA, CMU etc.). Cette incertitude sur l'éligibilité aux prestations est un élément explicatif important dans le non-recours à d'autres prestations, comme l'ACS (Guthmiller, 2014).

Ainsi, l'APA est une prestation ambigüe. D'une part elle relève de l'aide sociale, étant une prestation en nature, spécialisée, non contributive, essentiellement financée par les Conseils départementaux et relevant de la compétence de leur Président pour son attribution. Par d'autres aspects, elle déroge aux principes de l'aide sociale : elle est non soumise à condition de ressources, a vocation à être identique sur l'ensemble du territoire et n'est pas récupérable sur succession : « *elle entre dans une catégorie hybride : celle des ''prestations non contributives de solidarité''* » (Dalloz, 2015). C'est bien cette ambiguïté qui, selon des professionnels rencontrés, est source de confusion pour les personnes.

2.2.2. Des professionnels qui maîtrisent mal la prestation ?

Pour la CMU, le manque d'information des usagers se double du manque d'information des agents appelés à promouvoir et à mettre en œuvre le dispositif (Défenseur des Droits, 2014). Dans une moindre mesure, pour l'APA, certains intermédiaires sociaux et médico-sociaux, entre l'offre publique de l'APA-D et les bénéficiaires, ne font effectivement pas la proposition de l'offre, parce qu'ils ne la connaissent pas eux-mêmes ou parce qu'ils ne sont pas en mesure de juger si la personne y est éligible. Des professionnels de CLIC attestent de ces difficultés.

> Il n'est pas toujours simple pour les responsables de CLIC d'identifier les personnes qui ont besoin de l'APA : « *C'est parce que nous-mêmes on est parfois perturbé à savoir est-ce qu'on fait le dossier de demande APA ou pas. [Quand] on ressent, que la personne, son besoin seul et unique dans un premier temps c'est de l'aide-ménagère, on ne va pas faire un dossier APA. C'est ça aussi la difficulté* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Nord, janvier 2014**

Les différences d'appréciation entre CLIC et évaluateurs médico-sociaux concernant l'éligibilité à l'APA-D et le nombre d'heures nécessaires pour compenser la dépendance font d'ailleurs ponctuellement l'objet de tension.

A : *[Les responsables du Conseil départemental] sont même venus nous voir, au niveau de notre CLIC, pour nous faire comprendre qu'on demandait trop aux gens de faire des demandes d'APA, alors qu'ils n'étaient pas concernés par l'APA et qu'ils se retrouvaient avec du travail. Moi, je leur ai répondu qu'au niveau de mon CLIC, on assumait, que si nous on pensait que la personne pouvait relever du GIR 4, ils font les dossiers. Parce que, au moins, même s'il y a un refus, on ne peut pas dire qu'on ne connait pas les gens. C'est le Conseil général qui a refusé, c'est pas les gens qui n'ont pas fait la demande* ».

Entretien auprès de responsables de CLIC, Loire-Atlantique, février 2014

La proximité entre les coordinateurs de CLIC et les professionnels de l'évaluation APA est pourtant soignée dans les Conseils départementaux. En tant que principal financeur, le département réunit fréquemment les CLIC et accompagne régulièrement leurs activités. Sur un territoire infradépartemental de Loire-Atlantique, un travail important a été fait avec les CLIC : les coordinatrices sont régulièrement conviées aux formations sur la grille AGGIR, pour maîtriser les conditions d'accès à l'APA. Dans le Nord, des protocoles de travail entre CLIC et EMS sont en cours d'élaboration.

Plus largement, au-delà de l'information sur l'existence de l'APA-D, la transparence et la lisibilité des critères d'entrée dans la prestation auprès de l'ensemble des partenaires est un élément majeur pour permettre que les professionnels diffusent la bonne information. Cela confirme l'importance de la coordination entre les acteurs (chapitre 3).

2.2.3. Les médecins traitants, potentiels relais, qui se méprennent ?

Bien que l'APA-D soit une prestation centrale dans le dispositif d'accompagnement de la dépendance des personnes âgées, les professionnels de santé ne sont pas toujours en mesure de relayer la bonne information auprès des bénéficiaires potentiels. La difficile coordination avec les libéraux, soulignée comme une limite des réseaux et partenariats (chapitre 3), a donc des conséquences sur le non-recours.

L'évolution de patientèle pourrait peu à peu conduire des médecins à mieux connaitre les dispositifs relatifs à la dépendance.

A : « *Dans certains quartiers, quand il y a eu une vague de toxicomanes dans les années 80, les médecins devenaient très spécialisés en addictions, parce qu'ils n'avaient pas le choix, il fallait bien qu'ils réfléchissent autrement à l'accompagnement de patients qui présentaient des pathologies graves et invalidantes. Et la géronto, c'est un peu ça. Le fait d'avoir une population vieillissante va faire que certains médecins vont se spécialiser* ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Limeil-Brévannes, Val-de-Marne, avril 2014

Les expérimentations sur le plan personnalisé de santé des Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), visent à replacer le médecin traitant au cœur du parcours. La mise en place d'une coordination clinique de proximité, formée a minima par le médecin traitant et une infirmière libérale, rémunérés pour assurer celle-ci, associant si besoin acteurs sociaux et médico-sociaux, octroie au généraliste un rôle pivot (chapitre 3). Par ce dispositif, les médecins pourraient également accroître leur connaissance d'une allocation comme l'APA.

2.3. Professionnels locaux, collectivités territoriales : mieux informer les potentiels bénéficiaires et leur entourage, mais comment ? Le rôle des mairies

Les barrières à la transmission des renseignements questionnent les Conseils départementaux, chargés par la loi de déterminer les modalités d'information de la population du territoire, en matière d'aide sociale aux personnes âgées (CASF, article L113-2). Mais le non-recours est une problématique complexe et aux multiples enjeux, face à laquelle les professionnels des Conseils départementaux sont parfois démunis. Par conséquent, l'utilisation de l'étude qualitative pour explorer cette thématique a été portée et soutenue par les services des Solidarités départementaux.

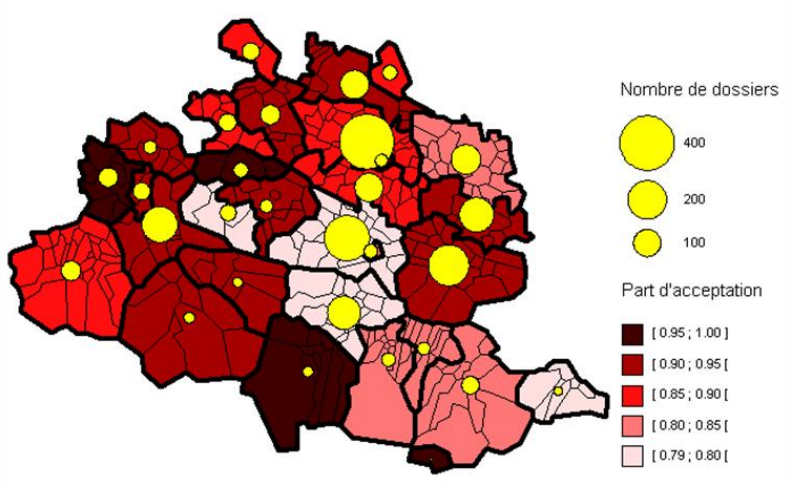
Logiquement, la non-connaissance et la mauvaise connaissance du dispositif APA-D pourraient se résorber après une meilleure diffusion de l'information sur les conditions d'accès et d'attribution de l'allocation. Cela pourrait par contre entraîner une hausse de demandes de personnes qui ne sont pas éligibles à la prestation. Sur un territoire infradépartemental, les rejets d'APA-D représentent 30 à 35 % des premières demandes, quand sur d'autres, ils représentent moins de 10 %.

Mélina : « C'est-à-dire que vous pensez que globalement, les gens sollicitent ?
A : Bah oui
B : Oui
C : Oui, sinon on n'aurait pas autant de refus, GIR 5-6 et puis autant de [GIR] 4
D : Parfois ils sollicitent trop
A : Enfin trop, de manière inadéquate ».

Entretien auprès des responsables des pôles autonomie, Nord, janvier 2014

Le nombre de refus de dossiers lors des commissions APA s'avère un indicateur complémentaire intéressant, il est calculé en Ariège, pour l'année 2014 (Carte 65). Il pourrait être lié à des sollicitations nombreuses, de personnes qui souhaitent dès que possible recourir à l'offre. Cependant, cet indicateur n'est pas corrélé avec l'entrée tardive dans le dispositif. Sur un même territoire, sont parfois observés un nombre important de refus et une entrée tardive dans la prestation. Une connaissance limitée et inadéquate de la prestation créerait à la fois le recours tardif de personnes pouvant prétendre à celle-ci, et des demandes de personnes qui n'y sont pas éligibles.

Carte 65 - Nombre de dossiers APA-D et part d'acceptation, par code postal, en 2014 en Ariège



Lecture : Les cercles jaunes sont proportionnels au nombre de dossiers soumis à la commission APA, au cours de l'année 2014. La part d'acceptation correspond au nombre de dossiers qui ont donné lieu à l'octroi de l'APA-D, rapporté au nombre total de dossiers. **Champ** : Dossiers d'APA-D instruits au cours de l'année 2014, en Ariège. **Sources** : Conseil départemental de l'Ariège (2014). **Source cartographique :** Arctique.

Cet indicateur se révèle d'autant moins pertinent qu'il pourrait être lié à de nombreux éléments distincts du non-recours, comme la présence des CLIC ou les différences d'évaluation entre EMS.

La volonté de mieux informer se heurte à un mouvement contraire, impulsé par certains services publics ou services au public : nombre de guichets d'accueil sont fermés, c'est le cas notamment des permanences des caisses de retraite. Les informations sont certes disponibles sur internet, mais le public âgé, outre son moindre rattachement au réseau, est parfois dans l'incapacité de les trouver. Par téléphone, une gestion automatisée des appels et le développement de plateformes téléphoniques conduisent à une déshumanisation des échanges avec l'interlocuteur et peuvent être source de découragement.

A : *« Il faut qu'ils acceptent de pousser des portes, et après, il faut être très honnête, l'administration française se complique de plus en plus. Quand on appelle pour avoir une prestation, c'est 'tapez 1, tapez 2, tapez étoile', ça leur est très compliqué. Un monsieur ce matin est venu : 'moi j'ai 80 ans, je ne comprends rien à ce qu'on me demande', c'est très compliqué pour eux. Donc, enfin ils essaient, et puis si jamais ils se retrouvent face à un mur, ils n'arrivent pas à le surmonter ».*

Entretien auprès de professionnels du territoire, Valenciennes, Nord, juin 2014

A : *« La caisse [de retraite] écrit aux gens pour leur dire qu'ils peuvent aller télécharger le document sur internet [rires]*
B : *C'est très tendance*
A : *Vous envoyez un bulletin de décès pour dire que Monsieur Machin est mort, que vous avez besoin d'un dossier de réversion pour la personne, vous écrivez au nom de la veuve, [elle] reçoit un courrier : 'nous avons bien acté le décès de Monsieur Machin, sachez que vous pouvez aller sur carsat.fr chercher le dossier de réversion'. A des personnes qui ont 90 ans. Donc si, nous, on ne leur dit pas*
C : *Donc c'est en décalage*
B : *et de plus en plus ».*

Entretien auprès de responsables de CLIC, Ariège, avril 2014

Devant ces obstacles, les CCAS affirment leur rôle particulier dans la transmission d'informations (chapitre 3). Une enquête du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie

(CREDOC) sur le handicap à Paris, réalisée en population générale[56], montre qu'à la question « *si une personne de votre entourage proche ou vous-même étiez confrontés au handicap, à qui vous adresseriez-vous pour vous informer sur les aides et les services ?* », 80 % des personnes interrogées répondent qu'elles s'adresseraient, en premier ou second lieu, à la mairie, confirmant cette importance du premier accueil (Alberola *et al*, 2009). L'absence des CCAS dans les communes les moins peuplées, qui n'emploient pas de travailleurs sociaux, en fait des acteurs importants sur une partie seulement du territoire. Dans les communes rurales, ce sont alors les élus locaux qui peuvent assurer la transmission des informations. Leur accompagnement afin qu'ils portent la bonne information au moment propice est l'une des préoccupations des CLIC, par exemple en Ariège ou Loire-Atlantique.

> *A :* *« Quand je suis arrivé sur ce territoire, la première des choses que j'ai faites, c'est d'aller expliquer ce que j'allais faire aux élus du coin.*
> *B : On l'a tous fait*
> *A : Comme quoi l'élu local, ici, c'est important*
> *C : L'élu et le médecin*
> *D : C'est les deux premiers relais de la personne, souvent* »
>
> **Entretien auprès de responsables de CLIC, Ariège, avril 2014**

Au-delà des mairies, les professionnels s'interrogent sur l'évolution de leurs pratiques, pour diffuser l'information aux bons relais, y compris hors du social, du médico-social, mais aussi du monde sanitaire. Seule la capacité de l'ensemble des structures de proximité à porter l'information pourra diminuer le non-recours par non ou mauvaise connaissance du dispositif.

> Les personnes qui sollicitent les services sont : *« mine de rien visibles, par de multiples moyens, et des fois de façon tardive, mais on finit par les voir. On est persuadé qu'il y a encore une grande part de personnes qu'on ne voit pas.* » Les mairies et CCAS sont les premiers guichets, « *mais je crois qu'il faut qu'on se pose la question de ceux qui sont en perte d'autonomie mais qui ne vont pas jusqu'à la mairie* ». […] Le repérage des difficultés nécessite finalement la « *sensibilisation au-delà du public qui est touché directement. C'est-à-dire qu'il faudrait presque que ça devienne une culture, le regard sur la personne âgée, sur son voisin, sur la personne âgée qu'on croisait. Une culture par exemple des pharmaciens, qui voient des personnes âgées et qui ne les voient plus, une culture des boulangers, qui ne se posent pas forcément de questions* ».
> Cela peut ponctuellement être le cas : un libraire orientait certaines personnes vers le CLIC. Un employé de la Poste, sur une commune « *outrepasse ses fonctions et alerte quand ''la personne retire trop d'argent, et n'a manifestement plus l'air de comprendre ses dépenses''* ». Il sera donc nécessaire d'inclure davantage d'acteurs : « *le travail au-delà du réseau qu'on connait, qui est globalement médico-social, ouvrira sur les bailleurs, les gardiens d'immeubles etc. Les intégrer eux-aussi dans ce travail de réseau, de repérage, de sensibilisation, de repérage de l'isolement, de la dépendance, me paraît être une piste intéressante* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Limeil-Brévannes, Val-de-Marne, avril 2014**

La méconnaissance de la prestation est souvent soulignée lors des entretiens, preuve qu'elle questionne l'administration départementale et l'ensemble des professionnels. Les non-recours liés au fonctionnement du dispositif, toujours cités, font l'objet de débats moins nombreux. Ils relèvent davantage d'autres échelles d'action et d'autres types d'acteurs : ils questionnent directement les législateurs, au niveau national.

[56] L'échantillon compte 30 % de personnes âgées de 55 ans ou plus, parmi 418 répondants.

3. Les non-recours liés au fonctionnement du dispositif questionnent sa pertinence

Le non-recours lié au fonctionnement du dispositif APA, se décline à deux niveaux. D'abord, les démarches à réaliser, et ce que sous-tend le fait de bénéficier de l'APA-D, poussent de potentiels bénéficiaires qui seraient éligibles à la prestation, à ne pas la demander. C'est autour de ces situations que se cristallisent la plupart des discussions lors des entretiens.

Ensuite, des personnes qui auraient besoin d'une aide ne sont pas éligibles au dispositif. D'après la loi, « *toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins* » (CASF, article L232-1). Pour autant, les professionnels locaux relèvent ponctuellement des situations dans lesquelles les personnes, malgré d'importants besoins, n'entrent pas dans les critères, ou pas suffisamment pour que l'aide réponde adéquatement à leurs besoins.

Cela questionne, pour les pouvoirs publics, la bonne affectation des prestations au public visé (Warin, 2010a) et la pertinence de l'offre.

3.1. Formuler une demande d'APA ne coûte pas rien

La démarche de demande d'APA, qui n'est pas payante, peut symboliquement coûter cher. Le sentiment de disqualification sociale qui en résulterait et « *la mise à nu dans sa vie et ses intentions, sans assurance aucune de la capacité de l'offre demandée à modifier sa situation* » (Mazet, 2010) pourraient créer du non-recours. Trois éléments sont développés ci-après : la conception de l'APA-D comme une aide en nature, qui induit des contraintes pour le bénéficiaire, le reste-à-charge qui lui incombe, et les procédures administratives.

3.1.1. L'APA-D, une aide en nature

Tous les groupes rencontrés ont souligné ce point : l'APA-D est une prestation de droit, en nature (Loi 2001-647, article 1er). Cela signifie qu'elle est versée pour financer une intervention effective, quand la personne reçoit une aide compensant ses difficultés[57] (le plus souvent une aide humaine[58]) : l'APA couvre directement et uniquement les dépenses engagées pour prendre en charge la dépendance (Dalloz, 2015). Elle est légalement « *affectée à la couverture des dépenses de toute nature relevant d'un plan d'aide* » (CASF L232-3).

> « *Il y a tout ce qui est derrière l'aide financière : l'aide humaine* ». C'est accepter « *un étranger chez eux* », c'est « *quelqu'un qu'on ne connait pas, c'est compliqué d'avoir confiance en la personne* ». Les personnes « *vivent avec ce qu'elles ont vécu dans leur vie, tous leurs a priori* » contre ce qu'elles ne connaissent pas.
>
> **Entretien auprès de professionnels du territoire, Créteil, Val-de-Marne, mai 2014**

[57] L'effectivité de l'aide est peu contrôlée le cadre de l'emploi en gré-à-gré, et rend difficile une analyse approfondie du non-recours partiel. Concernant ce dernier, on pourra se référer aux travaux dirigés par Catherine Gucher.

[58] L'APA-D permet également le recours à des aides techniques, ponctuelles ou régulières. Lorsque les bénéficiaires reçoivent mensuellement des aides techniques, il s'agit fréquemment de protections d'hygiène et de téléalarme. Dans certains départements, le portage de repas est également considéré comme une aide technique.

Accepter cette présence « étrangère » peut donc être psychologiquement difficile pour les personnes âgées. Ainsi, un responsable de service d'aide à domicile rappelle à celles-ci et aux auxiliaires de vie sociale qu'elles viennent à domicile parce que les personnes sont en incapacité d'accomplir certains actes, et que ces personnes peuvent vivre la venue de professionnels comme « *une dépossession* ».

> Accepter quelqu'un d'étranger chez soi est complexe, « *c'est très intrusif* », « *très dérangeant* ». Les personnes « *n'ont pas envie qu'on leur modifie complètement leur environnement essentiel* », « *il peut y avoir une aide-ménagère un peu intrusive qui va prendre l'initiative de déplacer des choses alors qu'ils ont l'habitude… c'est leur manière de poser ça là, et que c'est très important que ce soit là* ». Cette population âgée « *a des faibles revenus et n'a jamais eu l'habitude d'avoir du personnel de maison […] déjà, qu'il y ait en soi quelqu'un qui vienne, c'est une nouveauté* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014**

De plus, l'intervention à domicile est synonyme de nouvelles contraintes à accepter. D'abord, des contraintes horaires.

> La principale source de mécontentement, « *ce dont les gens se plaignent le plus, [ce sont] les heures* ». Les exigences sur les heures peuvent être liées à des contraintes de santé, d'horaires des soins ou par exemple de réalisation des toilettes avant le départ pour l'accueil de jour. Les participants notent en parallèle « *beaucoup d'impératifs personnels : ceux qui se lèvent tard, qui n'ont pas envie 8h30, qui n'ont pas envie 10h30, qui n'ont pas envie 13h30 parce qu'il y a les Feux de l'Amour* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pornic, Loire-Atlantique, mai 2014**

Outre les contraintes horaires, soulignées également par le rapport Gucher, c'est aussi l'impossibilité pour les personnes de changer les horaires et jours d'intervention au dernier moment, surtout lorsque le service est dispensé par un prestataire, les plannings sont alors arrêtés longtemps à l'avance ; les interventions en gré-à-gré sont décrites comme plus souples par les professionnels. Enfin, nombre de difficultés viennent de la rotation du personnel. Les services en sont conscients, et la plupart prennent des dispositions pour limiter le nombre d'intervenants.

> Recourir à l'APA, c'est accepter le mode de fonctionnement des services d'aide à domicile, accepter de n'avoir « *pas tout le temps la même personne* » or, « *les gens n'ont pas envie d'avoir je ne sais combien de personnes qui vont défiler chez eux* », d'autant que les intervenants ne sont pas toujours à l'heure. Les personnes « *veulent être maîtres chez elles* ». Pour les services, « *c'est très compliqué à gérer. Mais il y en a qui vont privilégier absolument le fait que ce soit le plus possible la même personne* ». Cependant, les professionnels de l'aide à domicile sont souvent fragiles : il s'agit d'un métier difficile, peu valorisé et peu rémunéré. Les arrêts de travail sont fréquents, il faut remplacer ces personnes. Finalement « *on a 100 % de continuité de service. Après, on fera le maximum pour qu'il n'y ait pas plus de trois personnes, mais, je ne suis pas à l'abri d'un abandon de poste* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Créteil, Val-de-Marne, mai 2014**

L'aide en nature est un important choix politique. Elle garantit que les aides publiques accordées compensent les incapacités de la personne. Elle répond à un important reproche fait à l'Allocation compensatrice tierce personne (ACTP), mise en place par la loi du 30 juin 1975 (JORF, 1975) qui pouvait devenir source de revenus complémentaires, non dédiés à la compensation des incapacités, pour les personnes en situation de handicap.

3.1.2. La participation financière : un trop important reste-à-charge ?

3.1.2.1. La participation définie par la loi : le ticket modérateur, calculé en fonction des ressources

Le dispositif APA prévoit, depuis sa conception, que le bénéficiaire participe financièrement à son plan d'aide, instaurant un montant de l'allocation dégressif en fonction des revenus du demandeur. Ce montant, dit « ticket modérateur », dépend des ressources de son foyer fiscal, donc des siennes et de

celles de son conjoint (chapitre 1). Le taux de participation, c'est-à-dire le pourcentage de l'allocation laissé à la charge du bénéficiaire est variable. Nombre de professionnels soulignent combien il était difficile pour certaines personnes âgées, aux plans d'aide les plus lourds notamment, de s'acquitter de ces dépenses.

Le non-recours à l'APA, compte tenu de la croissance du ticket modérateur en fonction des revenus du foyer pourrait ainsi être important chez les personnes âgées dépendantes les plus aisées, pour lesquelles les démarches administratives et les contraintes induites ne seraient pas intéressantes puisque la participation du Conseil départemental est marginale par rapport aux frais qu'ils engagent. Surtout, cela influe sur le recours des personnes ayant de petits revenus.

> L'APA, c'est coûteux : le ticket modérateur « *n'est pas toujours modérateur* ». « *Même s'il apparait comme étant relativement modique pour nous, il ne l'est pas pour eux* » : « *une participation, dans la poche de celui qui n'a rien, c'est gros* ».
>
> **Entretien auprès de professionnels du territoire, Avesnes, Nord, juin 2014**

Le ticket modérateur conduirait à minimiser la demande. Ainsi, les « *petites retraites vont renoncer à l'aide tandis que les un-peu-plus-aisés, entre guillemets, eux, vont réduire l'aide* » (entretien). Le ticket modérateur serait donc source de non-recours primaire et de non-recours secondaire. Nombre de professionnels ont souligné l'abaissement volontaire par les bénéficiaires du plan d'aide, pour des raisons économiques, et donc l'importance de ce déterminant sur le non-recours secondaire.

> *A : « On leur propose 16 heures, ils nous disent : 'non, ça nous fait trop cher, on en prend 12'.*
> *B : Ou on en prend 8.*
> *C : Ils donnent leur réponse en fonction de leur participation.*
> *A : Ils se fixent un budget*
> *C : Les personnes les plus âgées, les plus reculées dans la nature, elles vont vous dire : 'voilà, jusqu'à 40 euros je peux, mais au-delà je ne peux pas'. Donc à partir du moment où leur participation ils veulent entre 40 et 50 euros, les 16 heures, on baisse, c'est pas compliqué ».*
>
> **Entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014**

Ainsi, pour les personnes qui ont des revenus les plus modestes, le ticket modérateur pousse à demander une aide inférieure à celle à laquelle ils pourraient prétendre.

> Il est compliqué de « *mettre en place des services* », « *adaptés aux réels besoins. Effectivement, la part restante, à financer par l'usager est trop importante* ». Les équipes médico-sociales sont « *amenées de plus en plus souvent à réduire les plans d'aide parce que le nombre d'heures à financer est trop important par rapport à la situation de l'usager* ». C'est le cas pour les heures d'aide à domicile ou d'auxiliaires de vie sociale, mais aussi pour l'hébergement temporaire.
>
> **Extrait de la synthèse de l'entretien auprès des professionnels du Couserans, avril 2014**

Bien que cet argument ait été récurrent dans les entretiens, l'analyse quantitative de l'ensemble des plans d'aide à la fin 2011 par GIR montre la relative stabilité de leur montant en fonction des ressources des bénéficiaires (Graphique 41). L'inflexion observée lorsque les ressources sont inférieures à 2 600 € est moindre que celle attendue après les échanges avec les professionnels. Entre les niveaux de revenus pour lesquels les plans moyens sont les plus élevés et ceux pour lesquels ils sont les plus faibles, l'écart observé varie entre 6 % et 9 % en fonction des GIR.

La hausse de la précarité pourrait conduire à une baisse des montants. L'APA-D enregistre une baisse de ceux-ci par personne et par GIR : le plan moyen en GIR 4 a diminué de 6,9 % entre 2011 et 2013 (Tableau 69). Ceci pourrait être expliqué également par les contraintes financières des départements, dont certains donnent des consignes, notamment en GIR 4, pour réduire les heures.

Tableau 69 - Montant moyen des plans d'aide par GIR en 2011 et 2013, et évolution

GIR	Montant moyen en 2011	Montant moyen en 2013	Évolution 2011-2013
GIR 1	997	995	-0,2 %
GIR 2	783	763	-2,6 %
GIR 3	578	562	-2,8 %
GIR 4	346	322	-6,9 %
Ensemble	489	467	-4,5 %

Lecture : Le montant moyen des plans d'aide des personnes évaluées en GIR 4 en 2011 était de 346 euros, contre 322 euros en 2013, soit une évolution de -6,9 %. **Champ** : En 2011, extrapolation France entière à partir des départements répondant ; en 2013, France métropolitaine. **Sources** : En 2011, Drees, enquête trimestrielle auprès des Conseils généraux, note cabinet relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) au 4e trimestre 2011 ; en 2013, Drees, enquête Aide sociale, 2013, les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2013 (Borderies et Trespeux, 2015).

L'inverse est noté sur le champ du handicap.

> Sur le champ du handicap, « *les demandes sont en forte hausse. On cherche des ressources parce que les personnes sont vraiment en grandes difficultés* ». Et la PCH assure une prise en charge sans ticket modérateur.
>
> **Extrait de la synthèse de l'entretien auprès de l'équipe médico-sociale, département de l'Ariège, avril 2014**

Les pouvoirs publics considèrent comme déterminantes les problématiques liées au reste-à-charge : la nouvelle réforme de l'APA, inscrite dans la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, en discussion durant la rédaction de cette thèse, devrait réduire les tickets modérateurs. Selon le Ministère, pour les plans d'aide entre 350 et 550 euros par mois, la baisse du reste-à-charge lié au ticket modérateur pourra atteindre 60 % (site internet du ministère[59]).

Tout autant que l'importance du ticket modérateur, c'est l'injustice qu'il crée entre les personnes qui est pointée par les professionnels. Deux éléments sont récurrents dans les entretiens.

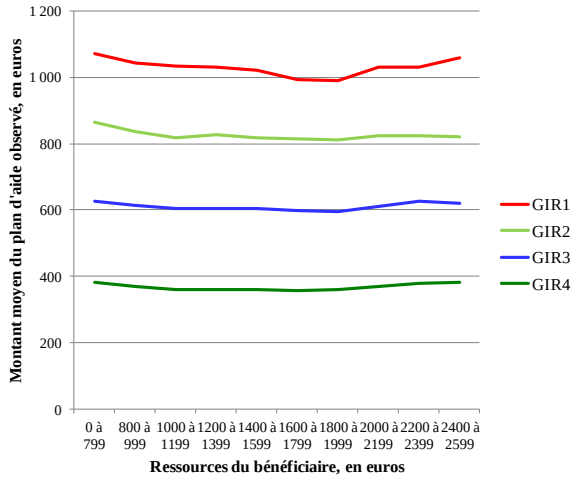
D'abord, les inversions de taux d'effort, c'est-à-dire de la part des ressources consacrées à l'APA au sein des revenus de la personne. Les heures d'accompagnement via l'APA peuvent donner droit à une réduction pour les impôts sur le revenu. Mais actuellement, il n'existe pas de crédit d'impôt pour les personnes âgées. Ainsi, un retraité dépendant non imposable aura à sa charge l'ensemble des coûts après déduction de la part financée par le département. Un retraité imposable pourra déduire cette somme à 50 % de ses impôts, comme le soulignent les évaluateurs médico-sociaux ariégeois.

> Il y a « *des inversions de taux d'effort avec ce système-là, les gens qui sont imposables peuvent avoir un taux d'effort inférieur à ceux qui ne le sont pas, du fait de la réduction fiscale* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014**

Le modèle de microsimulation Autonomix (encadré 3), développé par la Drees, s'appuie sur les plans d'aide des bénéficiaires de l'APA dans une soixantaine de départements en 2011. En fonction des ressources, il permet d'estimer le taux d'effort, c'est-à-dire la part de celles-ci consacrée au financement de l'APA à domicile. La simulation présentée ci-après prend en compte le ticket modérateur et les réductions fiscales, tous deux croissants en fonction du revenu (Graphique 42) (Fizzala, 2015b).

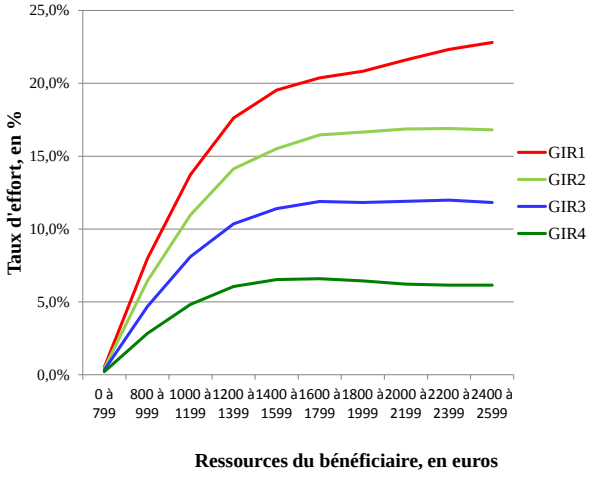
[59] www.social-sante.gouv.fr – Rubrique personnes âgées – Autonomie – Dossiers – Adaptation de la société au vieillissement, projet de loi – Accompagnement.

Graphique 41 - Montant moyen du plan d'aide, par GIR, en 2011



Lecture : Les bénéficiaires de l'APA en GIR 4 dont les revenus sont compris entre 1 200 et 1 399 euros ont un plan d'aide moyen de 360 euros. **Champ** : Bénéficiaires de l'APA-D au 31 décembre 2011, dont les ressources inférieures à 2 600 euros sont présentés (les effectifs par GIR et tranches de revenus sont réduits au-delà de cette somme). Les bénéficiaires sont tous supposés disposer à minima de l'ASPA. **Sources** : Drees, Modèle Autonomix, calculs Drees.

Graphique 42 - Taux d'effort, incluant ticket modérateur et réductions d'impôt, en 2011



Lecture : Les bénéficiaires de l'APA en GIR 1 dont les revenus sont compris entre 1 400 et 1 599 euros ont en moyenne un taux de participation de 20 %. **Champ** : Bénéficiaires de l'APA-D au 31 décembre 2011, dont les ressources inférieures à 2 600 euros sont présentés (les effectifs par GIR et tranches de revenus sont réduits au-delà de cette somme). Les bénéficiaires sont tous supposés disposer à minima de l'ASPA. **Sources** : Drees, Modèle Autonomix, calculs Drees.

Une légère inflexion du taux d'effort est observée au-delà de 1 600 euros en GIR 4, mais les inversions citées par les professionnels ne semblent pas se vérifier.

Encadré 3 – Modèle de microsimulation Autonomix

Développé à la Drees, Autonomix est un modèle de micro-simulation statique adossé à des données individuelles (âge, sexe, situation matrimoniale, ressources, état de dépendance décrit à partir du Groupe Iso-Ressources (GIR)) sur les bénéficiaires de l'APA et aux montants d'APA notifiés à ces bénéficiaires. Ces données décrivent la situation au 31 décembre 2011 et sont issues de remontées d'informations administratives des conseils départementaux.

Autonomix complète ces données en intégrant d'autres éléments liés à la dépendance des personnes âgées, comme une modélisation du « besoin d'aide » dépassant le montant maximal de l'APA pour les personnes à domicile, ou les caractéristiques des lieux d'hébergement (tarifs…) pour les personnes en établissement, ou les réductions d'impôt liées à la dépendance, considérant que les personnes âgées dépendantes bénéficient d'une demie-part supplémentaire dans leur déclaration d'impôt, au titre de l'invalidité. Le tout constitue un ensemble d'observations individuelles cohérentes et représentatives de la population des personnes âgées dépendantes, sur lequel il est possible de se baser afin d'analyser les aides publiques destinées à ces personnes ou d'évaluer *ex ante* les effets de réformes de ces aides. Pour plus de détails sur ce modèle, consulter Fizzala, 2015a.

La deuxième injustice pointée par les professionnels résulte d'une prise en compte partielle des ressources dans le calcul des taux de participation. Certaines ressources ne sont pas déclarées, comme les pensions militaires d'invalidité. De plus, les revenus du patrimoine ne seraient pas toujours inclus dans le calcul, alors même qu'ils sont maintenant intégrés au revenu fiscal de référence.

A : *« Il y a une grande disparité [dans] la prise en compte des ressources. Les gens qui ont des ressources liées à un travail salarié vont déclarer en totalité leur retraite, ça va leur défalquer un ticket modérateur. Mais des gens qui ont, par exemple, une toute petite retraite MSA*
B : *commerçants*
A : *par exemple, commerçants, qui ont vendu leurs biens, vendus leurs terrains, leurs terres maraîchères en lotissements, donc vous imaginez la culbute que ça fait, ceux-ci n'auront qu'un tout petit T.M. [ticket modérateur] parce qu'on ne prend en compte que les ressources mensuelles, et une partie des capitaux placés en termes d'intérêts*
A : *je trouve que c'est quand même relativement injuste, il y a quand même des gens [qui] ont des capitaux placés*
C : *tu peux avoir 500 euros de retraite, et trois / quatre maisons ».*

Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Loire-Atlantique, février 2014

En fonction des départements, le revenu servant de base au calcul du ticket modérateur pourrait en outre être différent, certains utilisent le revenu imposable, quand d'autres se fondent sur le revenu fiscal de référence. Aucune donnée disponible à la Drees ne permet de quantifier ce phénomène : les ressources renseignées par bénéficiaire sont celles enregistrées par le Conseil départemental lors de l'instruction du dossier.

Les participants ont souvent mentionné des restes-à-charge « *quand même lourds* » (entretien). Or, le ticket modérateur n'en est pas la seule composante : les surcoûts imposés par les services font également l'objet de discussions entre les professionnels rencontrés.

3.1.2.2. Le surcoût imposé par les services

Dans les quatre départements de l'étude, l'écart entre le tarif proposé par le Conseil départemental et les tarifs pratiqués par les services prestataires, mandataires ou l'emploi en gré-à-gré impliquent, pour tous les bénéficiaires, un reste-à-charge en sus du ticket modérateur. Seuls les CCAS adoptent le tarif départemental, mais les services dépendent d'une subvention d'équilibre de la mairie. Cette réalité semble généralisée sur le territoire métropolitain. Le reste-à-charge serait nettement supérieur au ticket modérateur, y compris pour les personnes aux plus faibles ressources.

L'Ariège est le seul département de l'étude qui applique un tarif différent en fonction de la structure et du niveau de qualification du professionnel comme le prévoit la loi (CASF, article R314-130). Le ticket modérateur est calculé sur la base du prix arrêté par les instances du Conseil départemental, toujours inférieur au prix facturé par l'association : « *obligatoirement, il reste à peu près 15 % du prix, à charge de la personne* » (entretien).

Sur le plan individuel, « *quoi que tu fasses dans le dispositif APA, ça te coûtera de l'argent* ».

Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014

Cette pratique n'existe pas dans les trois autres départements de l'étude. Comme le notait déjà une mission IGAS en 2010, le décret du 22 octobre 2003 n'est pas toujours appliqué : certains départements fixent un tarif unique de référence « *qui correspond au niveau que le conseil général accepte de prendre en charge, le différentiel entre ce tarif et le coût de revient réel étant facturé à l'usager* » (Bruant-Bisson *et al.*, 2010). Dans les départements, il existe quatre tarifs, respectivement pour le gré-à-gré, les mandataires, les prestataires autorisés et agréés. D'années en années, ceux-ci augmentent nettement moins que les tarifs pratiqués par les structures, impliquant un reste-à-charge qui s'accroît. Par exemple, le tarif du gré-à-gré n'a pas suivi les augmentations du SMIC, or les personnes âgées, en tant qu'employeurs, ont l'obligation de suivre ces réévaluations, le reste-à-charge augmente donc progressivement.

Le tarif du Conseil général, pour « *les services agréés qualité, c'est 17 euros 50 de l'heure la semaine, et 20 euros le dimanche. Alors que maintenant, [le tarif pratiqué] est plutôt dans les 19-20 [€] pour tout ce qui est ménage, et 22 pour les gestes au corps. C'est vrai que ces associations-là, elles ne s'en sortent pas avec 17 euros 50* ».

Extrait d'entretien auprès de l'équipe médico-sociale, Nord, mars 2014.

A : « *Le département n'a pas augmenté son SMIG*[60] *depuis longtemps. Donc nos CESU, sans participation, on est toujours à 7 euros 59 du SMIC horaire net. C'est tout. Alors que depuis janvier, c'est 8,03*

B : *c'est pas le SMIC, c'est le tarif du gré-à-gré qui n'a pas été revu par le département, qui inclut le SMIC quelque part, mais c'est un tarif gré-à-gré, qui n'est pas calculé [directement à partir du SMIC], il n'y a pas d'incidence directe* ».

Entretien auprès de l'EMS APA, Nord, mars 2014

Le montant facturé au bénéficiaire en sus du prix arrêté par les instances du Conseil départemental fluctue en fonction du mode d'intervention des professionnels et même des services, dont les tarifs sont variables. En conséquence, ils fluctuent aussi en fonction du territoire : la présence d'un service d'aide à domicile communal ou non serait par exemple discriminante.

Toutes ces différences rendent difficile le calcul d'un reste-à-charge global, incluant ticket modérateur et surcoût des services, sauf en Ariège, où la pratique égalitaire des 15 % de reste-à-charge en sus du ticket modérateur rendent possible l'estimation. Le modèle Autonomix calcule le taux d'effort moyen par tranches de ressources en France, si 15 % du plan d'aide était, quel que soit le revenu, laissé à la charge du bénéficiaire (Graphique 43).

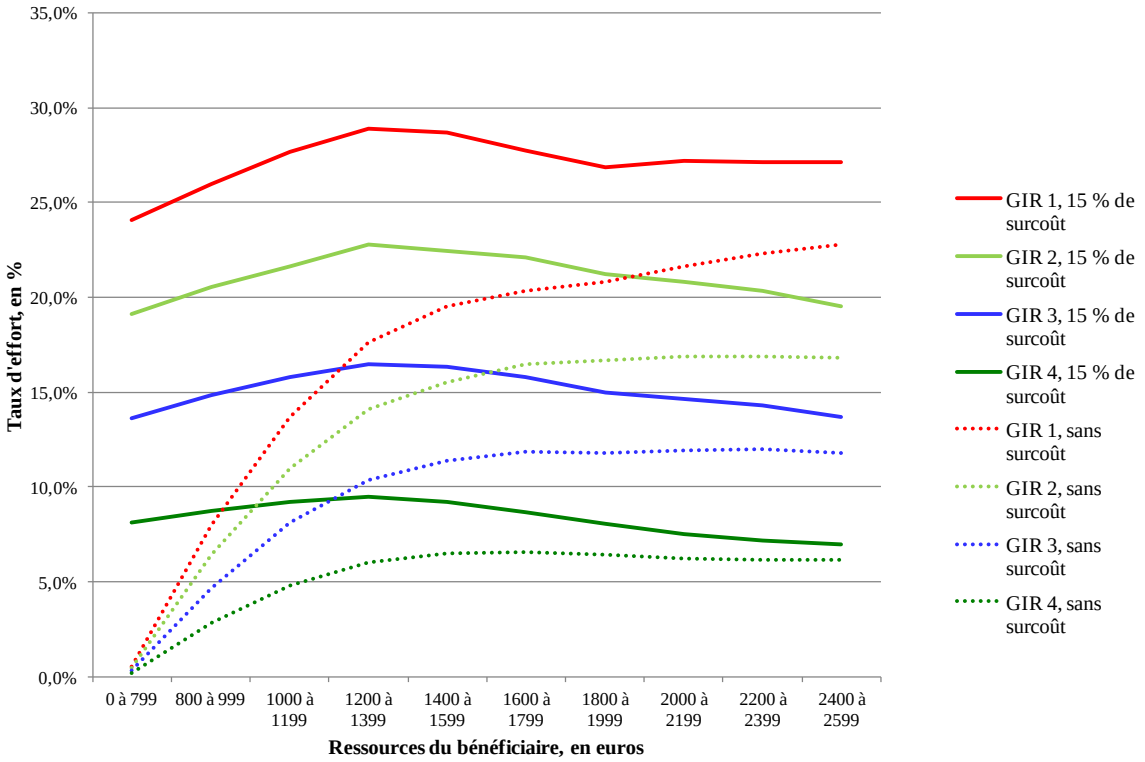
Des inversions de taux d'effort se produisent : ce sont, quel que soit le GIR, pour les bénéficiaires dont les ressources sont comprises entre 1 200 et 1 400 euros que les taux d'effort sont les plus importants. Les plus faibles sont enregistrés pour les tranches de ressources supérieures. L'écart de taux d'effort entre les bénéficiaires aux ressources les plus importantes et ceux pour lesquels elles varient entre 1 200 et 1 400 euros représente 1,8 à 3,2 points en fonction du GIR.

Ainsi, les inversions de taux d'effort citées par les professionnels rencontrés sont liées non pas au fonctionnement du dispositif APA, et à des effets croisés entre taux de participation et réductions fiscales augmentant tous deux avec les revenus, mais à l'absence de régulation par les Conseils départementaux de l'ensemble du coût de la prestation. C'est, sans surprise, la partie non ou peu régulée de la prestation qui crée les iniquités. Cependant, ce fonctionnement est transparent pour peu de bénéficiaires. En particulier, lorsque les services d'aide à domicile reçoivent directement les financements du département, le bénéficiaire s'acquitte d'une facture intégrant ticket modérateur et surcoût du service.

Le 1er janvier 2016, une APA à domicile réformée sera mise en place. Celle-ci tiendra moins compte des revenus des bénéficiaires dans son calcul et augmentera les plafonds. L'évolution du recours à l'APA et des montants notifiés pourra être suivie, d'autant qu'un dispositif particulier d'observation est mis en place par la Drees, avec une enquête trimestrielle auprès des Conseils départementaux.

[60] Le Salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG), remplacé par le Salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) en 1970, est le salaire minimum horaire en dessous duquel aucun salarié ne peut être payé.

Graphique 43 - Taux d'effort, incluant ticket modérateur et réductions d'impôt, si 15 % du plan d'aide était à la charge de la personne



Lecture : Si, en sus du ticket modérateur, 15 % du plan d'aide était à la charge du bénéficiaire, les bénéficiaires de l'APA en GIR 1 dont les revenus seraient compris entre 800 et 999 euros auraient un taux d'effort moyen de 26 %. Apparaissent en pointillé les taux d'effort, si aucun service n'appliquait de surcoûts. **Champ** : Bénéficiaires de l'APA-D au 31 décembre 2011, dont les ressources sont inférieures à 2 600 euros sont présentés (les effectifs par GIR et tranches de revenus sont réduits au-delà de cette somme). Les bénéficiaires sont tous supposés disposer à minima de l'ASPA. **Sources** : Drees, Modèle Autonomix, calculs Drees.

3.1.3. Des contraintes liées à la procédure administrative

3.1.3.1. Le délai d'attente peut sembler long

Le temps est un élément décisif, et l'attente peut être incompatible avec l'urgence du besoin de la personne (Mazet, 2010). Du dépôt du dossier complet à la mise en place de la prestation, le temps légal d'instruction est de deux mois.

> A : « *Quand on fait ses demandes, c'est qu'on en a besoin, l'aide va arriver après, sans effet rétroactif. Ils espèrent que dans les deux mois, ils iront mieux* ».
>
> **Entretien auprès de professionnels du Val-de-Marne, mai 2014**

En fonction des départements, le délai des deux mois est ou non tenu. Des professionnels ariégeois confirment que le Conseil départemental n'a pas de problème pour respecter ce délai, ce qui n'est pas le cas dans d'autres départements, plus peuplés, où ceux-ci sont difficilement tenables. Source d'inégalités, les délais sont, de plus, variables en fonction des territoires infradépartementaux.

> La variabilité du délai de traitement en fonction des territoires fait consensus entre les membres de l'équipe médico-sociale. Certains territoires prennent du retard. Les évaluateurs volants, c'est-à-dire non affectés à une délégation en particulier, renforcent alors ces équipes.
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Loire-Atlantique, février 2014**

Afin de limiter les disparités territoriales, des évaluateurs « volants » sont mis en place pour assumer un afflux de demande ou des difficultés liées au personnel (arrêt maladie, congé…).

En outre, une procédure existe dans les quatre départements, quand le recours à l'APA « *est tellement tardif qu'il devient urgent* » (entretien). L'APA dite « d'urgence » ou « forfaitaire » est attribuée par le Président du Conseil départemental, à titre provisoire, en cas d'urgence attestée d'ordre médical ou social (CASF, article L232-12). Un montant forfaitaire, équivalent à 50 % du montant du tarif plafond national, est alors versé jusqu'à l'évaluation médico-sociale (CASF, article R232-29).

Ce complément au dispositif APA est cependant destiné à un faible nombre de personnes âgées entrant dans des critères spécifiques, comme en attestent les deux entretiens ci-dessous, et ne permet pas de supprimer le non-recours lié à la contrainte « temporelle » du dispositif.

> Il est possible de demander une évaluation rapide, à condition que la personne soit en fin de vie, ou ait « *des tout petits revenus* », donc dans des situations peu fréquentes.
>
> **Extrait de la synthèse de l'entretien auprès de professionnels du Val-de-Marne, mai 2014.**

> Le département a mis en place un dispositif, sans ticket modérateur, permettant de déroger au délai légal de deux mois « *l'APA provisoire c'est souvent suite à une sortie d'hospitalisation, il y a un certain nombre de critères d'urgence qui font que la personne va devoir avoir des heures d'aide à domicile, dès le début de la demande et pour cela on peut être amené à faire un forfait, avec un nombre d'heures en fonction du degré de dépendance* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Loire-Atlantique, février 2014**

Faible au regard de l'instruction d'autres prestations ou aides financières comme celles relatives au handicap ou à l'aménagement des logements, le délai est moins cité dans les entretiens comme motif de non-recours que les déterminants précédemment détaillés. Il peut néanmoins représenter ponctuellement un obstacle pour les personnes âgées.

3.1.3.2. Le dossier administratif est parfois considéré comme intrusif

Le dossier administratif relatif à la demande d'APA est considéré comme « *simple* » par les professionnels rencontrés, au contraire d'autres prestations comme la PCH. Si des personnes sont en difficultés, CLIC et CCAS ont l'habitude d'accompagner dans ces démarches. L'Odenore fait l'hypothèse que la complexité administrative pourrait réguler la demande, soulignant que « *penser la non-demande comme une économie, ça revient à ne considérer les aides sociales, et d'une manière générale la solidarité, que comme de la dépense et pas comme une forme d'investissement. C'est un raisonnement à courte vue* » (Mazet, 2010). Ce discours, repris dans un entretien, semble pourtant peu s'appliquer au recours à l'APA.

> *A :* *« Je comprends qu'ils ne viennent pas tous demander l'APA, comme le RSA parce qu'on ne saurait pas comment leur filer de toute façon ».*
>
> **Entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014**

Au-delà de la complexité du dossier, les questions posées sont vécues comme intrusives, en particulier concernant les revenus. Cela dissuaderait le demandeur et son conjoint lorsqu'il existe de solliciter la prestation.

> *A :* *« C'est quand même aussi une génération qui n'aimait pas qu'on mette le nez dans leurs affaires, dans leurs déclarations d'impôt… Rien que de demander à une personne combien elle gagne*
>
> *B :* *voilà.*

A : *même demander à votre voisin combien il gagne, il y a des gens qui ne veulent pas dire. Même si au niveau des médecins, pour regarder leur salaire, il suffit d'aller regarder sur internet, ou pour le Conseil général, selon les échelons, on voit les grilles. Les personnes âgées, et plein de gens n'aiment pas dire ce qu'ils gagnent. Dire combien on paye d'impôt, c'est pareil. Il y a plein de gens qui ne disent pas : je suis à 50 %, 45 %, 70 %. C'est quand même une intrusion*
C : *ils ont peur* ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Créteil, Val-de-Marne, mai 2014

La difficulté à communiquer autour de ses revenus est d'autant plus importante que les questions posées dans certains départements dépassent les informations nécessaires au calcul du taux de participation, donnant corps à la crainte du recours sur succession.

A : *« Les questions sont quand même assez poussées par rapport à ce qu'ils possèdent comme biens*
B : *patrimoine dormant etc.*
A : *'qu'est-ce que vous avez comme patrimoine ?' Forcément, ils se disent : 'pourquoi ils posent la question s'ils ne vont pas y toucher ?'*
B : *et puis on donne la feuille d'impôt*
Mélina : mais le patrimoine, ils n'en tiennent pas compte dans le calcul de l'APA ?
B : *non, mais la question est posée*
A : *non, mais ils posent la question ! Donc les gens, ça les effraie*
B : *'vous êtes propriétaire ou pas ?' 'Si vous n'êtes plus propriétaire, depuis quand ?' [Rires] C'est très poussé, au niveau financier* ».

Entretien auprès de responsables de CCAS, Nord, avril 2014

Les contraintes liées à la procédure administrative, ponctuellement importantes en particulier quand elles sont combinées à une méconnaissance de la prestation, sont moins reprises par les professionnels lors des entretiens que les enjeux du reste-à-charge.

3.2. Reconnaissance administrative de la dépendance et plafonnement de l'aide : un dispositif limité pour accompagner certaines pathologies

La problématique de la reconnaissance administrative de la dépendance est double. C'est l'adéquation entre la population éligible à la prestation et la population dépendante au sens de la loi, c'est-à-dire qui a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui pose d'abord question : « *en pratique, la population ciblée, celle que les décideurs politiques ont en tête quand ils établissent un dispositif, est toujours quelque peu différente de la population éligible, celle qui remplit effectivement les conditions formelles d'éligibilité* » (Van Oorschot et Math, 1996). C'est ensuite l'adéquation de l'aide accordée avec les besoins de la personne qui est soulevée.

3.2.1. La difficile reconnaissance des moments de faiblesse

Les professionnels rencontrés ont souligné la difficile reconnaissance de la dépendance, en particulier pour les personnes atteintes d'une pathologie cancéreuse, et plus largement quand la dépendance est temporaire ou fluctue de manière chronique. C'est pourquoi le médecin référent d'un des départements rappelle l'importance de disposer de pièces complémentaires lors de l'établissement de l'APA à domicile. Un certificat médical permet notamment d'identifier ces situations difficiles et éventuellement de proposer une aide humaine pour y répondre.

A [responsable de CLIC] : *« Il y a des rejets sur l'APA, notamment pour des personnes qui ont des cancers. Effectivement, dans les moments de soins, avec la chimio [ils] sont dans une perte d'autonomie qui ressemble à l'APA, mais la semaine d'après, voire deux ou trois jours après,*

[ils] retrouvent leur pleine autonomie. Si, le jour de l'évaluation, on tombe le lendemain de la chimio ou trois jours après, on relève [ou] pas de l'APA. Ce qui veut dire qu'il pourrait, dans les années à venir, manquer un dispositif. Ou l'APA s'élargit aux GIR 5, c'est une question nationale qui a traversé un certain moment, ou alors on se recentre vraiment sur la perte d'autonomie mais dans ce cas-là ces moments de faiblesse j'aurais envie de dire plutôt que de perte d'autonomie, comment on les valorise pour permettre à des personnes de ne pas être hospitalisées ? Parce que la question est aussi celle du coût de l'hôpital. En tous les cas, on le voit bien, les derniers rejets [d'APA-D], vraiment, massifs, sont autour de personnes qui souffrent d'une pathologie cancer. Et ça, c'est une question pour nous, parce que quand on les rencontre, elles sont réellement dans l'incapacité de faire certains gestes de la vie quotidienne ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Limeil-Brévannes, Val-de-Marne, avril 2014

Les responsables de CLIC du département de Loire-Atlantique s'accordent sur le même constat.

Certaines pathologies sont difficiles à accompagner : « *le problème qu'on a, c'est les moins de 75 ans, retraités de la CARSAT [caisse d'assurance retraite et de la santé au travail], qui n'ont pas le droit à la CARSAT pour les PAP [Plans d'actions personnalisés], qui ont un cancer, et donc de grosses variations par rapport à l'autonomie. Mais pas suffisantes pour relever du GIR 4* ».

Entretien auprès de responsables de CLIC, Loire-Atlantique, février 2014

Ce champ est, pour partie, effectivement investi par les caisses de retraite, dans le cadre de leur action extralégale. La Cnav, caisse de retraite du régime général des salariés, compte le plus grand nombre de ressortissants. Elle met en place des Plans d'actions personnalisé (PAP), destinés à un public fragilisé mais autonome. Le PAP « *vise à accompagner le retraité de façon personnalisée, afin de prendre en compte l'ensemble de ses besoins liés au maintien à domicile : aide humaine, prise en compte de l'isolement social, de l'adaptation du logement etc*. ». Des mesures d'accompagnement transitoire sont développées pour les retraités « *en situation de rupture susceptible de remettre en cause leur autonomie et leur projet de maintien à domicile (hospitalisation, perte d'un proche, etc.)* » (Cnav, 2012). Des professionnels soulignent les limites de ce dispositif.

Contrairement au plan d'aide APA, le PAP est difficile à réviser. Par ailleurs, il s'agit d'une enveloppe budgétaire globale annuelle donc « *si on rajoute des frais pour incontinence, pour aide technique, pour portage de repas, téléassistance, tout ne va pas rentrer. On est obligé de piocher dans les autres aides* », sinon « *ça veut dire que les gens arrivent à septembre, ils ont bouffé toute l'enveloppe, ils ne peuvent pas finir l'année, après c'est du plein tarif* ». Si les ressortissants de la caisse de retraite sollicitent d'abord un PAP-ASIR (aide aux situations de ruptures) ou un PAP-ARDH (aide au retour à domicile après hospitalisation), elles pourront solliciter ensuite un PAP classique. À l'inverse, si elles bénéficient d'un PAP classique, les droits ouverts ensuite (ASIR ou ARDH) sont déduits de l'enveloppe initiale.

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pornic, Loire-Atlantique, mai 2014

Le retrait des caisses de retraite sur l'accompagnement individuel, avec des nombres d'heures par bénéficiaires qui diminuent, pose question aux acteurs.

« *J'ai une certaine catégorie de personnes, entre 75 et 85 ans, maintenant 88 ans pour la CARSAT, je ne sais pas quoi leur proposer. Il n'existe rien. Plus rien* ». Il y a « *une catégorie de personnes qui sont laissées pour compte* ». L'exemple est donné d'une ressortissante de la CARSAT, atteinte d'un cancer, « *je lui dis 'bah non, je ne peux pas vous aider'. Franchement c'est difficile* ». « *Bon nombre de fois, je ne m'y retrouve pas. Parce qu'on est censé faire un travail de proximité, et on n'a rien à proposer aux gens. Parce qu'il y a clairement un vide à un moment donné. Je comprends les problèmes budgétaires de tout-un-chacun, mais quand on veut aider les gens, et qu'on leur dit : 'je reste à votre disposition, si vous voulez', avec un grand sourire, en fait on ne leur propose rien. Il n'existe rien pour eux. C'est parfois injuste. […] Ne pas pouvoir aider quelqu'un qui a un cancer… voilà* ».

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Pornic, Loire-Atlantique, mai 2014

L'ensemble des entretiens où ce thème a été abordé conclut qu'en l'absence d'une aide apportée par l'APA, et avec le développement d'une offre de prévention ou d'ateliers collectifs au détriment d'un accompagnement individuel par les caisses de retraite, il manque et manquera de plus en plus un dispositif.

3.2.2. L'insuffisance de l'aide, le plafonnement de l'allocation

Le nombre d'heures notifiées dans les plans d'aide varie fortement en fonction du GIR mais aussi du département de la personne. La différence entre l'Ariège et le Val-de-Marne est particulièrement frappante (Tableau 70). Une explication est le choix politique de l'Ariège, de forte professionnalisation des services prestataires autorisés et d'intervention sur l'ensemble du territoire, y compris dans des habitations isolées en montagne. Cela conduit à rémunérer davantage les services, en adoptant un montant pour le principal prestataire à 24 € environ au lieu des 20 € observés dans les autres départements. Le nombre d'heures finançable dans les plans d'aide s'en trouve réduit, passant par exemple de 42 à 34 heures en GIR 3. Surtout, l'habitude de gestion de la prestation conduit à demander aux évaluateurs une justification pour la commission APA, dès lors que le plan d'aide dépasse le nombre d'heures médian accordé aux bénéficiaires par GIR. Cette contrainte, intégrée par les évaluateurs, conduit à une concentration des plans autour des nombres d'heures médians.

Pourtant, le comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie, en 2003, et le Sénat, en 2008, notaient l'insuffisante prise en compte des maladies neurodégénératives (démences) particulièrement en phase initiale, et la faible intégration de l'environnement de la personne : présence du conjoint, possibilité de se déplacer facilement à l'intérieur et à l'extérieur de l'habitation, autant d'éléments déterminants. Plus largement, l'insuffisance de l'enveloppe qui peut être attribuée au bénéficiaire en fonction de son GIR est soulignée dans plusieurs schémas gérontologiques ou schémas autonomie des Conseils départementaux, par exemple en Val-de-Marne : « *les personnes les plus dépendantes voient la réponse à leurs besoins contrainte par le plafonnement du montant de la prestation* » (Conseil départemental du Val-de-Marne, 2013).

> La reconnaissance administrative de la dépendance fait « *qu'entre le niveau d'aides dont les gens ont besoin, et ce qui est reconnu par l'APA* », il y a un décalage. Les capacités et incapacités des personnes sont évaluées, avec une difficile prise en compte des démences : « *les gens sont capables de marcher, de monter les escaliers, sauf qu'ils ne savent pas ce qu'ils montent* ».
>
> **Extrait de la synthèse de l'entretien auprès de professionnels du Val-de-Marne, mai 2014**

Cela a été particulièrement peu souligné en Ariège où l'analyse des plans d'aide APA-D montre que le nombre d'heures médian dont bénéficient les personnes âgées ariégeoises est nettement inférieur au plafond national et à ce qui est observé, par exemple en Val-de-Marne.

Tableau 70 - Nombre d'heures médian dans les plans d'aide notifiés en Ariège, et en Val-de-Marne, en fonction du GIR

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Nombre d'heures médian en Ariège	45	40	30	16
Nombre d'heures médian en Val-de-Marne	67	57	43	26
Montant du plafond légal, 2013	1 312,67 €	1 125,14 €	843,86 €	562,57 €
Nombre d'heures maximales en prestataire (20 € / heure)	66	56	42	28
Nombre d'heures d'AVS par le principal service prestataire autorisé (24 € / heure)	52	45	34	22

Lecture : La moitié des bénéficiaires de l'APA-D en GIR 1 ont 45 heures d'aide humaine au moins dans le département de l'Ariège, contre 67 heures dans un autre département de l'étude. **Champ** : Bénéficiaires de l'APA-D fin décembre 2011 en Loire-Atlantique, Nord et Val-de-Marne, et fin décembre 2013 en Ariège. **Sources** : Conseil départemental (Ariège, Loire-Atlantique, Nord et Val-de-Marne).

Pour compléter cette première mesure, la saturation des plans notifiés est utilisée comme révélatrice de l'insuffisance des montants. De façon stricte, est défini comme « saturé » un plan d'aide « *dont le montant atteint le plafond fixé nationalement par GIR* » (Bérardier, 2011).

> Les acteurs notent que, notamment pour les GIR 1 et GIR 2, les besoins réels sont globalement sous-estimés. « *Pour tout le monde, il y a une enveloppe, montant maxi qui peut être tout à fait insuffisant, en tous cas en mode prestataire, pour les personnes qui relèvent du GIR 2 ou du GIR 1* ».
>
> **Extrait de la synthèse de l'entretien auprès de professionnels du Val-de-Marne, mai 2014.**

Ceci est confirmé, notamment pour le Val-de-Marne, département dans lequel 10 % des plans sont saturés en GIR 1, et presque 20 % en GIR 2.

Tableau 71 - Plafond mensuel et nombre de plans d'aide saturés dans les quatre départements de l'étude

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Plafond mensuel en 2011	1261,60	1063,37	811,04	540,69	--
Plafond mensuel en 2013	1304,84	1118,43	838,83	559,22	--
Plans d'aide saturés, Val-de-Marne	10,5 %	19,1 %	10,5 %	5,8 %	9,5 %
Plans d'aide saturés, Nord	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Plans d'aide saturés, Loire-Atlantique	2,1 %	6,0 %	1,9 %	2,1 %	2,6 %
Plans d'aide saturés, Ariège	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %

Lecture : Le plafond mensuel APA-D en 2011 pour un GIR 1 était de 1 261,60 €. En Val-de-Marne, 10,5 % des GIR 1 avaient un plan notifié supérieur ou égal à ce plafond, contre 2,1 % en Loire-Atlantique. **Champ** : Bénéficiaires de l'APA-D fin décembre 2011 en Loire-Atlantique, Nord et Val-de-Marne, et fin décembre 2013 en Ariège. **Sources** : Conseil départemental (Ariège, Loire-Atlantique, Nord et Val-de-Marne).

Dans les trois autres départements, il existe peu de plans saturés. Mais beaucoup pourraient avoir des montants proches des plafonds nationaux, ne permettant pas aux bénéficiaires s'ils en ont le besoin d'obtenir davantage d'heures. Or, c'est bien cela qui est en jeu dans la saturation. Pour estimer le nombre de bénéficiaires pour lesquels l'aide, étant donné les plafonds nationaux, ne peut pas être augmentée, deux méthodes sont possibles. D'abord, les plans auxquels il n'est pas possible d'ajouter deux heures de service prestataire sont considérés comme saturés. Ensuite, ceux qui dépassent 95 % du montant plafond sont considérés comme tels.

D'abord, quel que soit le GIR, le coût moyen de deux heures par un service prestataire est ôté du plan d'aide, soit 40 € (Tableau 72). Tout plan inférieur de moins de 40 € au plafond national est considéré comme saturé. Ceux-ci sont nettement plus nombreux. En Val-de-Marne, un bénéficiaire sur deux, quel que soit son GIR, n'a pas la possibilité d'ajouter ½ heure hebdomadaire d'aide en prestataire, c'est le cas d'un bénéficiaire sur quatre dans le Nord. La déclinaison des résultats par GIR montre que les GIR 2 et 3 sont les plus souvent concernés.

Tableau 72 - Part des plans d'aide auxquels il n'est pas possible d'ajouter deux heures de prestataire, dans les quatre départements de l'étude, en %

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Plafond retenu	1221,60	1023,37	771,04	500,69	--
Plans d'aide saturés, CD Val-de-Marne	40,2 %	41,4 %	48,4 %	48,7 %	47,0 %
Plans d'aide saturés, CD Nord	24,3 %	34,4 %	28,9 %	22,4 %	25,5 %
Plans d'aide saturés, CD Loire-Atlantique	8,9 %	14,7 %	13,2 %	10,3 %	11,6 %
Plans d'aide saturés, CD de l'Ariège	0,7 %	1,8 %	1,0 %	0,4 %	0,9 %

Lecture : Le plafond mensuel APA-D en 2011 pour un GIR 1 retenu est de 1 221,60 €, soit quarante euros de moins que le plafond national, de 1 261,60 €. En Val-de-Marne, 40,2 % des GIR 1 avaient un plan notifié supérieur ou égal à ce plafond, contre 24,3 % dans le Nord. **Champ** : Bénéficiaires de l'APA-D fin décembre 2011 en Loire-Atlantique, Nord et Val-de-Marne, et fin décembre 2013 en Ariège. **Sources** : Conseil départemental (Ariège, Loire-Atlantique, Nord et Val-de-Marne).

Dans une deuxième analyse, un plan d'aide est considéré comme saturé quand son montant est supérieur à 95 % du montant plafond national (Tableau 73). Dans le Nord, les plans sont d'autant plus fréquemment saturés que la dépendance augmente, passant de 15 % à 41 % entre les personnes

évaluées en GIR 4 et en GIR 1. La saturation augmente régulièrement également en Ariège, mais dans des proportions nettement inférieures : 0,2 % en GIR 4 à 2,9 % en GIR 1. C'est en Val-de-Marne que la saturation apparait la plus importante, avec 40 % à 50 % des plans saturés quel que soit le GIR.

Tableau 73 - Part des plans d'aide supérieurs à 95 % du plafond, dans les quatre départements de l'étude, en %

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Plafond retenu	1198,52	1027,30	770,49	513,66	--
Plans d'aide saturés, CD Val-de-Marne	47,2 %	41,2 %	48,5 %	45,9 %	45,7 %
Plans d'aide saturés, CD Nord	40,9 %	34,0 %	29,0 %	15,4 %	21,2 %
Plans d'aide saturés, CD Loire-Atlantique	20,6 %	13,7 %	13,2 %	7,9 %	10,3 %
Plans d'aide saturés, CD de l'Ariège	2,9 %	2,5 %	1,1 %	0,2 %	1,0 %

Lecture : Le plafond mensuel APA-D en 2011 pour un GIR 1 retenu est de 1 198,52 €, soit 95 % du plafond national, de 1 261,60 €. En Val-de-Marne, 47,2 % des GIR 1 avaient un plan notifié supérieur ou égal à ce plafond, contre 40,9 % dans le Nord. **Champ** : Bénéficiaires de l'APA-D fin décembre 2011 en Loire-Atlantique, Nord et Val-de-Marne, et fin décembre 2013 en Ariège. **Sources** : Conseil départemental (Ariège, Loire-Atlantique, Nord et Val-de-Marne).

Une modélisation statistique effectuée par la Drees (Bérardier, 2011) permet d'estimer les montants de l'APA à domicile si la prestation n'était pas plafonnée, à partir de données de à 2007. Ainsi, « *le montant moyen est de 519 euros, il serait augmenté de 70 euros en moyenne si l'on ne plafonnait pas le plan d'aide. Le montant annuel de l'ensemble de l'APA s'élève à 3,8 milliards d'euros fin 2007. Ce coût serait augmenté de 500 millions d'euros s'il n'y avait pas de plafond* ». L'augmentation serait plus importante pour les personnes les plus dépendantes : le plan d'aide moyen en GIR 1 serait de 1 217 euros, contre 984 observés en 2007. L'auteur poursuit : « *pour que la quasi-totalité des « besoins d'aide » des bénéficiaires de l'APA évalués en GIR 4 soient couverts par l'APA, il faudrait que le plafond soit près du double de celui en vigueur. Pour ceux en GIR 1, il faudrait que le plafond soit supérieur de 2,5 fois à celui en vigueur* ». La loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit une augmentation du plafond d'aide de 30 % en GIR 1, 23 % en GIR 2 et 19 % en GIR 3 et 4. L'augmentation ne permettrait alors pas de couvrir l'ensemble des besoins.

Ainsi, la question de la reconnaissance administrative de la dépendance questionne les législateurs. Elle serait surtout une explication du non-recours secondaire : certains besoins ne seraient pas couverts. Il est peu probable que l'insatisfaction anticipée de l'aide pouvant être mise en place conduise à ne pas solliciter la prestation.

4. Choix de la personne et droit au risque : une limite à respecter pour l'action publique

Les personnes, y compris lorsqu'elles sont dépendantes, peuvent être autonomes et donc capables de choisir pour elles-mêmes. L'Odenore souligne d'ailleurs dans plusieurs des items de la typologie précédemment présentée des facteurs explicatifs de la non-demande qui relèvent du choix. Cet élément apparait dans d'autres recherche : par exemple, Lanzaro, le pose dans sa thèse en urbanisme comme déterminant sur la sortie de l'hébergement d'urgence : « *alors que la procédure de relogement est fortement administrée, nous faisons l'hypothèse que les personnes rencontrées ne se trouvent pas pour autant dépourvues de marges de manœuvre et de capacité à choisir* ». Cette hypothèse est confirmée par son enquête de terrain (Lanzaro, 2014). Ce chapitre repose sur le fait que la dépendance, qui renvoie au besoin de l'aide d'un tiers pour accomplir les actes essentiels de la vie, n'implique pas toujours une perte d'autonomie, cette dernière étant définie comme l'incapacité à décider pour soi-même (chapitre 1).

Les personnes âgées dépendantes peuvent choisir de ne pas recourir à l'APA, au profit d'une aide familiale, qui s'installe par devoir moral, crainte du changement des habitudes, ou par simplicité pour l'entourage ou la personne elle-même. La personne âgée peut en outre avoir l'impression de perdre de sa dignité lorsqu'elle sollicite des services extérieurs, ce qui est relevé par les acteurs interrogés lors de l'étude qualitative. Le positionnement professionnel de ces derniers, nécessairement respectueux du choix de la personne, est source de dialogue au cours des entretiens : cela questionne leur éthique de professionnels de terrain.

4.1. La famille et les réseaux, d'importantes alternatives à l'offre publique

4.1.1. La famille intervient plus que les professionnels

L'intervention de la famille et en premier lieu du conjoint, fait l'objet d'investigations par d'autres chercheurs. Un numéro de la revue Retraite et Société, titré *Face à la dépendance, familles et professionnels*, est consacré en 2008 à cette problématique. L'avant-propos rappelle quelques travaux universitaires récents (Letablier et Weber, 2008) : *L'aidant familial aux patients atteints de démence de type Alzheimer : agent économique producteur de services* (Weber *et al.*, 2005) financée par la Fondation Mederic Alzheimer, *Les inégalités sociales dans la prise en charge du handicap : dispositifs institutionnels et soutien familial* (Weber, 2005), financée par la Drees, ou encore *Économie domestique et décisions familiales dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. De l'ethnographie à la formalisation microéconomique* (Gramain *et al.*, 2005).

L'objet de cette sous-partie n'est pas de détailler l'ensemble des sujets relatifs aux aidants, mais de souligner que des personnes peuvent ne pas recourir à l'APA et à l'offre professionnelle qu'elle implique, parce qu'elles disposent de cette autre possibilité qui leur convient mieux (Warin, 2010). Ainsi, « *une non-adhésion aux principes de l'offre peut trouver ses sources dans des raisons culturelles. Les enfants, la femme ou le mari prennent alors en charge l'aide auprès de la personne* » (Gucher, 2011). De même qu'il existe une substitution entre les professionnels (chapitre 5) aux lourdes conséquences (chapitre 6), il y a une complémentarité mais aussi une substitution entre aidants informels et professionnels. Celle-ci n'est cependant pas évaluable à l'échelle locale.

L'enquête Handicap-Santé-Ménages (HSM, 2008) permet de préciser l'ampleur de l'aide familiale : la moitié des personnes âgées de 75 ans ou plus est aidée par un tiers. Ces personnes reçoivent à 80 % l'aide d'un proche et à 60 % celle d'un professionnel. Plus encore, 40 % des personnes âgées bénéficiant de l'aide d'un tiers sont soutenues uniquement du fait de l'intervention familiale et ne reçoivent pas d'aide d'un service professionnel. Le constat dressé par l'Insee en 1998 reste valable : la famille intervient plus que les professionnels. Breuil-Genier avance le chiffre de trois personnes dépendantes sur quatre recevant une aide de leurs proches, malgré la difficile quantification de ces aides informelles. Elle montre qu'aux niveaux de dépendance modérée, le temps d'aide informelle représente deux à trois fois celui de l'aide professionnelle (Breuil-Genier, 1998).

Trois catégories d'aidants sont distinguées : le conjoint, les enfants, puis l'entourage amical ou le voisinage.

Le conjoint est souvent l'épouse, et première aidante. Les professionnels rappellent l'importance de l'engagement moral du conjoint envers la personne âgée au sein du couple.

> *A* : « *Les aidants, bien souvent, ils interpellent quand ils sont épuisés. Parce qu'après, il y a aussi toute cette fidélité au parent.*

B : *C'est un devoir pour le conjoint de s'occuper de l'épouse.*
A : *C'est un devoir pour le conjoint de s'occuper jusqu'au bout. Et il y a beaucoup de culpabilité dans le fait d'appeler des organismes extérieurs* ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Dunkerque, Nord, juin 2014

Certains aidants disent vouloir s'occuper de leur conjoint « *jusqu'au bout* ». Parfois, ils craignent que l'arrivée d'un service d'aide à domicile les contraigne à l'entrée en EHPAD, et souvent, il y a « *un espèce d'engagement moral, 'je t'ai toujours promis que tu n'irais pas en EHPAD'* ». Les personnes et les aidants sont « *dans un processus où ils ne sont plus capables de dire, 'il faut appeler à l'aide, maintenant'* ».

Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Loire-Atlantique, mai 2014

A : « *Il y a des moments où il faut aussi accepter que ce n'est pas au conjoint de faire les choses.*
B : *sachant que des fois, [le] conjoint accepte très mal. Quand ils ont pris l'habitude, d'avoir toujours le conjoint à côté, c'est très compliqué de leur faire accepter une [autre] personne*
A : *et puis selon l'habitude d'un couple aussi, je parle d'une relation entre un homme et une femme. On est bien aussi quelques fois, dans le 'c'est lui qui doit me faire à manger, c'est lui qui doit me faire le nursing' etc. Voilà, mariés pour le meilleur et pour le pire, ceci faisant partie du pire a priori, mais c'est comme ça* ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Limeil-Brévannes, Val-de-Marne, avril 2014

L'obligation morale d'assister son conjoint et le sentiment de culpabilité sont prégnants, en attestent les extraits précédents. Selon les acteurs, ceci serait vécu moins difficilement par les femmes, en tous cas quand la dépendance est physique. Celles-ci effectuent, sur cette génération, plus souvent les tâches ménagères : l'incapacité du conjoint à réaliser certains actes essentiels de la vie est d'autant moins visible qu'il ne les assurait pas précédemment au sein du couple. C'est le cas notamment dans la préparation des repas, l'entretien de la maison ou du linge. Quelques exemples d'hommes palliant une importante dépendance de leur conjointe sont cités.

A: « *Un monsieur s'occupait de sa femme, qui était Alzheimer. Il est venu solliciter de l'aide à domicile. Je prends rendez-vous pour le visiter. Je vais chez lui, c'était un monsieur qui approchait les 90 ans, et je le vois avec son épouse. Elle était grabataire. On discute, je pose des questions sur son quotidien : vous avez besoin de combien d'heures à votre avis ? Qu'est-ce qu'il faudrait faire ? Et puis je [lui] dis : 'quels sont les autres services qui interviennent pour votre épouse ?' parce que je voyais bien qu'elle était alitée, il dit 'non, c'est moi qui m'en occupe, je fais tout'. Il faisait tout : la toilette, à manger. Et puis comme ces derniers temps, il avait un peu mal au dos, il a demandé l'aide à domicile pour faire un peu de ménage.*
B : *'pour le meilleur et pour le pire'* » [rires].

Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Nord, avril 2014

Cependant, le choix de s'appuyer sur une aide familiale et non professionnelle n'est pas réductible à une obligation morale. Les contraintes dont s'accompagnent les recours aux services professionnels peuvent par exemple sembler trop importantes, pour la personne mais aussi pour le conjoint.

A : *« C'est important pour le conjoint, par exemple s'il veut continuer à faire les courses, à faire à manger. Il y en a qui tiennent à ça.*
B : *Ça dépend aussi du financier, ça dépend des services à domicile, [certaines personnes] arrêtent très rapidement parce qu'elles ne sont pas satisfaites*
C : *Le fait d'arrêter, c'est pas toujours parce qu'ils sont pas contents. C'est aussi parce qu'ils disent : 'on est tout le temps dérangés'. Tous les jours à dix heures ça sonne, le conjoint par exemple dit : 'il y a des fois, je voudrais être tranquille'. Ils vont à la fois dire qu'ils ont besoin d'aide, mais que ça sonne tous les jours…*
A : *c'est encore plus contraignant, quelques fois ça ajoute de la fatigue. Alors ils préfèrent faire eux-mêmes* ».

Entretien auprès de l'EMS APA, Val-de-Marne, mars 2014

A : « *Je pense à un couple, c'est l'époux qui est malade. La dame me disait : 'moi le week-end, je ne veux personne, parce que la semaine c'est un vrai moulin chez moi, il y a l'infirmière qui*

vient pour les soins, il y a le kiné qui vient trois fois par semaine et l'orthopédiste une fois par semaine, il y a l'auxiliaire de vie qui vient une ou deux fois pour le ménage, il y a aussi l'auxiliaire de vie qui vient le matin pour la toilette, le soir pour le coucher'. Elle me dit, 'chez moi ça ne fait que ça, rentrer, sortir, et moi le week-end, je préfère assurer moi-même la toilette de mon époux et sa mise en fauteuil, son coucher etc., pour voilà, souffler un petit peu'. C'est vrai que c'est pas facile à organiser justement, ce va-et-vient de professionnels ».

Entretien auprès de professionnels du territoire, Valenciennes, Nord, juin 2014

L'intervention de nombreux professionnels et les transformations des habitudes de vie qui en découlent sont source d'appréhension pour les personnes et leurs aidants.

Pour les aidants comme pour les personnes, « *c'est la peur de se faire aspirer dans un système ou un réseau* », que les *« intervenants prennent les choses en main* » et qu'ils ne puissent plus choisir. Un échange avec une personne âgée, concernant la mise en place d'un accueil de jour es relaté : « '*bah oui mais non, non, non, ils ne me laisseront plus repartir'. J'ai dit : 'de toute façon, il n'y a pas de chambres, il n'y a pas de lits, les gens, le soir, ils repartent chez eux, le personnel aussi, ils ferment les portes. Donc ne vous inquiétez pas, ils ne vous garderont pas'. Parce qu'effectivement, ils ont peur de ça. Ils ont peur qu'on les embringue dans un truc* », « *c'est mettre un premier pied dans l'engrenage* ».

Entretien auprès de responsables de CCAS, Nord, avril 2014

Cependant, les bénéficiaires de l'APA-D seraient, pour deux tiers d'entre eux, célibataires ou veufs (Debout, 2010). C'est pourquoi, au-delà du conjoint, nombre d'entretiens ont souligné les liens avec les enfants.

4.1.2. Des enfants aidants et des enfants gênants

L'enquête européenne SHARE[61], qui étudie l'aide apportée aux personnes âgées par leurs enfants, montre que l'implication de ceux-ci est d'autant plus forte que le degré de dépendance du parent est élevé et qu'il n'a pas de conjoint (Fontaine *et al.*, 2007).

Dans la majorité des situations de demande d'APA en Ariège, les enfants sont présents. En milieu urbain, les acteurs locaux sont plus nuancés.

Certains participants constatent : « *on n'a plus la famille d'avant. Avant, la famille était très soudée, on avait des personnes âgées qui vivaient dans des familles. Maintenant non, [les enfants] se désolidarisent de la situation* ». Certes, mais si les enfants ont quitté la région, c'est pour trouver du travail. Des fermetures d'usine, découle chaque année le départ de plusieurs centaines d'actifs de l'arrondissement. L'éloignement familial fait que les enfants « *ne voient pas la situation se dégrader* », puisqu'ils ne sont plus présents physiquement.

Entretien auprès de professionnels du territoire, Dunkerque, Nord, juin 2014

Aussi, des différences se créent entre les membres de la fratrie dans l'accompagnement du parent âgé, entre ceux qui sont proches et ceux qui sont loin, ceux qui accompagnent au quotidien et les autres. Des tensions familiales peuvent survenir.

A : *« Sur une fratrie, c'est souvent un qui s'occupe et les autres qui encouragent. [Rires] Donc celui qui s'épuise, c'est celui qui est au contact de la personne âgée.*
B : *il y en a qui découragent [rires]*
C : *il y a de tout ».*

Entretien auprès de responsables de CLIC, Ariège, avril 2014

A : « *La rencontre des familles, j'en fais assez régulièrement, ne serait-ce que, quand justement, dans la fratrie, ils ne s'entendent pas bien. Ça ne veut pas dire que ça va changer les données.*

[61] L'enquête Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe est consacrée à la santé, au vieillissement et à la retraite en Europe.

Parce que, malgré que les enfants aient 50, 60, 70 ans, l'histoire familiale pèse depuis des générations [mais] au moins tout le monde entend la même chose.

B : *Au même moment.*

A : *Si les gens arrivent à communiquer entre eux, et en font quelque chose c'est tant mieux. Mais au moins, ils ne pourront plus reprocher entre frères et sœurs qu'ils n'ont pas compris les mêmes choses. Et ça permet de libérer et de dédramatiser. J'ai eu des gens qui, pour une raison X ou Y, ne veulent pas aider les parents. Je dis, untel, si lui il est prêt à donner du temps mais pas de l'argent, ça peut être ça. L'autre a les moyens de payer mais ne veut pas aider, parce qu'il a une rancœur, parce que je ne sais pas, il n'a pas le temps etc. Ça peut être des arrangements comme ça, sans culpabiliser parce que, on n'est pas obligé d'aimer ses parents, comme les parents ne sont pas obligés d'aimer leurs enfants* ».

Entretien auprès de responsables de CLIC, Loire-Atlantique, mai 2014

Cela questionne, plus largement, la responsabilité des enfants vis-à-vis des parents.

A : « *On doit s'interroger sur la vie, le mode de vie et la représentation qu'on a de son parent. Le parent sait qu'il a à s'occuper de son enfant, c'est bien inscrit dans l'inconscient collectif, par contre l'enfant qui devient adulte n'a absolument pas conscience qu'il a la même responsabilité [vis-à-vis] de son parent […] Ce n'est pas dans l'inconscient collectif, on ne le sait pas, on ne veut pas le savoir, on ne le dit pas* ».

Entretien auprès des responsables des pôles autonomie, Nord, janvier 2014

Juridiquement, les enfants ont envers les parents une obligation alimentaire, fournie en nature ou financière (Code civil, article L205). Les parents sont légalement responsables de la protection de la sécurité, de la santé et de la moralité de leurs enfants avant leur majorité, et doivent assurer leur éducation et permettre leur développement (Code civil, article L371-1). L'enfant, lui, doit légalement « *honneur et respect à ses père et mère* » (Code civil, article L371) : mais la loi ne l'oblige pas à intervenir auprès de son parent dépendant.

Or, les relations familiales peuvent être complexes, et cette responsabilité des enfants vis-à-vis de leur parent peut être rendue difficile par l'histoire de la famille.

Les CCAS sont conscients d'être « *témoins d'histoires de vie, dont on ne connait qu'une infime partie, et qui fait que la dépendance, des enfants ne la voient pas de la façon dont nous on la voit, techniquement. C'est d'autant plus criant qu'on instruit des dossiers d'aide sociale : on a des familles qui disent : 'moi, mes parents, ils ne se sont pas occupés de moi'* ». Les enfants n'ont donc pas, affectivement, de raison d'être aidants.

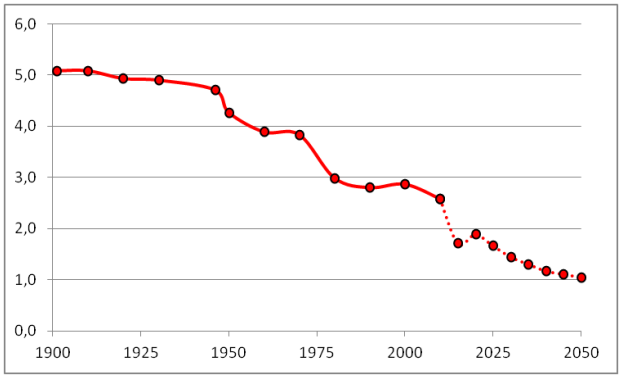
Entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014

Selon les professionnels, ces situations sont cependant peu courantes, bien que ce public soit plus fréquemment en contact avec les CCAS ou l'administration départementale déconcentrée.

Par ailleurs, les enfants peuvent estimer que l'aide à certains actes ne relève pas de l'accompagnement qu'ils sont en mesure de proposer, ceci est notamment remarqué sur l'aide à la toilette.

Une raréfaction de ces aidants familiaux pourrait se produire, suite d'abord à l'évolution de la structure démographique : le ratio entre les aidants potentiels, dans la classe d'âges des 60-74 ans, et les personnes les plus âgées, de 75 ans ou plus, diminue depuis le début du XXe siècle et pourrait continuer à décroître dans les années à venir (Graphique 44).

Graphique 44 – Ration rapportant le nombre de personnes âgées de 60 à 74 ans, à celui des personnes de 75 ans ou plus, en France métropolitaine, depuis 1900



Lecture : Alors qu'il y avait cinq fois plus de personnes âgées de 60 à 74 ans en 1900 que de personnes de 75 ans ou plus, ces deux classes d'âges pourraient être aussi nombreuses en 2050. Les évolutions de populations observées sont représentées en traits pleins, quand les évolutions attendues selon les projections Insee figurent en pointillés. Les points expriment les dates pour lesquelles l'information est communiquée. **Champ** : France métropolitaine. **Sources** : Estimations de population 1901-2010 (Insee), projections de population 2005-2050 (Insee).

La croissance de l'emploi féminin, l'allongement de l'âge de fécondité des femmes et la mobilité géographique des jeunes générations pourraient notamment contribuer à éloigner les personnes âgées de leurs potentiels aidants. Les personnes dépendantes auraient alors davantage recours à l'APA.

Dans les entretiens, le rôle des « aidants » a été spontanément évoqué, pour la grande majorité dans la première heure de l'entretien, et pour la moitié d'entre eux dès la première demi-heure. La description de l'étude, fournie en début d'entretien, soulignait pourtant sa restriction à l'aide professionnelle. L'importance de l'aide dispensée par les aidants, mais aussi les difficultés pour les professionnels de composer avec les exigences des enfants, sont recueillies dans plusieurs discours. L'augmentation de la dépendance et la perte de l'autonomie créent en effet « *un transfert sur l'entourage, et tout particulièrement sur les enfants, du rapport d'autorité exercé jusqu'alors par les parents. Ce transfert s'accompagne du sentiment profond d'exercer désormais une responsabilité d'ordre parental qui porte en germe le réflexe sécuritaire : si je suis responsable, je dois veiller à ce que mon père, ma mère, ne prennent aucun risque* » (Amyot, 2001).

> L'exemple est donné d'une personne qui tombe régulièrement, que son fils veut « *faire rentrer en EHPAD* », pour ne plus qu'elle tombe. Elle pourra encore tomber dans sa chambre, mais ce n'est plus lui qui porte cette responsabilité.
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Valenciennes, Nord, juin 2014**

> « *Souvent, les enfants voudraient qu'il y ait zéro risque* » ; « *mais zéro risque n'existe nulle part* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Loire-Atlantique, mai 2014**

Cette attitude des enfants est parfois pesante pour les professionnels, bien qu'ils se disent compréhensifs étant données les situations difficiles rencontrées par les personnes. Surtout, l'attitude des enfants, et plus largement des familles, peut dépendre des moments où les contacts ont lieu, et des professionnels rencontrés.

> « *Des familles peuvent avoir des comportements ambivalents selon leur bien-être ou leur mal-être psychologique. Un jour, ils vont vouloir des aides, le lendemain, ils vont dire : 'non-non, on n'en veut pas'* » ou « *ils vont frapper à toutes les portes, et tenir un discours totalement différent en fonction du professionnel* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Valenciennes, Nord, juin 2014**

La coordination entre les professionnels est alors cruciale.

4.1.3. La solidarité de voisinage

C'est en particulier par les acteurs exerçant en milieu rural qu'est soulignée la solidarité de voisinage.

> *Les personnes « s'appuient sur des réseaux qui nous échappent, sur de la solidarité… voilà, l'employé communal, ça lui arrive d'aller monter du bois ». « Il reste d'autres valeurs de solidarité surtout dans des zones ouvrières ou rurales, où dans le cadre de l'activité professionnelle, ces solidarités-là ont été mises en œuvre. Donc je pense qu'en termes de valeurs, il y a des choses qui restent très fortes, quelque chose auquel on croit, c'est réel. C'est quelque chose de beaucoup plus important que de croire en une solution qui passe par de l'APA, par du salaire, par une relation commerciale ». Il y a « des retours qui frisent le commercial, ils vont lui filer une bouteille, un saucisson » mais « ce n'est pas monnayé ».*
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014**

Elle atteint plus rapidement ses limites que l'aide par le conjoint ou les enfants.

> La « *solidarité de voisinage* », a ses limites : la démarche n'est pas forcément désintéressée ou gratuite : « *la personne peut espérer un jour avoir un morceau de terrain ou autre* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Saint-Girons, Ariège, avril 2014**

L'aide apportée par les voisins et amis est en outre moins fréquente que celle apportée par la famille (Tableau 74).

Tableau 74 - Lien entre la personne âgée de 75 ans ou plus et l'aidant familier

Lien entre l'aidant et la personne	Fréquence, en %
Enfant	48,4
Conjoint	19,8
Autre membre de la famille	11,9
Voisin	3,7
Ami	3,2
Autre	13,1
Ensemble	100,0

Lecture : 48,4 % des aidants familiers de personnes âgées de 75 ans ou plus sont leurs enfants. **Champ** : Personnes âgées de 75 ans ou plus ayant au moins un aidant familier, en 2008. Dans les trois quarts des situations, la personne âgée reçoit l'aide d'un unique aidant familier. **Sources** : Drees-Insee (HSM, 2008).

Ainsi, l'aide apportée par l'entourage, familial ou amical, peut pallier, au moins temporairement la dépendance. Elle est un motif de non-recours, pour des personnes qui trouvent une possibilité de compenser leurs difficultés leur convenant mieux qu'une offre de services. Cependant, c'est surtout au nom du respect du choix de la personne et du droit au risque que les professionnels rencontrés restent en retrait.

4.2. Le respect du choix de la personne

4.2.1. Des personnes, par dignité, ne veulent pas recourir à l'APA

Ne pas demander l'APA pourrait être une preuve d'autonomie, capacité de prendre des décisions pour soi-même, y compris lorsque l'on est dépendant : « *la non-demande résulte d'un choix, celui de conserver une image positive de soi, et par conséquent de ne pas recourir à l'offre existante. Dans ce cas-là, ne pas demander, c'est rester digne* » (Mazet, 2010).

> *A* : « *On est sur une génération qui a du mal à demander de l'aide, qui s'est toujours débrouillée toute seule, qui a toujours fait avec des moyens des fois très modestes ou très réduits*
> *B : et puis qui n'aime pas avoir besoin des autres*
> *A : des fois ça leur fend le cœur d'accepter une aide extérieure*
> *B : et puis 'on ne va pas déranger', pour pas mal de gens.*
> *A : oui, c'est vrai : 'on ne veut pas vous embêter'* ».
>
> **Entretien auprès de responsables de CLIC, Loire-Atlantique, mai 2014**

En Ariège, le constat est similaire.

> *A :* « *On est sur une population, qui traditionnellement a travaillé et a acquis sont bien-être social par la sueur de son front,*
> *B :* *Et on ne lâche pas d'argent comme ça*
> *C:* *On ne demande pas*
> *A :* *On n'est pas dans l'assistanat chez nos vieux Ariégeois. Ça c'est clair*
> *C :* *non, tout à fait. Moi ça me fait penser à une notion de liberté très forte.*
> *A :* *complètement. C'est-à-dire : on ne demande rien*
> *C :* *c'est-à-dire ne pas devoir dépendre de quelqu'un, ou de quelque organisation que ce soit*
> *A :* *ou d'une collectivité*
> *D :* *'je suis libre, je ne dois rien à personne'* ».
>
> **Entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014**

La notion de liberté est citée dans plusieurs entretiens.

> L'aide permettant de pallier la dépendance les rend « *dépendants de quelqu'un, et ils perdent quand même le contrôle. Ils gagnent en soins, pour l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne, mais ils perdent en liberté. Et ça leur est très difficile* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Valenciennes, Nord, juin 2014**

Le sentiment de perte de dignité résulte de l'appel à un tiers pour effectuer des actes quotidiens, mais surtout du fait que les actes pour lesquels le besoin d'aide est important sont des actes intimes.

> A : « *Nous déjà on leur pose des questions pour faire sa toilette, on essaie de mettre les mots, mais se laver les fesses etc., c'est difficile à avouer à un inconnu comme ça* ».
>
> **Entretien auprès de responsables de CLIC, Loire-Atlantique, mai 2014**

« *Le côté intrusif de l'aide et la question du rapport au corps sont des éléments déterminants dans le choix de la prise en charge par la famille* » (Gucher, 2011).

La capacité et la volonté à solliciter l'APA est plus ou moins importante en fonction des personnes, et en fonction des territoires. Certains, qui ont peu été aidés au cours de leur vie, retardent l'échéance tant qu'ils peuvent pallier avec l'entourage. D'autres sollicitent plus en amont la prestation.

> Sur certains territoires, les personnes ont une bonne connaissance de leurs droits. Leur habitude à solliciter l'aide sociale peut être perçue négativement par les évaluateurs, qui parlent « *d'assistanat* ». « *C'est quand même très demandeur, c'est l'assistanat. Il y a beaucoup de chômage, il y a beaucoup de RSA, il y a beaucoup de CMU* » ; « *Les familles sont déjà dans l'action sociale rien que les enfants, donc automatiquement, on demande de l'action sociale aussi pour les parents* ».
>
> **Entretien auprès de l'EMS APA, Nord, mars 2014**

Trois des sept entretiens du Nord ont souligné cette opposition entre ceux pour qui c'est une honte de recourir, et ceux qui, prenant acte qu'il s'agit d'un droit, y recourent dès lors qu'ils se pensent éligibles. Le terme « d'assistanat » est repris plusieurs fois. Or, ce terme est porteur de sens : l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) rappelle que « *l'usage idéologique de la notion d'assistanat, et même la construction politique de cette notion, consistent à dénoncer le risque de passivité / manipulation comme l'essence de l'assistance* ». L'observatoire souligne que le terme pointe la « *responsabilité individuelle de ceux qui, tout en étant valides, bénéficient de l'aide sociale et profiteraient indûment de la solidarité collective* », appelant à sortir de cette stigmatisation (ONPES, 2013).

En effet, l'entrée dans la prestation est conditionnée par une évaluation médico-sociale, les personnes qui bénéficient de l'APA sont donc celles qui sont éligibles au dispositif. Or, les girages en 5 et 6 ne seraient pas plus fréquents sur ces territoires. Les personnes qui font la demande sont donc dépendantes au sens de la loi.

Les évaluateurs citent les « *faux GIR 4* », qui « *parasitent un peu l'APA. Ils demandent, parce qu'ils sont poussés par la famille, pour laver les pieds un jour sur deux, ou une surveillance à la douche une fois par semaine, c'est des gens qui rentrent dans l'APA parce qu'ils ont vraiment poussé. Ils gonflent un peu leur entretien* ». Pour plusieurs intervenants, ces personnes ne devraient pas entrer dans le périmètre de l'APA.

Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Nord, mars 2014

Inversement, les évaluateurs valorisent ceux qui ont compté sur l'aide familiale, et recourent à l'APA plus tardivement, considérant que l'aide familiale, pour certaines tâches et en présence d'enfants, est l'aide « *normale* ».

A : « *des fois, on est obligé de faire une heure de ménage une heure de courses, parce que les enfants ne veulent plus. On est obligé de quémander aux enfants pour faire, ne serait-ce que les courses, des fois, c'est difficile pour qu'ils se déplacent. Parce qu'il y a des familles, à partir du moment où, elle a de l'aide, allez au revoir je ferme la porte.*

B : même s'il habite à côté

A : même s'il habite à côté. Voilà, et il y a des familles qui sont honnêtes, 'moi je fais mes courses, je fais les courses de Maman' ».

Entretien auprès de l'EMS APA, Nord, mars 2014

Cela pose la question de la stigmatisation des demandeurs, par les travailleurs sociaux eux-mêmes, et du positionnement professionnel des évaluateurs. Par ces discours, les professionnels pourraient en effet alimenter l'idée qu'il est honteux et indigne de recourir à la prestation avant d'avoir saisi toutes les autres alternatives et notamment l'aide familiale.

4.2.2. Le droit au risque doit être garanti par les professionnels

Dignité et liberté sont des principes partagés par les professionnels rencontrés. Certes, il faut respecter la liberté individuelle de la personne, qui fait le choix de ne pas recourir à l'offre pour conserver une image positive d'elle-même et sa dignité. Les acteurs rappellent cependant que garantir cette liberté, c'est, dans une certaine mesure, accepter le risque dont elle s'accompagne.

A : « *Combien on voit de gens, qui montent l'escalier et qui le descendent, on ne sait pas comment, mais qui disent : 'tant que je le pourrai, je garderai la chambre à l'étage'. Alors qu'il y a moyen de l'aménager en bas. Mais c'est vrai qu'ils sont dans le…*

B : Dans le déni, oui

A: c'est pas un déni, ils prennent le risque. Ils préfèrent prendre le risque, et garder leur possibilité de monter – descendre.

C : ils vivent

D : voilà, ils vivent ! C'est une petite victoire quotidienne, c'est leur petit bonheur de tous les jours d'arriver à monter l'escalier ».

Entretien auprès de l'EMS APA, Ariège, avril 2014

Les problématiques de dignité et de droit au risque ont fait l'objet d'importantes réflexions de groupes de travail financés par la Fondation de France à la fin des années 1990. Celles-ci sont reprises dans l'ouvrage *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*, sous la direction d'Amyot et Villez (2001). Les auteurs soulignent que ces questions éthiques se posent avec davantage d'acuité dans les établissements où les questions de liberté de déplacement, d'espace intime, de confinement sont plus présentes qu'à domicile, d'où la focalisation d'une partie de l'ouvrage sur les EHPAD. Cependant, des processus de privation de liberté sont aussi à l'œuvre dans le maintien à domicile, « *à ceci près que les personnels ne peuvent s'approprier le lieu de vie de la personne pour en faire leur lieu de travail dans les mêmes proportions* » (Amyot et Villez, 2001).

Le droit au risque nécessite de cerner ce qui relève d'un « *risque normal et acceptable, inhérent somme toute à la vie de l'individu, de ce qui représente une véritable mise-en-danger de l'individu lui-même ou d'autrui* », et nécessite la mise en place de mesures spécifiques (Martin-Pfitzenmeyer, 2009). La prise de risque est alors liée à la perception du risque « *par rapport au bénéfice escompté. Ce bénéfice n'est pas toujours objectivable ; il est ressenti, il est très influencé par l'histoire du sujet et son affectivité ; il s'éloigne de ce fait de la dimension de la raison, telle qu'elle est définie socialement* ». La frontière devient « *ténue entre le devoir d'assistance de la société vis-à-vis des personnes âgées fragiles et la tentation de les déresponsabiliser en les privant de leur liberté sous couvert de sécurité* » (Martin-Pfitzenmeyer, 2009).

Cette problématique soulève des enjeux spécifiques à la population âgée. La mort, « *mal apprivoisée, provoque une angoisse importante quand son inéluctabilité s'impose, dans le grand âge par exemple. Les principes sécuritaires peuvent alors être entendus comme une tentative de maîtrise de cette échéance dans un but d'apaisement de l'angoisse* » (Amyot, 2001). C'est peut-être cette spécificité qui pousse à la rédaction conjointe par la Fondation nationale de gérontologie et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité en 1999 de la Charte des Droits et des libertés de la personne âgée dépendante. Son premier article est explicite : « *toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie. Elle doit pouvoir profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque. Il faut l'informer de ce risque et en prévenir l'entourage. La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible son désir profond* » (Amyot, 2001).

Les professionnels « *ont spontanément tendance à hiérarchiser les risques auxquels eux-mêmes et les personnes dont ils s'occupent sont exposés : les risques de chutes et de fugues sont généralement surévalués alors que ceux liés à la perte d'intégrité psychique et sociale sont facilement minimisés* ».

> « *On est dans une société très protectionniste, qui a peur du risque, mais le risque existe partout* ». « *En tant que professionnels, c'est très insécurisant, puisqu'on se dit : 'je sors de cette maison, et j'ai vu un certain nombre de choses, j'ai constaté. Je n'ai pas pu faire parce que la personne n'a pas voulu, il faut respecter aussi son désir, et son envie* » ; « *ce qui dépend de moi, c'est de leur dire : 'je pense que ça serait mieux comme ça', ce qui dépend d'eux, c'est de le faire ou de ne pas le faire* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Valenciennes, Nord, juin 2014**

L'attitude procédurière des familles, surtout en EHPAD mais aussi à domicile pourrait conduire les professionnels à imposer un accompagnement contre, ou sans l'avis de la personne. Lors d'un entretien, ce sujet est discuté.

> « *On a une fâcheuse tendance des fois à vouloir trouver des solutions à tout, à tout mettre en protection, en sécurité, et je pense que c'est une mauvaise chose. Il faut dédramatiser des situations : oui, il y a un risque, il y a un risque parfois. Mais est-ce que ce risque, il vaut le coup d'être tenté ? Parce que, si on ne le tente pas, c'est au prix de la liberté, du choix de l'équilibre de la personne. Est-ce qu'on doit sécuriser quelqu'un parce que, il risque de tomber et qu'on a peur qu'il tombe ? Ou est-ce qu'on peut accepter que les choses se passent, si [c'est] sa volonté, même ce n'est pas totalement une volonté qu'on partage* ». Fondamentalement, « *notre image, ça ne doit pas être de dire : le bon modèle, c'est la personne âgée active qui participe à des activités et qui sort de chez elle. Rien déjà que de le définir comme modèle, ça pose problème. L'idée qu'une situation peut se maintenir pendant un certain temps, jusqu'à une prochaine étape et [que] c'est à cette étape-là qu'on interviendra, c'est important. C'est important de l'intégrer dans notre mode de fonctionnement, d'en parler* », également avec les familles qui « *sont souvent dans l'inquiétude et dans la volonté de faire le bien de leur proche* ». Et « *qui peut avoir ce rôle-là ? Je continue à penser que les structures publiques doivent investir cette fonction-là, et l'investir fortement, donc s'entourer, recruter, [des] équipes qui conçoivent ce rôle-là de manière claire et qui puissent le mettre en pratique* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014**

Il serait alors nécessaire de former les professionnels, de les accompagner dans cette démarche, y compris quand elle implique des désaccords avec les enfants. Cette interrogation éthique n'est pas soluble en quelques paragraphes, l'échange de pratiques, le dialogue entre les professionnels, semblent cependant des approches intéressantes. Ce débat autour du respect des choix des personnes et de la prise de risque fait écho à des réflexions sur des champs parallèles. Ainsi, les questions du refus de soins et du consentement des patients sont discutées depuis leur insertion dans le Code de la santé publique, par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Code de la santé publique, article L1111-4). La notion de dignité rappelle en outre des questionnements qui agitent l'ensemble de la société sur le suicide assisté ou encore l'euthanasie.

Ainsi, les professionnels ont leurs limites, l'une d'elles est le respect de la volonté de la personne.

> « *On a des cas où on aimerait faire plus, et où on n'y arrive pas, parce que la personne ne veut pas* ». Des « *personnes refusent qu'il y ait quelqu'un qui entre dans le domicile* », dans d'autres cas, « *en allant chez des personnes, on se rend bien compte que la solution serait une maison médicalisée, et qu'on n'arrive pas à convaincre, ni la personne, ni la famille. Malgré l'intervention du CLIC ou des aides à domicile qui vont dans notre sens. Mais là, c'est la limite* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Créteil, Val-de-Marne, mai 2014**

Quelles situations imposent alors l'intervention publique ?

5. Quelle intervention publique pour ceux qui ne demandent rien ou sont réticents à l'offre ?

« *Le non-recours implique une injustice fondamentale en raison de l'inégalité créée entre les citoyens faisant valoir leurs droits et les autres* » (Van Oorschot et Math, 1996), questionnant les institutions et les professionnels rencontrés. Une mission spécifique de l'IGAS, en 2006, s'interrogeait sur « *l'intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien* » (Hautchamp *et al.*, 2006).

> Les professionnels sont confrontés « *à beaucoup de situations de personnes qui ne demandent rien, qui ne veulent rien et qui sont même récalcitrantes ou réticentes à toute intervention, alors qu'elles sont [pour certaines] dans des situations, particulièrement préoccupantes* ». Cela peut être lié à une pathologie cognitive, ou plus généralement à un repli de la personne sur elle-même, « *avec des conditions de vie, d'hygiène, et même parfois de nuisances par rapport à l'environnement qui sont problématiques* », les signalements sont d'ailleurs réguliers. L'accompagnement alors « *nécessite un travail parfois très long et pas toujours efficace mais qui va l'être au moment où il y aura une situation de rupture* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014**

Face au déni de la dépendance, qui n'est pas un choix, à partir de quand les acteurs professionnels sont-ils légitimes à intervenir ?

5.1. Le déni de la dépendance

5.1.1. Demander l'APA, c'est officialiser un état de dépendance souvent irréversible

Les professionnels montrent combien il est difficile, pour les personnes dont les incapacités grandissent comme pour leurs aidants, de le reconnaitre. En effet, avant de solliciter l'APA, « *l'individu doit être en mesure d'adhérer – implicitement ou explicitement – à l'identité sur laquelle [elle] repose, puis d'approuver les composantes du statut qui lui est alors proposé* » (Berrat, 2011). Il

ne s'agit pas d'une méconnaissance de l'offre en tant que telle, mais du déni des difficultés qui y rendent la personne éligible.

> Il est « *très douloureux de reconnaitre qu'on a des pertes* ». Or dans l'APA c'est bien cela : « *on nous donne des sous, parce qu'on est en perte d'autonomie* ». Finalement, « *ils recourent tardivement, parce que c'est quand même être mis au pied du mur de son invalidité, sans espoir d'aller mieux* ». En effet, les intervenants le disent : « *on projette les besoins en les voyant et eux ils se projettent de retour chez eux* ». « *Il y a un déni, un espoir que ça va aller mieux* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Créteil, Val-de-Marne, mai 2014**

> « *Finalement, c'est un peu comme la personne qui prend la décision de partir en maison de retraite, il faut prendre la décision de demander l'APA : ça veut dire, accepter son handicap, accepter sa perte d'autonomie, 'bah oui, aujourd'hui je ne peux plus, aujourd'hui j'ai besoin de quelqu'un d'autre'* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Nord, avril 2014**

> « *La dépendance c'est absolument terrible […] la dépendance, c'est un cheminement et un deuil* ». « *On est dans une société où il faut servir à quelque chose, quand on est âgé, on n'est plus une force de travail, on ne peut plus rendre service aux voisins, on ne peut plus cultiver son potager. Souvent, le dernier truc qu'il reste, c'est 'je me débrouille encore tout seul et je n'embête personne'. C'est ça l'expression : 'je ne veux embêter personne*' ». Demander l'aide extérieure, « *c'est reconnaitre sa dépendance* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de l'EMS APA, Val-de-Marne, mars 2014**

Du fait du déni, la personne peut ne pas solliciter l'APA, ou n'accepter qu'une partie des heures proposées par l'évaluateur lors de la visite à domicile.

> L'acceptation du plan d'aide dépend aussi du moment où est réalisée l'évaluation : « *le plan d'aide va être plus fourni parce que les gens sont aptes à accepter de l'accueil de jour, de l'hébergement temporaire, alors qu'on serait passé six mois avant, ce n'était pas le cas* ».
>
> **Entretien auprès de l'EMS APA, Val-de-Marne, mars 2014**

Divers professionnels rapprochent la difficulté à accepter la dépendance avec l'image des personnes âgées dans la société (chapitre 1).

> La difficulté à accepter sa pathologie est liée aussi à la manière dont la société entière la considère. Ainsi « *la maladie de la mémoire a été appréhendée, tel le cancer à la vieille époque : on n'en parlait pas, parce qu'on ne sait pas le soigner, si on était atteint d'un cancer, on était condamné. Pendant longtemps, par rapport à la maladie d'Alzheimer, c'était exactement la même chose. C'était foutu, terminé. Sauf que maintenant, arrivent des gens qui viennent d'avoir le diagnostic, l'approche a changé, c'est pas parce que t'es atteint de que tu es foutu et que tu ne peux plus rien faire* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Créteil, Val-de-Marne, mai 2014**

Outre le déni, l'acceptation des incapacités peut conduire à ne pas demander la prestation. Dans son analyse socioanthropologique du renoncement aux soins pour raisons financières, Després rappelle que les symptômes, leur gravité et la signification attribuée à la maladie « *sont des construits socioculturels, même s'ils sont fondés sur des bases biologiques et des dysfonctionnements corporels* » (Desprès, 2012). En transposant ce constat sur la dépendance, des personnes âgées pourraient, sans que cela relève du déni, faire avec leurs incapacités.

> A : « *Il y a des gens qui ont eu des habitudes de vie très difficiles, et pour eux c'est comme ça, et on compose avec, ils n'iront pas vers vous pour demander quelque chose* ».
>
> **Entretien auprès de responsables de CLIC, Nord, janvier 2014**

Le service public commence par les personnes âgées les plus éloignées de l'offre, c'est en tous cas ce qu'affirment les responsables de CCAS rencontrés.

> Les personnes qui ne recourent pas ont, pour une raison ou une autre, « *une incapacité à communiquer et alerter* » : « *des gens qui ne peuvent plus faire appel, qui ne sont plus en mesure, qui sont totalement isolés, qui ont une maladie qui fait qu'ils ne peuvent pas décrocher le téléphone* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Val-de-Marne, mars 2014**

Dans une commune de 50 000 habitants, trois personnes sont salariées à temps plein, pour assurer le suivi d'une cinquantaine de situations par an.

5.1.2. Le rôle des acteurs publics ? Dédramatiser l'aide et être en veille

Il est compliqué pour les professionnels de ne pas intervenir, mais l'APA est un droit, et non un devoir.

> Les personnes qui recourent tardivement sont « *des personnes qui n'ont jamais rien demandé de toute leur vie, qui ne demandent pas et tant mieux. Parce que ça veut dire qu'elles arrivent, d'une certaine manière, à vivre, sans, et que parfois le dispositif peut agir en tant que révélateur ce n'est pas obligatoirement un plus, autant demander le plus tard possible parce que ça leur permet de continuer de vivre tout à fait normalement. Et l'APA c'est un droit, on pense que ça devrait être un devoir. Tant mieux qu'elles ne le sollicitent pas* ». Ainsi, les personnes « *attendent souvent, alors qu'objectivement, on pourrait dire qu'ils en ont besoin maintenant. Et c'est pas comme ça que ça se passe réellement, souvent, il faut attendre le point de rupture* ». « *Il faut travailler autour de cette réalité et ne pas vouloir faire en sorte que ça n'existe pas, ou [imaginer] qu'on pourrait arriver à une solution où tout le monde verrait, d'emblée, avec anticipation ce qui est bon pour lui, ce dont il a besoin… non. Il y a des résistances, c'est les résistances de la vie, c'est des preuves de vitalité des fois, c'est là-dessus qu'il faut aussi qu'on travaille* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014**

Le fait que certains besoins ne soient pas pris en charge donne la possibilité à la personne de continuer à faire certains actes. « *Une réponse mal dimensionnée à la dépendance des personnes âgées peut avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé en générant des co-morbidités comme la dépression, provoquer un recours plus important aux soins, aboutir au placement en institution, ou encore accroître le risque de décès* » (Paraponaris *et al.*, 2014).

> Si l'ensemble des besoins est compensé, la personne « *va perdre son autonomie. Puisque l'on fait tout à sa place* ». Ainsi, « *soit l'on substitue tout et il ne va plus faire d'effort, et il ne va que vers le début de la fin. Ou, on en garde pour plus tard* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Créteil, Val-de-Marne, mai 2014**

Le glissement, l'aggravation de la dépendance sont d'abord liées d'une part au fait que la personne n'exerce plus les actes qu'elle effectuait seule, dans la mesure du possible, avant. Elle est également liée à l'image que la personne a d'elle-même, qui peut être fortement mise à mal par le fait de recourir à des professionnels au domicile.

5.1.3. Respecter la parole des personnes âgées, un défi

Le déni des troubles serait plus important quand les personnes sont atteintes de pathologies neuropsychologiques. Cela a été souligné sur le champ du handicap, où le déni est plus important dans le handicap psychique (Berrat, 2011). Considérant que : « *il ne peut y avoir de prise de risque que lorsque la personne est capable de discernement* » (Amyot), le respect du choix de la personne est d'autant plus complexe que celle-ci est atteinte de troubles cognitifs. Amyot écrit que, « *lorsque la défaillance cognitive est massive, on peut valablement, en s'appuyant sur l'interdisciplinarité et la collégialité, ainsi que sur la famille, se reposer sur l'égalité du respect dû à autrui et à soi-même : je peux agir pour lui comme pour moi, en son nom et à son bénéfice, s'il ne peut lui-même se déterminer*

ou n'a pas laissé d'instructions préalables, et sous le contrôle de la famille et éventuellement de la personne de confiance (inscrivant ainsi l'acte de choix qui se construit alors dans son histoire) et des autres professionnels, dans le respect de la loi » (Amyot, 2011). Des professionnels soulignent combien la coordination et les échanges entre eux facilitent la prise de décision concernant la personne.

> « *On fait beaucoup en lieu et place des personnes. Et ça, c'est quand même une question qu'on se pose à longueur de temps. C'est-à-dire [qu'après avoir donné] l'information, on décide quand même beaucoup pour les gens, il ne faut pas se leurrer, on le sait, on le sait entre nous, on le fait ensemble, je ne dirai pas que ça cautionne, mais en tous les cas, ça nous permet de [nous] dire que c'est sûrement dans un sens qui nous convient à tous. Il faut l'avoir en tête, la question de la liberté individuelle, elle nous traverse tout le temps, et pourtant on y répond d'une certaine manière, et on assume les réponses qu'on fait* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Limeil-Brévannes, Val-de-Marne, avril 2014**

> « *Les évaluations pluridisciplinaires sont indispensables* », tout comme pour « *les demandes de signalement* ». Cela permet de « *se protéger également en tant que structure, ça partage les responsabilités* » puisque « *c'est un collectif qui s'exprime* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Loire-Atlantique, mai 2014**

Il est cependant rare que la parole ne puisse absolument pas être prise en compte. Ainsi en témoignent Argoud et Puijalon : la démence « *encourage les personnels à être particulièrement attentifs à tout ce qui peut faire sens pour la personne aidée. Par leur connaissance de la personne, ils sont capables d'anticiper par rapport à ses besoins ou ses désirs* » (Argoud et Puijalon, 1999). Cependant, la démence est souvent un frein à la prise en compte de la parole.

Le Défenseur des droits, institution indépendante de l'État, veille à permettre l'égalité de tous et toutes dans l'accès aux droits. Il peut donc être saisi par une personne âgée. Mais celui qui ne peut pas s'exprimer face aux services peut-il faire appel au défenseur des droits ? Le respect de la parole des usagers, au-delà d'être mis en place par les professionnels de terrain, est légalement garantit. Dans le cadre de la loi 2002-2, les évaluations interne et externe sont mises en place, veillant notamment au respect des droits de l'usager. Ce dispositif ne permet pas le contrôle de l'accompagnement par des professionnels en gré-à-gré.

5.2. Quelle attitude face à ceux qui sont réticents à toute intervention sociale et médico-sociale ?

5.2.1. La mise en danger de la personne

La mise en danger de la personne est le premier élément avancé par les professionnels pour justifier de la nécessité de leur intervention. Ce danger est subjectif est appréhendé différemment en fonction de l'institution et de la formation des professionnels.

> « *La marge entre la liberté et la non-assistance à personne en danger est très variable, déjà selon les situations, mais aussi selon les professionnels* ». « *Les CLIC, on a peut-être un seuil de tolérance plus élevé que beaucoup de professionnels* », « *si on entendait un certain nombre de professionnels, on placerait tout le monde en maison de retraite, ou en psychiatrie, et on ferait des signalements à tire-larigot* ». Certes, « *on a tous nos propres normes et puis les normes de la société* » mais, s'il n'y a pas d'incidence, il faut respecter le choix de la personne et lui laisser « *prendre sa liberté de risque à domicile* », y compris lorsque la personne a« *des habitudes de vie très particulières* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CLIC, Loire-Atlantique, mai 2014**

La non-assistance à personne en danger, souvent évoquée, n'est légalement un délit que lorsqu'il y a danger imminent pour la vie, ce qui n'est pas toujours le cas des situations évoquées. À ce moment, les personnes ont un devoir d'assistance, elles doivent mettre en œuvre les moyens pour aider la personne : il s'agit d'une obligation de moyens, et non de réussite. Cependant, il est aussi du devoir des professionnels de ne pas établir un accompagnement lorsqu'ils estiment que les limites d'une prise en charge de qualité sont atteintes.

A : *« Finançant une aide, on ne peut pas cautionner toutes les situations. On a cette responsabilité en tant qu'équipe médico-sociale de dire : non, ce n'est plus la compétence du CESU ou du service d'aide à domicile. Donc on va limiter le plan d'aide pour qu'il y ait un service de soins, etc. On ne peut pas cautionner tous les maintiens à domicile, tels que les gens les envisagent, donc on a aussi mis fin à certains plans d'aide, en demandant aux gens de rentrer en établissement.*
B : *ah bon.*
A : *ah oui, nous on l'a fait.*
C : *pas souvent, mais oui ».*

Entretien auprès de l'EMS APA, Loire-Atlantique, février 2014

La personne peut être mise en danger par son entourage. La maltraitance ne concerne pas uniquement les sévices physiques et psychiques, mais aussi l'absence d'une intervention adéquate dans la situation. La maltraitance des personnes âgées fait l'objet d'une définition de l'Organisation mondiale de la santé « *la maltraitance des personnes âgées consiste en un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime. Ce type de violence constitue une violation des droits de l'homme et recouvre les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou morales ; les violences matérielles et financières ; l'abandon ; la négligence ; l'atteinte grave à la dignité ainsi que le manque de respect* » (OMS, 2002). L'épuisement des aidants, le manque de formation des professionnels peuvent notamment conduire à de telles situations, qui poussent les services à intervenir.

5.2.2. La mise en danger des aidants

Quand les incapacités sont sévères et que l'aide apportée doit être constante, les aidants traversent des situations extrêmement difficiles, dont « *la pesanteur ne cesse parfois de progresser jusqu'au décès* » (Commissariat général du plan, 2005). Les aidants familiaux sont souvent à bout de souffle et certains s'isolent socialement, arrêtant leur activité salariée afin d'être présents en permanence auprès du parent.

Certains aidants sont « *dans une sorte de sacrifice, des fois même très conscientisé, vraiment dans une posture sacrificielle* ».

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Limeil-Brévannes, Val-de-Marne, avril 2014

La fatigue morale et physique est importante, l'angoisse de gérer à distance des aspects de la vie du parent âgé est également à prendre en considération. Dans la revue d'épidémiologie et de santé publique, des chercheurs soulignent que la charge ressentie par les aidants informels dépend des troubles rencontrés par la personne âgée, et d'autres facteurs, comme la dégradation d'un être cher, dont les auteurs soulignent la difficile évaluation (Bocquet *et al.*, 1997).

Le CLIC « *accompagne trop d'aidants qui lâchent, d'aidants qui ne tiennent plus, qui font des AVC, et celui qui était le plus valide, devient l'invalide ou décède* ». La situation devient alors compliquée pour la personne dépendante, surtout si elle souffre de pathologies comme Alzheimer. Cela montre

l'importance des groupes d'aide aux aidants mais aussi d'initiatives pour diminuer l'épuisement familial.

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Limeil-Brévannes, Val-de-Marne, avril 2014

Les participants constatent « *beaucoup-beaucoup d'aidants, à bout. Des situations qui mènent à des signalements, lourds* », et « *des aidants très identifiés qu'on n'arrive pas à porter vers des relais* » voire des situations où « *quand l'aidant est décédé, l'aidé va mieux* ». Les CCAS cherchent à accompagner les aidants, « *mais il faut qu'on change notre façon de fonctionner, parce qu'on ne répond pas clairement, enfin les gens ne répondent pas à notre demande [rires] : en fait, ce qu'on avait imaginé comme prise en charge, ça ne le fait pas* ».

Entretien auprès de responsables de CCAS, Val-de-Marne, juin 2014

La réponse apportée par les professionnels ne consistera pas systématiquement à un accompagnement professionnel de la personne dépendante. La situation peut rendre plus pertinente l'aide à l'aidant lui-même.

5.2.3. La gêne de l'environnement

« *La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui* » (Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, article 4, 1789). La gêne dont témoignent les voisins, notamment en milieu urbain, permet de détecter des situations.

Les participants font état de situations complexes au domicile lorsque les personnes ont sollicité leurs services, elles vivaient « *dans une incurie mais qu'on a du mal à imaginer* », dans des maisons insalubres et invivables. « *De longues années [vont passer] avant que ce soit alertant […] tant que vous ne dérangez pas les voisins* ».

Synthèse de l'entretien auprès de professionnels du territoire, Limeil-Brévannes, Val-de-Marne, avril 2014

Sachant que la personne âgée, par « *sa fragilité tant physique que psychosociale, est souvent considérée comme en danger* », et peut également « *être vécue comme un risque pour autrui, notamment lorsqu'existent des déficiences psycho-intellectuelles* » (Martin-Pfitzenmeyer *et al.*, 2009). Certaines personnes restent à domicile « *dans des conditions d'insalubrité telles qu'elles suscitent généralement des plaintes du voisinage, qui s'accommode mal du stockage d'immondices opéré par la personne, laquelle tend à devenir parfaitement indésirable pour son entourage. Ces comportements obligent à reposer perpétuellement la question du droit d'ingérence, ne serait-ce que pour prévenir l'intervention des services d'hygiène et les placements d'office en psychiatrie, dès lors que les personnes sont susceptibles d'être reconnues dangereuses pour elles-mêmes et leur environnement. […] Le droit au choix, c'est aussi le droit à une certaine forme de déviance que la collectivité ne reconnait que très parcimonieusement aux personnes âgées* » (Amyot).

Ainsi, l'équilibre est subtil entre l'intervention des professionnels et la mise en place d'aide pour répondre à un besoin d'une part, et le respect du choix des personnes d'autre part. Le rôle des acteurs publics est de rester en veille, mais certaines situations contraignent à l'action, quand la personne se met en danger, met en danger son entourage.

Conclusion du chapitre

Le concept de non-recours est mobilisé dans les années 1990, soulignant *« l'importance d'une prise en compte de ces phénomènes dans les débats sur la politique sociale* » (Van Oorschot et Math, 1996), Il est important pour les acteurs institutionnels de comprendre ces différents facteurs explicatifs du non-recours, qui n'appellent pas tous une réponse de leur part. Quand l'intervention publique est légitime et nécessaire, elle ne peut pas se faire toujours sur le même modèle. Ce chapitre met en exergue l'importance des différentes échelles :

- Le Conseil départemental comme chef de file chargé de la coordination et de l'information. Si le Conseil départemental souhaite diminuer le non-recours.
- Ensuite, le législateur pour appréhender les biais (qu'ils soient ensuite acceptés ou corrigés).
- Pour finir, les CCAS, CLIC, travailleurs sociaux de la polyvalence de secteur, aides à domicile etc. sur l'importance du respect du choix de la personne, et la limite à partir de laquelle l'intervention est nécessaire. Ce chapitre offre donc une analyse qui balaye l'ensemble des niveaux de l'action publique.

Comme le docteur Aquino le soulignait concernant les inégalités de santé, il est fort probable que les pouvoirs publics comme les professionnels de terrain ne puissent pas « *se contenter d'actions à destination des plus démunis (même si elles restent nécessaires) mais [qu'ils doivent] apporter des réponses tout au long du gradient social selon le principe « d'universalisme proportionné »*[62] *aux désavantages subis »* (Aquino, 2013).

Les typologies élaborées depuis les années 1990, et notamment celle de l'Odenore, avaient fourni une première grille de lecture. Elle a été adaptée à l'APA-D dans le cadre de cette recherche. À l'issue de ce chapitre, la formulation des items évolue. Le tableau ci-dessous dresse un bilan de nos recherches sur ce thème (Tableau 75).

Tableau 75 - Bilan des déterminants du non-recours à l'APA-D

Thème	Pouvoirs publics	Échelle	Items
Non-recours par non ou mauvaise connaissance	Défaillance dans l'information et dans l'organisation de la coordination professionnelle	Département, secondairement les communes	Les personnes ne sont pas informées de l'existence de l'allocation et de son fonctionnement
			Les relais n'apportent pas l'information au bon moment
Le non-recours est lié aux limites de la prestation	Choix ou effets pervers dans la conception, les outils et protocoles de mesure mis en place	National (législateurs)	Le fait que l'APA soit une aide en nature, avec un reste-à-charge, nécessitant un dossier administratif, conduit des personnes à ne pas en faire la demande
			Des personnes dépendantes ne sont pas éligibles
			La reconnaissance administrative de la dépendance est insuffisante
Le non-recours est un choix de la personne	La liberté individuelle et le droit au risque doivent être respectés	Professionnels de terrain	Les personnes font le choix d'un autre mode d'aide (familial notamment)
			Par dignité, les personnes n'ont pas recours
Les personnes ne demandent rien ou sont récalcitrantes à l'information	Les pouvoirs publics doivent dans certaines situations intervenir auprès de ceux qui ne demandent rien	Professionnels de terrain	Les professionnels accompagnent les personnes dans l'incapacité de solliciter
			Les professionnels interviennent en cas de mise en danger de la personne ou de l'entourage

Lecture : Le non-recours par non ou mauvaise connaissance montre une défaillance des pouvoirs publics dans l'information à destination des personnes et dans l'organisation de la coordination entre professionnels. Elle questionne les Conseils départementaux, et en second lieu les communes.

[62] L'universalisme proportionné se définit ainsi comme « des actions qui doivent être universelles mais avec une intensité plus grande selon le degré de désavantage » [Commission des déterminants sociaux, Organisation mondiale de la santé, citée par l'IGAS, rapport : *les inégalités sociales de santé, déterminants sociaux et modèles d'action*, rapport RM2011-061P].

Ainsi, ce chapitre apporte une lisibilité originale à la compréhension du fonctionnement du système et ses limites, en illustrant de façon novatrice l'intrication des facteurs sociaux, économiques qui relèvent de l'individuel et du collectif. Il confirme que, « *loin d'émerger d'individus passifs, l'analyse de la non-demande montre des individus qui font un choix et expriment, par leur comportement, une critique de l'offre portant aussi bien sur son intérêt et son utilité que sur l'image qu'elle véhicule ou les normes qu'elle impose* » (Mazet, 2010).

Sa principale limite est à restriction à une allocation, l'APA-D. C'est souvent le cas des articles scientifiques, qui portent rarement sur les situations cumulatives de non-recours, dans lesquels les personnes, éligibles à plusieurs prestations, ne perçoivent pas certaines d'entre elles. « *Le fait qu'on ait manifesté peu d'intérêt pour ce type de non-recours reflète probablement la préoccupation la plus commune qui pousse à s'intéresser à l'efficacité d'un seul dispositif, notamment lorsque les divers dispositifs ne sont pas servis par le même organisme de protection sociale, plutôt qu'à tout un ensemble de dispositifs, ou plutôt qu'aux effets du non-recours sur la situation financière des familles à bas revenus* » (Van Oorschot et Math, 1996). Pourtant, le rôle des EMS, des CCAS et des CLIC est bien de vérifier que l'ensemble des droits est ouvert. Quand ces interlocuteurs ne sont pas sollicités, d'autres droits ne sont sans doute pas demandés, comme l'ASV, la CMU, et l'action sociale extralégale développée par les CCAS de la commune de résidence.

CHAPITRE 8

MIGRATIONS À L'ENTRÉE EN INSTITUTION, RÉVÉLATRICES D'UNE CONTRAINTE DE L'OFFRE OU MANIFESTATIONS DU CHOIX DES PERSONNES ÂGÉES ?

Enjeux

Les migrations impliquent une rupture durable avec l'espace de vie familier, défini comme l'ensemble des lieux régulièrement pratiqués par un individu. Elles se traduisent par une modification significative de l'existence quotidienne. Ainsi, toute entrée en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) est une migration.

Le premier critère de choix d'un EHPAD est son implantation géographique, d'après une enquête du Ministère chargé des Affaires Sociales (2008). Ainsi, la moitié des résidents a rejoint un EHPAD à 15 km au plus de son précédent lieu de vie. Cependant, des personnes choisissent un établissement dans un autre département que le leur, ou situé à une distance supérieure à 35 kilomètres. Cela pourrait être un choix des personnes, mais aussi un reflet de la contrainte de l'offre, plus importante sur certains territoires ou avec certains profils de dépendance.

S'appuyant sur une démarche en géographie, notre méthodologie consiste en un traitement statistique des données individuelles de 300 000 résidents enquêtés dans les EHPAD de France métropolitaine fin 2011. Après avoir cartographié des indicateurs démographiques permettant de comprendre à quel point les territoires sont ou non concernés par ces dynamiques, des modèles de régression intègrent des caractéristiques de la personne âgée, de l'établissement, des territoires d'accueil et de départ qui influencent ces mobilités.

Les résultats vont au-delà du critère géographique comme déterminant du choix de l'établissement d'hébergement. Ainsi, l'étude montre par exemple que les personnes résidant dans un établissement privé à but lucratif ont une probabilité plus importante d'avoir migré que celles résidant dans un établissement public, mais surtout que les personnes atteintes de pathologies neuropsychiatriques ont davantage de difficultés à trouver une place dans un établissement proche de leur domicile.

INTRODUCTION DU CHAPITRE **421**

1. L'ENTRÉE EN EHPAD AU PRISME DU CONCEPT DE MIGRATION **421**

1.1. L'entrée en EHPAD : une migration guidée par les choix du résident, de sa famille et de l'établissement **421**

1.2 Une contrainte de l'offre ou le choix de la personne et de son entourage ? **426**

2. ANALYSE GÉOGRAPHIQUE DES MOUVEMENTS MIGRATOIRES : QUELLES RÉALITÉS SPATIALES ? **429**

2.1 Ne pas rejoindre un EHPAD à proximité de son précédent lieu de vie : tous les territoires sont concernés **429**

2.2 Des départements urbains sont les plus concernés, par les départs et par les arrivées **434**

3. LES DÉTERMINANTS INDIVIDUELS DES MIGRATIONS **441**

3.1 Évaluation de la dépendance au regard de la grille AGGIR **442**

3.2 Situation familiale et juridique **446**

3.3 Type d'hébergement précédent l'entrée en EHPAD **447**

4. LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT, LE CONTEXTE DES DÉPARTEMENTS D'ORIGINE ET D'ACCUEIL ONT UNE GRANDE IMPORTANCE **448**

4.1 Le statut juridique de l'établissement et les tarifs pratiqués sont discriminants **448**

4.2 Des caractéristiques des territoires d'origine et de destination complètent pertinemment l'analyse **451**

CONCLUSION : D'AUTRES FACTEURS EXPLICATIFS DE LA MIGRATION RESTENT À ÉTUDIER **455**

Introduction du chapitre

Cet ultime chapitre apporte un éclairage complémentaire aux questions de choix et de contraintes présentées dans le chapitre précédent. En effet, la problématique des migrations à l'entrée en EHPAD permet de poser la question de leur signification : sont-elles révélatrices du choix des résidents, ou au contraire d'une importante contrainte de l'offre pesant sur les personnes dépendantes ? Comme dans l'étude du non-recours, davantage qu'une question de gestion, c'est une question de politiques publiques.

Ce dernier chapitre est essentiellement fondé sur des données quantitatives de l'enquête EHPA (Drees, 2011), complétées par les témoignages des acteurs locaux recueillis lors d'entretiens collectifs, et occasionnellement par des statistiques descriptives issues des enquêtes « Résidents » (Drees, 2007) et « Handicap-Santé en Institution » (Drees-Insee, 2008), qui présentent toutes deux l'intérêt d'interroger directement les personnes, et non les gestionnaires de structures.

Ce thème a d'ores et déjà fait l'objet de deux publications. La première, dans un Dossier Solidarité et Santé, publication grand public de la Drees en 2013. Les données présentées dans le chapitre sont plus récentes, et la conceptualisation plus aboutie. La seconde publication est un article dans la revue scientifique à comité de lecture de Démographie locale, dont le numéro de 2014 est consacré au vieillissement de la population. L'étude s'intéressait en particulier aux personnes ayant parcouru les plus longues distances, pour lesquelles l'hypothèse était faite que la mobilité n'était pas liée, en tout cas pas uniquement, à une contrainte de l'offre : l'article expose une partie seulement des résultats présentés ci-après.

Ce dernier chapitre se focalise sur les 570 000 personnes âgées qui résident en EHPAD fin 2011, en France métropolitaine, hors Corse. Il étudie la distance entre l'EHPAD et le précédent lieu de vie des résidents et les logiques de migration des personnes à ce moment de leur parcours biographique.

1. L'entrée en EHPAD au prisme du concept de migration

1.1. L'entrée en EHPAD : une migration guidée par les choix du résident, de sa famille et de l'établissement

1.1.1. Qu'est-ce qu'une migration ?

Dans la littérature scientifique, le concept de « migration » est notamment développé par les démographes, les flux de population constituant pour la discipline un thème important d'études, les recherches sur les concepts et les méthodes sont donc nombreuses. Mais parce que les migrations transforment les territoires d'accueil et d'origine, et que ces dynamiques démographiques ont un fort ancrage spatial, les migrations sont un champ de recherche privilégié également pour les géographes.

Une migration consiste, pour une personne, en un « *déplacement exceptionnel, entraînant l'installation durable dans un lieu autre que le lieu d'origine et s'accompagnant d'un changement du lieu de résidence habituel* » (Meslé *et al.*, 2011). Il s'agit d'« *un changement perceptible et simultané de lieu spatial et social* » (Zelinsky, 1971), elle implique une rupture durable avec l'espace de vie familier, défini comme l'ensemble des lieux régulièrement pratiqués par un individu. Les migrations sont en ce sens une forme particulière des mobilités, qui regroupent les manifestations liées aux déplacements des hommes dans l'espace (Lussault, 2013). Cependant, aucune condition n'est imposée quant à la durée du changement (Sjaastad, 1962), bien qu'une limite d'un an paraisse raisonnable (Meslé *et al.*, 2011). Aucune condition n'est imposée non plus quant à la distance parcourue (Lee,

1966, Sjaastad 1962). « *Reste donc à définir le seuil à partir duquel un déplacement devient une migration dans sa dimension spatiale, changement de résidence, de lieu de vie, d'État* » (Pailhé, 2002). Le concept de migration est essentiellement utilisé dans l'analyse des mouvements transnationaux, comme en témoigne le *Que Sais-je* sur la sociologie des migrations (Mazella, 2014) ou l'ouvrage sur les *Nouvelles configurations de la mobilité humaine* (Diogo *et al*., 2013). Ce concept peut cependant être mobilisé pour des migrations internes (Baccaïni, 2006).

1.1.2. De la difficulté à accepter l'entrée en EHPAD

Dans une enquête menée par la Drees en 2007 auprès de résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées, trois quarts d'entre eux indiquent avoir bien vécu leur entrée dans l'établissement, et plus de huit résidents sur dix bien y vivre au moment de l'enquête (Weber, 2011). L'entrée en établissement n'en représente pas moins un bouleversement, voire un traumatisme dans la vie des personnes (Donnio, 2005).

> Entrer en structure médico-sociale, c'est « *quitter, faire le deuil de leurs meubles, de leur maison, de leur passé, il faut comprendre, ça remuait beaucoup de choses* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Nord, avril 2014**

Le temps de vie dans l'établissement est de trois ans en moyenne. Pour la majorité des résidents, l'entrée dans l'établissement est le dernier changement de lieu de vie. D'ailleurs « *c'est vécu comme ça, 'ça va être ma dernière maison'* » (entretien auprès des CCAS, Nord, avril 2014). Dans les faits, plus des trois quarts des résidents sortant d'un EHPAD correspondent à des décès, seuls 7 % rejoignent leur domicile privé ou celui d'un proche (Drees, EHPA 2011).

Parmi les personnes entrant en EHPAD, 60 % quittent leur domicile, 30 % viennent d'un établissement sanitaire, et 10 % d'un autre établissement médico-social (Drees, EHPA 2011). Ce changement implique le deuil du lieu de vie antérieur mais aussi l'acceptation de la dépendance.

> Accepter l'entrée en EHPAD, « *c'est aussi, pour les personnes, se projeter dans un avenir qui se raccourcit. Même s'ils le savent, on leur met en pleine figure* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Nord, avril 2014**

Ainsi, au-delà du changement spatial, l'entrée en établissement est un changement social, car elle modifie l'image que la personne a d'elle-même (Billé, 2005).

Lorsque la vie à domicile n'est plus possible, l'EHPAD est une réponse pertinente, proposant du personnel plus qualifié et mieux encadré qu'au domicile, l'entrée n'en est pas moins difficile à accepter pour les personnes.

> A : « *Ce qui ne colle pas du tout, c'est qu'on n'a pas envie de se retrouver qu'avec des « vieux ». On ne se sent jamais vieux.* »
>
> **Entretien auprès de professionnels du territoire, Créteil, Val-de-Marne, mai 2014**

> A : « *L'image que [les personnes] ont [des EHPAD] est fausse, on va dire sur le côté hospice, maltraitant institutionnellement etc., après, sur la population qui est en état de grande dépendance, c'est vrai.*
>
> *B : C'est une réalité.*
>
> *C : C'est vrai, tout à fait. De toute manière… souvent, on entend ces termes de 'mouroir'. Après, voilà, c'est une réalité. Quelque part.* »
>
> **Entretien auprès de responsables de CCAS, Nord, avril 2014**

Entrer en EHPAD, c'est en outre accepter un important bouleversement de son existence quotidienne, ou encore la remise en cause d'espaces d'intimité, malgré l'attention de plus en plus grande portée par

les structures ou professionnels et les dispositifs garantissant les droits des usagers mis en place avec la loi 2002-2.

Si l'entrée en EHPAD peut être violente pour les personnes, c'est parce qu'elle ne modifie pas seulement l'image que la personne a d'elle-même et de son existence quotidienne, mais aussi le regard de la société et de l'entourage : dans les représentations sociales, ces structures sont perçues comme un dernier recours (Mallon, 2007).

Ainsi, parce qu'elle implique un changement souvent définitif, et une modification importante de l'existence quotidienne sur le plan spatial et social, l'entrée en EHPAD est une migration.

1.1.3. État de santé, rupture ou isolement : quels sont les principaux motifs d'entrée en EHPAD ?

Les trois quarts des résidents citent leur état de santé ou leur âge comme motif d'entrée en établissement (Weber, 2011). Cette réalité est, par exemple, confirmée par un directeur d'EHPAD.

A : « *En EHPAD, on a fait pas mal de stats chaque année, l'âge moyen d'entrée augmente, chaque année la dépendance à l'entrée augmente, la présence de troubles cognitifs a été multipliée, en sept ans, par trois. Maintenant, on va dire, largement un dossier sur deux, c'est le grand motif d'entrée, c'est des troubles cognitifs* ».

Directeur d'EHPAD, entretien auprès de responsables de CCAS, Nord, avril 2014

L'entrée en EHPAD peut en outre être consécutive à un accident de santé ou à un événement familial, comme la perte du conjoint.

A : *« C'est vrai que la perte d'autonomie elle… elle grandit quand il y a une rupture dans l'équilibre de la personne âgée, tel qu'il est à un moment donné à domicile. S'il y a un départ d'un voisin, le petit monsieur qui livrait les courses tout le temps tout à coup bah lui il déménage parce qu'il a autre chose à faire de sa vie… c'est souvent des ruptures.*

B : *Une chute.*

A : *C'est les ruptures qui accentuent la perte d'autonomie. Une chute, ouais. »*

Entretien auprès de responsables de CLIC, Val-de-Marne, mars 2014

« *Le sentiment de solitude, les changements de conditions de logement, le fait que l'aide de l'entourage ainsi que l'aide professionnelle ne suffisent plus, le besoin de se sentir ou de savoir son proche en sécurité* » (Weber, 2011) peuvent également motiver les personnes ou leurs proches pour une demande d'entrée en EHPAD.

Ainsi, des chercheurs de l'INSERM ont montré que le recours à l'institution était différent, en fonction du cadre de vie, approché par la dichotomie entre milieu urbain et rural, et du réseau de sociabilité du résident, approché par la fréquence des visites des enfants et d'autres personnes (Metzger *et al.*, 1997). L'effet de l'aide de l'entourage et les facteurs associés à une rupture de l'accompagnement à domicile des personnes âgées dépendantes par un aidant informel sont quant à eux étudiés dès la fin des années 1990 par des chercheurs, qui montrent notamment qu'en fonction de « la nature » des aidants, l'influence sur l'entrée en institution varie : la probabilité d'entrée en institution à trois ans est d'autant plus importante que l'aidant n'était ni un enfant, ni le conjoint (Andrieu *et al.*, 1997).

1.1.4. Entrer en EHPAD, l'influence déterminante des proches

Au-delà du choix de la personne, les professionnels rencontrés ont souligné l'implication des proches dans la décision de rejoindre ou non un EHPAD et dans le choix de celui-ci. L'exemple d'une fille, d'abord hostile à l'entrée en EHPAD de sa mère, est développé dans un entretien.

A : « On avait une dame, on pensait [que sa fille] était un peu dans le déni de la maladie de sa maman, et en fait, c'était entièrement financier, parce qu'elle allait être mise à contribution. Et cette dame, elle a passé une nuit dehors l'hiver dernier, un hiver où il avait neigé, donc elle [a été] retrouvée à quatre heures du matin, allongée sur un banc, avec un tas de la neige sur elle, donc là, il n'y a pas eu le choix de la mettre à l'EHPAD. D'ailleurs, la dame était d'accord depuis le début, c'est la famille qui bloquait.
B : Oui, qui ne voulait pas.
Mélina : Et du coup, l'accord de la personne elle-même ne suffit pas, c'est ça ?
A : Bah… si… [rires].
C : Si, mais arrivé un moment…
B : Si, mais en général, la personne âgée se… enfin suit quand même l'avis de sa famille.
A : Oui.
B : 'Oh bah non, ma fille ne veut pas trop que j'y aille'.
A : Et puis vous avez tout un tas de personnes aujourd'hui, qui ne sont pas sous mesures de protection, mais qui ne sont pas du tout en capacité de faire un dossier administratif.
C : Qui ne sont pas capables de la décision, et finalement, ce sont les enfants qui décident.
B : Et puis qui [ne] veulent [pas] se fâcher avec leurs enfants, tout simplement.
C : Voilà, tout à fait, ils ne vont pas contrarier les enfants. 'Ma fille a dit ça', 'c'est ma fille qui voit, dites à ma fille, moi je ne sais pas' ; 'c'est ma fille qui décide'. »

Entretien auprès de responsables de CCAS, Nord, avril 2014.

Le choix de l'établissement avec les proches implique à la marge que ceux-ci agissent dans leur intérêt propre et non dans celui de la personne.

Il n'en reste pas moins que, de manière générale, les proches sont très impliqués dans le choix de l'établissement. Dans le cadre de l'élaboration de son troisième schéma départemental en faveur des personnes âgées, le Val-de-Marne a mené fin 2010 une enquête sur les motifs du choix d'un établissement hors Val-de-Marne (Conseil départemental du Val-de-Marne, 2010). Les 400 résidents répondants déclarent massivement avoir connu l'établissement dans lequel ils vivent par un membre de leur entourage. À la question de savoir qui a fait le choix de l'établissement, l'item « un membre de la famille » est le plus fréquemment cité (Tableau 76).

Tableau 76 - Fréquence des personnes invoquées dans le choix de l'établissement, hors du département du Val-de-Marne

Item	Fréquence
Un membre de votre famille	72,8 %
Vous-même	19,6 %
Un professionnel	6,4 %
Autres	1,1 %

Lecture : 72,8 % des motifs invoqués sont liés au rapprochement familial. Plusieurs personnes ont cité plusieurs items.
Sources : Enquête sur les motifs du choix d'un établissement hors Val-de-Marne, Conseil général du Val-de-Marne, 2010, p. 10.

L'enquête Résidents montrait déjà que 94 % des proches de résidents participent au choix de l'établissement (Weber, 2011) quand un résident sur cinq déclare ne pas avoir participé à ce choix, ce qui pose comme dans le chapitre précédent la question de la parole, et du respect du choix de ces personnes âgées.

1.1.5. Choisir un EHPAD… et y être accueilli

Le critère géographique semble déterminant puisque près des deux tiers des résidents ayant participé au choix de leur établissement le citent (Résidents, Drees, 2007). La situation géographique pourrait correspondre à la proximité avec le précédent lieu de vie puisque plus des trois quarts des résidents en EHPAD ont parcouru 20 kilomètres ou moins pour rejoindre leur établissement (EHPA, Drees, 2011). Cela est rendu possible par le maillage historiquement fin des EHPAD sur le territoire : pour mémoire 82 % des 3 646 cantons-ou-ville[63] français en sont équipés fin 2011 (chapitre 4).

Au-delà du choix du résident et de ses proches, l'entrée en établissement dépend également des capacités et modalités d'accueil de la structure. D'abord, en lien avec la dépendance de la personne. Fin 2011, 40 % des EHPAD déclarent ainsi refuser soit des personnes désorientées (25 %), soit des personnes âgées nécessitant des soins importants (33 %), soit d'autres situations de dépendance (21 %). Ensuite, en lien avec les possibilités financières du résident : 17 % des places en EHPAD sont proposées par des établissements qui ne sont pas habilités à recevoir de bénéficiaires de l'aide sociale départementale. Or, ces établissements se concentrent en Île-de-France ou sur le littoral méditerranéen.

La contrainte de l'offre pourrait être d'autant plus forte que les taux d'occupation en EHPAD sont proches de 100 %.

A : « *Si c'est un dossier qui relève de l'aide sociale et qui risque d'être compliqué, ça devient difficile de faire une entrée en établissement, parce que [les directeurs] ont peur de ne pas être payés. […] le temps que ça se débloque, qu'il y ait l'obligation alimentaire qui soit décidée par le juge.*

B : Il faut quelques mois, oui.

A : Et pendant ce temps-là ça fait des impayés, donc s'ils peuvent se permettre de prendre d'autres personnes en priorité, alors ils vont prendre les autres personne ».

Entretien auprès de responsables de CLIC, Nord, janvier 2014

En conséquence, certaines personnes feraient face à un manque de disponibilité de places, c'est en tout cas ce que dénoncent des salariés du secteur. William Réjault, ancien infirmier, avance le chiffre de 100 000 personnes en attente d'une place en EHPAD (2011). Cela implique des délais d'attente parfois importants, même si un tiers des résidents aurait eu un délai d'attente inférieur à un mois entre le dépôt du dossier et l'entrée effective dans l'établissement, et près de quatre résidents sur cinq un délai inférieur à six mois (Drees, enquête Résidents 2007). Ceci est à lier aux durées moyennes de résidence dans les EHPAD, inférieures à trois ans. Autre conséquence, le renoncement à entrer dans l'établissement, parfois sans même faire une demande d'inscription, au profit d'un autre EHPAD, ou d'un autre type d'hébergement. Une nouvelle question, posée dans l'enquête EHPA 2015, permettra de connaître le délai à l'entrée par résident, et de cerner en fonction du précédent lieu de vie mais aussi d'autres caractéristiques individuelles, notamment relatives aux incapacités, la contrainte de l'offre sur les résidents.

[63] À la différence du canton, le « Canton-ou-ville » (ou pseudo-canton) est un regroupement d'une ou plusieurs communes entières. Dans les agglomérations urbaines, chaque canton comprend en général une partie de la commune principale et éventuellement une ou plusieurs communes périphériques. Dans ce cas, l'Insee considère la commune principale, entière, comme un pseudo-canton unique et distinct. Pour la ou les communes périphériques, le pseudo-canton considéré est alors identique au vrai canton amputé de la fraction de la commune principale que comprend le vrai canton (définition disponible sur le site internet de l'INSEE).

1.2. Une contrainte de l'offre ou le choix de la personne et de son entourage ?

Deux analyses des migrations se distinguent. Dans une première, les personnes âgées pourraient renoncer à des EHPAD près de chez elles à cause de tarifs élevés, d'une sélection à l'entrée des personnes selon leurs pathologies et déficiences ou de délais d'admission trop longs. La contrainte de l'offre pourrait être particulièrement importante dans les grandes agglomérations françaises, posant la question de l'équité territoriale d'accès aux équipements et du choix des personnes âgées de leur lieu de vie, principes guidant les politiques publiques depuis les années 1960.

Dans une deuxième analyse, les personnes âgées pourraient choisir de s'éloigner de leur précédent lieu de vie, et favoriser par exemple un rapprochement familial, ou le déménagement vers un EHPAD dans leur commune de résidence secondaire. Une contrainte même forte de l'offre en termes de tarifs, de disponibilité des places ou de capacité de la structure à accompagner les pathologies de la personne n'explique pas la distance parcourue : ces déplacements sont liés à d'autres déterminants.

La norme ne doit pas être une entrée en EHPAD systématiquement dans le département du précédent lieu de vie : si tous les résidents allaient au plus proche, il ne serait pas légitime de parler de choix. L'enquête Val-de-Marnaise sur les motifs du choix d'un établissement hors Val-de-Marne montre ainsi que deux tiers des personnes répondantes n'auraient pas souhaité de place dans le département (Conseil départemental du Val-de-Marne, 2010).

Ce chapitre vise à mieux comprendre les déterminants des migrations. Il s'appuie sur un échantillon de 320 000 résidents en EHPAD pour décliner cette problématique à deux niveaux. Au niveau des territoires, quelles dynamiques ces migrations mettent-elles en lumière, et que nous donnent-elles à voir ? Au niveau des individus âgés ayant migré, quelles sont leurs caractéristiques et les déterminants de cette mobilité ?

1.2.1. Migrations intermédiaires et migrations éloignées, des logiques différentes

L'hypothèse principale du chapitre est que les migrations contraintes par l'offre et les migrations mettant en jeu d'autres déterminants, notamment individuels, n'ont pas la même traduction spatiale. Puisqu'il n'est pas possible, pour chaque personne, de savoir combien elle a été contrainte, des « classes » de déplacement sont créées, visant à rendre compte, bien qu'imparfaitement, de cette différence.

Par ailleurs, comme le précisait le démographe Daniel Courgeau (1978), « *il est important d'analyser les migrations à diverses échelles pour pouvoir relier les vues, peut-être très différentes, que donne chaque type de découpage du territoire* ». Ceci également car « *la mesure de la mobilité est sensible à la forme et à la finesse du découpage géographique* » (Baccaïni, 2006). Aussi, deux zonages différents sont mobilisés : d'abord, le zonage administratif départemental, ensuite, un zonage appuyé sur les distances intercommunales.

1.2.2. Approche par les limites administratives

La première approche repose sur le zonage administratif, il s'agit d'une approche classique mobilisée sur ce thème dès 2013 (Ramos-Gorand, 2013). Les délimitations administratives sont les plus

fréquemment utilisées dans la littérature scientifique, mais aussi dans la statistique publique : nombre d'études de la Drees et de l'Insee sont réalisées à l'échelle régionale, départementale ou communale.

Le département est, depuis 2004, la collectivité territoriale chef de file de l'action sociale. Sur le champ de la dépendance des personnes âgées, il lui revient en effet de définir et de mettre en œuvre la politique d'action sociale :

- élaboration du schéma départemental, visant à planifier la politique d'action sociale en direction des personnes âgées qui sera menée dans les années à venir et à coordonner les actions menées par les différents intervenants ;
- autorisation et financement des EHPAD ;
- autorisation de services à domicile ;
- autorisation et financement des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ;
- financement de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Il s'agit par ailleurs d'un maillage relativement fin puisque la France métropolitaine, hors Corse, compte 94 départements.

L'enquête EHPA 2011 renseigne le département de l'EHPAD et, pour chaque résident, le département de son précédent lieu de vie. Pour les résidents ayant intégré un département non limitrophe au leur, étant donné le maillage fin des établissements, les migrations mettent en jeu d'autres déterminants que la contrainte de l'offre, plutôt individuels comme un rapprochement familial ou le choix d'un autre lieu de vie. Ces migrations sont mises en regard de migrations intermédiaires, concernant les résidents ayant intégré un département voisin de celui de leur lieu de vie antérieur, dit département limitrophe. Pour eux, la contrainte de l'offre pourrait être un déterminant central de la mobilité. Ces résidents représentent respectivement 5 % et 8 % des personnes résidant en EHPAD fin 2011 (Tableau 77).

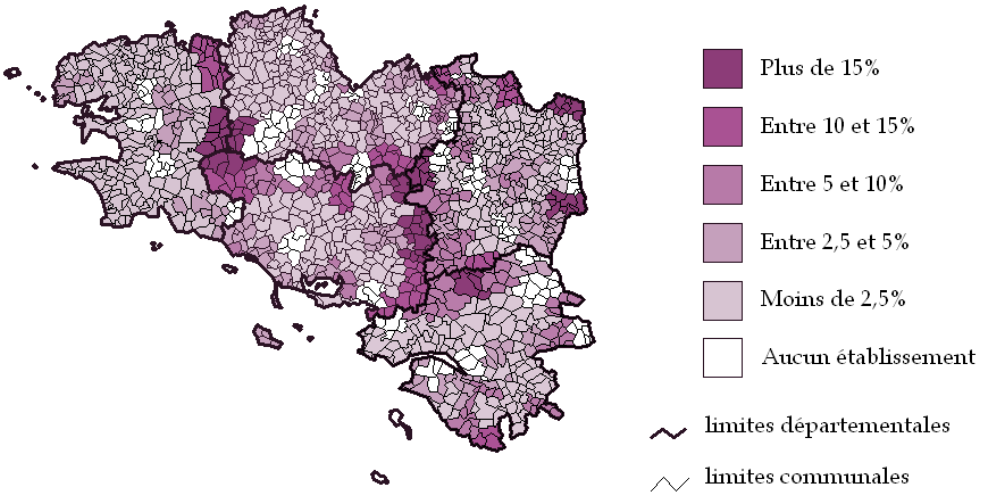
Tableau 77 - Effectifs et parts de résidents, selon l'approche mobilisée

Approche	Migration	Population ciblée : résidents ayant intégré un EHPAD	Effectif	Part
Administrative	Éloignée	Dans un département non limitrophe	28 226	5,0 %
Administrative	Intermédiaire	Dans un département limitrophe	45 445	8,0 %
Administrative	Proche	Dans leur département	495 799	87,1 %

Lecture : 28 226 résidents en EHPAD fin 2011 ont rejoint un département non limitrophe lorsqu'ils sont entrés en EHPAD. Ils représentent 5,0 % des résidents. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011, France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Drees, (EHPA 2011).

Cette approche administrative a cependant des limites. En particulier, pour les personnes âgées proches d'une limite départementale, l'EHPAD le plus proche peut être localisé dans un autre département. S'ils vont au plus proche, ils seront quand même comptabilisés comme migrants limitrophes. Ainsi en moyenne, 15 % des résidents vivant dans des établissements de communes situées en bordure de département sont des migrants limitrophes, contre 5 % dans les établissements des autres communes (Carte 66). Ces communes frontalières, qui correspondent à 20 % des communes de France, totalisent environ la moitié des migrations limitrophes.

Carte 66 - Part des migrants limitrophes par canton, en fonction du canton d'arrivée, exemple de la Bretagne



Lecture : Une commune apparaît en rouge quand la part des migrants dans les établissements du canton auquel elle appartient est supérieure à 15 % du total des résidents. **Champ** : Résidents présents en EHPA fin 2007. **Sources** : Drees, enquête EHPA 2007 – données non redressées de la non-réponse. **Source cartographique** : Arctique.

Toutefois, en particulier en Île-de-France où les migrations entre départements limitrophes sont nombreuses, celles-ci ne sont pas nécessairement concentrées sur les communes proches d'une limite départementale bien qu'elles s'inscrivent dans une logique de proximité. Notamment, entre Paris et la Petite Couronne les distances sont parfois restreintes et l'accès à des établissements implantés au cœur d'un département voisin est facilité en raison de la densité du réseau de transport en commun.

1.2.3. Approche par les distances

Une approche complémentaire s'ancre sur les distances séparant l'EHPAD où réside la personne fin 2011 du lieu de vie antérieur de celle-ci et constitue l'un des principaux apports de ce chapitre à la littérature.

L'approche par les distances intercommunales permet de s'affranchir de l'effet du zonage départemental. Mais cette seconde approche n'est pas conçue comme une alternative à la précédente : c'est dans leur mise en regard que les dynamiques territoriales sont lues, l'intérêt principal du chapitre étant alors la comparaison entre les deux approches.

La distance en kilomètres par la route est continue, cependant l'hypothèse est faite que les déterminants n'influent pas de façon homogène sur la distance parcourue. Autrement dit, ce ne sont pas les mêmes facteurs qui poussent à parcourir 40 ou 150 kilomètres. C'est pourquoi sont fixés des seuils de distance, par définition arbitraires. Ceux-ci répondent à deux impératifs. Les résultats afférents à cette approche et à ceux de l'approche administrative doivent être comparables, les effectifs de résidents doivent donc être similaires. Ensuite, les seuils doivent être simples et lisibles pour faciliter la bonne compréhension de l'analyse.

En parallèle des migrations non limitrophes, l'approche s'appuyant sur les distances utilise le seuil de 100 kilomètres parcourus. En effet, les résidents en EHPAD fin 2011 avaient au minimum, avant leur entrée en structure, 74 établissements dans ce périmètre et 95 % d'entre eux en avaient plus de 250. L'hypothèse est que, bien qu'ils n'aient pas été contraints par l'offre, ces résidents ont choisi de

s'éloigner. Cette borne des 100 kilomètres permet, conformément aux exigences fixées, d'avoir un seuil lisible et un effectif similaire à celui de l'approche administrative, rassemblant 5 % des résidents en EHPAD fin 2011 (Tableau 78).

Les trois quarts des personnes âgées résidant dans un EHPAD fin 2011 disposaient de ce type de structure dans leur commune de résidence antérieure. Les résidents les plus éloignés d'un EHPAD, avant leur entrée en institution, devaient parcourir au plus 33 kilomètres pour rejoindre la structure la plus proche. L'arrondi immédiatement supérieur est utilisé : le seuil de 35 kilomètres permet de sélectionner des résidents dont on sait qu'ils ne sont pas allés au plus proche de leur précédent lieu de vie. Ce seuil répond également aux deux exigences fixées : il est simple et près de 8 % des résidents ont parcouru entre 35 et 100 kilomètres, comme dans l'approche administrative.

Tableau 78 - Effectifs et parts de résidents, selon l'approche mobilisée

Approche	Migration	Population ciblée : résidents ayant intégré un EHPAD	Effectif	Part
Administrative	Éloignée	Dans un département non limitrophe	28 226	5,0 %
Distance	Éloignée	À 100 km au moins de leur lieu de vie antérieur	30 265	5,3 %
Administrative	Intermédiaire	Dans un département limitrophe	45 445	8,0 %
Distance	Intermédiaire	À 35 à 100 km de leur lieu de vie antérieur	43 155	7,6 %
Administrative	Proche	Dans leur département	495 799	87,1 %
Distance	Proche	À 35 km au plus de leur lieu de vie antérieur	496 048	87,1 %
Distance	Au plus proche	À 35 km au plus de leur lieu de vie antérieur, et dans leur commune ou dans la commune équipée la plus proche	218 513	38,4 %
-	-	Total des résidents en EHPAD fin 2011	569 470	100,0 %

Lecture : 30 265 résidents en EHPAD fin 2011 ont parcouru 100 kilomètres ou plus lorsqu'ils sont entrés en EHPAD. Ils représentent 5,3 % des résidents. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011, France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Drees, enquête EHPA 2011 ; distancier INRA (Odomatrix).

Dans la suite du chapitre, les migrations qui concernent des personnes ayant intégré un EHPAD d'un département non limitrophe ou ayant parcouru une distance supérieure à 100 kilomètres lors de leur entrée en établissement sont dites « éloignées ». Les migrations vers un département limitrophe, ou à une distance comprise entre 35 et 100 kilomètres sont qualifiées d'« intermédiaires ». Les résidents sont qualifiés de migrants quand ils ont effectué une migration intermédiaire ou éloignée.

2. Analyse géographique des mouvements migratoires : quelles réalités spatiales ?

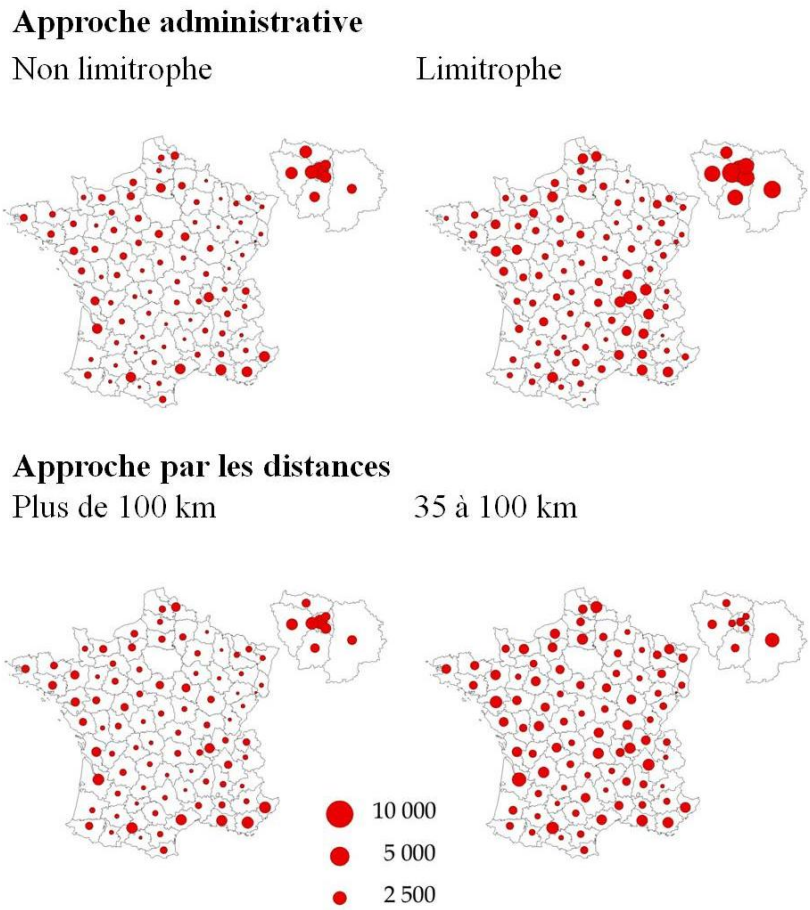
Plusieurs indicateurs sont mobilisés, pour rendre compte de la réalité complexe. Les volumes migratoires et les flux sont des effectifs, quand les lieux d'accueil et d'origine des migrants sont étudiés relativement à la population du territoire.

2.1. Ne pas rejoindre un EHPAD à proximité de son précédent lieu de vie : tous les territoires sont concernés

Le volume migratoire est défini comme l'effectif total des départs et des arrivées de migrants, permettant « *de mesurer l'importance des mouvements provoqués par les mobilités de population* » (Souiah et Toutain, 2005). À l'échelle départementale, il met en lumière dans quelles mesures les territoires sont ou non concernés par les phénomènes migratoires (Carte 67, encadré 4). L'enseignement immédiat de ces cartes est que tous les départements du champ sont concernés par ces différentes mobilités.

Les deux principaux résultats sont détaillés ci-après. Le premier questionne l'influence de l'approche, administrative ou par les distances sur les résultats obtenus. Le second, sur l'hétérogénéité départementale des volumes migratoires, oppose quant à lui les migrations intermédiaires aux migrations éloignées.

Carte 67 - Volumes migratoires à l'entrée en EHPAD fin 2011, selon les deux approches



Définition : le volume migratoire est l'effectif total des départs et des arrivées de migrants. **Représentation** : utilisation de disques proportionnels, dont le rayon varie en fonction du volume migratoire. La gradation est identique sur les quatre cartes, afin qu'elles soient comparables. **Lecture** : Le volume migratoire des Alpes Maritimes pour les migrants éloignés dans l'approche par les distances est de 1680. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011, France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Drees, enquête EHPA 2011 ; distancier INRA (Odomatrix). **Cartographie Arctique**. © Mélina Ramos-Gorand 2014.

Encadré 4
Cartographier le volume migratoire

Dans l'approche administrative, le volume migratoire est la somme des personnes qui ont quitté le département pour un EHPAD d'un autre département et des personnes venues d'un autre département pour un EHPAD du département. Chaque résident migrant est donc comptabilisé à deux reprises : d'abord dans son département d'origine, ensuite dans son département d'accueil.

Dans l'approche par les distances, le volume migratoire correspond à la somme du nombre de personnes âgées originaires du département qui ont parcouru entre 35 et 100, ou plus de 100 kilomètres ; et du nombre de personnes âgées résidant dans un EHPAD du département ayant parcouru entre 35 et 100, ou plus de 100 kilomètres. Une personne âgée ayant parcouru plus de 35 kilomètres au sein d'un même département sera donc comptabilisée deux fois dans le volume migratoire de ce département, en tant qu'émigrante et immigrante.

Tous départements confondus, le volume migratoire correspond au double du nombre de migrants. Les migrations éloignées sont moins nombreuses, leur volume migratoire est donc inférieur à celui des migrations intermédiaires.

2.1.1. L'influence déterminante du zonage : approche administrative et par les distances

La comparaison entre les approches administratives et par les distances révèle l'influence du zonage. Ainsi, pour les migrations intermédiaires, l'approche administrative affiche un volume migratoire très élevé en Île-de-France, et secondairement dans la Vallée du Rhône. L'approche par les distances fait état d'un équilibre plus important entre les départements, et d'un volume migratoire nettement plus faible en région parisienne. Ainsi, alors que le département de Paris affichait un volume migratoire de 6 300 personnes dans l'approche administrative, le volume migratoire de personnes ayant parcouru entre 35 et 100 km représente 900 personnes âgées. Inversement, dans le département étendu de la Gironde, le volume migratoire dans l'approche administrative était de 800, contre 1 640 selon l'approche par les distances. Il s'agit d'un effet de zonage, lié à la superficie des départements de Paris et de la Petite Couronne, très inférieure à celle des autres départements de France métropolitaine. Un résident en EHPAD dans les Hauts-de-Seine qui habitait précédemment Paris est considéré comme migrant dans un département limitrophe, alors qu'il aura parcouru moins de 35 kilomètres.

Afin de mieux approcher l'écart entre zonage administratif et approche par les distances, deux communes équipées en EHPAD sont prises pour exemple : Arès, en Gironde, et Paris (Carte 68).

Le coefficient de variation est un indice de dispersion statistique relatif, calculé en rapportant l'écart-type de la distribution à la moyenne. Il permet de comparer, selon les quatre définitions des migrations, l'hétérogénéité de la répartition des volumes migratoires entre départements.

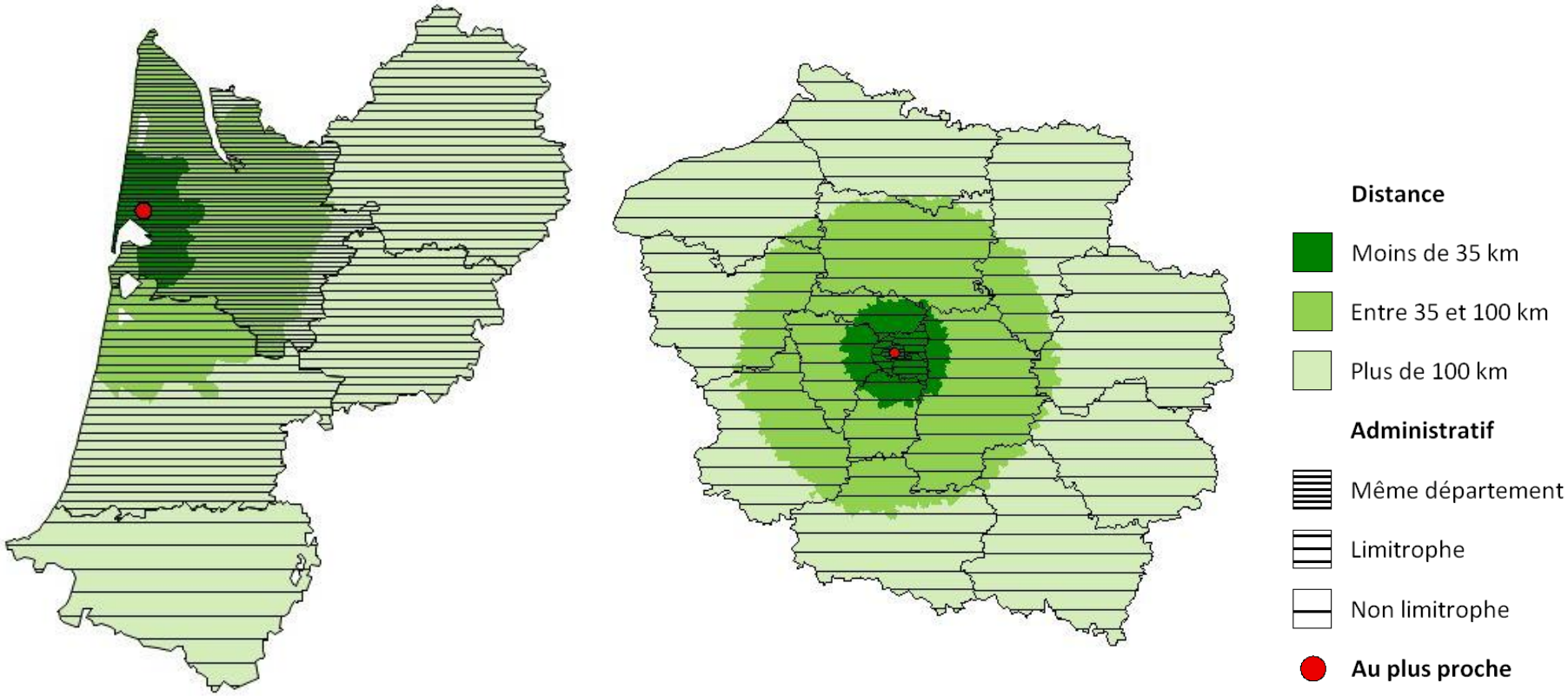
L'effet de zonage se lit dans le coefficient relatif à l'approche administrative nettement supérieur à celui de l'approche par les distances, puisqu'ils sont respectivement de 102 % contre 49 % (Tableau 79). L'écart-type dans l'approche administrative limitrophe est supérieur à la moyenne, ce qui indique une très importante variabilité des volumes migratoires entre les départements.

Tableau 79 - Coefficients de variation des volumes migratoires suivant l'approche et le type de migration

Approche	Migration	Coefficient de variation
Administrative	Éloignée	91 %
Distance	Éloignée	72 %
Administrative	Intermédiaire	102 %
Distance	Intermédiaire	49 %

Définition : Le coefficient de variation est le rapport de l'écart-type à la moyenne. Il s'agit donc d'une mesure de dispersion relative : plus il est élevé, plus la dispersion autour de la moyenne est importante. Sans unité, il permet de comparer des distributions de valeurs dont les échelles de mesure ne sont pas comparables. **Lecture** : Le coefficient de variation du volume migratoire pour les migrants éloignés dans l'approche par les distances est de 72 %. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011, France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Drees, enquête EHPA 2011.

Carte 68 - Comparaison du zonage en fonction des distances et du zonage administratif. Exemple d'Arès, en Gironde et de Paris



Lecture : Les zonages sont calculés pour Arès et Paris, où figurent les points rouges. Les communes apparaissant dans le vert le plus foncé sont situées à moins de 35 kilomètres, les communes les plus claires à plus de 100 kilomètres. Les hachures reflètent le zonage administratif : les hachures les plus fines correspondent aux communes du même département, quand les plus lâches sont des communes de départements non limitrophes. **Champ** : Communes de la région Aquitaine, et de la région Île-de-France, élargie aux départements limitrophes, ainsi qu'à la Seine-Maritime et à la Somme. **Sources** : distancier INRA (Odomatrix). **Source cartographique : Arctique**.

Dans une moindre mesure, cet effet du zonage joue pour les migrations non limitrophes et à plus de 100 kilomètres, en particulier en Île-de-France. En effet, un Francilien qui rejoint un département de grande ou petite couronne non limitrophe sera considéré comme migrant dans l'approche administrative, alors même que les distances parcourues peuvent être faibles. Par exemple, la distance kilométrique entre Fresnes (Val-de-Marne) et Vélizy-Villacoublay (Yvelines) est d'environ 15 kilomètres par la route. Un résident qui a parcouru cette distance sera pourtant considéré comme migrant non limitrophe, alors qu'il a parcouru peu de kilomètres.

L'approche administrative, particulièrement pertinente au niveau des institutions, et l'approche par les distances, qui prend tout son sens à l'échelle individuelle, ne donnent pas à voir les mêmes dynamiques spatiales, ce qui confirme l'importance dans le cadre de cette étude d'utiliser ces deux types de zonage.

2.1.2. Les volumes migratoires sont plus hétérogènes pour les migrations à plus de 100 kilomètres que pour les migrations à distance intermédiaire

L'approche administrative fait apparaître une plus grande hétérogénéité des volumes migratoires relatifs aux migrants limitrophes qu'aux migrants non limitrophes. Les coefficients de variation sont respectivement de 102 et de 91 %. Cependant, la dispersion dans l'approche administrative limitrophe s'explique en grande partie par l'influence du zonage mentionnée précédemment, les plus importants volumes migratoires se concentrant en région parisienne. Les volumes de migrants vers un département non limitrophe sont plus faibles en Île-de-France ou dans la Vallée du Rhône.

L'approche par les distances met en lumière le phénomène inverse. Les volumes migratoires sont les plus homogènes entre les départements pour les distances intermédiaires (coefficient de variation de 49 %). Contrairement à l'approche administrative, les volumes migratoires sont plus importants en Île-de-France pour des distances longues qu'intermédiaires. Le coefficient de variation est plus important pour les distances éloignées (72 %), reflétant une répartition plus hétérogène des migrants à plus de 100 kilomètres sur le territoire. Les départements des façades méditerranéenne et atlantique semblent davantage concernés que les autres par les migrations éloignées. Cependant, contrairement à une idée reçue, en lien avec l'attrait du littoral et l'héliotropisme, ils ne sont pas les seuls départements à attirer ces migrations éloignées : seuls 14 % des migrants à plus de 100 kilomètres ont rejoint un des sept départements du littoral méditerranéen.

Le volume migratoire est cependant un indicateur trop partiel. D'abord, de par sa définition, il ne permet pas de différencier un territoire avec un nombre important de départs et peu d'arrivées d'un territoire avec beaucoup d'arrivées et peu de départs. Les effets sur les territoires sont pourtant différents, par exemple en termes de vieillissement démographique, ou de développement des structures et services correspondants. Les causes le sont également : attractivité ou non des territoires, présence suffisante d'équipements etc. D'autre part, il s'agit d'un volume. Or, la population âgée dans les départements varie fortement. Le Nord compte par exemple vingt fois plus de personnes âgées de 75 ans ou plus que la Lozère (Insee, estimations de la population au 1er janvier 2012) : que faudrait-il alors déduire d'un volume migratoire similaire ? De la même manière, le nombre de places en EHPAD varie, bien que de façon moindre : celui du Territoire de Belfort est quinze fois inférieur à celui du Nord. Un même volume de migrants impacterait donc différemment ces territoires.

2.2. Des départements urbains sont les plus concernés, par les départs et par les arrivées

Pour neutraliser cet effet de taille, le nombre de migrants est rapporté au nombre de places en EHPAD du département. Il n'est pas rapporté à la population âgée globale, qui ne recourt pas uniquement à un accompagnement en établissement mais peut également bénéficier de services d'aide et de soins à domicile, répartis de façon non uniforme sur le territoire (chapitres 5 et 6) : cette donnée neutralise le choix du lieu de vie.

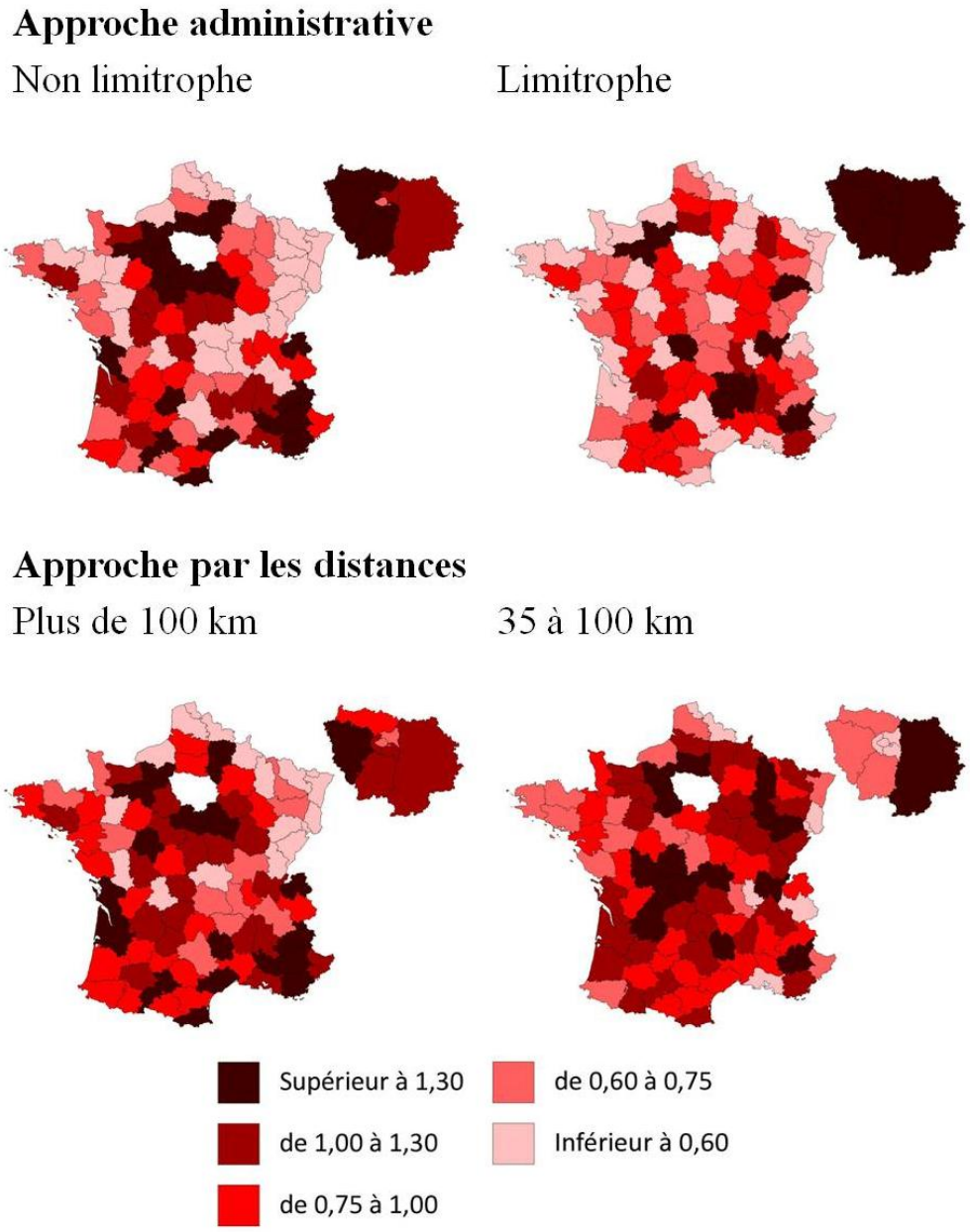
Pour éviter l'assimilation des « départs » et des « arrivées », ceux-ci sont à présent distingués. Deux nouveaux indicateurs sont proposés. D'abord, le nombre de migrants accueillis dans le département, rapporté au nombre total de places en établissements (Carte 69). Ensuite, le nombre de migrants originaires du département, également rapporté au nombre de places de celui-ci.

Afin que les cartes relatives aux quatre définitions des migrations soient comparables malgré la part différente de population migrante, les données sont standardisées par la moyenne des départements et se lisent donc comme des écarts à celle-ci.

2.2.1. Lieux d'accueil des migrants : une grande diversité selon la définition retenue

La comparaison des déplacements intermédiaires selon l'approche révèle un effet particulier à l'Île-de-France. L'accueil de personnes âgées ayant parcouru entre 35 et 100 kilomètres y est limité, hormis en Seine-et-Marne. Au contraire, l'accueil de personnes âgées de départements limitrophes est important : la région accueille un tiers des migrants venus d'un département limitrophe, les autres départements apparaissent en conséquence souvent en dessous de la moyenne. L'influence du zonage, précédemment soulignée, est confirmée ici.

Carte 69 - Lieux d'accueil des migrants résidents fin 2011, en fonction du nombre de places en EHPAD dans le département d'accueil – écarts à la moyenne

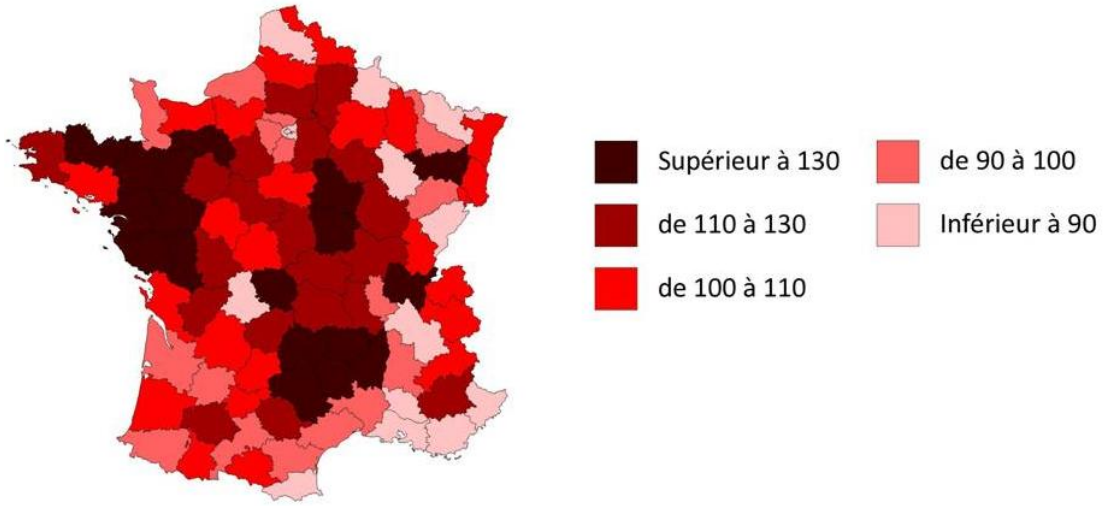


Lecture : Lorsqu'un département apparaît dans la couleur la plus foncée, cela signifie que le nombre de migrants accueillis dans le département rapporté au nombre de places en EHPAD est supérieur à 1,30 fois la moyenne des départements (non pondérée par le nombre de résidents). Celle-ci est de 4,87 dans l'approche administrative non limitrophe, et de 8,02 en limitrophe. Pour les distances, elle est respectivement de 5,21 et de 7,85. **Discrétisation** : Quintiles, toutes cartes confondues. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011, France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Drees, enquête EHPA 2011 ; distancier INRA (Odomatrix). **Cartographie Arctique**. © Mélina Ramos-Gorand 2014.

Les départements abritant les centres des grandes agglomérations ne sont pas des territoires d'accueil des résidents en EHPAD ayant parcouru entre 35 et 100 km. Ainsi, les départements les plus denses, comme Paris et sa petite couronne mais aussi le Rhône, le Nord, les Bouches-du-Rhône ou les Alpes Maritimes accueillent nettement moins de résidents migrants que la moyenne. La part de migrants à distances intermédiaires accueillis y est fréquemment inférieure à 0,60 fois la moyenne. Ceci pourrait refléter la plus grande contrainte de l'offre qui s'exerce dans ces départements, où les taux d'équipements sont plus faibles (Carte 70). Ensuite, les tarifs moyens sont plus élevés qu'ailleurs sur

le territoire, ils pourraient être défavorables aux migrations (chapitre 4). Ceci pourrait également être en lien avec le grand nombre d'établissements présent dans ces départements urbains, indépendamment du faible taux d'équipement : le renouvellement important des résidents permettrait d'obtenir finalement une place à moins de 35 kilomètres du domicile.

Carte 70 - Nombre de places en EHPAD pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus fin 2011



Lecture : Lorsqu'un département apparaît dans la couleur la plus foncée, cela signifie que le nombre de places en EHPAD rapporté à la population âgée est supérieur à 130 pour 1000. **Discrétisation** : Quintiles. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011, France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Drees, enquête EHPA 2011, Insee RGP 2010 ; distancier INRA (Odomatrix). **Source cartographique** : Arctique.

Les territoires qui accueillent davantage de migrants à distance intermédiaire par rapport au reste de la France sont par contre à proximité des grandes agglomérations. Le Conseil départemental de Seine-et-Marne, par exemple, intègre cette réalité dans son schéma en faveur des personnes âgées : « *la priorité donnée à une réponse aux besoins des habitants du département n'exclut pas une connaissance de la situation globale de la région Île-de-France et du rôle d'attraction que joue la Seine-et-Marne pour les familles résidant, soit sur Paris, soit dans les départements de la première couronne* » (2006). D'autres départements, comme les Alpes de Haute Provence, l'Oise ou l'Eure, à proximité d'un important bassin de population, accueillent également davantage de migrants à distance intermédiaire que la moyenne. Cela montre combien l'influence de la contrainte de l'offre dans les agglomérations peut se traduire par des migrations à distance intermédiaire. Des départements ruraux, où les densités de population sont faibles, comme la Lozère, la Creuse ou la Haute-Marne accueillent une part de migrants supérieure à 1,30 fois la moyenne nationale, sans être à proximité d'importants bassins de population. Cela est lié à la distance à parcourir pour rejoindre les EHPAD, plus élevée en zone rurale (chapitre 4).

Les départements du Sud qui accueillent une part de migrants éloignés au moins 1,30 fois supérieure à la moyenne comptent souvent une ville de taille importante : Toulouse, Montpellier, Bordeaux, Toulon ou Perpignan. Les migrations éloignées mettent donc en jeu d'autres logiques spatiales que les migrations intermédiaires, sensiblement convergentes avec celles observées pour l'ensemble de la population par l'Insee (Degorre et Redor, 2007) : des territoires du Sud et du littoral Atlantique attractifs, contrairement aux départements du Nord de la France et de l'Est (Nord – Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne ou encore la Lorraine).

Des divergences avec les tendances observées par l'Insee apparaissent cependant. Ainsi, l'Alsace qui figurait dans les régions plutôt attractives fait partie sur le champ des EHPAD, des territoires qui

accueillent le moins de migrants éloignés. Pour finir, quelques départements limitrophes à la région parisienne comme le Loiret, l'Yonne, l'Aisne ou l'Eure puis quelques départements ruraux comme la Lozère figurent parmi les plus accueillants.

Les migrations éloignées mettent en jeu des dynamiques spatiales spécifiques : les départements limitrophes à l'Île-de-France et les départements des grandes villes du Sud de la France sont des destinations privilégiées, sans être des destinations exclusives.

2.2.2. L'Île-de-France, principal lieu d'origine des migrants

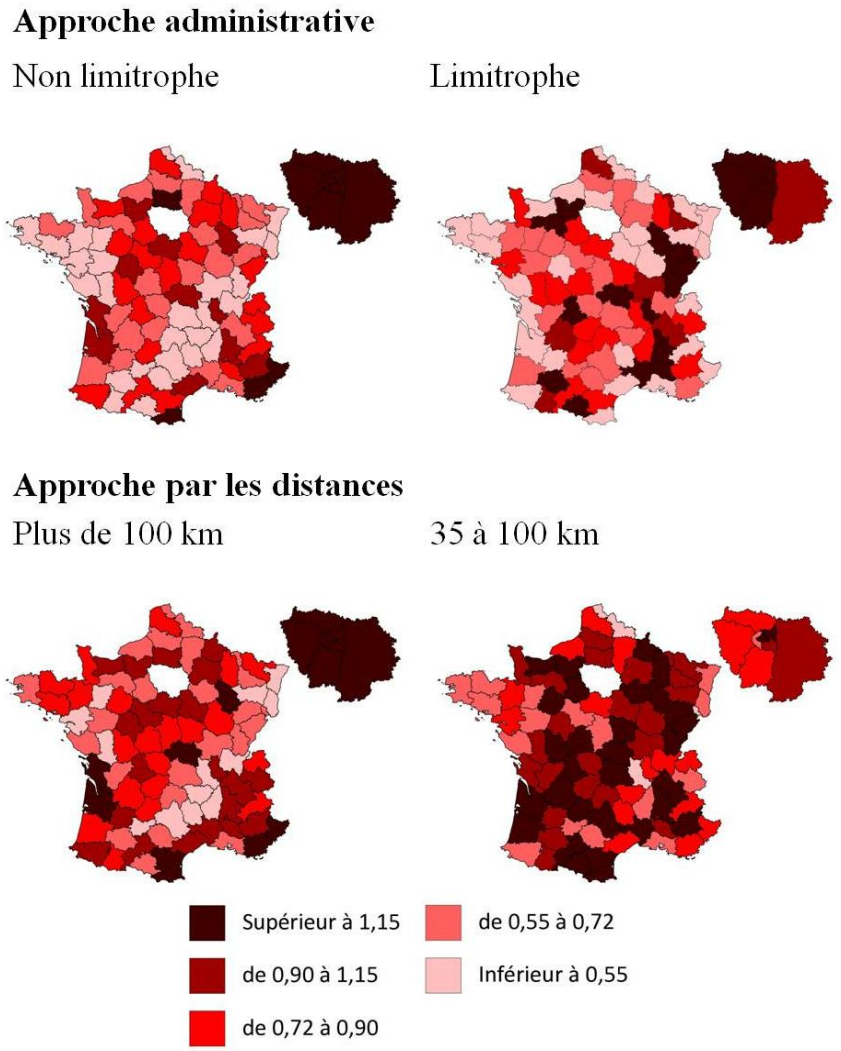
Le nombre de migrants est rapporté au nombre de places en EHPAD du département d'origine, afin de neutraliser l'effet taille et l'effet du lieu de vie. Les données sont de nouveau standardisées par la moyenne du nombre de migrants rapporté aux places en EHPAD du département d'origine.

Dans les migrations intermédiaires, les territoires les plus attractifs sont proches, par définition, des territoires d'origine les plus fréquents. Nombre des départements qui figurent comme lieux d'origine de migrants à distance comprise entre 35 et 100 kilomètres sont des départements ruraux, avec une offre relativement restreinte. En effet, les départements davantage pourvoyeurs que la moyenne nationale tels la Meuse, la Saône-et-Loire, la Haute-Marne, les Ardennes ou l'Eure, affichent les plus faibles densités d'établissements par km². Dans l'approche administrative, l'Île-de-France concentre 37 % des migrants vers un département limitrophe, ce qui explique que nombre de départements du reste du territoire apparaissent dans la couleur la plus claire (Carte 71).

Les territoires d'origine et d'accueil des migrants éloignés sont nettement différenciés. Les départements d'Île-de-France figurent quelle que soit l'approche dans les importants lieux d'origine des migrants. Ainsi, alors que les résidents ayant parcouru 100 kilomètres ou plus représentent au niveau national 5 % des personnes accueillies en EHPAD, ceux d'entre eux originaires d'Île-de-France représentent 14 % de la capacité d'accueil en EHPAD de cette région. Paris compte même un nombre de migrants à plus de 100 km rapporté au nombre de places neuf fois supérieur à la moyenne nationale.

Les migrants franciliens représentent 28 % des migrants à plus de 100 kilomètres fin 2011. S'y ajoutent quelques départements du Sud : Pyrénées-Orientales, Var et Alpes Maritimes. L'opposition entre le Nord-est de la France et les littoraux Aquitain et Méditerranéen pour l'accueil n'est pas valable pour l'origine. Un large territoire, s'étendant en écharpe de l'Alsace aux Pyrénées, est peu souvent lieu d'origine des migrants. Ainsi, la part des migrants éloignés dans les places en EHPAD y est fréquemment inférieure de moitié à celle observée au niveau national.

Carte 71 - Lieux d'origine des migrants résidents fin 2011, en fonction du nombre de places en EHPAD dans le département d'origine – écarts à la moyenne



Lecture : Lorsqu'un département apparaît dans la couleur la plus foncée, cela signifie que le nombre de migrants originaires de ce département rapporté au nombre de places en EHPAD est supérieur à 1,15 fois la moyenne des départements (non pondérée par le nombre de résidents). Celle-ci est de 4,82 dans l'approche administrative non limitrophe, et de 8,26 en limitrophe. Pour les distances, elle est respectivement de 5,12 et de 7,85. **Discrétisation** : Quintiles, toutes cartes confondues. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011, France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Drees, enquête EHPA 2011. Distancier INRA (Odomatrix). **Cartographie Arctique**. ©Mélina Ramos-Gorand 2014.

Ainsi, les territoires d'origine et d'accueil sont distincts, avec dans les deux cas répartition spatialement différenciée des migrants. C'est pourquoi se pose la question des parcours de ces personnes : où sont-elles allées en fonction de l'endroit d'où elles venaient ?

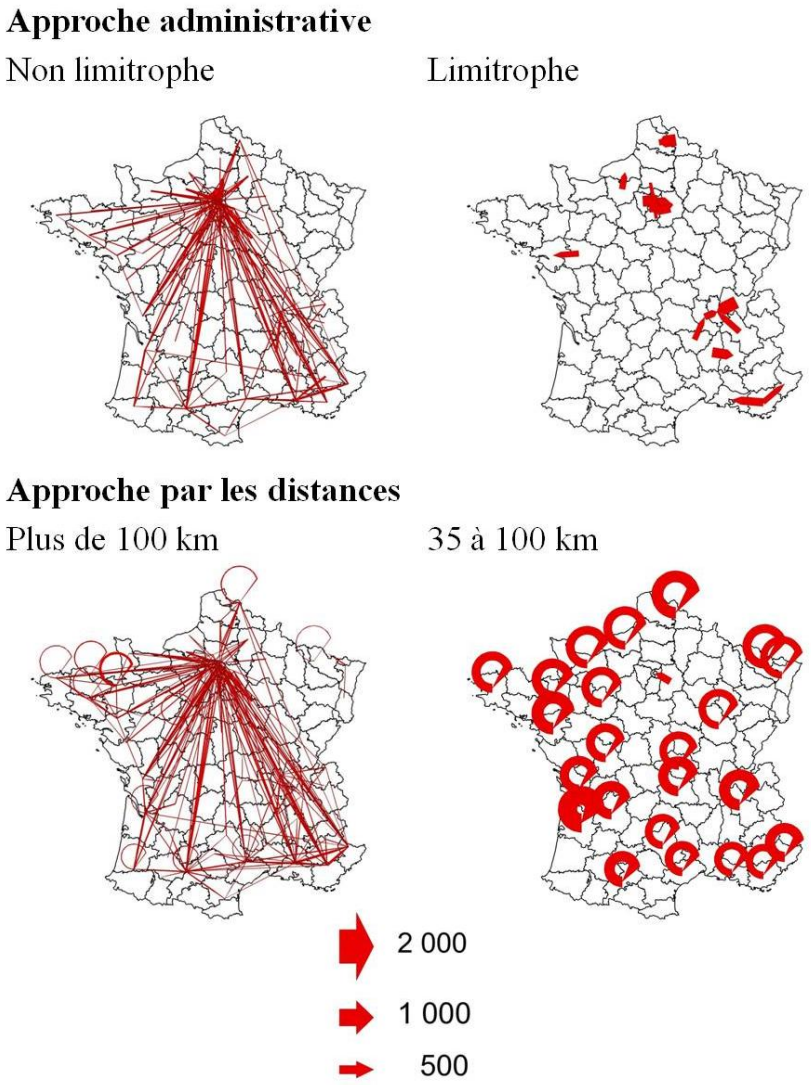
2.2.3. Les flux de migrants éloignés plus diffus que les flux de migrants intermédiaires

Les flux sont obtenus par l'addition des déplacements individuels (Pumain, Saint-Julien, 2010). Par exemple, les flux de personnes âgées ayant parcouru 100 kilomètres ou plus, entre départements ou au

sein du même département, sont de six personnes en moyenne[64], et plus de la moitié des flux sont inférieurs à 4 personnes.

Les flux relatifs aux migrations intermédiaires sont nettement plus concentrés dans l'espace que les flux relatifs aux migrations éloignées (Carte 72, encadré 5). Les flèches figurant les premiers sont épaisses et peu nombreuses, quand celles représentant les seconds sont fines et nombreuses : les flux de migrants éloignés sont plus diffus.

Carte 72 - Principaux flux de résidents migrants



Lecture : Dans l'approche administrative limitrophe, environ 675 personnes habitant dans le Nord ont intégré un EHPAD dans le Pas-de-Calais, inversement, 365 personnes âgées du Pas-de-Calais vivent dans un EHPAD du Nord. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011, France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Drees, enquête EHPA 2011 ; distancier INRA (Odomatrix). **Cartographie Arctique**. ©Mélina Ramos-Gorand 2014.

[64] Seuls les flux d'au moins une personne sont considérés. Pour l'ensemble des migrations vers un département limitrophe ou non limitrophe, il existe ainsi 4 636 flux entre les départements, alors que 9 120 flux sont théoriquement possibles (96 départements d'origine X 95 départements d'accueil). Lorsque l'on mentionne « 50 % des flux », il s'agit de 50 % des flux existants.

Encadré 5
Cartographier les flux

La représentation de l'ensemble des flux sur chaque carte serait illisible. Des seuils en dessous desquels ceux-ci ne seront pas représentés ont donc été fixés. Afin que les cartes soient comparables, y sont représentés les flux les plus importants, regroupant 30 % des migrants. En fonction des cartes, cela correspond à un nombre de résidents différent, compris entre 8 500 et 14 000, fonction du nombre total de résidents considérés comme migrants dans l'approche concernée. Le seuil de représentation varie également : alors que dans l'approche par les distances, on ne représentera que les flux supérieurs à 410 personnes pour les mobilités intermédiaires, nous sommes contraints de représenter l'ensemble des flux rassemblant plus de 21,5 personnes dans le cas des mobilités éloignées. Le nombre de flux présentés sur la carte varie en conséquence. Alors que 24 flux sont représentés dans les cas des mobilités intermédiaires dans l'approche par les distances, plus de 250 sont représentés dans le cas des mobilités éloignées étudiées par cette même approche (Tableau 80).

Tableau 80 - Nombre de résidents, seuil de représentation et nombre de flux en fonction de l'approche cartographiée

Approche	Migration	Nombre de flux	Seuil de représentation	Nombre de flux représentés	Résidents correspondants
Administrative	Éloignée	4 226	25	176	8 508
Distance	Éloignée	4 636	21,5	259	9 225
Administrative	Intermédiaire	487	320	24	13 909
Distance	Intermédiaire	707	410	24	12 998

Lecture : La carte relative aux migrations intermédiaires selon l'approche administrative contient 24 flux, qui représentent 13 909 migrants. Seuls les flux de plus de 320 personnes figurent sur la carte. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011, France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Drees, enquête EHPA 2011 ; distancier INRA (Odomatrix).

Dans l'approche administrative, les flux sont par construction interdépartementaux. Les migrants limitrophes sont matérialisés par une flèche entre deux départements. Dans l'approche par les distances, on représente le lien entre lieu d'origine et lieu d'accueil de migrants ayant parcouru plus de 100 kilomètres, ou entre 35 et 100 kilomètres. Le département d'origine peut donc être également celui d'accueil. Le flux aura alors une forme circulaire, son point d'origine étant confondu avec son point d'arrivée.

Pour les migrations intermédiaires, les résultats varient fortement en fonction de l'approche. Dans l'approche administrative, les principaux flux se concentrent en Île-de-France puis dans la Vallée du Rhône. Au contraire, dans l'approche par les distances, ils sont présents dans de nombreux départements. Hormis le flux entre la Seine-et-Marne et Paris, l'ensemble des flux cartographiés concerne des personnes qui sont restées dans le même département, confirmant l'importance du zonage dans l'appréhension des mobilités spatiales. Pour beaucoup, il s'agit de départements de grande superficie, comme la Gironde, la Dordogne, la Côte d'Or et l'Aveyron, qui font partie des cinq départements de France métropolitaine les plus étendus. La moitié des flux représentés sont afférents à des départements disposant d'une façade maritime, alors que seuls 25 % des départements de France métropolitaine hors Corse, sont dans ce cas. Une hypothèse serait que les communes littorales, plus urbaines que le reste du département, proposent une offre insuffisante au regard des attentes, conduisant certaines personnes à s'éloigner du littoral pour obtenir une place. Les Alpes Maritimes ont effectué en 2012 une étude auprès de l'ensemble des établissements du département, mettant en évidence que nombre de résidents ont parcouru une faible distance. Le Conseil départemental souligne cependant que, « *si 67 % des résidents des EHPAD du littoral sont des résidents de proximité, dans le haut pays, ce chiffre n'est plus que de 38 %, ce qui signifie que 62 % de l'activité [de ces EHPAD] est tributaire d'une population plus éloignée* » (Conseil général des Alpes Maritimes, 2012).

La comparaison des deux cartes de migrations éloignées montre une importante polarisation par la région parisienne, surtout dans l'approche administrative. Ainsi, **65 % des flux représentés ont pour origine l'Île-de-France**. Parmi eux, un tiers seulement opte pour un département littoral. Les territoires au Nord de la ligne Seine-Maritime – Doubs, sont à l'écart de ces dynamiques spatiales.

Le chapitre s'intéresse à présent aux résidents, acteurs de ces migrations.

3. Les déterminants individuels des migrations

« *La migration est un processus sélectif, les migrants ne constituent pas un échantillon aléatoire de la population du lieu d'origine* » (Lee, 1966) : les personnes âgées qui migrent, que la migration soit intermédiaire ou éloignée, ont d'une façon ou d'une autre des caractéristiques spécifiques. Quels sont alors les facteurs déterminants de ces déplacements ? Les sources mobilisées ne permettent pas de savoir, pour un individu donné, ce qui a motivé le choix de l'établissement et donc la distance parcourue. Comme c'est le cas dans nombre d'études, « *on ne peut mettre en évidence que quelques facteurs qui semblent particulièrement importants et observer la réaction commune ou moyenne d'un groupe très nombreux* » (Lee, 1966). Des modèles statistiques de régression logistique permettent toutefois de quantifier la force de l'association entre chaque variable intégrée dans le modèle et la variable que l'on souhaite expliquer, en tenant compte des autres variables incluses, permettant une analyse « *toutes choses égales par ailleurs* ». Les modèles utilisés opposent les personnes âgées migrantes, selon les quatre définitions précédemment proposées, à celles qui sont restées au plus proche de chez elles. Pour ces résidents, qui représentent 38 % des personnes accueillies fin 2011[65], il n'y a pas eu de contrainte de l'offre les poussant à s'éloigner, ni de facteurs les amenant à parcourir un nombre important de kilomètres. Différents déterminants sont testés, en lien avec des caractéristiques de la personne âgée, de l'EHPAD où elle réside fin 2011, de ses territoires d'origine et d'accueil.

Un premier modèle repose sur des caractéristiques des individus, enrichies ensuite par des variables de l'EHPAD dans lesquels ils résident, puis des données relatives à leur territoire d'origine et de destination.

La plupart des déterminants individuels présentés figuraient dans les premiers modèles relatifs aux migrations à l'entrée en EHPAD en 2007 (Ramos-Gorand, 2013) : la situation juridique et familiale, le sexe ainsi que le lieu de vie antérieur. De nouvelles variables, décrivant précisément la situation de la personne au regard des variables évaluatives de la grille AGGIR, sont intégrées[66]. L'âge à l'entrée dans l'établissement, l'âge fin 2011 ou l'ancienneté dans l'établissement ne sont pas significatifs et sont donc retirés des modèles (Tableau 81).

[65] Les résidents qui ont parcouru moins de 35 kilomètres sans être allés au plus proche de chez eux ne sont pas inclus dans les modèles.

[66] Suite à l'ajout de ces variables, le GIR de la personne n'est pas inclus dans le modèle, afin d'éviter la redondance d'information. Puisque la présence ou l'absence de cette variable n'affecte pas la significativité des modèles, le principe de parcimonie est appliqué.

Tableau 81 - Probabilités à migrer, selon les caractéristiques des personnes, comparées aux résidents qui sont allés au plus proche (odds ratios)

		Migrations intermédiaires		Migrations éloignées	
Déterminant	**Modalité**	**Limitrophe**	**Entre 35 et 100 km**	**Non limitrophe**	**Plus de 100 km**
Variable AGGIR : déplacements à l'intérieur	A	NS	1,06	NS	NS
	B	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	C	0,89	0,84	0,84	0,85
Variable AGGIR : toilette	A	NS	NS	1,27	1,26
	B	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	C	NS	NS	0,95	NS
Variable AGGIR : cohérence	A	0,94	0,90	0,94	NS
	B	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	C	1,12	1,15	1,06	NS
Situation juridique	*Sans tutelle*	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	Tutelle assurée par la famille	1,35	1,55	1,64	1,66
	Autre tutelle	NS	1,75	0,72	0,70
Sexe	*Femme*	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	Homme	NS	1,17	0,85	0,85
Situation familiale	*Seul*	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	Conjoint dans l'EHPAD	NS	NS	NS	NS
	Conjoint hors de l'EHPAD	0,71	0,67	0,45	0,46
Lieu de vie antérieur	*Domicile*	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	Établissement social médico-social	1,13	1,47	1,37	1,44
	Établissement sanitaire	0,79	1,06	0,37	0,37
Indicateurs de qualité du modèle	Pourcentage concordant	54 %	59 %	65 %	65 %
	c, indicateur de pertinence	56 %	60 %	66 %	66 %
Effectif de résidents inclus (non pondéré)	Migrants	16 777	19 256	10 066	10 935
	Au plus proche	101 143	101 143	101 143	101 143

Définition : « c » est un indicateur de pertinence, qui donne l'évolution du taux de vrais positifs en fonction du taux de faux positifs. Seuls les coefficients significatifs au seuil de 1/10 000 et pour lesquels l'intervalle de confiance de l'odds ratio ne contient pas la valeur 1 sont retenus. **Lecture** : Dans les modèles de migrations éloignés, un résident en EHPA dont le conjoint réside ailleurs que dans l'établissement aura deux fois moins de chances d'avoir migré qu'un résident célibataire ou veuf. Pour faciliter la lecture, une surbrillance verte est ajoutée lorsque la modalité favorise les migrations, et rouge lorsque celle-ci les freine. **Champ** : Résidents présents en EHPAD fin 2011, France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Drees, enquête EHPA 2011, Insee ; distancier INRA (Odomatrix).

Les indicateurs de qualité sont très satisfaisants pour les quatre modèles, au regard des effectifs et du nombre de variables inclus : les seules caractéristiques individuelles des résidents permettent un pourcentage concordant a minima de 54 %, et même de 65 % pour les deux modèles éloignés. Ces modèles sont d'autant plus de qualité que l'inclusion de variables complémentaires, relatives à l'EHPAD où résident les personnes, à leur département d'origine et d'accueil, change à la marge les coefficients obtenus.

3.1. Évaluation de la dépendance au regard de la grille AGGIR

Le modèle intègre trois variables évaluatives de la grille AGGIR. La première est relative aux déplacements à l'intérieur de la structure, la seconde au maintien de l'hygiène corporelle, la dernière à la cohérence. Les autres variables, par exemple les transferts ou l'élimination urinaire et fécale, ne sont pas significatives dans les modèles et sont donc exclues. Chaque variable est déclinée en trois modalités :

- A : fait seule, totalement, habituellement et correctement ;
- B : fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement ;
- C : ne fait pas (chapitre 1).

La variable de cohérence présentée retient la moins bonne modalité renseignée pour les deux variables de cohérence du comportement et de la communication. L'effet des variables relatives au maintien de l'hygiène corporelle, au déplacement à l'intérieur de l'EHPAD et au comportement est décrit ci-après.

3.1.1. Assurer son hygiène corporelle

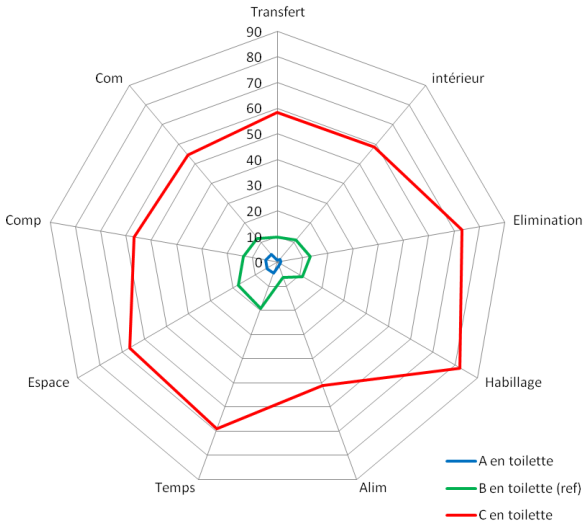
Les modalités relatives à l'hygiène corporelle ne sont pas significatives dans les modèles intermédiaires. Être parfaitement capable ou totalement incapable d'effectuer sa toilette, « toutes choses égales par ailleurs », n'implique ni ne freine les migrations à courte distance. Ne pas être du tout en capacité d'assurer son hygiène corporelle est une réalité pour près de deux tiers des résidents. La contrainte de l'offre serait donc faible, l'ensemble des EHPAD aurait le personnel requis, en nombre et en niveau de professionnalisation, pour assurer l'accompagnement.

Les modalités sont par contre significatives sur les modèles de migration éloignée. Il s'agit de la seule variable du modèle significative sur les modèles éloignés sans l'être sur les modèles intermédiaires, ceux sur lesquels la contrainte de l'offre pèse pourtant le plus.

Or, la toilette peut être considérée comme un révélateur de la dépendance générale de la personne, comme le montre le graphique relatif au pourcentage de résidents classés « C » sur les variables évaluatives, en fonction de leur capacité à assurer leur hygiène corporelle (Graphique 45).

Au sein des résidents en capacité d'assurer seuls, totalement, habituellement et correctement leur hygiène corporelle, moins de 5 % sont classés « C » sur chaque autre variable évaluative AGGIR. Au sein de ceux qui réalisent partiellement leur toilette, les pourcentages de classement en « C » sur les autres variables évaluatives varient entre 6 % (capacité à s'alimenter) et 19 % (cohérence dans le temps). Enfin, ceux qui sont en incapacité de réaliser leur toilette sont également nombreux à être classés en « C » sur les autres variables : 51 % d'entre eux ne sont pas en capacité de s'alimenter, et 82 % d'entre eux de s'habiller.

Graphique 45 - Pourcentage de résidents classés « C » sur les variables évaluatives, en fonction de leur capacité à assurer leur hygiène corporelle



Lecture : 60 % des résidents dans l'incapacité d'effectuer leur toilette (C) sont également incapables de se déplacer à l'intérieur de l'établissement (C), contre 1 % de ceux qui réalisent seuls, habituellement et correctement leur toilette. **Champ** : Résidents en EHPAD fin 2011, dont le précédent lieu de vie est renseigné. **Sources** : Drees (EHPA 2011).

Ainsi, les résidents qui ont le moins d'incapacités au regard de la grille AGGIR seraient davantage migrants que les autres. Les coefficients obtenus par les GIR sur les données relatives à 2007 étaient significatifs essentiellement pour les migrations éloignées, comme ici la variable relative à l'hygiène corporelle. De plus, les modèles concluaient également à des migrations plus importantes des personnes les moins dépendantes, et inversement des mobilités freinées dans la grande dépendance (Ramos-Gorand, 2013 et 2015). Les mobilités seraient alors le fait de personnes âgées peu dépendantes, qui choisiraient de s'éloigner, quand les personnes les plus dépendantes resteraient au plus près de leur domicile. L'effet du GIR dans les précédents modèles semble ainsi être absorbé dans cette variable relative à la toilette. Faisant l'hypothèse que l'urgence de l'admission est moins importante que pour les personnes les plus dépendantes, ces résidents feraient le choix de s'éloigner.

Le fait que la toilette résume l'état de dépendance global de la personne expliquerait en outre la non-significativité de la plupart des variables évaluatives de la grille AGGIR avec lesquelles il existe une importante corrélation et légitime l'exclusion du GIR dans les modèles.

3.1.2. Se déplacer à l'intérieur de l'EHPAD

Il s'agit, selon le guide de remplissage de la grille AGGIR, des déplacements à l'intérieur du lieu de vie, incluant la chambre de la personne, mais aussi les locaux collectifs éventuels de la résidence, comme le restaurant, les espaces d'animation et de vie collective.

Le fait que des personnes âgées n'aient pas la capacité de se déplacer au sein de l'EHPAD freine les migrations, quel que soit le modèle. Puisque 70 % des résidents ne se déplacent pas, ou pas correctement, l'ensemble des EHPAD peut accompagner cette difficulté. Ces résidents ne font moins face à une contrainte de l'offre. Inversement, 30 % des résidents sont tout à fait capables de se déplacer à l'intérieur de la structure. Ceux-ci ont sans doute développé d'autres incapacités, plus complexes à accompagner. La contrainte de l'offre exercée sur eux expliquerait qu'ils aient davantage de difficultés à trouver un établissement à moins de 35 kilomètres de chez eux, sans pour autant être contraints à parcourir de longues distances.

3.1.3. Communiquer et se comporter de façon logique

Ainsi sont définies les variables de cohérence dans le guide de remplissage de la grille AGGIR : « *c'est communiquer (communication verbale et/ou non verbale), agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société dans laquelle on vit* ». Face à la complexité d'approcher ces difficultés, le guide précise que « *l'incohérence n'est ni un diagnostic psychiatrique, ni un trouble du caractère, mais un constat issu d'une observation multidisciplinaire faite dans le temps, sur une période suffisante et sous responsabilité médicale* ».

La fondation Médéric Alzheimer, dans son étude sur les disparités territoriales, regrette l'absence d'études sur l'origine géographique des résidents des établissements d'hébergement atteints de la pathologie, qui permettrait pourtant d'enrichir la connaissance des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer (Fondation Méderic Alzheimer, 2015). L'information relative aux pathologies des résidents n'est pas exhaustivement disponible, mais la variable de cohérence pourrait approcher, non la maladie d'Alzheimer en tant que telle, mais les pathologies neuropsychiatriques[67] difficiles à accompagner en EHPAD, parce que se traduisant par des personnes qui déambulent, des résidents agressifs ou plus largement incohérents dans leur comportement. Ceci pose problème aux équipes, notamment quand les bâtiments ne sont pas adaptés.

La fiche Pathologie de l'enquête EHPA, décline les pathologies du résident comme dans l'outil PATHOS (chapitre 1), ainsi que ses déficiences, sa prise de médicament, son suivi alimentaire ou ses hospitalisations au cours de l'année. Ces données sensibles de santé ne sont disponibles que pour un échantillon de résidents, c'est pourquoi elles ne peuvent être incluses dans les modèles. Après appariement avec la base de données des résidents en EHPAD, les pathologies sont disponibles pour 4 500 d'entre eux. La variable de cohérence est mise en regard de quatre affections neuropsychiatriques : les syndromes confusionnels aigus, les troubles chroniques du comportement, les psychoses, délires et hallucinations, les syndromes démentiels (Tableau 82). L'objectif est de vérifier qu'il est possible d'approcher la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées par la variable de cohérence.

Tableau 82 - Lien entre les variables évaluatives de cohérence de la grille AGGIR et la présence d'affections neuropsychiatriques

Cohérence	Présence d'affections neuropsychiatriques	Absence d'affections neuropsychiatriques	Total
A	32,5 %	67,5 %	100,0 %
B	65,9 %	34,1 %	100,0 %
C	88,0 %	12,0 %	100,0 %

Lecture : 32,5 % des personnes évaluées A pour les deux variables de cohérence souffrent d'affection neuropsychiatrique. **Champ** : Résidents en EHPAD. **Sources** : Drees (EHPA 2011).

Bien qu'une bonne cohérence de la communication et/ou du comportement n'implique pas l'absence d'affections neuropsychiatriques, une mauvaise cohérence de la communication et/ou du comportement signifie, dans neuf cas sur dix, leur présence. La variable de cohérence retenue est une approximation correcte, disponible pour l'ensemble des résidents, de la présence d'affections neuropsychiatriques.

Cette variable est significative dans les modèles relatifs aux migrations intermédiaires, qui sont les plus en mesure de mettre en relief une contrainte de l'offre. Sans surprise, les personnes âgées étant

[67] La fiche relative aux pathologies incluse dans les affections neuropsychiatriques : malaise, vertige, perte de connaissance brève, chute ; accident vasculaire cérébral ; épilepsie, comitialité focale ou généralisée ; syndrome parkinsonien ; syndrome confusionnel aigu ; troubles chroniques du comportement ; état dépressif ; état anxieux ; psychose, délire, hallucinations ; syndrome démentiel.

cohérentes dans leur comportement et leur communication migrent moins que les autres, la contrainte de l'offre étant plus faible. Inversement, lorsque se développent des « *comportements anormaux* » ou une « *communication altérée en permanence* », la mobilité vers un département limitrophe ou à plus de 100 km augmente. Ainsi, une femme célibataire ou veuve, sans protection juridique, venant de son domicile et évaluée B relativement aux déplacements à l'intérieur et à l'hygiène corporelle mais C pour la cohérence, a une probabilité d'avoir migré plus importante de 20 % qu'une résidente aux caractéristiques identiques, classée A sur la cohérence.

Les résultats ne sont pas significatifs pour les migrations à plus de 100 kilomètres, celles-là mêmes qui reflètent, outre une éventuelle contrainte de l'offre, un choix du résident ou de sa famille d'opter pour un EHPAD loin du précédent lieu de vie.

3.2. Situation familiale et juridique

3.2.1. Situation familiale

La situation familiale joue également sur les probabilités de rejoindre un EHPAD loin de son lieu de vie antérieur. Les personnes qui ont un conjoint en dehors de la structure ont ainsi deux fois moins de chances d'avoir parcouru plus de 100 kilomètres lorsqu'ils sont entrés en EHPAD, que ceux qui sont célibataires ou veufs. Ceci pourrait refléter la grande attention portée lors du choix de l'établissement à la proximité avec le lieu de vie antérieur qui est très souvent l'actuel lieu de vie du conjoint. Cette proximité permet à la personne résidente de recevoir plus facilement la visite régulière de celui-ci.

3.2.2. Situation juridique

Lorsque la personne est sous tutelle et que la tutelle est assurée par la famille, les probabilités d'avoir migré sont nettement supérieures. En filigrane, cela confirme le rapprochement familial, l'hypothèse étant que les personnes âgées résident dans un EHPAD à proximité du membre de la famille qui assure la tutelle.

L'enquête menée par le Conseil départemental du Val-de-Marne auprès de 400 résidents questionnait les raisons ayant « *motivé le choix géographique de l'établissement* » dans lequel les personnes résident. Le rapprochement avec les enfants est le principal motif invoqué dans le choix géographique de l'établissement pour les personnes ayant migré (Tableau 83).

Tableau 83 - Fréquence des motifs invoqués dans le choix géographique d'un établissement hors du département

Motif cité	Fréquence
1- Vous rapprocher de vos enfants ou de votre famille	71,7 %
2- Autres	11,3 %
3- Rester au plus près de votre ancien domicile	10,0 %
4- Retourner dans votre région d'origine	5,0 %
5- Du fait du climat de la région où se situe l'établissement	2,0 %

Lecture : 71,7 % des motifs invoqués sont liés au rapprochement familial. Plusieurs personnes ont cité plusieurs items.
Sources : Enquête sur les motifs du choix d'un établissement hors Val-de-Marne, Conseil général du Val-de-Marne, 2010, p 10.

Lors d'une procédure de mise sous tutelle, le tuteur est choisi en priorité parmi les proches de la personne à protéger (Code civil, articles 446 à 451). Mais le juge peut nommer un mandataire judiciaire lorsqu'aucun membre de la famille ou aucun proche ne peut assurer cette mission. Lorsque la tutelle est assurée par une autre personne, bien souvent une association ou un tuteur privé, les chances d'avoir parcouru plus de 100 km diminuent d'un tiers comparativement à une absence de

tutelle. Ainsi, cela concernerait avant tout des personnes n'ayant pas de famille à proximité ou préférant rester proches de leur lieu de vie, par exemple pour conserver leurs réseaux amicaux.

C'est sur cette modalité que l'écart dans les modèles entre approche administrative et par les distances, pour les migrations intermédiaires, est le plus important.

Le territoire administratif n'est pas seulement plus commode pour approcher les mobilités, c'est un territoire construit, qui a donc un sens pour les acteurs. La plupart des associations disposent ainsi d'antennes construites au niveau départemental, qui développent leurs propres réseaux de terrain. La probabilité bien plus grande d'avoir parcouru entre 35 et 100 kilomètres « toutes choses égales par ailleurs » pour les personnes protégées par un autre tuteur que la famille, souvent une association, pourrait en être le reflet : les réseaux des associations s'étendent dans l'ensemble du département, y compris aux communes situées à plus de 35 km du lieu de vie de la personne. La disponibilité d'une place dans un établissement et les réseaux des associations conduiraient les personnes à parcourir de plus longues distances, tout en restant dans le département.

3.3. Type d'hébergement précédent l'entrée en EHPAD

Le type d'hébergement précédant l'entrée en EHPAD est ventilé dans l'enquête en dix catégories (Figure 18) et disponible pour chaque résident.

Figure 18 - Hébergement antérieur, questionnaire EHPA 2011, fiche 4

◆ HÉBERGEMENT ANTÉRIEUR

Type d'hébergement antérieur (col 9)

00. Ne sait pas
01. Domicile privé ou d'un proche
02. Accueil familial agréé
03. Logement-foyer
04. Maison de retraite
05. Unité de soins de longue durée
06. Service de soins de suite et de réadaptation d'un établissement de santé (ex moyen séjour)
07. Unité de court séjour (médecine, chirurgie)
08. Établissement psychiatrique ou service psychiatrique d'un établissement de santé
09. Établissement pour adultes handicapés
10. Autre

Sources : Questionnaire EHPA 2011, Drees.

Cependant, pour nombre de ces modalités, les effectifs sont réduits, c'est pourquoi elles sont regroupées en trois catégories : domicile privé ou d'un proche, établissement social ou médico-social, établissement sanitaire. Les unités de soins de longue durée, hospitalières, sont rattachées aux établissements sanitaires.

Les personnes qui étaient hébergées précédemment dans un établissement sanitaire ont trois fois moins de chances d'avoir parcouru plus de 100 km ou migré dans un département non limitrophe pour rejoindre leur EHPAD que ceux qui viennent de leur domicile. L'inversion de l'effet de la variable dans l'étude des migrations limitrophes et des migrations à moins de 100 kilomètres n'est pas sans rappeler le constat fait pour la situation juridique. Les résidents pourraient en effet bénéficier des réseaux de l'hôpital, et intégrer soit un EHPAD rattaché au centre hospitalier, soit un EHPAD connu des services sociaux de l'hôpital, souvent au sein du département.

Inversement, le fait de venir d'un établissement social ou médico-social, plutôt que du domicile augmente fortement la probabilité d'effectuer une migration à distance élevée. Alors que les

déménagements, surtout pour des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs, peuvent être des traumatismes, un changement d'établissement médico-social peut sembler contre-intuitif. Une hypothèse peut être avancée, ne pouvant pas être démontrée par les données disponibles : les personnes choisissent de quitter leur maison de retraite pour intégrer un autre établissement, parce que leur première entrée s'est faite en urgence. Elles ont, par exemple, pu obtenir une place à proximité d'un établissement sanitaire et choisir ensuite de se rapprocher de leur précédent lieu de vie ou de celui de leurs enfants.

Une autre hypothèse serait une contrainte plus importante de l'offre lorsque la dépendance s'accentue. La structure ne serait plus en capacité d'accompagner la personne, et l'orienterait vers d'autres établissements. Il est cependant peu probable que cela conduise la personne à migrer à plus de 100 kilomètres.

4. Les caractéristiques de l'établissement, le contexte des départements d'origine et d'accueil ont une grande importance

4.1. Le statut juridique de l'établissement et les tarifs pratiqués sont discriminants

Deux caractéristiques liées à l'établissement sont ajoutées par rapport au modèle précédent : le statut juridique, et l'écart entre le tarif de l'établissement et celui pratiqué en moyenne dans son département par les établissements de même statut (Tableau 84). Les deux variables permettent d'accroître la qualité du modèle. Le pourcentage concordant augmente au moins de six points pour chacun des modèles, et même de douze points dans la compréhension des migrations vers un département limitrophe.

Tableau 84 - Probabilités à migrer, selon les caractéristiques des personnes et de l'établissement, comparées aux résidents qui sont allés au plus proche (odds ratios)

		Migrations intermédiaires		Migrations éloignées	
Déterminant	**Modalité**	**Limitrophe**	**Entre 35 et 100 km**	**Non limitrophe**	**Plus de 100 km**
Variable AGGIR : déplacements à l'intérieur	A	NS	1,07	NS	NS
	B	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	C	0,90	0,85	0,86	0,87
Variable AGGIR : toilette	A	NS	1,10	1,30	1,28
	B	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	C	NS	NS	0,95	NS
Variable AGGIR : cohérence	A	0,90	0,87	0,91	0,92
	B	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	C	1,14	1,17	1,08	1,07
Situation juridique	*Sans tutelle*	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	Tutelle assurée par la famille	1,39	1,62	1,67	1,69
	Autre tutelle	1,08	1,91	0,83	0,80
Sexe	*Femme*	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	Homme	NS	1,21	0,88	0,88
Situation familiale	*Seul*	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	Conjoint dans l'EHPAD	NS	NS	0,89	0,91
	Conjoint hors de l'EHPAD	0,74	0,71	0,45	0,46
Lieu de vie antérieur	*Domicile*	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	Établissement social médico-social	1,41	1,79	1,67	1,72
	Établissement sanitaire	1,42	1,75	0,65	0,62
Statut de l'établissement	*Public non hospitalier*	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	Public hospitalier	0,30	0,33	0,36	0,41
	Privé à but non lucratif	0,93	0,91	1,36	1,42
	Privé à but lucratif	2,00	1,46	3,16	3,02
Écart entre tarif hébergement de l'EHPAD et le tarif moyen du département par statut juridique	-3,5 € au plus (EHPAD moins cher)	1,17	NS	1,05	NS
	Entre -3,5 et 3 euros	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	3 € au moins (EHPAD plus cher)	1,17	NS	1,26	1,17
Indicateurs de pertinence du modèle	Pourcentage concordant	66 %	66 %	72 %	71 %
	c, indicateur de pertinence (%)	66%	66%	72%	72%
Effectif de résidents inclus (non pondéré)	Migrants	16 777	19 256	10 066	10 935
	Au plus proche	101 143	101 143	101 143	101 143

Définition : « c » est un indicateur de pertinence, qui donne l'évolution du taux de vrais positifs en fonction du taux de faux positifs. Seuls les coefficients significatifs au seuil de 1/10 000 et pour lesquels l'intervalle de confiance de l'odds ratio ne contient pas la valeur 1 sont retenus. **Lecture** : Dans les modèles de migrations éloignés, un résident en EHPA dont le conjoint réside ailleurs que dans l'établissement aura deux fois moins de chances d'avoir migré qu'un résident célibataire ou veuf. Pour faciliter la lecture, une surbrillance verte est ajoutée lorsque la modalité favorise les migrations, et rouge lorsque celle-ci les freine. **Champ** : Résidents présents en EHPAD fin 2011, France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Drees, enquête EHPA 2011, Insee ; distancier INRA (Odomatrix).

4.1.1. Le lien entre statut juridique et tarifs pratiqués

Quatre statuts juridiques sont distingués :

- Les EHPAD publics rattachés à une structure hospitalière.
- Les EHPAD publics non rattachés à un hôpital, souvent sous la forme d'établissement médico-social communal.
- Les EHPAD privés à but non lucratif, il s'agit pour l'essentiel d'associations, reconnues ou non d'utilité publique.
- Les EHPAD privés à but lucratif, souvent sous forme de Sociétés anonymes ou de Sociétés par actions simplifiées.

Le tarif journalier à charge du résident diffère selon le statut juridique de l'EHPAD[68]. Ainsi, il est en moyenne inférieur à 50 euros dans les établissements publics, de 55 euros dans les établissements privés à but non lucratif et d'environ 70 euros dans les établissements privés à but lucratif. D'autre part, les localisations des établissements sont historiquement variables en fonction de leur statut juridique (Ramos-Gorand, Volant, 2014), les EHPAD publics non rattachés à un hôpital sont les mieux répartis sur le territoire, c'est pourquoi ils sont choisis comme catégorie de référence dans le modèle statistique. À l'inverse, les établissements privés à but lucratif développent des stratégies d'implantation ciblées (Martin, 2013) et sont présents de manière très hétérogène sur le territoire.

Les personnes âgées résidant dans un EHPAD rattaché à un hôpital ont une chance d'avoir migré trois fois moindre que les résidents d'un EHPAD public non rattaché à un hôpital. Ce constat est à lier au fonctionnement sanitaire, qui permet aux personnes âgées de bénéficier des réseaux de l'hôpital. Cette modalité « capte » une partie des effets attribués au lieu de vie antérieur dans le modèle n'intégrant que les caractéristiques individuelles des résidents. Ainsi, dans ce dernier les résidents qui venaient d'un établissement hospitalier avaient trois fois moins de chances que ceux qui venaient de leur domicile d'avoir parcouru plus de 100 kilomètres. En intégrant le statut de l'établissement, ils n'ont plus que deux fois moins de chances.

4.1.2. Le statut juridique de l'EHPAD, approche des disparités sociales ?

Les personnes âgées résidant dans un établissement privé à but lucratif ont trois fois plus de chances d'avoir migré à plus de 100 km que celles qui ont rejoint un établissement public non rattaché à un hôpital. Les établissements privés à but lucratif pratiquent un tarif plus élevé que celui pratiqué par les établissements publics ou privés à but non lucratif. Les personnes qui intègrent ces établissements, surtout lorsqu'elles ont parcouru une longue distance, le feraient par choix : meilleure localisation ou prestations hôtelières différentes, par exemple. Ces personnes auraient davantage de possibilités financières que les autres résidents en EHPAD fin 2011. Plus encore, l'enquête Résidents permet d'observer une répartition des résidents en fonction de leur dernière profession exercée, variable selon le statut juridique des établissements (Tableau 85). Les anciens cadres et professionnels libéraux sont ainsi nettement surreprésentés dans les établissements privés à but lucratif. Les migrations plus importantes vers les établissements privés à but lucratif pourraient être en lien avec les résidents hébergés : les cadres et, dans une moindre mesure, les professions intermédiaires sont plus mobiles que les autres catégories socioprofessionnelles (Baccaïni et Lévy, 2009). Les cadres et professions intermédiaires, actifs ou retraités, sont ceux qui possèdent le plus fréquemment des résidences secondaires (Commissariat général au développement durable, 2010), ou qui auraient le plus voyagé en France au cours de leur vie. Ils connaissent donc d'autres régions que celle dans laquelle ils ont leur résidence principale, ce qui pourrait expliquer les distances parcourues lors de leur entrée en établissement. Par ailleurs, les enfants des cadres, souvent cadres ou appartenant aux professions intermédiaires, ont pu plus fréquemment changer de région, le rapprochement familial pourrait donc impliquer des distances à parcourir plus importantes.

[68] Le tarif hébergement journalier recouvre l'intégralité des prestations d'administration générale, d'hôtellerie, de restauration, d'entretien et d'animation. Il constitue la principale composante du reste à charge du résident puisqu'il est cinq fois supérieur au reste à charge lié à la dépendance (Ramos-Gorand, Volant, 2014).

Tableau 85 - Dernière profession exercée par les résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2007, en %

Part des résidents dont la dernière profession exercée est	Privé à but lucratif	Privé à but non lucratif	Public non rattaché à un hôpital	Public rattaché à un hôpital	Total
Agriculteur	4	12	19	13	13
Artisan / commerçant	7	9	11	8	9
Cadre / profession libérale	16	8	3	4	7
Professions intermédiaires	17	14	6	8	11
Employé	36	30	29	31	31
Ouvrier	19	27	32	36	30
Total	100	100	100	100	100

Lecture : La dernière profession de 16 % des résidents en maison de retraite privée à but lucratif (EHPAD ou non EHPAD) était une profession libérale ou cadre. 12 % des résidents en maison de retraite privée à but non lucratif (EHPAD ou non EHPAD) étaient agriculteurs. **Champ** : Résidents ayant exercé une activité professionnelle dans le passé, EHPA ouverts fin 2007, France métropolitaine. **Sources** : Drees, enquête Résidents 2007.

4.1.3. Des migrations vers des EHPAD nettement plus ou nettement moins chers que la moyenne départementale

Puisque le tarif est fortement corrélé au statut de l'établissement, est inclus dans le modèle le tarif de l'EHPAD au regard des tarifs moyens, dans le département, des établissements de même statut juridique. Cette variable a également une influence sur la probabilité de migrer, dans trois modèles. Étant donnés les écarts de tarifs pratiqués entre les statuts juridiques et entre les départements (Ramos-Gorand et Volant, 2014), le choix est fait de comparer le tarif pratiqué par l'EHPAD avec ceux pratiqués en moyenne par les EHPAD de même statut juridique dans le département. Une différence de 3 euros sur un tarif journalier correspond à plus de 90 euros de différence mensuelle. La variable est significative, bien qu'elle change peu le rapport de chances sur le fait d'avoir parcouru 100 kilomètres ou d'être allé au plus proche. « Toutes choses égales par ailleurs », les personnes résidant dans des établissements plus chers que la moyenne ont plus de chance d'avoir migré à plus de 100 kilomètres de leur précédent lieu de vie. Étant donnée l'importance des restes à charge en EHPAD (Charpin, 2011) et les difficultés financières que ceux-ci peuvent poser aux personnes et à leurs familles, il est possible que des personnes choisissent de s'éloigner pour intégrer les établissements les moins chers de leurs statuts. À l'inverse, les établissements dont les tarifs sont proches de la moyenne pourraient être davantage demandés. Puisque les taux d'occupation, c'est-à-dire le nombre de places occupées rapporté au nombre de places proposées, est proche de 100 %, les directeurs pourraient choisir de privilégier des personnes habitant à proximité (Weber, 2011, entretiens qualitatifs, 2014). Les migrants pourraient être contraints de se tourner vers des établissements plus chers en moyenne que ceux du département. Bien que le prix pratiqué par un établissement ne reflète pas toujours une qualité supérieure (Martin, 2013), certains migrants pourraient choisir des établissements plus chers, espérant une meilleure qualité des prestations offertes.

4.2. Des caractéristiques des territoires d'origine et de destination complètent pertinemment l'analyse

Le modèle statistique gagne encore en pertinence lorsque des caractéristiques des territoires d'origine et d'accueil y sont intégrées (Tableau 86).

4.2.1. L'effet du taux d'équipement sur les migrations

Tout au long de l'étude, l'importance de l'Île-de-France dans les migrations éloignées a été soulignée. Elle est confirmée par les modèles, puisqu'un résident originaire d'une commune francilienne aura,

« toutes choses égales par ailleurs », entre trois et quatre fois plus de chances d'avoir migré qu'un résident originaire d'une autre région.

Le solde migratoire départemental est la différence entre le nombre de personnes âgées originaires d'un autre département en institution dans le département et le nombre de personnes âgées originaires du département en institution ailleurs. Il est faible dans la majorité des départements français. Environ la moitié des départements (46) ont un solde migratoire compris entre plus ou moins 150 personnes. Y figurent les Hauts-de-Seine, unique département francilien à ne pas présenter un fort déficit ou un fort excédent. Seuls 16 départements présentent un solde inférieur à -150 personnes dont six un solde inférieur à -500 personnes, les déficits étant plus marqués à Paris (-9 300), en Seine-Saint-Denis (-1 800) et dans le Rhône (-1 100). À l'opposé, 35 départements ont un solde supérieur à 150 personnes dont 12 un solde supérieur à 500 personnes dont notamment, la Seine-et-Marne (+2 400), les Yvelines (+1 400) et l'Oise (+1 100).

Tableau 86 - Probabilités à migrer, selon les caractéristiques des personnes et de l'établissement, comparées aux résidents qui sont allés au plus proche (odds ratios)

		Migrations intermédiaires		Migrations éloignées	
Déterminant	**Modalité**	**Limitrophe**	**Entre 35 et 100 km**	**Non limitrophe**	**Plus de 100 km**
Variable AGGIR : déplacements à l'intérieur	A	NS	1,06	NS	NS
	B	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	C	NS	0,84	0,88	0,88
Variable AGGIR : toilette	A	NS	1,09	1,25	1,24
	B	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	C	NS	NS	0,95	NS
Variable AGGIR : cohérence	A	0,94	0,87	NS	NS
	B	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	C	1,15	1,16	1,07	1,07
Situation juridique	*Sans tutelle*	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	Tutelle assurée par la famille	1,28	1,60	1,52	1,57
	Autre tutelle	NS	1,87	0,75	0,77
Sexe	*Femme*	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	Homme	1,08	1,20	0,89	0,89
Situation familiale	*Seul*	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	Conjoint dans l'EHPAD	NS	NS	NS	NS
	Conjoint hors de l'EHPAD	0,73	0,72	0,44	0,46
Lieu de vie antérieur	*Domicile*	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	Établissement social médico-social	1,46	1,84	1,73	1,78
	Établissement sanitaire	1,42	1,77	0,63	0,62
Statut de l'établissement	*Public non hospitalier*	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	Public hospitalier	0,31	0,36	0,41	0,45
	Privé à but non lucratif	0,85	0,95	1,43	1,45
	Privé à but lucratif	1,45	1,38	2,82	2,83
Écart entre tarif hébergement de l'EHPAD celui du département par statut juridique	-3,5 € au plus (- cher)	1,11	NS	NS	NS
	Entre -3,5 et 3 euros	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	3 € au moins (+ cher)	NS	NS	1,15	1,12
Localisation de la commune d'origine	*Hors Île-de-France*	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	Île-de-France	4,69	NS	4,37	3,16
Taux d'équipement en EHPAD du département d'origine	Inférieur à 95	2,89	4,94	4,81	4,36
	Entre 95 et 125	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	Supérieur à 125	0,33	0,32	0,27	0,28
Taux d'équipement en EHPAD du département d'accueil	Inférieur à 95	0,35	0,21	0,19	0,22
	Entre 95 et 125	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	Supérieur à 125	3,30	2,58	2,33	2,42
Revenus médians par UC dans la commune d'origine	*Inférieur à 15 000 €*	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	Entre 15 et 22 000 €	0,88	NS	NS	NS
	Supérieur à 22 000 €	1,23	1,21	1,33	1,35
% des résidences secondaires dans les logements de la commune de l'EHPAD	*Inférieur à 1 %*	*REF*	*REF*	*REF*	*REF*
	Entre 1 et 15 %	NS	1,42	NS	1,06
	Supérieur à 15 %	1,35	2,33	1,64	1,85
Indicateurs de pertinence du modèle	% concordant	69 %	68 %	80 %	77 %
	c, indicateur de pertinence	69 %	68 %	80 %	77 %
Effectif de résidents inclus (non pondéré)	Migrants	16 777	19 256	10 066	10 935
	Au plus proche	101 143	101 143	101 143	101 143

Définition : C'est un indicateur de pertinence, qui donne l'évolution du taux de vrais positifs en fonction du taux de faux positifs. Seuls les coefficients significatifs au seuil de 1/10 000 et pour lesquels l'intervalle de confiance de l'odds ratio ne contient pas la valeur 1 sont retenus. **Lecture** : Dans les modèles de migrations éloignés, un résident en EHPA dont le conjoint réside ailleurs que dans l'établissement aura deux fois moins de chances d'avoir migré qu'un résident célibataire ou veuf. Pour faciliter la lecture, une surbrillance verte est ajoutée lorsque la modalité favorise les migrations, et rouge lorsque celle-ci les freine. **Champ** : Résidents présents en EHPAD fin 2011, France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Drees, enquête EHPA 2011, Insee ; distancier INRA (Odomatrix).

Les soldes migratoires de la grande majorité des départements sont faiblement corrélés[69] à leur niveau d'équipement (nombre de places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus dans les départements d'accueil). Cette corrélation est expliquée par le fait que deux des trois départements les plus excédentaires affichent un taux d'équipement nettement supérieur à la moyenne métropolitaine

[69] Le coefficient de corrélation est de 0,40 entre les niveaux de solde migratoire et les taux d'équipement et de 0,50 entre les soldes migratoires relatifs (solde rapporté au nombre de résidents hébergés dans le département) et les taux d'équipement.

(172 ‰ en Seine-et-Marne et 169 ‰ dans l'Oise contre 133 ‰ en moyenne[70]). En Lozère, département ayant le plus fort taux d'équipement (211 ‰) et où plus d'un quart des résidents sont originaires d'un autre département, le solde migratoire est d'environ 300 personnes. De même, deux des trois départements les plus déficitaires ont un taux d'équipement nettement inférieur à la moyenne (77 ‰ à Paris et 92 ‰ en Seine-Saint-Denis).

Dans le modèle, le taux d'équipement du département d'origine est déterminant : un résident venant d'un département dans lequel le taux d'équipement est bas (inférieurs à 95 ‰) aura quatre fois plus de chances d'avoir migré qu'un résident venant d'un département dans lequel le taux d'équipement est moyen (95 à 125 ‰), ayant lui-même trois fois plus de chances d'avoir migré qu'un résident originaire d'un département fortement équipé (plus de 125 ‰). D'ailleurs, la première partie de l'étude avait déjà constaté que les cœurs des grandes agglomérations, souvent faiblement équipés au regard de la population âgée, n'étaient pas des territoires d'accueil. Cela montre qu'une forte contrainte de l'offre sur un territoire peut se traduire par un déplacement long : quitte à ne pas favoriser la proximité, des résidents feraient le choix d'un changement de territoire. Les migrants se dirigent-ils vers les départements les mieux équipés, dans lesquels ils trouveraient une place plus facilement ? Effectivement, plus les départements sont équipés, plus ils sont attractifs.

4.2.2. Les revenus fiscaux moyens de la commune d'origine sont significatifs

Le lien probable entre le choix par une personne âgée d'intégrer un établissement à plus de 100 kilomètres et ses possibilités économiques conduit à intégrer une variable de contexte, puisque les ressources des résidents ne sont pas individuellement renseignées. La médiane du revenu fiscal par unité de consommation de la commune d'origine du résident est significative. Plus les revenus fiscaux médians sont élevés dans la commune d'origine, plus la probabilité d'avoir migré est importante.

4.2.3. Migrer à l'entrée en EHPAD : se rapprocher de sa résidence secondaire ?

Pour finir, les personnes qui s'éloignent pourraient se rendre sur un territoire particulier, soit parce qu'elles y ont des proches, et en particulier des parents, soit parce qu'elles avaient une maison secondaire. Cette dernière variable n'est pas non plus disponible à l'échelle individuelle, c'est pourquoi le dernier indicateur inclus est, par commune de l'établissement, la part des résidences secondaires dans le total des logements. Cette variable est significative : plus la commune de l'établissement compte un nombre important de résidences secondaires rapportées au nombre de logements, plus il y a de chances que les résidents aient parcouru plus de 100 kilomètres. Son interprétation est difficile, puisqu'elle intègre beaucoup d'éléments : elle peut signifier que la personne âgée avait effectivement une résidence secondaire qu'elle a choisi de rejoindre, ou qu'il s'agit d'un territoire globalement attractif, choisi pour cela.

On constate que l'inclusion de ces cinq variables permet au modèle de gagner en pertinence, et ce, sans transformer les résultats obtenus par les autres variables dans le modèle précédent, les coefficients restant stables.

[70] Il s'agit de la moyenne départementale non-pondérée. Le taux d'équipement moyen en EHPAD est proche de 100 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus.

Conclusion : d'autres facteurs explicatifs de la migration restent à étudier

Faute de disponibilité dans la base de données utilisée, certains facteurs n'ont pu être étudiés ici, et notamment l'influence du parcours de vie. L'étude de la situation juridique des résidents permet d'entrevoir l'influence de la situation géographique de leurs proches, possibles aidants familiaux, sur la distance parcourue par les résidents. L'enquête Résidents avait d'ailleurs montré que les proches parents des résidents sont très investis dans les dossiers d'inscription en EHPAD. Il serait donc utile de pouvoir quantifier l'influence de la localisation des aidants familiaux, donnée non disponible dans les données d'enquête utilisées.

Ensuite, plus généralement, la connaissance des lieux qui « font sens » pour les personnes (localisation de la résidence secondaire ou commune dans laquelle ils ont grandi) sont certainement des variables d'influence. Les données disponibles pour cette étude ne permettent pas de replacer la personne dans l'ensemble de son parcours de vie. Une approche par les trajectoires résidentielles permettrait d'envisager « *les migrations résidentielles dans une perspective biographique, comme une succession de choix résidentiels, de lieux occupés, en lien avec les trajectoires familiales et professionnelles. Cette notion prend en compte les dimensions spatiale et temporelle du phénomène* » (Baccaïni, 2006). En effet, « *ce n'est qu'en fonction de son existence passée et de sa situation actuelle que l'on peut comprendre les raisons qui poussent l'individu à migrer* » (Courgeau et Lelièvre, 2006). Des données biographiques complèteraient donc utilement l'analyse, permettant d'inscrire l'entrée en établissement dans le parcours de vie des résidents en EHPAD, éventuellement en lien avec les trajectoires des membres de leur entourage (Lelièvre et Vivier 2001).

Ancrer l'entrée en EHPAD dans le parcours de vie serait d'autant plus pertinent que d'importants changements de mentalités se produisent aujourd'hui dans ces structures.

> À la fin des années 1990, « *les maisons de retraite se sont médicalisées, et à ce moment-là se sont un petit peu renfermées sur elles-mêmes, les protocoles sont devenus médicaux, etc. et aujourd'hui, dans tous les EHPAD, on est en train de redévelopper la vie sociale et ce partenariat, de recherche vers l'extérieur* ».
>
> **Synthèse de l'entretien auprès de responsables de CCAS, Nord, avril 2014**

Des acteurs du domicile travaillent de plus en plus en lien avec les EHPAD, c'est le cas notamment de centres socioculturels. Un responsable relate ainsi son expérience.

> A : « *On travaille dans les EHPAD, dans les maisons de retraite, on est accueilli, ils nous laissent une salle à disposition. Nous essayons de prendre des personnes qui sont à l'extérieur, pour faire connaître déjà les EHPAD et les maisons de retraite. Pour qu'il n'y ait plus ce frein, de passage de la maison à une maison de retraite quand ça arrive* ».
>
> **Entretien auprès de professionnels du territoire, Maubeuge, Nord, juin 2014**

Cette volonté de mieux inscrire l'EHPAD dans le parcours de vie s'accompagne plus globalement dans une conception nouvelle de l'accompagnement en EHPAD.

> A : « *Pendant longtemps, on s'est dit que la mission c'était d'accompagner une dégradation de la personne, inéluctable, et maintenant on est en train de voir qu'on peut aussi rééduquer » ; « de plus en plus, avec les personnes âgées, on se dit qu'il n'y a pas de fatalité, qu'on va peut-être, déjà maintenir l'autonomie, ce qui est déjà bien, et peut-être même l'augmenter* ».
>
> **Entretien auprès de responsables de CCAS, Nord, avril 2014**

Le lien entre approche biographique du parcours de vie et migration lors de l'entrée en établissement pourrait pour finir être rénové dans le cadre de l'arrivée de « *nouvelles générations* »,

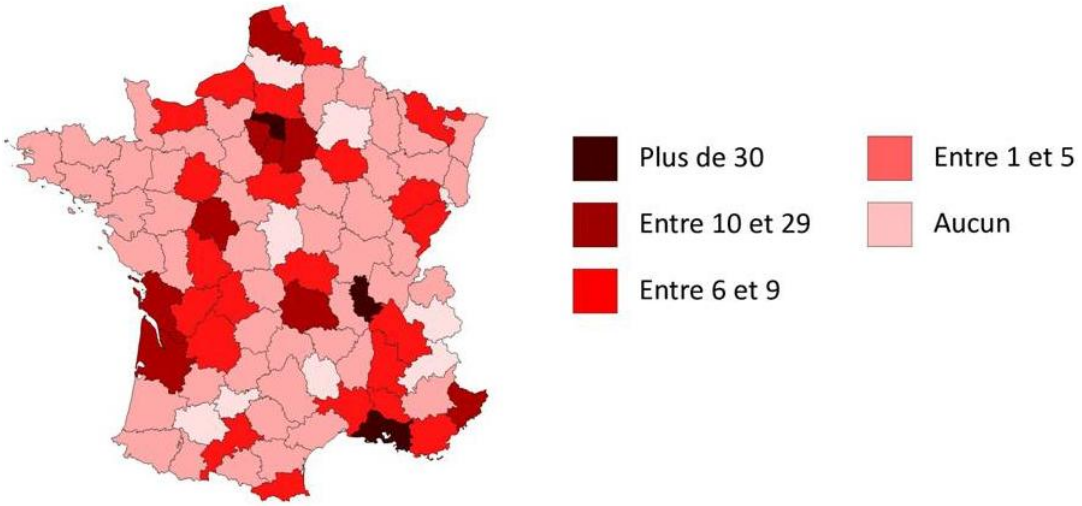
> Les « *nouvelles générations* » « *vont être plus en demande, elles vont réagir* ». Déjà, certains changements sont sensibles. « *Il y a une révolution culturelle, qui mettra peut-être une génération, mais où on fera en sorte que tout le monde ait sa place* » ; « *la parole des séniors portera de mieux en mieux [ils sont] force de proposition, force économique* ».
>
> **Entretien auprès des responsables des pôles autonomie, Nord, janvier 2014**

Certes, vont arriver dans les prochaines années les publics qui auront connu le chômage, des ruptures, ne se seront pas soignés de manière appropriée. Mais surtout, la génération qui arrive est celle des baby-boomers, qui ont bien plus que les générations précédentes été mobiles dans leur vie (Bonvalet et Ogg, 2009). Il serait donc intéressant de renouveler cette étude dans quelques années, les comportements migratoires des personnes âgées pourraient être alors transformés.

Enfin, le contexte de l'entrée en EHPAD ne peut pas, dans l'enquête de 2011, être approché. Or, « *une entrée dans des délais courts en établissement est plus fréquente lorsque l'état de santé de la personne s'aggrave vite, et dans ces circonstances, les possibilités de choix [pourraient être] très réduites* » (Weber, 2011). L'enquête Val-de-Marnaise sur les motifs du choix d'un établissement hors Val-de-Marne montre ainsi une possibilité de choix différente pour les personnes ayant déclaré avoir préparé leur entrée et pour les situations qualifiées d'urgentes. Ainsi, 43 % des personnes entrées en urgence auraient souhaité une place dans le département, contre 20 % de celles qui avaient préparé leur entrée en EHPAD, montrant qu'un même résultat, intégrer un EHPAD hors du département, peut être consécutif à un choix de la personne ou à une contrainte la poussant à s'éloigner. Dans l'enquête EHPA 2015, le délai entre la remise du dossier de demande d'inscription dans l'établissement et l'entrée effective sera renseigné pour chaque résident. Cette donnée complémentaire enrichira nettement les analyses, intégrant comme contrainte de l'offre à la fois les distances parcourues et le temps d'attente.

Ensuite, ce chapitre mesure les distances par un nombre de kilomètres par la route, mais aurait pu intégrer une mesure de distances subjectives : il est différent d'aller au plus proche à 15 kilomètres de chez soi, et d'aller à 15 kilomètres malgré une offre de proximité. Une des possibilités serait, pour chaque résident en EHPAD, de mesurer le nombre d'établissements strictement plus proches de son lieu de vie antérieur que l'EHPAD dans lequel il réside (Carte 73). Pour les résidents qui sont allés dans leur commune ou la commune équipée la plus proche, ce nombre est nul. Plus les résidents se sont éloignés de leur précédent lieu de vie et plus les espaces traversés sont équipés, plus ce nombre est important. Ainsi, on observe que les résidents d'Île-de-France ont, pour la moitié au moins d'entre eux, renoncé à 30 établissements minimum qui étaient situés plus près de chez eux. Des mesures complémentaires de l'écart entre l'EHPAD où les personnes âgées résident fin 2011 et leur lieu de vie antérieur permettraient d'enrichir l'analyse.

Carte 73 - Médiane du nombre d'établissements auxquels les résidents en EHPAD ont renoncé, en fonction de leur département d'origine



Lecture : Lorsqu'un département apparaît dans la couleur la plus foncée, cela signifie que la moitié des résidents originaires du département disposaient d'au moins 30 EHPAD plus proches que celui dans lequel ils résident fin 2011. **Champ** : EHPAD ouverts fin 2011, France métropolitaine hors Corse. **Sources** : Drees, enquête EHPA 2011. **Cartographie Arctique.** ©Mélina Ramos-Gorand 2014.

En s'appuyant sur une analyse agrégée puis individuelle, ce chapitre montre combien les migrations intermédiaires et éloignées relèvent de logiques différentes. Elles sont liées à une contrainte de l'offre, en particulier les migrations intermédiaires, ou à d'autres déterminants, plutôt individuels, conduisant les personnes âgées dépendantes à s'éloigner de leur précédent lieu de vie lors de leur entrée en EHPAD.

Le nombre de variables explicatives incluses dans les modèles statistiques témoigne de la multiplicité des facteurs qui influencent la migration : caractéristiques individuelles, de l'établissement, du contexte du territoire d'origine et d'accueil. La stabilité des coefficients, y compris en intégrant des variables complémentaires, montre la robustesse du modèle statistique.

Surtout, le chapitre interroge directement les politiques publiques. Les migrations peuvent être un choix des personnes âgées, comme dans certains cas le non-recours à l'APA. Les professionnels des institutions publiques ont à respecter la liberté individuelle. Mais en montrant une contrainte de l'offre, le chapitre souligne les lacunes de celle-ci à accompagner équitablement toutes les personnes, dans la diversité des problématiques qu'elles rencontrent. En particulier, la contrainte de l'offre à laquelle les personnes atteintes de pathologies neuropsychiatriques sont confrontées démontre la difficulté des pouvoirs publics à accompagner ces troubles, et donc à respecter l'égalité.

CONCLUSION GÉNÉRALE

DE L'INTÉRÊT D'UNE ANALYSE GÉOGRAPHIQUE DE L'ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL DE LA DÉPENDANCE

1. DISCUSSION AUTOUR DES HYPOTHÈSES **463**

1.1. La répartition actuelle de l'offre et la couverture des besoins qui en découle ne respectent pas le principe d'équité territoriale **464**

1.2. Peut-on, en pratique, concilier liberté et égalité ? **465**

2. UN OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION **469**

2.1. Les enjeux pour la Drees **469**

2.2. Les apports pour les départements **470**

3. LA DÉMARCHE DU GÉOGRAPHE **471**

Il y a tant de choses, qu'on ne saura jamais,
Le monde est tout plein de petits secrets
Giédré

La dépendance est relative, elle résulte de nombreux paramètres.

D'abord, le seuil de tolérance et le processus individuel d'acceptation à une situation varient considérablement d'un individu à l'autre. Ainsi, certaines personnes voient leur situation se dégrader et affrontent des conditions de vie extrêmement complexes quand d'autres sollicitent plus en amont les professionnels. Certains supportent les incapacités nouvelles qui s'imposent à eux et les limitations d'activités, même irréversibles, qu'elles entraînent, quand d'autres cherchent à les pallier.

L'approche de la dépendance change avec l'époque. En témoigne sa progressive apparition dans les discours et dans les politiques publiques. Les hospices, après de nombreuses réformes relatives à l'amélioration de leur qualité, sont ainsi passés en quelques siècles de lieux d'enfermement à des lieux d'accueil de mourants puis à des lieux d'accompagnement et de vie.

Les besoins actuels des personnes âgées dépendantes ont été étudiés dans leur dimension territoriale, mais tout autant que l'offre, la population et ses attentes évoluent. Ainsi, le vieillissement à venir dans les espaces littoraux et périurbains pourrait, demain, nous montrer d'autres réalités.

L'appréhension de la dépendance varie enfin d'un pays ou d'une civilisation à une autre, comme en témoigne la littérature consacrée aux comparaisons internationales sur le vieillissement (Assous, 2001 ; Prémat, 2006 ; Zelenev, 2006 ; Pinville, 2013). Cela n'est certes pas notre sujet, mais permet de rappeler combien cette recherche est inscrite dans un contexte historique et spatial.

Cette étude est ancrée dans notre manière collective de définir la dépendance aujourd'hui, d'accepter certaines incapacités plus que d'autres : la dépendance physique est ainsi plus facile à reconnaître que la dépendance liée aux troubles neuropsychiatriques. Elle puise sa source dans notre conception de la dépendance, mais surtout de la manière dont on pense que les solidarités, nationales ou locales, doivent y répondre. Elle se fonde ainsi sur les principes républicains de liberté, d'égalité dont découle l'équité territoriale et de fraternité, dont provient la solidarité, principes qui ne sont ni éternels, ni universels, et parfois contradictoires.

Au vu de ces éléments, il nous paraît important de conclure sur trois points. D'abord, nous dressons un bilan des hypothèses posées en introduction, auxquelles l'ensemble des chapitres apporte des arguments. Ensuite, nous concevions cette thèse comme un diagnostic utile aux acteurs publics, c'est pourquoi la conclusion décrit les apports de la recherche, pour la Drees, financeur, et pour les Conseils départementaux, partenaires privilégiés. Pour finir, nous avons un positionnement disciplinaire original : la dernière partie de la conclusion reprend la plus-value de l'approche géographique, inédite sur ce thème.

1. Discussion autour des hypothèses

Cette recherche avait pour objectif d'étudier l'application de nos principes républicains sur le champ médico-social, dans la réalité de l'accompagnement de la dépendance des personnes âgées par des professionnels, en France. Les quatre hypothèses posées dans l'introduction sont discutées ci-après.

1.1. La répartition actuelle de l'offre et la couverture des besoins qui en découle ne respectent pas le principe d'équité territoriale

La première hypothèse posait que la répartition de l'offre d'accompagnement ne respectait pas le principe d'équité territoriale, imposé par l'article L116-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Le chapitre 6 montre plutôt une répartition homogène du nombre d'heures passées par des professionnels auprès de personnes âgées dépendantes sur le territoire : bien que la part des besoins couverts varie du simple au double entre départements, 85 % d'entre eux enregistrent entre 45 et 65 % des besoins couverts.

La localisation de l'offre, dès le second chapitre et plus encore la comparaison entre l'activité respective des aides à domicile, des infirmiers libéraux, des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) montre cependant une répartition de ceux-ci non homogène, ce qui va à l'encontre de l'égalité entre les territoires. Cela ne permet cependant pas de conclure à un non-respect de l'équité spatiale. En effet, dans un territoire si hétérogène que la France, la diversité des situations implique des besoins et des modes de fonctionnement différents. Or l'équité est bien la capacité à proposer une offre au regard des besoins, et non une réponse identique.

Les chapitres 5 et 6 ont ainsi démontré la substitution entre les professionnels : les mêmes activités sont réalisées par des personnes dont les formations et institutions sont différentes. Ce constat permet d'identifier des systèmes spatialement différenciés d'accompagnement, qui induisent des inégalités entre les personnes et entre les départements. Par exemple, nous avons souligné combien la prise en charge par un infirmier ou un SSIAD est différente de celle d'un professionnel médico-social : les contraintes administratives d'accès à l'offre, les restes-à-charge des ménages qui en découlent, les différences liées aux formations des professionnels créent des inégalités entre ceux qui, au Sud de la France ou en Bretagne, recourront aisément à un professionnel de santé, et ceux qui, dans des territoires moins dotés, n'y auront pas accès. De cette substitution entre professionnels découle alors une substitution entre les financeurs, Conseils départementaux et Sécurité sociale, comme nous l'avons développé.

Chaque offre prise à part, les inégalités territoriales pourraient diminuer dans le temps, en témoigne l'exemple des établissements d'hébergement pour personnes âgées, bien mieux répartis aujourd'hui au regard de la population qu'au début des politiques « vieillesse » contemporaines, dans les années 1960. La localisation des établissements est aujourd'hui particulièrement efficiente par rapport à d'autres équipements de nature comparable.

Cependant, l'accompagnement est segmenté. Les institutions relèvent d'échelles d'action différentes, et de deux secteurs : le sanitaire et le médico-social. En découle une difficile analyse de l'offre proposée sur les territoires dans sa globalité. Les inégalités spatiales les plus criantes ne sont pas les plus connues ou médiatisées. Ainsi, les travaux sur les substitutions entre Conseils départementaux et Assurance maladie dans le financement de la dépendance sont peu nombreux, et inexistants dans leur dimension géographique. La pluralité des financeurs et donc des décideurs est source d'un pilotage non unifié de l'accompagnement. Les tensions financières qui pèsent sur les acteurs ajoutent de la complexité.

La cohérence et la convergence entre ces acteurs est le défi à relever pour améliorer le fonctionnement et diminuer les inégalités dans les prochaines années.

1.2. Peut-on, en pratique, concilier liberté et égalité ?

Liberté et égalité figurent toutes deux sur la devise républicaine, alors même qu'elles sont, dans une certaine mesure, contradictoires. La tension entre ces deux valeurs est déclinée d'abord au niveau des institutions : la politique décentralisée de la dépendance peut-elle permettre un accompagnement équitable ? Ensuite, au niveau du fonctionnement des prestations visant à pallier la dépendance : leur personnalisation, évaluation professionnelle à l'appui, ne remet-elle pas en cause l'égalité d'entrée et de droits au sein de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ? Enfin, au niveau des personnes âgées elles-mêmes : comment garantir un accompagnement selon les besoins de la personne, tout en tenant compte de sa volonté ?

1.2.1. Décentralisation et équité nationale sont difficilement compatibles

L'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) a montré la supériorité d'une gestion locale pour mesurer les besoins des personnes âgées et structurer l'offre de services (chapitre 6). Ainsi, l'approche des besoins gagne en finesse à mesure que le territoire observé se réduit. Mais cette gestion locale pourrait être déconcentrée, comme elle l'a été dans la majeure partie du XXe siècle : les institutions déconcentrées de l'État en département disposaient de marges de manœuvre pour adapter les recommandations nationales au territoire.

La décentralisation repose sur le principe de subsidiarité, c'est-à-dire que la responsabilité incombe à la plus petite entité en capacité de réaliser la politique. Elle vise à accorder un pouvoir décisionnaire important aux citoyens qu'ils exercent à travers leurs élus sur nombre de champs de la collectivité, dont l'action sociale fait partie. Sur cette thématique, c'est le département qui est l'échelle de référence, surtout depuis qu'il est reconnu, en 2004, chef de file de l'action sociale et médico-sociale. Notre présence dans quatre Conseils départementaux nous permet de témoigner de la variabilité de l'un à l'autre, dans la mise en application des politiques nationales, l'élaboration des diagnostics locaux ou encore la politique menée.

Ce n'est pas étonnant. La décentralisation n'a pas pour objet seulement une adaptation aux besoins d'un cadre national qui serait strict, mais l'élaboration d'une politique locale, reposant sur des valeurs partagées, entérinées par les élections. Elle s'appuie sur la légitimité démocratique (Rosanvallon, 2010). Outre l'expertise des administratifs, elle reconnait la légitimité de la connaissance empirique du territoire et de sa spécificité, par les citoyens et leurs représentants. L'élaboration des politiques locales n'est alors plus une mise en application de politiques nationales par des professionnels administratifs, techniciens, mais une conception partagée entre l'expertise professionnelle et l'intelligence locale. Cela différencie les Conseils départementaux des Agences régionales de santé, sous tutelle de l'État, qui ne reposent pas sur la légitimité démocratique.

Deux questions principales se posent à présent : d'abord, la problématique de la garantie pour toutes les personnes de l'égalité dans les prestations et dans les droits, et de l'équité dans l'accès aux services. C'est ensuite celle de la pertinence du zonage retenu et des référentiels d'actions choisis.

1.2.1.1. Garantie de l'équité territoriale

D'abord, la décentralisation de la politique d'accompagnement de la dépendance est à relativiser : seul un quart du financement de l'aide humaine repose sur les solidarités locales. Plus globalement, l'ONDAM médico-social s'élèvera à 21,6 milliards en 2015 (CNSA, 2015), quand les dépenses nettes d'aide sociale départementale des Conseils départementaux devraient stagner à environ 7 milliards, dont 1,8 milliars fera l'objet de subventions de la CNSA : la dépense des départements devrait représenter en 2015 moins de 20 % de la dépense publique.

Cependant, puisque la décentralisation repose sur des choix locaux, elle pourrait compromettre l'équité nationale . Cette thèse tend pourtant à prouver le contraire. L'offre la moins équitablement répartie n'est-elle pas celle en infirmiers libéraux, c'est-à-dire la seule sur laquelle les départements n'ont pas prise ? Il apparaît dans cette thèse que c'est davantage l'existence d'une planification et d'une régulation de l'offre par les institutions publiques qui est déterminante, que le niveau géographique où est pilotée la politique, en tous cas à l'échelle où ces réalités ont été étudiées.

Certaines disparités issues d'une politique locale différenciée pourraient cependant poser question (Gramain et Weber (dir)., 2012), d'autant qu'il n'existe pas, selon les acteurs départementaux rencontrés, de lieux d'échange entre les départements. La CNSA, qui pourrait devenir une « maison commune » des problématiques afférentes à la dépendance et au handicap, voit son conseil d'administration occupé presque pour moitié par des représentants de l'État.

C'est le niveau national, via la Sécurité sociale, qui est le principal financeur. L'État est garant de l'équité territoriale et s'appuie pour cela notamment sur la CNSA. Pour finir, les ARS, agences régionales sous tutelle de l'État et selon les orientations de celui-ci, valident les projets d'ouverture d'établissement et assurent la répartition infrarégionale des financements : « la politique d'ouverture d elits en établissement [est] totalement soumise aux décisions de financement de l'échelon central » (Gramain et Neuberg, 2009). Le département, chef de file de l'action sociale et médico-sociale, impulse les partenariats sur le territoire et verse la prestation visant à pallier la dépendance, l'APA. Ensuite, les communes, lorsque leur taille le permet, sont gestionnaires de services, d'établissements et restent le guichet de proximité.

Finalement, la gestion de ces problématiques par tous ces acteurs est peut-être ce qui permet de garantir à la fois l'équité nationale et la démocratie locale

1.2.1.2. Pertinence du zonage

Deux types de zonages doivent être distingués : d'abord, le zonage d'impulsion et de conception des politiques publiques. Ainsi, alors que l'action sociale est une compétence décentralisée confiée aux Conseils départementaux, la santé relève toujours de l'État, elle est centralisée. Ensuite, le zonage d'application des politiques publiques : la santé est confiée à des agences régionales, de même que les départements peuvent déléguer la mise en œuvre de leurs politiques à un niveau infradépartemental. Une troisième nature des zonages peut être distinguée, celle des zonages d'étude et d'analyse, sur lesquels nous nous sommes appuyés au long de cette thèse, et que nous ne développons pas ci-après.

Pour que le niveau d'impulsion des politiques publiques soit pertinent, il est nécessaire que chacune des entités territoriales choisies puisse réaliser cette politique d'accompagnement. Sur le thème de l'accompagnement de la dépendance, les communes les plus peuplées proposent certes des initiatives.

Mais avec trois quarts des communes comptant moins de 100 habitants âgés de 75 ans ou plus, la thèse a montré combien l'échelle communale n'est pas adaptée. Lorsque la Révolution offrit la possibilité de rationaliser l'espace administratif (Lagadec, 2009), les cantons furent construits à partir d'équilibres géométriques, philosophiques, démographiques et politiques (Bianchi, 2009). En demeurant des circonscriptions électorales sans administration propre, ils sont certes un zonage d'étude adapté, mais non un zonage ni de décision, ni de mise en application des politiques.

Dans le même temps, afin de garantir l'efficience des politiques menées, la connaissance du territoire doit être la meilleure. Les régions seraient alors trop étendues, surtout dans leur nouvelle définition, et leur connaissance du terrain moins pointue. Ce qui est vrai pour les administratifs l'est surtout pour les élus. Même avec la récente réforme, le mode de scrutin des conseillers départementaux leur confère un important ancrage local, bien supérieur à celui des conseillers régionaux. La délégation de l'action sociale aux régions n'a d'ailleurs pas été envisagée. Celles-ci auraient pu sen emparer, au titre de la compétence générale. Cependant, la loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (MAPTAM) (JORF, 2014) a rétabli la clause générale de compétences pour les régions et départements, mais elle a de nouveau disparu avec la loi portant Nouvelle administration territoriale de la République (NOTRe, JORF, 2015), écartant les régions de ce domaine de compétences.

Le dernier élément qui fait du département l'échelle aujourd'hui adéquate est son habitude d'accompagnement des problématiques sociales et médico-sociale. Celles-ci relèvent depuis la décentralisation de son champ de compétences. L'hétérogénéité départementale, dans l'étendue du territoire et le nombre d'habitants, est importante mais l'ensemble des départements se voit confier cette mission depuis plus de trente ans.

Concernant le zonage adéquat de mise en application des politiques sociales, le département semble là-encore avoir un rôle majeur. Avant la décentralisation, l'application des politiques sociales décidées par l'État était réalisée dans ce périmètre géographique (chapitre 3). La plupart des départements sont aujourd'hui organisés en divisions infradépartementales d'application de leurs politiques : l'ensemble des départements adopte une politique territorialisée, afin de répondre mieux aux besoins. Des instances déconcentrées du département sont présentes dans les territoires infradépartementaux. En Loire-Atlantique, les CLIC ont pour mission de décliner la politique départementale selon les spécificités locales. Le département du Nord s'engage davantage, visant à mettre en place une politique décentralisée à l'échelle des huit Pôles autonomie : de zonages d'application des politiques départementales, les Pôles autonomie sont en train de devenir des zonages d'élaboration de politiques publiques : prenant acte de l'étendue et de la population du département, il met en place une « territorialisation », qui nécessitera des années avant d'aboutir mais est dès à présent amorcée.

Les Agences régionales de santé mises en place en 2010, au vu des documents qu'elles publient et des témoignages des acteurs locaux, semblent s'être moins emparées des problématiques médico-sociales que sanitaires, c'est bien l'échelle départementale qui reste la référence sur le champ.

D'autres échelles d'actions émergent. D'abord, les intercommunalités dont l'action est pour l'instant restreinte dans le champ social. La plupart des communautés de communes rurales, telles que celles qui existent en Ariège pourraient rester trop peu denses pour que la politique sociale y soit impulsée. L'enjeu des communautés d'agglomérations urbaines, qui pourraient regrouper 300 000 habitants est différent. La métropole parisienne, par son étendue et la population qu'elle couvre, serait une échelle de mise en place de la politique trop large. Mais que penser de la métropole de Lyon, qui est à la fois

commune et département, rassemblant les champs de compétences de ces deux niveaux institutionnels (et donc le social) dans l'un des départements les plus peuplés de France ?

Ces échelles posent de nouvelles questions : si le manque de légitimité démocratique des intercommunalités (Giblin, 2009) a pu se résorber au moins en partie avec l'explicitation des conseillers intercommunaux sur les listes municipales en 2014, qu'en est-il des métropoles ? Sur les questions de santé, la même question des zonages d'élaboration des politiques et d'action se pose : « *qu'est-ce qui peut faire « territoire de santé » ? Sur quelle base territoriale s'appuyer : le territoire, cadre d'une projection institutionnelle, expression d'un pouvoir administratif ou le territoire correspondant à un espace vécu, approprié, expression de dynamiques environnementales, économiques, sociales, ou une association innovante des deux ?* » (Amat-Roze, 2011). Ces changements sont récents, et un bilan précis est difficile à élaborer. Quoi qu'il en soit, de nouveaux acteurs émergent, à différentes échelles, ces maillages ajoutés pourraient complexifier dans les années à venir la lisibilité institutionnelle de l'accompagnement de la dépendance.

Ainsi, plus globalement, cela questionne les nouvelles gouvernances, que la Drees a d'ailleurs prévu d'enquêter, en témoigne l'appel à projet Drees-CNAF en 2015 sur les politiques sociales locales, titré « fondements, dispositifs, acteurs et régulations ». La mise en place par exemple de la métropolisation crée un changement organisationnel : quelles en seront les traductions spatiales ? Aux côtés des sociologues, juristes, économistes et démographes, la géographie a une plus-value, celle de travailler sur les jeux d'acteurs dans leur production spatiale.

1.2.2. Une politique reposant sur un accompagnement individualisé ne peut pas être équitable

L'APA à domicile est un dispositif original en droit français, reposant sur une évaluation des besoins par un professionnel, dans le lieu de vie de la personne, et l'élaboration d'un plan d'aide permettant de compenser les incapacités de la personne.

Notre troisième hypothèse soulignait la difficulté à garantir l'équité territoriale, alors que la prestation repose sur une évaluation, réalisée par un professionnel. Du fait des professionnels et des personnes âgées elles-mêmes ou de leur entourage, en attente ou réticents à l'accompagnement, l'évaluation est nécessairement subjective. Toutefois, la finesse et la personnalisation de celle-ci sont peut-être à ce prix. Les échanges de pratiques mis en place dans les départements sont un des leviers pour permettre l'équité sur le territoire, équité par ailleurs garantie par la commission APA qui se réunit dans les départements.

1.2.3. Liberté individuelle et garantie de l'équité : comment offrir la même chose à des personnes qui ont les mêmes besoins ?

Notre dernière hypothèse se polarisait sur les personnes âgées elles-mêmes. Celles-ci, dans leur parcours de vie et dans les difficultés qu'elles rencontrent, sont plus ou moins en attente, plus ou moins demandeuses des prestations, établissements et services. Alors que le respect du principe de liberté conduit à proposer aux personnes l'offre qu'elles peuvent accepter, le principe d'équité consiste à accorder de l'aide en fonction des besoins, tels qu'ils sont reconnus par les pouvoirs publics.

Deux thèmes particuliers ont retenu notre attention : d'abord, le non-recours à l'APA à domicile (chapitre 7), ensuite, les migrations de personnes âgées à l'entrée en EHPAD (chapitre 8). Une difficulté est commune à ces deux sujets : le même phénomène, comme l'absence de sollicitation

d'une prestation ou le fait de rejoindre un EHPAD éloigné de son précédent lieu de vie, oscille entre deux interprétations. Soit ils relèvent du choix de la personne, que les pouvoirs publics doivent autant que possible respecter. Soit ils relèvent de l'organisation de l'offre ou de la prestation : non-recours et migrations questionnent alors directement les pouvoirs publics.

Dans ces deux chapitres, nous avons montré quels facteurs explicatifs relèvent de la responsabilité des pouvoirs publics, à divers niveaux d'action, et quels déterminants sont en lien avec les personnes. Ainsi, si les personnes souffrant de troubles de la cohérence sont amenés à parcourir davantage de kilomètres, n'est-ce pas parce que l'offre disponible en EHPAD n'est pas suffisamment adaptée ?

2. Un outil d'aide à la décision

Cette thèse est une recherche de géographie appliquée. Elle a mobilisé en réponse aux interrogations de la Drees et des départements partenaires la plus-value disciplinaire, à la fois dans la conception des problématiques et méthodes, dans sa lecture des sujets étudiés et dans les analyses, notamment cartographique.

2.1. Les apports pour la Drees

Initialement, cette thèse aurait pu faire l'objet d'une Convention industrielle de formation par la recherche (CIFRE). L'objectif de ce dispositif, financé par le Ministère chargé de la recherche, est de favoriser le développement de la recherche partenariale. Pour des raisons juridiques, cela n'a pu être le cas, c'est donc par une Convention de Recherche que la Drees a financé l'essentiel de la thèse. Cependant, la thèse a été conduite dans l'esprit des CIFRE.

Nous nous inscrivons dans les champs de compétences du Ministère, c'est ce qui justifie le financement attribué : la Mission Recherche de la Drees est vouée à animer la recherche sur les thématiques relevant de l'observation de la santé et de la solidarité. De plus, la Drees a été continuellement associée, à la fois au projet de thèse et à la thèse elle-même, deux ou trois rencontres par an permettant d'exposer les résultats, auprès des chefs des bureaux des Collectivités locales, Handicap-dépendance et de la Mission Recherche, garantissant que la thèse réponde à leurs attentes. C'est lors de l'une de ces réunions que la Drees a souhaité l'approfondissement de l'étude qualitative, et a accepté de prolonger la recherche d'un an.

Cette thèse offre une vision transversale et locale de l'offre destinée à un public unique : les personnes âgées dépendantes. Par nos travaux de recherche, nous proposons, en mobilisant de nouvelles méthodes d'analyse, un diagnostic dans le champ de l'aménagement du territoire, appliqué aux structures et services d'accompagnement de ces personnes. Cette thèse enrichit la connaissance de l'offre professionnelle, en montrant sa construction socio-historique et en étudiant son adéquation aux besoins, à l'échelle nationale et locale. Cela permet d'approcher l'identité des territoires, faits par les hommes sur leurs espaces de vie, et liés à des héritages sociaux, économiques. Ce sont dans cette thèse à la fois les enjeux pour les pouvoirs publics et pour les personnes qui sont développés.

La démarche géographique est particulièrement éclairante dans un contexte de développement à la Drees de l'attention au local, dont témoignent la création du bureau des collectivités locales (2012) puis de la cellule d'appui à l'évaluation, soutien aux ARS (2015).

Notre présence au sein des locaux a facilité les échanges avec les autres bureaux avec deux conséquences concrètes. D'abord, la description fine de l'offre réalisée implique une bonne

connaissance des sources, et notamment des bases de données issues d'enquêtes de la direction. Dans la dernière année de cette recherche, nous avons pu faire des propositions d'amélioration des questionnaires d'enquête, d'abord au Comité de Pilotage de EHPA, ensuite sur l'enquête annuelle relative aux bénéficiaires de l'aide sociale départementale. Seconde conséquence concrète, liée aux échanges continus avec les chefs des bureaux Collectivités locales et Handicap-dépendance : ceux-ci ont eu au fur et à mesure, connaissance des travaux et volonté de les partager. Deux publications ont été réalisées dans les différentes collections de la Drees (Ramos-Gorand, 2013 et 2014), et devrait suivre une mise en valeur d'autres résultats de la thèse. Par ces publications, nous répondons à l'objectif de mise à disposition de données et d'études des services statistiques ministériels, dont la Drees fait partie. En effet, la Drees n'est pas une direction opérationnelle, cette recherche n'a donc pas eu une influence directe sur la politique nationale : l'objectif est bien de d'observer, d'analyser, de poser des constats, de diffuser les travaux. Ce sont à d'autres directions ou institutions de s'emparer des résultats pour influencer la politique nationale.

Enfin, cette étude développe des méthodes et approches non statistiques, moins fréquentes dans la direction. Les développements sur le thème du non-recours à l'APA à domicile (chapitre 7) ou de la coordination (chapitre 3) sont d'autant plus enrichissants que ces sujets ne peuvent pas être analysés uniquement avec les données dont dispose la direction.

2.2. Les apports pour les départements partenaires

Les répercussions de la recherche dans les départements sont plus immédiatement visibles.

D'abord, les départements partenaires ont demandé que les résultats de la recherche soient présentés aux décideurs, administratifs et élus. L'objet de la recherche était certes de dresser un constat, mais les faits démontrés ont été intégrés à leur connaissance, permettant qu'administratifs et élus puissent en ternir compte dans l'élaboration future de leur politique. L'Ariège a pu ainsi insérer des éléments de diagnostic dans son nouveau schéma gérontologique, et un document de synthèse à destination des communes est en cours de rédaction dans le Val-de-Marne, pour que celles-ci puissent intégrer si elles le souhaitent des éléments dans leur analyse des besoins sociaux.

Ensuite, parce que la recherche a permis à ces Conseils départementaux de bénéficier de compétences qui ne sont pas disponibles en interne sur le plan technique, et d'une démarche comparative.

Enfin, parce que les entretiens se sont révélé un carrefour de rencontre entre acteurs du territoire, rassemblés par une personne de l'extérieur. En Ariège par exemple, ces moments d'échanges ont permis de dynamiser les tables tactiques déjà engagées par les MAIA du département. Dans le Nord, les entretiens de territoire ont contribué à identifier des sujets prioritaires à travailler en fonction des attentes des publics et de nouvelles réponses possibles.

Le partenariat particulier avec les départements conduit à leur demander un bilan de l'étude effectuée dans chacun d'eux. Les trois bilans disponibles à la mi-août 2015, soit au moment de l'impression de ce manuscrit, sont disponibles en annexe. Ils montrent la plus-value de la démarche, et comment les conseils départementaux se sont emparés de la recherche pour dynamiser les partenariats.

3. La démarche du géographe

Tout est dans tout
Et réciproquement

La géographie est fondée sur une analyse globale et explicative du phénomène étudié. « *Sa question fondamentale, « où ? », se prolonge par une investigation portée par cette problématique : pourquoi là, maintenant, et comment ?* » (Amat-Roze, 2011). Pour cela, elle ose l'interdisciplinaire, l'association des méthodes est ancré dans son fonctionnement.

La géographie mobilise de nombreux outils : les méthodes statistiques offrent la possibilité, au-delà de la spatialisation des phénomènes, de comprendre leurs relations et donc de créer des connaissances nouvelles, ou de démontrer (ou d'infirmer) des connaissances empiriques. Par exemple, la plus grande contrainte de l'offre lors de l'entrée en EHPAD des personnes atteintes de pathologies neurodégénératives, relevée par la Fondation Médéric Alzheimer, est à présent statistiquement démontrée (Fondation Médéric Alzheimer, 2015).

La démarche géographique croise ensuite les échelles, de l'individu au national. Elle offre donc des regards croisés inédits, montrant qu'il n'y a pas de causalité simple mais des causalités multiples, et des systèmes spatiaux complexes. C'est pourquoi il était si important d'être au contact du terrain, d'observer les nouvelles gouvernances qui induisent de nouvelles territorialités : le géographe est alors le mieux placé pour lire les effets territoriaux. La diversité des territoires de l'étude, du Quérigut à Lille, permet de lire chaque territoire dans sa spécificité, et d'élaborer un diagnostic territorial : tous les territoires sont, d'une manière ou d'une autre, des territoires d'exception.

Ensuite, car c'est une approche originale. La géographie a peu émergé sur le thème de la dépendance, au contraire de recherches relatives à la santé.

D'abord, la géographie de la santé s'est développée parce que les maladies se transmettent, contrairement à la dépendance. Les premières cartographies n'ont-elles pas été réalisées pour contrôler une épidémie de choléra ? Il s'agit donc de savoir où sont les malades, pour étudier les phénomènes de contagion, mais surtout quels sont les liens entre les lieux et les maladies.

Ensuite, parce que l'accès aux équipements sanitaires est important, le risque vital étant parfois engagé. Il s'agit alors de répartir au mieux les ressources médicales dans l'espace. L'accès aux équipements médico-sociaux comme les EHPAD se pose avec une acuité moindre, pourtant, il peut être important pour les personnes de rester dans leur environnement, celui où elles ont leurs repères et leurs réseaux de sociabilité : « *le quartier se révèle un périmètre essentiel pour les personnes âgées. C'est une autre partie du 'chez soi'. C'est le lieu de ma vie sociale, du voisinage, des amis, celui de l'accès aux commerces et aux services publics* » (Broussy, 2013). Les travaux de la géographe Hallier-Nader montrent ainsi que la majorité des personnes âgées vivent au quotidien dans un périmètre inférieur à 500 mètres (Hallier-Nader, 2011). De telles recherches en géographie sur le grand âge sont essentiellement qualitatives : Chapon travaille ainsi sur quelques territoires, notamment à Lyon et en région Rhône-Alpes, Blanchet sur les Pays de la Loire et Hallier-Nader sur le XIVe arrondissement de Paris (Chapon, 2011 ; Blanchet, 2011).

Finalement, la géographie a pour objet propre l'espace, mais celui-ci ne se réduit pas à une portion de la surface terrestre : l'analyse géographique permet de lire l'action des sociétés, passées et présentes. Elle a toute sa place dans les débats scientifiques, politiques et citoyens sur la dépendance. Par ses

méthodes et ses outils, elle apporte des connaissances et des hypothèses scientifiques originales dans un débat pluridisciplinaire, et se révèle un observatoire des sociétés dans leur complexité.

Notre recherche a débuté et se termine en plein cœur des débats sur l'accompagnement de la dépendance, preuve s'il en est que la question est complexe. Notre premier mémoire, en 2010, visait à mieux comprendre les migrations de personnes âgées et s'intitulait « *vis où tu veux, meurs où tu peux ?* ». Le second, qui déjà prenait en compte l'offre dans sa globalité, titrait : « *vivre vieux est un progrès, bien vieillir est un défi* ». À l'issue de ces cinq ans, je conclurais avec l'humoriste Stephen Leacock : « *On peut dire tout ce qu'on voudra sur la vieillesse, ça vaut mieux que d'être mort* ».

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE MIDI-PYRENEES, 2010, *Ariège, le pays des Pyrénées Cathares, Territoire, population, santé, recours aux soins et à la prévention, dispositif de soins, de prise en charge et de prévention*, document communiqué par le département de l'Ariège.

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION, 2014, *Premiers résultats de l'enquête de coûts en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – données 2012* – Dossier de presse, 2 avril.

ALBEROLA E., BREZAULT M., LAUTIE S., LOONES A., 2009, *Le handicap à Paris*, CREDOC.

ALDEGHI I., LOONES A., 2010, *Les emplois dans les services à domicile aux personnes âgées, approche d'un secteur statistiquement indéfinissable*, CREDOC, cahier de recherche n°277, décembre.

AMAR E., 2013, *Les dépenses d'aide sociale départementale en 2011*, document de travail série statistiques, n°182, avril Drees.

AMAR E., 2015, *Les dépenses d'aide sociale départementale en 2013*, Document de travail, série statistiques, Drees, à paraître.

AMAT-ROZE J.-M., 2011, « La santé, une construction interdisciplinaire. L'exemple du dialogue géographie – santé – territoire », *Recherche en soins infirmiers* 2011/3, n°106, p 5 à 15.

AMYOT J.-J. et VILLEZ A., 2001, *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*, Fondation de France.

AMYOT J.-J., 2010, « Les tribulations de la coordination gérontologique : des stratégies aux usages », Coopérer, coordonner : nouveaux enjeux, *Revue Vie Sociale* n°1/2010

ANCREAI, 2013, *Les politiques territoriales en faveur des personnes âgées à travers les schémas départementaux et régionaux d'organisation médico-sociale*, avec le soutien de la CNSA.

ANDRIEU S., GRAMAIN A., BERTHIER F, BOCQUET H, POUS J, 1997, « Facteurs prédictifs de la rupture de la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, volume 45, octobre 1997, n°5.

ANESM, 2010, *Le cadre juridique du secret professionnel dans le champ de la protection de l'enfance*, Document complémentaire à la *Recommandation relative au partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance*, avis favorable du Comité d'orientation stratégique de l'ANESM, décembre.

AQUINO J.-P., 2013, *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société* ; Rapport du comité Avancée en âge, prévention et qualité de vie, remis à Michèle Delaunay, Ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie. Mission d'appui IGAS : GOHET P. et MOUNIER C., février.

ARGOUD D., 2007, « La décentralisation de la politique vieillesse, vers une accentuation des inégalités ? » *Gérontologie et société*, 2007/4, n°123, p 201 à 212, Fondation nationale de gérontologie.

ARGOUD F., PUIJALON B., 1999, *La parole des vieux, enjeux, analyse, pratiques*, Fondation de France, éditions Dunod

ARIES P., 1975, *Essais sur l'histoire de la mort en Occident, du Moyen Âge à nos jours*, éditions du seuil.

ARIES P. et DUBY G. (dir.), 1999, *Histoire de la vie privée, de la Révolution à la Grande Guerre, tome 4, Histoire de la vie privée*, Points histoire, éditions Seuil.

ASSOUS L., 2001, « Soins et aides de longue durée aux personnes âgées : une mise en perspective internationale », *Revue française des affaires sociales*, 2001/2, n°2, p 211 à 231.

ASSURANCE RETRAITE, 2012, *Rapport action sociale*.

AUGRIS N., 2008, *Les allocataires du minimum vieillesse*, Études et Résultats n° 631, Drees, avril.

BACCAÏNI B., 2006, « Observations et concepts en matière de migrations internes », in CASELLI G., VALLIN J., WUNSCH G. (dir.), *Démographie : analyse et synthèse*, volume VIII, observation, méthodes auxiliaires, enseignement et recherche, Paris, Éditions de l'Institut national d'études démographiques, pp. 65-88.

BACCAÏNI B., LEVY D., 2009, *Recensement de la population de 2006. Les migrations entre départements, le Sud et l'Ouest toujours très attractifs*, Insee Première n°1248, Insee.

BACHSCHMIDT C., LEROUX M., 2015, *Groupe de travail Coordination interinstitutionnelle entre acteurs*, Rapport remis par P. METEZEAU, Vice-président du Conseil général du Val d'Oise, états généraux du travail social, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

BARAY J., 2002, *Localisation commerciale multiple : une application du traitement du signal et du modèle p-median au développement d'un réseau de magasins de produits biologiques*, Thèse de doctorat de géographie, sous la direction de G. CLIQUET, présentée et soutenue publiquement en 2002, Université de Rennes 1.

BARLET M., COLLIN C., 2010, « Localisation des professionnels de santé libéraux », *Comptes nationaux de la Santé 2009*, Drees.

BARLET M., COLDEFY M., COLLIN C., LUCAS-GABRIELLI V., 2012, *Accessibilité potentielle localisée (APL), une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France*, Document de travail série Études et Recherche n°124, Drees, décembre.

BEAUD S., WEBER F., 2012, *Guide de l'enquête de terrain*, Quatrième édition augmentée, Collection Grands repères, éditions La Découverte.

BELLE R., NOVELLA S., 2010, *Les services à la personne, un secteur pénalisé par ses conditions d'emploi*, Sud Insee l'Essentiel n° 140, février, en collaboration avec la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Provence-Alpes-Côte d'Azur.

BENOIT-LAPIERRE N., CEVASCO R., ZAFIROPOULOS M., 1980, *Vieillesse des pauvres, les chemins de l'hospice*, Les éditions ouvrières, collection économie et humanisme.

BERARDIER M., 2014, *Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011*, Études et résultats n°876, Drees, février.

BERARDIER M., 2011, *APA à domicile, quels montants si l'APA n'était pas plafonnée ? Essai de modélisation*, Document de travail série Sources et Méthodes n°21, Paris, Drees.

BERGES P., BROTONS A., ESCANDE-VILBOIS S., GISSLER E., HAUTIER A., JUERY J.-F., OLIVIER M., SUBREMON P., 2013, *Enjeux et réformes de la péréquation financière des collectivités territoriales*, Rapport de l'Inspection générale des finances du Ministère de l'économie et des finances n°2013-M-049-01 et de l'Inspection générale de l'administration du Ministère de l'intérieur n°13-047/13-045.01, juin.

BERRAT B., 2011, *Non-recours aux droits et dispositifs liés au handicap, « ne rien dire, c'est ne pas être handicapé »*, rapport de la recherche conduite dans le cadre de l'Appel à Projets 2007, « le Handicap, un nouvel enjeu de santé publique » lancé par l'IRESP, financement CNSA, MiRe-Drees et Inserm.

BERTHOD-WURMSER M., OLLIVIER R. et RAYMOND M., de l'Inspection générale des affaires sociales, VILLERS S., FABRE D. du Conseil général de l'agriculture, de l'alimentation et des espaces ruraux, 2009, *Pauvreté, précarité, solidarité en milieu rural*, rapport IGAS n°RM2009-102P et rapport CGAAER n°1883.

BERTRAND D., 2010, *Les services de soins infirmiers à domicile en 2008*, Études et résultats n°739, Drees, septembre.

BERTRAND D., FALINOWER I., 2011, *Les services de soins infirmiers à domicile en 2008*, Document de travail, série statistiques n°160, Drees, août.

BEZBAKH P., 2011, « 1910 : René Viviani crée la "retraite ouvrière" », *Le Monde Économie* du 10 janvier.

BIANCHI S., 2009, « L'expérience des cantons en milieu rural dans la décennie de la Révolution française : pertinence et problèmes d'une greffe électorale, judiciaire, militaire et administrative », *Le canton, un territoire du quotidien*, sous la direction de LAGADEC Y., LE BIHAN J., TANGUY J.-F., Presses Universitaires de Rennes, p23-35

BILLE, M., 2005, « L'entrée en institution, dernière mise en demeure ? », in *Gérontologie et société*, 2005/1 n° 112, p. 63-72.

BLANCHET M., 2011, *Politiques de la vieillesse dans la région Pays de la Loire*, Thèse de doctorat de géographie, sous la direction de C. PIHET, présentée et soutenue publiquement le 7 avril 2011, Université d'Angers.

BLANPAIN N. et CHARDON O., 2011, « Un papy-boom aura lieu, même si l'espérance de vie ne progressait plus », *Espace, populations, sociétés* n°2011-3, « Les dynamiques démographiques internes de la France ».

BLOCH M., 1931, *Les caractères originaux de l'histoire rurale française*, Paris, librairie Armand Colin, 1968, 5e édition.

BOCQUET H., CHARLET J.-P., POUS J., 1997, « Troubles mentaux et comportementaux des personnes âgées : essai de classification et lien avec la charge des aidants », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, volume 45, octobre 1997, n°5.

BOIS J.-P., 1989, *Les Vieux, de Montaigne aux premières retraites*, édition Fayard.

BOIS J.-P., 2006, « Âge, pauvreté ou richesse, observation historique sur la question des vieux et de l'argent », *Gérontologie et Société*, n°116, mars.

BONVALET C., OGG J., 2009, *Les baby-boomers : une génération mobile*, Éditions de l'Aube 2009, Institut national d'études démographiques.

BORDERIES F., TRESPEUX F., 2013, *Les Bénéficiaires de l'Aide sociale départementale en 2011*, Document de travail série Statistiques n°176, Drees, juillet.

BORDERIES F., TRESPEUX F., 2015, *Les Bénéficiaires de l'Aide sociale départementale en 2013*, Document de travail série Statistiques n°196, Drees, juin.

BOUTRAND M., 2009, *Seniors et Cité*, rapport du conseil économique, social et environnemental, présenté par M. BOUTRAND, remis en mars 2009, collection Journal officiel de la République française, avis et rapports du Conseil économique, social et environnemental.

BRANCHU C., GUEDJ J., LACAZE D., PAUL S., VOISIN J., 2009, *État des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales n° RM2009-094P, août.

BRESSE S. 2004, *Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002*, Études et Résultats n°350, Drees, Novembre.

BREUIL-GENIER P., 1998, *Aide aux personnes âgées dépendantes : la famille intervient plus que les professionnels*, Économie et Statistique n°316-317, Insee.

BRIET R. et JAMET P., 2004, *Mission de préfiguration de la CNSA, pour une prise en charge solidaire et responsable de la perte d'autonomie*, avec le concours de HAUTCHAMP M.

BRODIEZ-DOLINO A., 2013, « Entre social et sanitaire : les politiques de lutte contre la pauvreté-précarité en France au XXe siècle », *Le Mouvement social*, 2013/1 (n°242), p9-29.

BROUSSY L., 2013, *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : la France, année zéro !* Rapport de la mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, remis à Michèle Delaunay, Ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, janvier.

BRUANT-BISSON A., AUBE-MARTIN P., de REBOUL J.-B., 2010, *Rapport de la mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles*, Inspection générale des affaires sociales (rapport RM2010-138P) et Inspection générale des finances (rapport 2010-M052-02).

BUNGENER M., JOEL M-E., 1990, *Le financement de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées*. LEGOS. CERMES.

BUR D., BOUVIER M., GILBERT G., GUENGANT A., DAVEZIES L., UHALDEBORDE J.-M., PAINVIN N., 2004, « Péréquation et aménagement du territoire, Territoires 2020 », *Revue d'études et de prospectives* n°10, 2e trimestre 2004, Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (DATAR).

CAISSE DES ALLOCATIONS FAMILIALES, 2012, *Les Non-recourants au RSA*, L'e-ssentiel, publication électronique de la CAF, n°124.

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES, 2002, *L'activité des infirmières libérales*, Dossier Études et Statistiques de la CNAMTS n°52.

CAMBOIS E., LABORDE C., ROBINE J.-M., 2008, « La 'double-peine' des ouvriers, plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », *Population et Sociétés*, n°441, janvier 2008.

CAMPAGNOLE E., 1905, *L'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables*, extrait de la « Revue générale d'administration », éditions Berger-Levrault, Paris, disponible sur Gallica.

CARADEC V., 2008, « Les mécanismes de la transition identitaire au moment de la retraite », *SPIRALE, Revue de Recherches en éducation*, n°41 (p 161 à 176).

CENTRE LOCAL D'INFORMATION ET DE COORDINATION EN GÉRONTOLOGIQUE (CLIC 3), 2013, *Maison pour l'Autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, Territoire 94-3*, réponse à l'appel à projets de l'agence régionale de santé d'Île-de-France pour la création de MAIA.

CESE, 2014, *Présentation du projet d'avis sur le Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement*, séance du Conseil Économique, Social et Environnemental du 26 mars 2014, compte-rendu intégral.

CHAPELON L., 2004, « Accessibilité », Index complémentaire, *Hypergéo*, 2004

CHAPON P.-M., 2011, *Qualité territoriale, qualité du vieillissement : contribution du géographe*, Thèse de doctorat de géographie, sous la direction de J. BONNET et de J.-M. AMAT-ROZE, présentée et soutenue publiquement le 6 décembre 2011, Université Lyon III Jean Moulin.

CHARPIN J.-M., 2011, *Perspectives démographiques et financières de la dépendance*, rapport du groupe de travail sur les perspectives démographiques et financières de la dépendance, dans le cadre du débat dépendance de 2011, rapporteur C. TLILI, remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale, juin.

CHAUNU P., DUMONT G.F., LEGRAND J., SAUVY A., 1979, *La France ridée, échapper à la logique du déclin*, Collection Pluriel, éditions Le livre de poche, Paris.

CHAUVEAUD C., VIAL B. WARIN P., 2011, *L'APA : utilisation des plans d'aide, adhésion aux services rendus*, Document de travail, Observatoire des non-recours aux droits et services.

CHEVALIER D.L.P., 1749, *Les agréments de la vieillesse, ou la manière de la passer sans ennui, sans douleur et sans souci*, La Haye, disponible sur Gallica

CHEVREUL K. (dir), 2009, *Les patients en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ; le coût de leur prise en charge et ses déterminants*, Unité de recherche en économie de la santé d'Île-de-France.

CNAMTS, 2008, *Guide d'utilisation du modèle AGGIR*, téléchargeable sur le site de la CNSA, janvier.

CNRPA, 2005, *Moderniser et développer les logements-foyers : une réponse à des besoins*, Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA), Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille, mars.

CNSA, 2012, *Rapport de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 2011*, Conseil du 17 avril 2012.

CNSA, 2013, *Dossier technique : SROMS, bilan national de la première génération des schémas régionaux d'organisation médico-sociale*, 2012-2016, publié en octobre.

CNSA, 2014a, *MAIA, Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie*, Les Cahiers pédagogiques de la CNSA, octobre.

CNSA, 2014b, *Budget prévisionnel modificatif de la CNSA en 2015*, adopté le 14 avril 2015.

CODE CIVIL, 2015

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2015

CODE DE LA SECURITE SOCIALE, 2015

CODE DU TRAVAIL, 2015

CODE GENERAL DES COLLECTIVITES TERRITORIALES, 2015

COLDEFY M., COM-RUELLE L., LUCAS-GABRIELLI V., MARCOUX L., *Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007*, Volume 2 – annexes méthodologiques, Rapport de l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) n°551, juin 2011

COMITÉ FRANÇAIS DE CARTOGRAPHIE, 1980, *Cartes et figures de la Terre*, catalogue de l'exposition, Centre Georges Pompidou, Paris.

COMITÉ SCIENTIFIQUE POUR L'ADAPTATION DES OUTILS D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE, 2003, Rapport. Président du comité scientifique : COLVEZ A. ; rapporteur PARAYRE C.

COMMISSARIAT GÉNÉRAL AU DÉVELOPPEMENT DURABLE, 2010, *Cinq millions de ménages multipropriétaires*, Observation et statistique numéro 49.

COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN, 2005, *La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans leur dernière période de vie, Enjeux et pistes de réflexion pour l'État*, quatre séminaires du groupe de projet GESTE, Les Cahiers du plan, n°1

COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, 2013, *Avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées*, Assemblée plénière du 27 juin 2013.

COM-RUELLE L. DOURGNON P., MIDY F., 2002, *L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile*, IRDES n°13, août.

CONSEIL DÉPARTEMENTAL D'INDRE ET LOIRE, 2012, *Recueil des actes administratifs*, partie 1 –Conseil général, Séance du 27 janvier 2012, Annexe n°1 à la convention pour la modernisation et la professionnalisation des services d'aide à domicile dans le département de l'Indre-et-Loire, 2012-2014, programme d'action.

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DES ALPES-MARITIMES, 2006, *Schéma départemental gérontologique 2006-2010*.

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DES ALPES MARITIMES, 2012, *Schéma gérontologique départemental 2012-2016*.

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE CHARENTE-MARITIME, 2010, *Schéma départemental en faveur des personnes âgées, 2011-2016*, adopté le 17 décembre 2010.

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE GIRONDE, 2009 *Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale 2009-2011*, volet Personnes Âgées

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA LOIRE, 2008, *Le schéma départemental 2008-2012 en faveur des personnes âgées*.

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE SEINE-ET-MARNE, 2006, *Schéma départemental en faveur des personnes âgées 2006-2011*.

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE VENDÉE, 2010, *Bien vieillir en Vendée*, schéma gérontologique 2010-2014

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU VAL-DE-MARNE, 2010, « Enquête sur les motifs du choix d'un établissement hors Val-de-Marne », *Élaboration du troisième schéma départemental en faveur des personnes âgées,* document interne, communiqué par l'administration départementale.

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU VAL-DE-MARNE, 2013, *3e schéma départemental en faveur des personnes âgées*, 2013-2017.

CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL RÉGIONAL, RHÔNE-ALPES, 2011, *Dépendance des personnes âgées*, note du CESER Rhône-Alpes pour le CESE.

CONSEIL NATIONAL DE L'INFORMATION STATISTIQUE, 2012, *Rapport du groupe de travail interinstitutionnel sur la connaissance statistique des emplois dans les services à la personne*, mars.

COQUILLON M., 2007, *L'impact de l'allongement de la durée de la vie sur les systèmes d'aides et de soins*, Conseil économique, social et environnemental.

COUR DES COMPTES, 2005, *Les personnes âgées dépendantes*, rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés, novembre.

COUR DES COMPTES, 2014, *Le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie*, Enquête demandée par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale, juillet.

COURGEAU D., 1975, « Mesure et analyse des migrations », *L'Analyse démographique et ses applications*, Colloque National de Démographie du CNRS, Paris, Colloques Nationaux du CNRS n°934.

COURGEAU D., 1978, « Échelle géographique et migrants, Canadian Studies », *Population*, vol.5, p 141 à 152.

COURGEAU D., LELIEVRE E., 2003, « Les motifs individuels et sociaux des migrations », in CASELLI G. VALLIN J. WUNSCH G. (dir.), *Démographie, analyse et synthèse*, volume IV : les déterminants de la migration, Paris, Éditions de l'Institut National d'Études Démographiques, pp. 147-169.

D'AUTUME A., 1988, *Logements-foyers : équipements, activités, clientèle au 31 décembre 1985*, Documents statistiques n°55, Service des statistiques, des études et des systèmes d'information, Ministère des affaires sociales et de l'emploi, juin.

DALLOZ, 2015, *Code de l'action sociale et des familles commenté, 10e édition, 2014*. Annotations et commentaires rédigés par BORGETTO M. et LAFORE R., éditions Dalloz, 2015.

DAVIN B., JOUTARD X., MOATTI J.-P., PARAPONARIS A., VERGER P., 2006, « Besoins et insuffisance d'aide humaine aux personnes à domicile : une approche à partir de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance », *Sciences sociale et santé*, volume 24, n°3, 2006, Déterminants socio-économiques des inégalités de santé, p 59 à 93.

DE RICHEMONT H., 2007, *Rapport n°212, fait au nom de la commission des Lois constitutionnelles, de la législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale du Sénat sur le projet de loi adopté par l'Assemblée nationale, après déclaration d'urgence, portant réforme de la protection juridique des majeurs*, Sénat, session ordinaire de 2006-2007, annexe au procès-verbal de la séance du 7 février 2007.

DEBOUT C., 2010, *Caractéristiques sociodémographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA, premiers résultats des données individuelles APA 2006-2007*, Études et Résultats n°730, Paris, Drees.

DÉFENSEUR DES DROITS, 2014, *Les Refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME*, rapport remis au Premier Ministre, mars.

DEGORRE A., REDOR P., 2007, *Enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2006. Les départements du Sud et du littoral atlantique gagnants au jeu des migrations internes*, Insee Première n°1116, Insee.

DELBES C., 1987, « La géographie des équipements et services en faveur des personnes âgées en France », *Espace, populations, sociétés* 1987-1 – Personnes âgées et vieillissement, p 249 à 256.

DELBES C., GAYMU J., SPRINGER S., 2006, « les femmes vieillissent seules, les hommes vieillissent à deux, un bilan européen », *Population et sociétés*, n°419, janvier 2006.

DERSY R., 2010, « Découpages territoriaux et densité des professionnels de santé, la solution du modèle gravitaire », *Revue du Comité Français de Cartographie* n°205, p 99 à105, septembre.

DESIMPEL F., 2003, *Le Vieil Homme et la Mort, réflexion pour un projet d'accompagnement de fin de vie en institution*, Mémoire de l'école nationale de santé publique (ENSP), formation de directeur d'établissement sanitaire et social public, Rennes.

DESPRES C., 2012, *Le renoncement aux soins pour raisons financières, analyse socio-anthropologique*, Document de travail série Études et Recherches n°119, Paris, Drees.

DESTAIS N., RUOL V., THIERRY M., 2011, *Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – évaluation de l'option tarifaire dite globale*, Inspection générale des affaires sociales, rapport RM2011-113P.

DESTAIS N., 2013, *Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – Mission complémentaire d'évaluation du tarif global de soins*, Inspection générale des affaires sociales, rapport RM2013-121P.

DGCS, 2014, *Instruction n° DGCS/SD3A/DREES/2014/190 du 7 juillet 2014 relative à la refonte du cadre des établissements hébergeant des personnes âgées dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) et précisant les modalités de création d'une catégorie EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) dans FINESS et à la création du portail internet personnes âgées dont la gestion sera confiée à la CNSA)*.

DIACT (Délégation Interministérielle à l'Aménagement et à la Compétitivité des Territoires), 2008, *La comparaison des territoires transfrontaliers à l'échelle nationale*, rapport final, S. de Ruffray, G. Hamez, D. Meddahi, E. Moron, F. Smits, DIACT, Ums Riate 2414, décembre.

DIOGO F., LALANDA-GONCALVES R., TOMAS L., 2013, *Les nouvelles configurations de la mobilité humaine*, éditions Vrin.

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, 2014, « Professionnels de santé en ville, prévenir et limiter la perte d'autonomie des personnes âgées : un objectif clef de la démarche PAERPA », *Fiche pratique*, Délégation à l'information et à la communication et Direction de la Sécurité sociale, Ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE, 2000, *Circulaire DAS-RV n°2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005*, Direction générale de l'action sociale, sous-direction de la réadaptation, de la vieillesse et de l'aide sociale, bureau RV2, NOR : MESA0030239C, texte non paru au Journal officiel.

DOMINGO P. et PUCCI M., 2011, *Le non-recours au RSA et ses motifs*, Annexe du rapport du Comité National d'Évaluation du RSA.

DONNIO I., 2005 L'entrée en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, in *Gérontologie et société*, 2005/1 n° 112, p. 73-92.

DREES, 2012, *Programme de travail 2011*, Document de travail, série Programme, mars.

DREES, 2013, *Programme de travail 2012*, Document de travail, série Programme, mars.

DUCHESNE S., HAEGEL F., 2005, *L'entretien collectif, l'enquête et ses méthodes*, Collection 128, éditeur Armand Colin.

DUCOUDRAY J.-M., EON Y., LEROUX R., PREVOST P., REA C., VETEL J.-M., VUILLEMIN C., 2012, *Le modèle « PATHOS », Guide d'utilisation 2012*, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville.

DUFOUR-KIPPELIN S., JUSOT F., FONTAINE R., 2010, *La place des infirmiers dans la prise en charge à domicile, rapport final de mars*, Étude du LEDa-LEGOS (Université Paris Dauphine) pour la CNAMTS, recherche financée par la CNAMTS.

DUMONS B. et POLLET G., 1995, « Aux origines du système français de retraite, la construction politique au problème de la vieillesse ouvrière au tournant des XIXe et XXe siècles », *Sociétés contemporaines* n°24, p11-39.

DUMONT G.-F., 1993, « Le vieillissement, un phénomène social majeur », *Revue des deux mondes*, mars.

EGHBAL-TEHERANI S., MAKDESSI Y., 2011, *Les estimations GIR dans les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009, méthodes de calcul, intérêts et limites d'une estimation en population générale*, document de travail Sources et Méthodes n°26, Drees, septembre.

ENNUYER B., 2007, *Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social*, Collection Santé Social, Dunod.

ERNST & YOUNG 2008, *Étude sur le marché de l'offre de soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes*, étude effectuée pour le compte du Sénat, juillet.

FIZZALA A., 2015a, « Autonomix, un modèle de micro-simulation sur le champ de la dépendance des personnes âgées », *Actes des Journées de méthodologie statistique 2015*, de l'Institut national de la statistique et des études économiques, Paris, 31 mars au 2 avril, session 8 : microsimulation.

FIZZALA A., 2015b, *Les restes-à-charge des personnes âgées dépendantes*, Dossier solidarité et santé, Drees, à paraître (titre provisoire).

FLORENS J.-P., 1998, *Décisions de recours au système de soins dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes*. Université Toulouse.

FONDATION DE FRANCE, 2013, *Les solitudes en France*, Rapport de l'Observatoire de la Fondation de France, en ligne.

FONDATION MEDERIC ALZHEIMER, 2015, « Les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer », *La lettre de l'Observatoire* n°37, mars.

FONTAINE R., GRAMAIN A., WITTWER J., 2007, « Les configurations d'aide familiales mobilisées autour des personnes âgées dépendantes en Europe », *Économie et Statistique*, n°403-404, 97-115.

FOUQUET A., LAROQUE M. et PUYDEBOIS C., de l'Inspection générale des affaires sociales, 2009, *La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie. Synthèse des contrôles de la mise en œuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements*, rapport IGAS n°RM2009-024P.

FRAGONARD B., 2011, *Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées*, rapport du groupe de travail, dans le cadre du débat dépendance de 2011.

FRINAULT T., 2005, « La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap », *Politix*, 2005/4, n°72.

FROSSARD M, BOITARD A., 1997, « évaluation des réseaux de coordination gérontologique : une approche socioéconomique », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, volume 45, octobre 1997, n°5.

GARCIA G. et HAEGEL F., 2011, « Entretiens collectifs, nouveaux usages ? » *Revue Française de Science Politique*, volume 61, 2011-3.

GIBLIN B., 2004, « Les territoires de pouvoir en France », *Hérodote*, 2004/2, n°113, p 5 à 13.

GIBLIN B., 2009, « Attention, un train de réformes territoriales peut en cacher un autre ! » *Hérodote*, 2009/4, n°135, p 3 à 24.

GIBLIN B., 2011, « Santé publique et territoires », *Hérodote*, revue de géographie et de géopolitique n°143, 4e trimestre 2011, « Santé publique et territoires », p 3 à 12.

GILBERT G., GUENGANT A., ROCABOY Y., LE MAUX B., MORET-BAILLY D., VERVISCH L.-A., 2010, *Disparités et déterminants des dépenses sociales des départements*, Recherche financée par la Drees – MiRe, juin.

GISSEROT H., 2007, *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix*, rapport remis à Philippe BAS, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Mission confiée à GISSEROT H., rapporteur GRASS É., membre de l'Inspection générale des affaires sociales

GOGLIN J.-L., 1976, *Les misérables dans l'Occident médiéval*, édition Seuil

GONNARD R., 1898, *La dépopulation en France*. Thèse pour le doctorat, présentée et soutenue devant la faculté de droit de Lyon le 5 mars 1898, disponible sur Gallica.

GRAMAIN A., LACAN L., WEBER F, WITTWER J., 2005, « Économie domestique et décisions familiales dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. De l'ethnographie à la formalisation microéconomique », *Revue économique*, n°56-2, p465-484.

GRAMAIN A., WITTWER J., DUEE M., 2007, « Les contributions privées au financement d ela dependence dans le cadre d el'obligation alimentaire : pratiques juriciaires et implications distributives », *Economie & prévision*, 2007/1, n°177, p35 à 54.

GRAMAIN A., NEUBERG S., 2009, « Réagencements territoriaux et conduites des politiques sociales à l'échelle locale », *Travail et emploi*, n°119, juin-septembre, p 77 à 87.

GRAMAIN A., WEBER F. (dir), BILLAUD S., BOURREAU-DUBOIS C., LIM H., XING J., 2012, *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : les dimensions territoriales de l'action publique*, Rapport final remis à la MiRe, Drees, avril

GRAMAIN A., XING J., 2012, « Tarification publique et normalisation des processus de production dans le secteur de l'aide à domicile pour les personnes âgées », *Revue française des affaires sociales* 2012-2 n°2-3, p218 à 243

GROBON S., 2014, *Les ménages aisés envisageraient plus souvent de déléguer la prise en charge de leur proche parent dépendant*, Dossiers Solidarité Santé n°57, Drees, Décembre.

Groupe de travail « Accès aux droits », 2014, *L'accès aux droits et le non-recours dans la branche Famille de la Sécurité Sociale*, Dossier d'étude n°173, DSER-Cnaf.

GUCHER C. (dir), ALVAREZ S., CHAUVEAUD C., GALLET M.-A., LAFORGUE D., VIAL B., WARIN P., 2011, *Non-recours et non adhésion : la disjonction des notions de « qualité de vie » et de « qualité de l'aide à domicile »*, rapport remis à la Drees, recherche menée dans le cadre de l'appel à projets CNSA-DREES-MiRe.

GUESLIN A., 1992, « Le paternalisme revisité en Europe occidentale (seconde moitié du XIXe, début du XXe siècle) », *Genèse* n°7, p 201-211.

GUESLIN A., 1998, *Gens pauvres, Pauvres gens dans la France du XIXe siècle*. Edition Aubier, Collection historique.

GUICHARDON M., 2005, « Quand l'entrée en EHPAD est un choix », *Gérontologie et Société*, revue de la Fondation nationale de Gérontologie 2005/1, n°112, p. 157-162

GUILLEMARD A-M., 1991, « Faut-il avoir peur ? Les considérations strictement démographiques et financières privilégient les réponses où la vieillesse est assignée à n'être que coût et charge pour la collectivité. Constat et bilan des politiques sociales de notre Europe vieillissante », *Être vieux, de la négation à l'échange*, Série Mutations, Éditions Autrement, 1991.

GUILLERMO V., LAROQUE M., VOISIN J., LACAZE D., 2010, *Synthèse 2010 sur la gestion de l'Allocation personnalisée d'autonomie*, Rapport IGAS RM2010-035P.

GUILLOT P., 1907, *Assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables privés de ressources, commentaire de la loi du 14 juillet 1905 et des textes législatifs y relatifs*, Deuxième édition, éditeur ; administration du bulletin-commentaire des lois nouvelles et décrets, Paris. Disponible sur Gallica, BNF.

GUTHMULLER S., JUSOT F., RENAUD T., WITTWER J., 2014, « Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille, en 2009 », *Questions d'économie de la Santé*, Irdes, n°195.

HAEGEL F., 2005, « Réflexion sur les usages de l'entretien collectif », *Recherche en soins infirmiers* n°83, décembre.

HALLIER-NADER B., 2011, *Les territoires de vie des 75 ans et plus. Quel environnement urbain pour une qualité de vie durable*. Thèse de doctorat de géographie, sous la direction de J.-M. AMAT-ROZE, présentée et soutenue publiquement le 15 décembre 2011, Université Paris-est Créteil.

HAMMEL F., 2001, *Rapport n°2881, fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi n°2559 rénovant l'action sociale et médico-sociale*. Archives de l'assemblée nationale. http://www.assemblee-nationale.fr

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, 2010, *Vieillissement, longévité et assurance maladie*, note adoptée le 22 avril.

HAUTCHAMP M., NAVES P., TRICARD D., 2006, *Rapport de la mission « quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien »*, Inspection générale des affaires sociales.

HAUTCŒUR P.-C., LE QUERE F., 2002, « Épargne et financement des retraites au XIXème siècle », *Revue d'économie financière*, volume 68, p269-284.

HAVETTE S., MOLIERE E., MORICEAU C., 2014, *L'action sociale facultative des communes et des intercommunalités*, Dossier solidarité et santé n°56, Drees, septembre.

HENRARDJ.-C., VEDEL I., 2003, « L'enjeu de la coordination gérontologique en France », *Santé, Société et Solidarité*, n°2-2003, Vieillissement et santé II. p 77 à 84.

HILAL M., 2008, *Guide d'utilisation Odomatrix*, Institut National de la Recherche Agronomique, UMR 1041, CESAER, février.

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, 2008, *Analyse et modalités de régulation de l'offre globale en soins infirmiers*, note RM2008-017P, février.

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES, 2003, *Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères*, rapport n°2002-M-023-02, mars.

JAQUEMET H., 1866, *Des hôpitaux et des hospices, des conditions que doivent présenter ces établissements au point de vue de l'hygiène et des intérêts des populations*, mémoire couronné par la Société impériale de médecine de Bordeaux, éditeur J.-B. Baillière et Fils, Libraires de l'Académie impériale de médecine. Disponible sur Gallica, BNF.

JAUJOU N., MINNAËRT E., RIOT L., 2006, *L'EHPAD pour finir de vieillir ; Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique*, étude réalisée pour le Centre d'analyse stratégique par la Fondation Maison des sciences de l'Homme.

JEGER F., 2005, *L'allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003*, Études et Résultats n°372, Drees, janvier.

JEGER F., 2013, *Une approche régionale des besoins d'aide-ménagère à domicile*, Les Cahiers de la CNAV, document de travail n°7, juin.

JORF, 1936a, *Circulaire concernant la coordination des services et institutions d'hygiène et d'assistance sociales*, JORF du 28 août 1936.

JORF, 1936b, *Deuxième circulaire concernant la coordination des services et institutions d'hygiène et d'assistance sociales*, JORF du 3 octobre 1936.

JORF, 1936c, *Circulaire concernant la coordination des services et institutions d'hygiène et d'assistance sociales (troisième circulaire)*, JORF du 25 novembre 1936.

JORF, 1950, *Loi n°50-905 du 4 août 1950 organisant la liaison et la coordination des services sociaux*, JORF du 6 août 1950.

JORF, 1959, *Décret n°59-146 du 7 janvier 1959 relatif à la liaison et à la coordination des services sociaux*, JORF du 9 janvier 1959.

JORF, 1967, *Ordonnance 67-707 du 21 août 1967, relative à l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale*, JORF du 22 août 1967.

JORF, 1981a, *Décret n°81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées*.

JORF, 1981b, *Annexe de la circulaire du 29 juin 1981 relative à la mise en œuvre du plan gouvernemental de création d'emploi*.

JORF, 1982, *Circulaire du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et les personnes âgées*, JORF du 9 juin 1982.

JORF, 1983, *Loi n°83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n°83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État*, publié le 23 juillet 1983.

JORF, 1985, *Arrêté du 13 mars 1985 relatif à l'enrichissement du vocabulaire relatif aux personnes âgées, à la retraite et au vieillissement*, publié le 4 juillet 1985.

JORF, 1993a, *Arrêté du 4 juin 2007 relatif au diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale*, NOR : MTSA0755861A.

JORF, 1993b, *Arrêté du 19 août 1993 portant création du brevet d'études professionnelles Carrières sanitaires et sociales*.

JORF, 1995, *Décret n°95-562 du 6 mai 1995 relatif aux centres communaux et intercommunaux d'action sociale ainsi qu'aux sections de centre communal d'action sociale des communes associées et portant dispositions particulières applicables aux centres communaux d'action sociale de Marseille et de Lyon*, JORF du 7 mai 1995.

JORF, 1996, « Titre III : Coordination des soins ; Chapitre 1er, filières et réseaux de soins », *Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins*.

JORF, 1997, *Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance*, JORF n°21 du 25 janvier 1997.

JORF, 1999, *Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes*, articles 2, 3 et 4.

JORF, 2000, *Loi n°2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains*, NOR : EQUX9900145L, Journal officiel du 14 décembre 2000.

JORF, 2001, *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,* Journal officiel du 21 juillet 2001.

JORF, 2002a, *Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002, texte n° 2*.

JORF, 2002b, *Arrêté du 1er mars 2002 portant approbation de la convention nationale des infirmiers et de son avenant n°1 pour un plan pluriannuel de valorisation de l'exercice libéral de la profession d'infirmière*.

JORF, 2003a, *Décret 2003-278 du 28 mars 2003 relatif aux conditions d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie*.

JORF, 2003b, *Loi n°2003-289 du 31 mars 2003 portant modification de 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*.

JORF, 2004a, « Article 3 », *Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile*.

JORF, 2004b, *Loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées*, NOR : SOCX0300201L.

JORF, 2004c, *Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales*, NOR : INTX0300078L.

JORF, 2005, *Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, JORF n° 36 du 12 février 2005.

JORF, 2007a, *Arrêté du 4 juin 2007 relatif au diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale*.

JORF, 2007b, *Loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale*, NOR : SOCX0500099L, Journal Officiel du 27 juillet 2005.

JORF, 2007c, *Arrêté du 19 août 1993 portant création du brevet d'études professionnelles Carrières sanitaires et sociales*, NOR : MENL9305739A, Journal officiel du 27 août 1993.

JORF, 2008a, *Arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans el tarif journalier afférent aux soins mentionné à l'article R.314-161 du code de l'action sociale et des familles en application des articles L.314-8 et R.314-162 du même code*.

JORF, 2008b, *Décret n°2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR*, publié le 23 août 2008.

JORF, 2008c, *Arrêté du 17 octobre 2008 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux.* NOR : SJSS0821851A.

JORF, 2009, *Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, NOR SASX0822640L, JORF du 22 juillet 2009

JORF, 2010, « Quatrième partie : dispositions relatives aux dépenses pour l'exercice 2011 ; Section 1 : dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie et au secteur médico-social ; article 78 ». *Loi n°2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011*

JORF, 2012, « Quatrième partie : dispositions relatives aux dépenses pour l'exercice 2013 ; Section 1 : dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie ; Article 48 », *Loi 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013*.

JORF, 2014, *Loi n°2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles*, publiée au Journal officiel du 28 janvier 2014.

JORF, 2015, *Loi n°2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République*, publiée au Journal officiel du 8 août 2015 (NOR : RDFX1412429L).

KORIAN, 2008, Rapport d'activité 2007, *Naissance d'un leader européen dans la réponse médico-sociale et sanitaire au vieillissement de la population*, Paris.

KORIAN, 2012, *Aimer la vie, c'est en prendre soin, Activité et résultats, 2011-2012*.

LAGADEC Y., 2009, « La formation des cantons en Bretagne : une représentation des territoires (1790-an IX) », *Le canton, un territoire du quotidien*, sous la direction de LAGADEC Y., LE BIHAN J., TANGUY J.-F., Presses Universitaires de Rennes, p23-35

LANZARO M., 2014, *Sortir de l'hébergement d'insertion vers un logement social en Île-de-France, des trajectoires de relogement, entre émancipation et contraintes*. Thèse pour l'obtention du doctorat en urbanisme, aménagement et politiques publiques, soutenue publiquement le 4 avril 2014.

LARGER V., 2009, « Consentement et information de la personne de grand âge et du dément », *Vieillir dans la dignité, un combat pour demain* (dir ANCET P., MAZEN N.-J., MOUREY F., PFITZENMEYER P.), Édition des Études hospitalières.

LAROQUE, 1962, *Politique de la vieillesse*, rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, du Haut comité consultatif de la population et de la famille, La Documentation française.

LAUDINET J., 1938, *Manuel d'enseignement social ; législation de l'assistance de la prévoyance et de l'hygiène à l'usage des écoles d'infirmières et d'assistance sociales et des services et œuvres d'assistance, de prévoyance et d'hygiène*, rédigé par un sous-inspecteur de l'Assistance publique, préface HAURIOU M., deuxième édition, revue et augmentée. Éditions Berger-Levrault, Paris.

LE BOULER S., 2006, *Personnes âgées dépendantes, Bâtir le scenario du libre-choix*, Second rapport de la mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes », Centre d'Analyse Stratégique, juin.

LE MASNE Y., 2007, « L'hébergement pour personnes âgées, enjeux et perspectives », intervention lors de la Conférence-débat organisée par Cérénicimo, animation DUVAIL J.-L.

LEE E., 2013, « Une théorie de la migration », in PICHE Victor (dir.), *Les théories de la migration*, Textes fondamentaux, les Manuels, INED éditions, pp. 103-117. Paru pour la première fois en anglais sous le titre « A theory of migration », Demography, 1966, p47-57.

LEFEBURE P., 2011, « Les apports des entretiens collectifs à l'analyse des raisonnements politiques », *Revue Française de Science politique*, volume 61, 2011-3.

LELIEVRE E., VIVIER G., 2001, « Évaluation d'une collecte à la croisée du quantitatif et du qualitatif, l'enquête Biographies et entourage », *Population* Volume 56, pp1043-1073.

LENOIR, R., 1979, « L'invention du 'troisième âge', constitution du champ des agents de gestion de la vieillesse », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Volume 26-27, Classes d'âge et classes sociales, mars-avril.

LENORMAND F., FIVAZ C., LE GUEN C., LANCRY J.-P., HAUSHALTER E., ANDREANI I., 2001, *L'activité des infirmières libérales*, Dossier Études et Statistiques, n°52, novembre, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

LETABLIER M.-T., WEBER F., 2008, « Avant-propos », *Retraite et société* 1/2008 (n°53), p4-11.

LION R., 1980, *Vieillir demain*, rapport du Groupe « prospective personnes âgées », Commissariat général du plan, préparation du 8e plan. La Documentation française, 1980.

LUO W, QI Y., 2009, « An enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) method for measuring spatial accessibility to primary care physicians », *Health and Place* n°15, p 1100 à 1107, juin.

LUO W.,WANG F., 2003, « Measures of spatial accessibility to health care in a GIS environment : synthesis and a case study in the Chicago region », *Environment and planning B : planning and Design*, volume 30, p 865 à 884, mars.

LUSSAULT M., LEVY J., (dir.), 2013, *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, Belin.

MALLON I., 2007 « Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? », *Gérontologie et société*, 2007/2 n° 121, p. 251-264.

MANSUY M., 2011, « Intervention sociale en faveur des personnes âgées dépendantes, regards croisés entre le France et la Loire-Atlantique », *Revue française des affaires sociales*, 2011-4.

MANTOVANI J., GARNUNG M., CAYLE F., FAHET G., DUCHIER J., MEMBRADO M., 2011, *Qualité de mise en œuvre de l'APA à domicile, positionnements de gestionnaires, professionnels et bénéficiaires pour une approche croisée de la qualité*, rapport final, recherche financée par la Drees-MiRe – Cnsa, programme « mesure de la qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles et de leur satisfaction, ''prise de parole'' des usagers ».

MARACHE C., 2009, « Une petite ville à la campagne ? Le statut intermédiaire du chef-lieu de canton à travers l'exemple du monde rural aquitain (milieu XIXe – milieu XXe siècle) ». *Le canton, un territoire du quotidien*, sous la direction de LAGADEC Y., LE BIHAN J., TANGUY J.-F., Presses Universitaires de Rennes, p23-35

MARQUIER R., 2010, *Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008*, Études et Résultats n°728, Drees, juillet.

MARQUIER R., NAHON S., 2012, *Les conditions de travail des aides à domicile en 2008*, Dossiers Solidarité et Santé n°30, Drees.

MARTIN C., 2013, *Concurrence, prix et qualité de la prise en charge en EHPAD en France, analyses micro-économétriques*. Thèse pour le doctorat en sciences économiques, sous la direction de DORMONT B., présentée et soutenue publiquement le 24 janvier 2014, Université Paris Dauphine, école doctorale de Dauphine LEDa-LEGOS.

MARTIN C., RAMOS-GORAND M., 2015, *Analyse du turnover du personnel soignant en EHPAD en France : disparités territoriales et compensation salariale*, document de travail, disponible sur le site Social science research network.

MARTIN-FUGIER A., 1999, « Les rites de la vie privée bourgeoise », *Histoire de la vie privée, de la Révolution à la Grande Guerre, tome 4, Histoire de la vie privée*, ARIES P. et DUBY G. (dir.), Points histoire, éditions Seuil, p 175 à 241.

MARTIN-PFITZENMEYER I.,MICHELI E., PFITZENMEYER P., 2009, « Responsabilité et acceptation du risque », *Vieillir dans la dignité, un combat pour demain* (dir ANCET P., MAZEN N.-J., MOUREY F., PFITZENMEYER P.), Édition des Études hospitalières.

MATHIEU B., 2009, « La dignité, nouvelle approche de la condition des personnes âgées », *Vieillir dans la dignité, un combat pour demain*, sous la direction de Ancet P., Mazen N.-J., Mourey F., Pfitzenmeyer P., édition des Études hospitalières.

MAZET P., 2010, « La non demande de droits : prêtons l'oreille à l'inaudible », *La Vie des Idées*.

MAZZELA S., 2014, *Sociologie des migrations*, Collection Que Sais-je ? Presses universitaires de France.

MEDICA, 2010, *Rapport financier annuel 2009*.

MESLE F., TOULEMON L., VERON J., (dir) 2011, *Dictionnaire de démographie et des sciences de la population*, Armand Colin.

MESSU M., 2008, « Apprendre à être soi lorsqu'on est un assisté social », *Éducation et Sociétés* 2008-2, n°22.

MESSU M., 2008, « Les Normes de l'assistance : Côté pile, côté face et d'un autre côté… », Communication au *Colloque international « Normativité, normes et normalité »*, Lausanne (Suisse).

METTE C., 2004, *Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : une analyse des plans d'aide*, Études et Résultats n°293, Drees, février.

METZGER M-H., BARBERGER-GATEAU P., DARTIGUES J.-F., LETENNEUR L., COMMENGES D., 1997, « Facteurs prédictifs d'entrée en institution dans le cadre du plan gérontologique du département de Gironde », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, volume 45, juin 1997, n°3.

MICHEL É., JOUGLA É., HATTON F., 1996, *Mourir avant de vieillir*, Insee Première n°429, février.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, SECRÉTARIAT D'ÉTAT AUX PERSONNES ÂGÉES, 2001, *L'Allocation personnalisée d'autonomie, guide pratique*,

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE, MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, 2009, *Circulaire n°DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan « Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 »*, NOR MTSA0910552C.

MINOIS G, 1987, *Histoire de la vieillesse en Occident, de l'Antiquité à la Renaissance*, éditions Fayard.

MONNNIER A., 1856, *Histoire de l'assistance dans les temps anciens et modernes*, Paris libraire de Guillaumin et Cie. Disponible sur Gallica, BNF.

MONTAIGNE M., 1580, *Essais*, éditeur Simon Millanges.

MOREL A., 2011, *Société et vieillissement*, rapport du groupe de travail, dans le cadre du débat dépendance de 2011, rapporteur O. VEBER.

MOUSNIER-LOMPRE P. (président), FROSSARD M. (rapporteur), BOUCHAYER F. (coordinateur), 1992, *Élaborer un schéma départemental pour personnes âgées*, document méthodologique. Secrétariat d'état à la Famille, aux personnes âgées et aux rapatriés, Ministère des Affaires sociales et de l'intégration, La Documentation Française, Paris

MOURIER J., KUBIAK C., 2015, *Baromètre d'opinion de la Drees sur la santé, la protection sociale, les inégalités et la cohésion sociale, principaux enseignements de l'enquête 2014*, BVA Opinion, pour la Drees, référence UC098.

NAHON, S., 2013, *La formation aux professions sociales en 2011*, Document de travail, Série Statistiques, n°175, Drees, janvier.

NATIONS UNIES, 1982, *Rapport de l'Assemblée mondiale sur le vieillissement*, tenue à Vienne du 26 juillet au 6 août 1982, Nations Unies, New-York.

NEISS M., ROUVERA G., FONTAINE V., HENNEQUIN B., 1996, *La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées – enquête EHPA – situation au 31 décembre 1994*, Documents statistiques du Service de statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI) n°250, mars.

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETÉ ET DE L'EXCLUSION SOCIALE (ONPES), 2006, *Le rapport de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2005-2006*.

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETÉ ET DE L'EXCLUSION SOCIALE, 2013, *Penser l'assistance*, rapport thématique de l'ONPES.

OBSERVATOIRE NATIONAL DES POPULATIONS MAJEURES PROTÉGÉES (ONPMP), 2011, Chiffres clés de l'ONPMP.

OBSERVATOIRE NATIONAL DES POPULATIONS MAJEURES PROTÉGÉES (ONPMP), 2014, Rapport annuel 2014, à partir des résultats de l'« exhaustif » au 31-12-2012.

OFFICE CENTRAL DES ŒUVRES CHARITABLES, 1896, *La France charitable et prévoyante, tableaux des œuvres et institutions des départements*, Librairie Plon, Paris. Disponible sur Gallica, BNF.

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2008, *La rigueur du qualitatif, les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, collection Anthropologie Prospective, n°3, éditions Academia Bruylant, Louvain-la-Neuve, Belgique.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2002, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, chapitre 5.

ORPEA, 2010, *Résultats annuels 2010*,

PAILHE J., 2002, « Migration, migrant, géographie de la population », *Espace, populations, sociétés* 2002-1-2, géographie et population, pp73-82.

PAQUET M., 1996, « Logique familiale de soutien auprès des personnes âgées dépendantes et réticence à recourir aux services formels », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, volume 3, n°2, 1996 (pp209-223)

PARAPONARIS A., DAVIN B., VERGER P., JOUTARD X., MOATTI J.-P., 2014, *Évaluation des besoins d'aide non satisfaits des personnes âgées dépendantes vivant à domicile : existe-t-il un effet répondant proxy ?*Article disponible sur le réseau ResearchGate.

PELISSIER J., 2013, « À quel âge devient-on vieux ? », *Le Monde diplomatique*, n°711, juin.

PENNEC S., GAYMU J., RIOU F., MORAND É., PONTONE S., AUBRY R., CASES C., 2015, « Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente », *Population & Société*, n°524, juillet-août.

PEREC G., 1974, *Espèces d'espaces*, éditions Galilée, 2000 (première édition, 1974).

PERRIG-CHIELLO P., 2001, « Images sexuées de la vieillesse : entre stéréotypes sociaux et autodéfinition », *Retraite et société*, 2001/3 n°34.

PERRIN-HAYNES J., 2010, *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées – Activité, personnel et clientèle au 31 décembre 2007*, Document de travail série Statistiques n°142, Drees, février.

PERROT M., 1999, « Manières d'habiter », *Histoire de la vie privée, de la Révolution à la Grande Guerre*, tome 4, *Histoire de la vie privée*, ARIES P. et DUBY G. (dir.), Points histoire, éditions Seuil, p 281 à 297.

PICHERAL H., SALEM G., 1992, « De la géographie médicale à la géographie de la santé, bilan et tendances de la géographie française (1960-1991) », *Cahiers Géo* n°22, Comité national de géographie, groupe de travail de géographie de la santé, 27e Congrès International de Géographie (U.G.I.), mai.

PIERCY P., 2009, *La France, le fait régional*, 4e édition revue et augmentée, éditions Hachette supérieur, collection « Carré géographie »

PINVILLE M., 2013, *Relever le défi politique de l'avancée en âge, perspectives internationales*. Rapport remis à Monsieur le Premier Ministre J.-M. AYRAULT. Rapporteur : G. MALOCHET, Centre d'analyse stratégique.

PITTE J.-R., 2012, *Histoire du paysage français, de la préhistoire à nos jours*, collection Texto, éditeur Tallandier, cinquième édition (première parution en 1983).

POLETTI B., 2012, *Rapport de la mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation de ressources des services d'aide à domicile pour publics fragiles*, mission confiée par Madame R. BACHELOT-NARQUIN, Ministre des solidarités et de la cohésion sociale.

POLLET G., 2001, « la vieillesse dans la littérature, la médecine et le droit au XIXe siècle, sociogenèse d'un nouvel âge de la vie », *Retraite et société*, 2001/3 n°34.

PREMAT C., 2006, « L'autonomie comme mise en équation de la liberté et de l'égalité », *Revue internationale des sciences sociales*, 2006/4, n°190, « Le vieillissement actif », p 737 à 750.

PUECH F., 2006, « Contribution à l'analyse de la localisation et de la concentration spatiale des activités industrielles », *Vie & sciences de l'entreprise* n°173 (4/2006), p 46-58.

PUMAIN D., SAINT-JULIEN T., 2010, *L'analyse spatiale, T2, interactions spatiales*, Collection Cursus, éditions Armand Colin.

RAMOS-GORAND M., 2015a, « L'apport des statistiques à trois concepts majeurs de la géographie : proximité, accessibilité, accès », Actes des *Journées de méthodologie statistique 2015, session 12* : « géographie et analyse spatiale », 31 mars au 2 avril.

RAMOS-GORAND M., 2015b, « Migrations de personnes âgées dépendantes à l'entrée en établissement d'hébergement », *Revue de démographie locale 2015*, à paraître.

RAMOS-GORAND M., VOLANT S., 2014, *Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2011*, Études et résultats n°891, Drees, septembre.

RAMOS-GORAND M., 2013, *Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux*, Dossiers solidarité et santé n°36, Paris, Drees

RAPEGNO N., 2014, *Etablissements d'hébergement pour adultes handicapés en France : enjeux territoriaux et impacts sur la participation sociale des usagers, application aux régions Île-de-France et Haute-Normandie*, Thèse de doctorat de géographie, sous la direction de J.-F. RAVAUD etJ.-M. AMAT-ROZE, présentée et soutenue publiquement le 14 novembre 2014, Ecole des hautes études en sciences sociales.

RATTE E., 2011, *Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie*, rapport du groupe de travail, dans le cadre du débat dépendance de 2011, rapporteur D. IMBAUD.

REJAULT W., 2011, *Maman, est-ce que ta chambre te plaît ?* Éditions J'ai lu.

RENOUX, A. ; ROUSSEL, R. ; ZAIDMAN, C., 2014, *Le compte de la dépendance, en 2011 et à l'horizon 2060*, Dossiers Solidarité et Santé n°50, Drees, février.

RICHET C., 1950, *Savoir rester jeune*, éditions de l'élan, Paris

ROMANS DE COPPIER, DU PETTON, DE VAREILLES, 1780, *Les moyens de détruire la mendicité en France, en rendant les mendiants utiles à l'État sans les rendre malheureux*, tirés des mémoires qui ont concouru pour le Prix accordé en l'année 1777 par l'Académie des Sciences, Arts & Belles Lettres de Châlons-sur-Marne, chez Seneuze (Châlons-sur-Marne), mis à disposition par la Bibliothèque nationale de France, dans la collection « Les archives de la Révolution Française ».

ROSANVALLON P., 2010, *La légitimité démocratique, impartialité, réflexivité, proximité*, éditions Points Essais, avril

ROUGIER I., WAQUET C., 2014, *Financement par les organismes de sécurité sociale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs*, rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales n°2014-071R, juillet.

RYSTEDT B., 2014, « Chapitre 1, Cartographie », *Publication du Comité Français de Cartographie*, traduction de BENOSA Laurent et GRESLE-POULIGNY D..

SALEM G., RICAN S., JOUGLA E., 2000, *Atlas de la santé en France, volume 1, les causes de décès*, éditeur John Libbey Eurotext

SALEM G., RICAN S., KÜRZINGER M.-L., ROUDIER-DAVAL C., KHAYAT D., 2006, *Atlas de la santé en France, Tome 2, Comportements et maladies*, éditeur John Libbey Eurotext

SANCHEZ J.-L. (dir), AVENARD G., LAUMAIN M., DE FROBERVILLE S., 2007, *Soutien à l'autonomie : nouveau regard, nouvelles réponses*. Cahiers de l'ODAS.

SANDERS L. (dir), 2001, *Modèles en analyse spatiale*, éditions Hermès Lavoisier, Paris.

SARG F., 1993, *En Alsace, Du Berceau à la Tombe*, Éditions Oberlin Eds.

SIBILLE R., 2015, *Modes de gestion des offreurs et déterminants de l'offre dans le secteur des établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes*, Thèse de doctorat de sciences économiques, sous la direction de M.-E. JOËL, présentée et soutenue publiquement en juillet 2015, Université Paris Dauphine.

SICARD D., annuel 2001-2014, *Les professions de santé au 1er janvier*, Documents de travail, série statistique n°21, 33, 52, 68, 82, 97, 108, 123, 131, 144, 158, 168, 183, 189, Drees.

SJAASTAD L., 2013, « Coûts et bénéfices des migrations humaines », in PICHE V. (dir.) *Les théories de la migration*, Textes fondamentaux, les Manuels, INED éditions, pp. 85-102. Paru la première fois sous le titre de « The costs and returns of human migration », *Journal of Policial Economy*, 1962, p80-93, University of Chicago Press.

SOCIÉTÉ D'ÉCONOMIE CHARITABLE ET SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHARITÉ, 1849, *Annales de la charité 1849, Revue destinée à la discussion des questions et à l'examen des institutions qui intéressent les pauvres*, Plon Frères, Paris.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE STATISTIQUE, 2010, « Les enjeux des zonages », synthèse des débats, *Les cafés de la statistique*, avril.

SOUIAH, S.-A., TOUTAIN, S., 2005, *L'analyse démographique et spatiale*, Éditions du Temps.

SOULLIER N., WEBER A., 2011, *L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile*, Études et Résultats, n°771, Drees, août.

TERRACOL A., 2001, « Coûts de perception et taux de non-recours aux prestations sous conditions de ressources », *Les cahiers de la MSE*, série blanche, n°2002-07.

THIVEAUD J.-M., 1997, « La lente construction des systèmes de retraite en France de 1750 à 1945 », *Revue d'économie financière* n°40, Les systèmes de retraite, structure(s), défis et perspectives, p21-54.

UNCCAS, 2012, « Les logements-foyers gérés par les CCAS et CIAS », *Enquêtes & observations sociales* n°4, octobre.

VALLIN J., CASELLI G., 1999, « Quand l'Angleterre rattrapait la France », *Population et sociétés*, INED, n°346, mai.

VAN OORSCHOT W., MATH A., 1996, « La question du non-recours aux prestations sociales », Accès aux droits, non-recours aux prestations, complexité, *Recherches et Prévisions*, CNAF 1996.

VANLERENBERGHE, J.-M. ; WATRIN D., 2014, *L'aide à domicile auprès des publics fragiles : un système à bout de souffle à réformer d'urgence*, Rapport d'information n°575 fait au nom de la commission des affaires sociales, Sénat, session ordinaire de 2013-2014.

VASSELLE A., 2008, *Construire le Cinquième Risque : le rapport d'étape*. Rapport d'information de Mr VASSELLE A., fait au nom de la Mission Commune d'Information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque du Sénat, Session extraordinaire de 2007-2008. n°447 tome 1 (2007-2008).

VAVRE C., 1625, *L'entretien des vieillards, ou Miroir dans lequel ils verront les avantages de leur âge pour leur consolation*, Paris, chez Philippe Gaultier, disponible sur Gallica.

VIDAL DE LA BLACHE P., 1913, « Des caractères distinctifs de la géographie », *Annales de géographie*, 1913 T22, n°124, p 289 à 299.

VILLEZ A., 2007, « EHPAD, la crise des modèles », *Gérontologie et société*, n°123 (4/2007), p 169 à 184.

VOLANT S., 2014a, *L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*, Études et résultats n°877, Drees, février.

VOLANT S., 2014b, *693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*, Études et résultats n°899, Drees, décembre.

WARIN P., 2011, *Le non-recours au RSA : des éléments de comparaison*, Document de travail, Observatoire des non-recours aux droits et services.

WARIN, P., 2003, « Mesurer le non-recours aux prestations, la recherche d'indicateurs », *Recherches et Prévisions, Politiques sociales et Familiales* n°73, Caisse des allocations familiales.

WARIN, P., 2010a, *Le non-recours : définition et typologies*, Document de travail, Observatoire des non-recours aux droits et services.

WARIN, P., 2010b, « Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ? », *La Vie des Idées*.

WARIN, P., 2010c, « Piloter la production de territoires gérontologiques », *Gérontologie et société* 2010/1, n°132, p187-198.

WEBER A., 2011, « Regards sur les conditions d'entrée en établissement pour personnes âgées », *La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches* (collectif), Dossier Solidarité et Santé n°18, Drees, février.

WEBER F., 2005, « Les inégalités sociales dans la prise en charge du handicap : dispositifs institutionnels et soutien familial », *La Lettre de la MiRe*, n°4, p2-5.

WEBER F., WITTWER J., BELIARD A, ROY D., 2005, *L'aidant familial aux patients atteints de démence de type Alzheimer : agent économique producteur de service*. Rapport final, Fondation Médéric Alzheimer.

WEBER F., TRABUT L. BILLAUD S. (dir), 2013, *Le salaire de la confiance, l'aide à domicile aujourd'hui*, Collection Sciences sociales, éditions Rue d'Ulm.

ZAIDMAN C., ROUSSEL R. (dir.), LE GARREC M.-A., BOUVET M., SOLARD J., MIKOU M., 2014, Les *Comptes nationaux de la santé en 2013*, Collection études et statistiques, Drees, septembre.

ZELENEV S., 2006, « Vers une société pour tous les âges : saurons-nous relever le défi ou allons-nous manquer le coche », *Revue internationale des sciences sociales*, 2006/4, n°190, « Le vieillissement actif », p 649 à 666.

ZELINSKY W, 2013, « Les hypothèses de la transition de la mobilité », in PICHE V. (dir.) *Les théories de la migration*, Textes fondamentaux, les Manuels, INED éditions, pp. 119-150. Paru pour la première fois sous le titre « The hypotheses of the mobility transition », Geographical Review, 1971, p219-249.

Table des illustrations

Carte 1 - Taux de réponse départementaux à l'enquête EHPA 2011 36
Carte 2 - Localisation des établissements et types d'occupation du sol à Châteauroux, dans l'Indre, en 2007 ... 40
Cartes 3 - Taux d'équipement pour 1 000 en EHPAD à la fin 2011, en France métropolitaine, hors Corse 41
Carte 4 - Distorsion entre distance kilométrique et distance-temps à l'EHPAD le plus proche, fin 2011 43
Carte 5 - Proximité géographique en 2011, à la commune (nombre de kilomètres à parcourir pour rejoindre l'EHPAD le plus proche) 43
Cartes 6 - Accessibilité aux EHPAD selon le modèle 48
Carte 7 - Localisation des départements contactés ou participant à l'étude 50
Carte 8 - Densité de population dans les départements de l'étude 53
Carte 9 - Médiane du revenu disponible, par unité de consommation, en 2012, en euros 54
Carte 10 - Unités géographiques utilisées dans le cadre de l'étude 56
Carte 11 - Territoires retenus pour les focus territoriaux 60
Carte 12 - Relief, parcelles cadastrales et routes principales dans les territoires d'étude 61
Carte 13 - Espérance de vie à 60 ans, par département et par sexe, en 2013 84
Carte 14 - Taux standardisé de mortalité prématurée en 2011, pour 1000, par département 84
Carte 15 - Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus, et part de la population, par département en 2014 86
Carte 16 - Indice communal de vieillissement en 2014, dans les quatre départements de l'étude 88
Carte 17 - Indice communal de sénescence en 2014, dans les quatre départements de l'étude 89
Carte 18 - Nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1 000 habitants en 2013 106
Carte 19 - Prévalence de l'APA à domicile : nombre de bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 60 ans ou plus 107
Carte 20 - Prévalence, standardisée par sexe et âge quinquennal 108
Carte 21 - Besoins administrativement reconnus, approchés par les points GIR, rapportés à la population âgée de 75 ans ou plus 116
Carte 22 - part des bénéficiaires recourant à chacun des modes d'intervention à domicile, dans le Nord, en 2011 141
Carte 23 - Localisation des services d'aide à domicile pour personnes âgées et densité communale de population, en 2011, à la commune 143
Carte 24 - Part des personnes faisant appel aux services d'Ariège Assistance, fin 2013 144
Carte 25 - Part des personnes faisant appel aux services, fin 2013 144
Carte 26 - Concentration du marché de l'aide à domicile en Ariège et en Val-de-Marne 145
Carte 27 - Part des personnes bénéficiant de gré-à-gré, fin 2013 149
Carte 28 - Taux de participation et recours au gré-à-gré des bénéficiaires de l'APA-D en Val-de-Marne, fin 2011 150
Carte 29 – Nombre d'infirmiers par rapport à 100 médecins généralistes en 2013 157
Carte 30 - Recours aux infirmiers libéraux, en 2013 157
Carte 31 - Localisation des EHPAD et densité communale de population, fin 2011 159
Carte 32 - Couverture territoriale des CLIC, dans les départements de France métropolitaine hors Corse, en 2015 184
Carte 33 - Secteurs gérontologiques CLIC et MAIA en 2015, en Val-de-Marne 184
Carte 34 - Zonages administratifs, sociaux, médico-sociaux et sanitaires sur le territoire du CLIC du Plateau de Mormal (Nord) 220
Carte 35 - Arrondissement d'Avesnes : occupation du sol et principaux axes 220
Carte 36 - Taux d'équipement en EHPAD pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus à la fin 2011, en France métropolitaine, hors Corse 235
Carte 37 - Proximité géographique en 2011, à la commune (nombre de kilomètres à parcourir pour rejoindre l'EHPAD le plus proche) 236
Carte 38 - Distance communale à parcourir pour rejoindre l'établissement le plus proche fin 2011, indicateurs départementaux d'analyse spatiale 237
Carte 39 - Proximité aux EHPAD et densité de population, en 2011, dans le Var et les Alpes Maritimes 239

Cartes 40 - Accessibilité aux EHPAD en 2011 selon le modèle de double densité flottante – décroissance de la distance selon les seuils 241
Carte 41 - Part des hospices gérés, en fonction de quelques gestionnaires, au département, en 1896 243
Cartes 42 - Accessibilité aux EHPAD privés à but non lucratif en 2011, selon le modèle de double densité flottante – décroissance de la distance selon les seuils 244
Carte 43 - Nombre de places réservées aux « vieillards » dans les établissements charitables, rapporté à la population âgée de 60 ans ou plus, en 1896 245
Carte 44 - Nombre de places dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, rapporté à la population âgée de 75 ans ou plus, en 1968 246
Carte 45 - Accessibilité aux EHPAD non rattachés à un hôpital en 2011, selon le modèle de double densité flottante - décroissance de la distance selon les seuils 248
Carte 46 - Accessibilité aux EHPAD rattachés à un hôpital en 2011, selon le modèle de double densité flottante - décroissance de la distance selon les seuils 248
Cartes 47 - Accessibilité aux EHPAD privés à but lucratif, selon le modèle de double densité flottante, d'après une décroissance de la distance selon les seuils, à 35 kilomètres 253
Carte 48 - Localisation des établissements et occupation du sol à Châteauroux, dans l'Indre 264
Carte 49 - Tarifs hébergement journaliers moyens des EHPAD, par département 266
Carte 50 - Accessibilité d'une personne âgée à un EHPAD, en Dordogne, Gironde, Charente et Charente-Maritime 267
Carte 51 - Distances minimales à parcourir entre chefs-lieux de communes selon le département d'origine des résidents en EHPAD fin 2011 269
Carte 52 - Distances parcourues, entre chefs-lieux de communes (en km), selon le département d'origine des résidents en EHPAD fin 2011 269
Carte 53 - Nombre d'heures d'accompagnement professionnel en 2012, en fonction du département du domicile de secours, en milliers 329
Carte 54 - Nombre d'heures d'accompagnement professionnel de la dépendance par personne âgée de 75 ans ou plus et par an, par département, en 2011 331
Carte 55 - Prévalence de la pathologie Alzheimer et autres démences, chez la population âgée de 75 ans ou plus, en France métropolitaine (‰) 331
Carte 56 - Nombre d'heures d'accompagnement professionnel de la dépendance en fonction des besoins recensés, par département, en 2011 335
Carte 57 - Part de la réponse aux besoins et écart avec la moyenne des départements, par acteur, en 2011 338
Carte 58 - Un fort clivage ouest-est du recours aux services. Taux de recours des ménages aux services à la personne par zone d'emploi en 2006 (en %) 340
Carte 59 - Systèmes spatialement différenciés d'accompagnement de la dépendance 346
Carte 60 - Cas fictif : restes-à-charge départementaux des personnes relativement à leur dépendance, pour des revenus mensuels au sens de l'APA de 1 200 €, rapportés à la dépense publique, en % 351
Carte 61 - Part des dépenses de sécurité sociale dans le total des dépenses d'accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées 353
Carte 62 - Participation de la CNSA aux dépenses d'APA des Conseils départementaux, en %, en 2011 355
Carte 63 - Part des dépenses afférentes à la dépendance financées par les institutions nationales (Sécurité sociale et CNSA) 357
Carte 64 - GIR moyen pondéré (GMP) lors de leur entrée dans le dispositif des bénéficiaires de l'APA-D 375
Carte 65 - Nombre de dossiers APA-D et part d'acceptation, par code postal, en 2014 en Ariège 384
Carte 66 - Part des migrants limitrophes par canton, en fonction du canton d'arrivée, exemple de la Bretagne 428
Carte 67 - Volumes migratoires à l'entrée en EHPAD fin 2011, selon les deux approches 430
Carte 68 - Comparaison du zonage en fonction des distances et du zonage administratif. Exemple d'Arès, en Gironde et de Paris 432
Carte 69 - Lieux d'accueil des migrants résidents fin 2011, en fonction du nombre de places en EHPAD dans le département d'accueil – écarts à la moyenne 435
Carte 70 - Nombre de places en EHPAD pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus fin 2011 436
Carte 71 - Lieux d'origine des migrants résidents fin 2011, en fonction du nombre de places en EHPAD dans le département d'origine – écarts à la moyenne 438

Carte 72 - Principaux flux de résidents migrants 439
Carte 73 - Médiane du nombre d'établissements auxquels les résidents en EHPAD ont renoncé, en fonction de leur département d'origine 457

Figure 1 - Schéma des hypothèses 26
Figure 2 - Extraits des statuts de l'Office central des œuvres charitables. 38
Figure 3 - Extrait de la France Charitable et Prévoyante, exemple des institutions « vieillesse » en Haute-Savoie 38
Figure 4 - Simples et doubles densités flottantes 47
Figure 5 - Structuration des acteurs de l'accompagnement de la dépendance sur les territoires, et participation aux entretiens..... 63
Figure 6 - Structures et dispositifs d'information et de coordination sur le champ de l'accompagnement de la dépendance des personnes âgées, et institutions dont ils dépendent, en 2015 172
Figure 7 - Acteurs présents lors des entretiens de territoire, organisés par les CLIC, en Val-de-Marne..... 190
Figure 8 - Dispositif MAIA..... 193
Figure 9 - Acteurs présents lors des entretiens de territoire, organisés par les responsables de pôle autonomie, dans le Nord 200
Figure 10 - Acteurs présents lors des entretiens de territoire, organisés par le département, en Ariège 212
Figure 11 - Questionnaire EHPA 2007, fiche 3, personnel extérieur ou d'intérim 306
Figure 12 - Questionnaire EHPA 2011, fiche 3, personnel extérieur ou d'intérim 306
Figure 13 - Questionnaire EHPA 2011, fiche 2, personnel agrégé 308
Figure 14 - Questionnaire EHPA 2011, fiche 3, description individuelle du personnel 308
Figure 15 - Origine et montant du financement de la section tarifaire dépendance, dans les EHPAD sous et hors dotation globale APA-E 310
Figure 16 - Questionnaire EHPA, fiche 1 cadre D, aspects comptables et tarifaires 313
Figure 17 - Questionnaire EHPA, fiche 2 cadre C, groupes iso-ressources et pathos moyen pondéré 314
Figure 18 - Hébergement antérieur, questionnaire EHPA 2011, fiche 4..... 447

Graphique 1 - Nombre d'entretiens, en fonction du nombre de participants à chacun d'eux 63
Graphique 2 - Répartition des entretiens, par acteurs et par département 65
Graphique 3 - Nombre d'entretiens, en fonction de leur durée 67
Graphique 4 - Équilibre du temps de parole, exemple de quatre entretiens 70
Graphique 5 - Part des personnes âgées de 75 ans ou plus dans la population, en %, en France métropolitaine, entre 1850 et 2050 80
Graphique 6 - Évolution de l'espérance de vie à 60 ans par sexe, en France métropolitaine, depuis 1945 81
Graphique 7 - Taux de natalité en France depuis 1900 85
Graphique 8 - Indicateurs de mortalité par âge en France, en 2013 93
Graphique 9 - Évolution des effectifs allocataires de l'Allocation spéciale vieillesse (ASV) en France depuis 1960..... 99
Graphique 10 - Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus atteintes d'Alzheimer /ou de maladies associées, pour 1 000 personnes âgées, en France métropolitaine, depuis 2005 100
Graphique 11 - Nombre de bénéficiaires de l'APA, à domicile (APA-D), en établissement (APA-E) et total, en France métropolitaine, depuis 2002 106
Graphique 12 - Taux de participation d'un bénéficiaire de l'APA-D vivant seul, en fonction de ses ressources, en 2012..... 110
Graphique 13 - Part régionale des personnes âgées qui ont besoin d'aide, et part de personnes aidées par l'APA et l'aide-ménagère à domicile 117

Graphique 14 - Part des bénéficiaires de l'APA-D par GIR, en fonction du mode de financement de l'aide à domicile 140
Graphique 15 – Évolution du nombre de places en SSIAD, entre 1980 et 2015 153
Graphique 16 - Évolution des effectifs d'infirmiers libéraux 156
Graphique 17 - Dépense par habitant et par âge de soins infirmiers (AIS + DI), en 2008 156
Graphique 18 : affectation des ressources de la CNSA en 2011, suivant leur provenance 163
Graphique 19 - Équilibre de la parole lors de deux entretiens de territoire 196
Graphique 20 - Fréquence des dernières années d'actualisation des informations relatives aux CLIC sur le site internet du ministère de la Santé et des Solidarités et dans l'actualisation réalisée à partir des informations des Conseils départementaux 214
Graphique 21 - Composition du Conseil de la CNSA 214
Graphique 22 - Évolution de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées, entre 1968 et 2008 249
Graphique 23 - Évolution de l'indice de Gini entre 1968 et 2008, aux échelles cantonale et départementale 249
Graphique 24 - Part des places créées en établissement pour personnes âgées, par statut juridique, en fonction de la période, en France métropolitaine, hors Corse 251
Graphique 25 - Part des résidents évalués en « B » ou « C » sur les variables évaluatives, par GIR 256
Graphique 26 - Nombre médian d'habitants de la commune d'origine en fonction du GIR 260
Graphique 27 - Part des résidents recevant des visites de leurs proches, par GIR 260
Graphique 28 - Heures effectives auprès des personnes et heures notifiées dans les plans d'aide APA-D, en 2011 298
Graphique 29 - Corrélation entre le nombre d'heures effectives auprès des personnes et les dépenses d'APA-D des Conseils départementaux, en 2011 298
Graphique 30 - Dépenses d'assurance maladie pour les SSIAD, en millions d'euros, en France, entre 2000 et 2013 303
Graphique 31 - Distribution de la DGSA rapportée aux besoins d'aide de l'établissement 314
Graphique 32 - Répartition heures d'accompagnement par type d'acteurs, en 2011 327
Graphique 33 - Répartition de la dépense publique par type d'acteurs, en 2011 327
Graphique 34 - Nombre d'heures d'intervention des professionnels et population âgée du département, en 2011 330
Graphique 35 - Nombre d'heures d'intervention des professionnels et besoins de la population âgée dépendante du département, en 2011 334
Graphique 36 - Courbe de Lorenz pour les heures d'aide à domicile, en fonction des besoins des personnes âgées dépendantes dans les départements, selon le domicile de secours 340
Graphique 37 - Courbe de Lorenz pour les heures d'infirmiers libéraux et de SSIAD, en fonction des besoins des personnes âgées dépendantes dans les départements, selon le domicile de secours 343
Graphique 38 - Courbe de Lorenz pour les heures effectuées par des professionnels en EHPAD, en fonction des besoins des personnes âgées dépendantes dans les départements, selon le domicile de secours 343
Graphique 39 - Intervention des professionnels et besoins de la population âgée dépendante originaire du département, en 2011, après transformation logarithmique 345
Graphique 40 - Part des financeurs 356
Graphique 41 - Montant moyen du plan d'aide, par GIR, en 2011 390
Graphique 42 - Taux d'effort, incluant ticket modérateur et réductions d'impôt, en 2011 390
Graphique 43 - Taux d'effort, incluant ticket modérateur et réductions d'impôt, si 15 % du plan d'aide était à la charge de la personne 393
Graphique 44 – Ration rapportant le nombre de personnes âgées de 60 à 74 ans, à celui des personnes de 75 ans ou plus, en France métropolitaine, depuis 1900 404
Graphique 45 - Pourcentage de résidents classés « C » sur les variables évaluatives, en fonction de leur capacité à assurer leur hygiène corporelle 444

Tableau 1 - Caractéristiques des départements contactés 50
Tableau 2 - Engagements du Schéma gérontologique du Nord dans lesquels s'inscrit la recherche 52
Tableau 3 - Objectifs des entretiens de groupe, en fonction des catégories d'acteurs 59
Tableau 4 - Tenue des entretiens dans le temps 67
Tableau 5 - Années restant à vivre en moyenne à 60 ans par sexe et par catégorie socioprofessionnelle, en 2000-2008 82
Tableau 6 - Précarité et affections de longue durée dans le canton de Lavelanet, le département de l'Ariège et la région de Midi-Pyrénées, en 2010 108
Tableau 7 - Prestations pouvant être incluses dans un plan d'aide APA-D 109
Tableau 8 - Les variables de la grille AGGIR 112
Tableau 9 - Valorisation en points du classement en niveaux de dépendance (GIR) des personnes âgées 115
Tableau 10 - Présence d'évaluateurs APAD et de médecins, en fonction du nombre de bénéficiaires de l'APA et de la population âgée de 75 ans ou plus, en 2015 122
Tableau 11 - Acteurs de la prise en charge de la dépendance 137
Tableau 12 - Part des bénéficiaires de l'APA-D en fonction du mode de financement de l'aide à domicile 139
Tableau 13 - Tarifs horaires moyens reconnus par le Conseil départemental 140
Tableau 14 - Formation des professionnels au domicile des personnes fragilisées en 2008, selon le mode d'intervention 147
Tableau 15 - Taux de participation moyen et médian des bénéficiaires de l'APA-D en Val-de-Marne, en fonction des prestations notifiées 150
Tableau 16 - Répartition des patients recourant à un SSIAD, par GIR, en 2008 154
Tableau 17 - Règles d'imputation et de répartition applicables aux charges de personnel 160
Tableau 18 - Part des communes en fonction de leur nombre d'habitants, en France métropolitaine et dans les quatre départements de l'étude, en 2011 177
Tableau 19 - Missions des CLIC, déclinées en fonction du niveau de label 179
Tableau 20 - Nombre de professionnels de CLIC et population âgée dans les départements d'étude 180
Tableau 21 - Motif de contact des CLIC, en Val-de-Marne en 2010 186
Tableau 22 - Nombre de professionnels de CLIC, population âgée et taille médiane des communes dans les départements d'étude 204
Tableau 23 - Indice de Theil, pour une sélection d'équipements, par canton et par département 232
Tableau 24 - Indice d'Ellison et Glaeser, pour une sélection d'équipements, par canton et par département 233
Tableau 25 - Répartition de la population âgée de 75 ans ou plus et des places d'EHPAD, selon le type d'agglomération 234
Tableau 26 - Durées moyennes de séjour et part des places disponibles annuellement, selon le statut juridique, en 2011 240
Tableau 27 - Répartition par âge des résidents et taux d'institutionnalisation en EHPAD, en 2011 241
Tableau 28 - Coefficients obtenus dans la β-convergence 251
Tableau 29 - Coefficients obtenus dans la β-convergence, établissements privés à but lucratif uniquement 254
Tableau 30 - Niveau moyen de dépendance des résidents en EHPAD, en fonction du statut juridique, en 2011 254
Tableau 31 - Répartition de la population âgée de 75 ans ou plus et des places d'EHPAD, selon le type d'agglomération et le statut juridique de l'établissement 262
Tableau 32 - Proximité avec les commerces et services en fonction du territoire d'implantation de l'établissement 263
Tableau 33 - Répartition des résidents selon le choix géographique de l'établissement et le statut juridique 268
Tableau 34 - Distances parcourues lors de leur entrée en EHPAD par les résidents présents fin 2011 270
Tableau 35 - Acteurs et structures de l'accompagnement de la dépendance des personnes âgées 279
Tableau 36 - Nombre de personnes dépendantes, par GIR, à domicile et en EHPAD, en 2011 280
Tableau 37 - Règles légales d'imputation et de répartition applicables aux rémunérations des personnels 284
Tableau 38 - Répartition des personnes âgées dépendantes à domicile au sens de l'APA, selon le nombre d'intervenants professionnels, en 2008 285
Tableau 39 - Financement public des dépenses de soins, de dépendance et d'hébergement des personnes dépendantes en 2010 287
Tableau 40 - Producteur, champ et nature de l'exploitation entreprise sur les bases de données du chapitre 289

Tableau 41 - Répartition des aides à domicile et employés de maison dont l'activité concerne l'accueil ou l'accompagnement sans hébergement d'adultes handicapés ou de personnes âgées, en 2011 291
Tableau 42 - Répartition des salariés selon leur condition d'emploi, en fonction du domaine d'emploi, et nombre moyen d'heures annuelles par salarié, en 2011 292
Tableau 43 - Heures salariées et effectives auprès des personnes, d'après les DADS Grand Format, en 2011.. 293
Tableau 44 - Heures salariées et effectives auprès des personnes, d'après les DADS et SIASP, en 2011..... 293
Tableau 45 - Répartition des heures en fonction des intervenants, Conseil départemental du Val-de-Marne, 2013 294
Tableau 46 - Répartition des heures en fonction des intervenants, Conseil départemental d'Indre-et-Loire, 2010 294
Tableau 47 - Heures salariées et effectives auprès des personnes, d'après les DADS, SIASP et l'Ircem, en 2011 295
Tableau 48 - Nombre d'heures moyen par bénéficiaire et coût horaire moyen, en fonction des données retenues 296
Tableau 49 - Tarifs horaires 297
Tableau 50 - Conséquence des redressements sur le nombre d'heures national 297
Tableau 51 - Nombre de structures et de places, réservées ou non aux personnes âgées, fin 2008 et fin 2011 .. 299
Tableau 52 - Personnel salarié et taux d'encadrement, au 31 décembre 2008 300
Tableau 53 - Nombre de places et activité soignante, en fonction du champ retenu..... 300
Tableau 54 - Montants tous régimes, par source, en 2011 en France entière..... 304
Tableau 55 - ETP et rattachement aux sections tarifaires des fonctions 305
Tableau 56 - Montants de la section tarifaire dépendance en milliards d'euros, en 2011 311
Tableau 57 - Répartition des établissements, par option tarifaire et par statut, selon les données Igas et EHPA 313
Tableau 58 - Dotations globales assurance maladie et dépenses de l'Assurance maladie en EHPAD, par statut juridique, en milliards d'euros..... 315
Tableau 59 - Dotations globales assurance maladie et dépenses de personnel en EHPAD, par statut juridique, en milliards d'euros..... 316
Tableau 60 - Dotations globales assurance maladie selon EHPA dépenses de personnel hors personnel médical et d'encadrement, en milliards d'euros 316
Tableau 61 - Répartition des personnes, des heures théoriques et des heures observées, à domicile et en EHPAD 325
Tableau 62 - Évaluation du coût horaire pour les institutions publiques, par acteur..... 328
Tableau 63 - Indice de Gini, en fonction du type d'acteurs 344
Tableau 64 - Indice de Gini, en fonction du type d'acteurs 358
Tableau 65 - Cotation et valorisation en points des GIR..... 374
Tableau 66 - Typologie explicative du non-recours élaborée par l'Odenore 377
Tableau 67 - Typologie explicative du non-recours à l'APA-D élaborée pour cette thèse 378
Tableau 68 - Nature des personnes ayant orienté vers les CLIC, en Val-de-Marne, en 2010..... 380
Tableau 69 - Montant moyen des plans d'aide par GIR en 2011 et 2013, et évolution 389
Tableau 70 - Nombre d'heures médian dans les plans d'aide notifiés en Ariège, et en Val-de-Marne, en fonction du GIR..... 397
Tableau 71 - Plafond mensuel et nombre de plans d'aide saturés dans les quatre départements de l'étude 398
Tableau 72 - Part des plans d'aide auxquels il n'est pas possible d'ajouter deux heures de prestataire, dans les quatre départements de l'étude, en %..... 398
Tableau 73 - Part des plans d'aide supérieurs à 95 % du plafond, dans les quatre départements de l'étude, en % 399
Tableau 74 - Lien entre la personne âgée de 75 ans ou plus et l'aidant familier..... 405
Tableau 75 - Bilan des déterminants du non-recours à l'APA-D..... 415
Tableau 76 - Fréquence des personnes invoquées dans le choix de l'établissement, hors du département du Val-de-Marne 424
Tableau 77 - Effectifs et parts de résidents, selon l'approche mobilisée..... 427
Tableau 78 - Effectifs et parts de résidents, selon l'approche mobilisée..... 429
Tableau 79 - Coefficients de variation des volumes migratoires suivant l'approche et le type de migration 431

Tableau 80 - Nombre de résidents, seuil de représentation et nombre de flux en fonction de l'approche cartographiée 440
Tableau 81 - Probabilités à migrer, selon les caractéristiques des personnes, comparées aux résidents qui sont allés au plus proche (odds ratios) 442
Tableau 82 - Lien entre les variables évaluatives de cohérence de la grille AGGIR et la présence d'affections neuropsychiatriques 445
Tableau 83 - Fréquence des motifs invoqués dans le choix géographique d'un établissement hors du département 446
Tableau 84 - Probabilités à migrer, selon les caractéristiques des personnes et de l'établissement, comparées aux résidents qui sont allés au plus proche (odds ratios) 449
Tableau 85 - Dernière profession exercée par les résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2007, en % 451
Tableau 86 - Probabilités à migrer, selon les caractéristiques des personnes et de l'établissement, comparées aux résidents qui sont allés au plus proche (odds ratios) 453

Table des matières

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1. UNE « RECHERCHE-ACTION » DE CINQ ANS, SOUTENUE PAR LA DREES ET QUATRE CONSEILS DÉPARTEMENTAUX **19**

1.1. Les appuis humains, techniques et financiers de la Drees **19**

1.2. Le soutien de quatre Conseils départementaux **20**

2. À LA BASE DE NOTRE CONSTRUCTION INTELLECTUELLE, LA DÉCLARATION UNIVERSELLE DES DROITS DE L'HOMME ET LES PRINCIPES RÉPUBLICAINS **21**

2.1. La dignité, principe majeur de la Déclaration universelle des droits de l'homme **21**

2.2. Équité, liberté, solidarité : la loi 2002-2 transpose les principes républicains au champ médico-social **22**

2.2.1. De l'égalité à l'équité 23

2.2.2. La liberté et le libre-choix 23

2.2.3. De la fraternité à la solidarité 24

3. UN SUJET D'INTÉRÊT GÉNÉRAL ET UN ENJEU DE POLITIQUES PUBLIQUES : LE POSITIONNEMENT DE CETTE RECHERCHE **25**

3.1. Problématique : questionner l'application dans l'action médico-sociale des principes républicains **25**

3.2. Hypothèses de recherche **25**

3.3. Une approche globale, permise par un positionnement disciplinaire en géographie original et fort de sens **26**

3.4. Plan du mémoire **27**

PROLOGUE MÉTHODOLOGIQUE

ENJEUX **30**

INTRODUCTION DU PROLOGUE **33**

1. LES DONNÉES QUANTITATIVES NATIONALES : DES DONNÉES RICHES AUX DIMENSIONS GÉOGRAPHIQUES PEU EXPLOITÉES **33**

1.1. Données d'enquêtes et fichiers administratifs : aux sources de la recherche **33**

1.1.1. Exploitation de données d'enquêtes et participation à des Comités de Pilotage 34

1.1.1.1. L'enquête « EHPA », centrale dans le travail de thèse 34

1.1.1.2. Les autres données Drees mobilisées, le plus souvent auprès de structures ou d'institutions 35

1.1.2. Pondérer ou imputer pour assurer une représentativité locale 36

1.1.3. Exploiter des fichiers administratifs 37

1.1.4. Les contraintes liées à l'utilisation de données anciennes 37

1.1.5. L'intérêt de la visualisation cartographique 39

1.2. Spatialisation, distance : des concepts géographiques majeurs, que les données permettent de mobiliser **39**

1.2.1. Un préalable à toute étude : la spatialisation 39
1.2.2. Effet d'échelle et effet de zonage, l'importance du maillage 40
1.2.3. Mesurer la distance 42

1.3. L'accessibilité, ou la difficulté à lier l'offre, la demande et la distance 44
1.3.1. Les modèles gravitaires : estimer l'offre, la demande et la distance 44
1.3.2. De la simple à la double densité flottante 46

2. DES DONNÉES LOCALES POUR UNE VISION GLOBALE 49

2.1. Le choix des quatre Conseils départementaux comme terrains d'étude 49
2.1.1. L'objectif de diversité 49
2.1.2. L'étude nécessite l'accord des Conseils départementaux, puis l'appui de ses équipes et réseaux 50
2.1.2.1. Une démarche décisive mais difficile : obtenir l'accord d'un responsable administratif 50
2.1.2.2. Obtenir le portage politique 51

2.2. Les quatre Conseils départementaux : Ariège, Loire-Atlantique, Nord, Val-de-Marne 53

2.3. La localisation des bénéficiaires et le choix des unités spatiales d'analyse 55

3. UN IMPORTANT PROTOCOLE QUALITATIF POUR DONNER DU SENS 56

3.1. Le choix de la méthodologie et du protocole d'enquête : des entretiens qualitatifs et la confiance dans la parole collective 56
3.1.1. Une analyse par territoire et appartenance institutionnelle 57
3.1.1.1. Entretiens d'acteurs 58
3.1.1.2. Entretiens de territoire 60
3.1.2. Taille des groupes 63
3.1.3. Appuyer l'organisation sur l'interconnaissance 64
3.1.4. Bilan : répartition par département et type d'acteurs 65

3.2. Assurer la qualité du matériau 68
3.2.1. Enregistrer et intégralement retranscrire chaque entretien : fastidieux mais rigoureux 68
3.2.2. Réaliser une synthèse pour garantir une bonne compréhension de l'entretien 68
3.2.3. Mesurer l'équilibre de la parole, variable en fonction des entretiens 69

CONCLUSION DU PROLOGUE 71

PARTIE 1 - DÉPENDANCE ET ACTEURS DE L'ACCOMPAGNEMENT, QUELLES OFFRFES PROFESSIONNELLES POUR QUELS BESOINS ?

CHAPITRE 1 - DU VIEILLISSEMENT À LA DÉPENDANCE : DÉFINITIONS ET ÉVALUATIONS

ENJEUX **76**

INTRODUCTION DU CHAPITRE **79**

1. VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET « HAINE DE LA VIEILLESSE » ? **80**

1.1. Définir la vieillesse par l'âge **80**
1.1.1. Le vieillissement démographique depuis 150 ans 80
1.1.2. Gérontocroissance et baisse de la natalité : les facteurs du vieillissement de la population 81
1.1.2.1. Une augmentation de l'espérance de vie à 60 ans, différenciée par sexe, catégorie socioprofessionnelle et territoire 81
1.1.2.2. Du baby boom au papy-boom : les générations pleines arrivent 84

1.2. Le vieillissement de la population : quelles réalités territoriales ? **85**
1.2.1. Nombreuses dans les départements urbains, les personnes âgées représentent une part importante de la population rurale 85
1.2.2. Indice de vieillissement et indice de sénescence : quels équilibres démographiques dans les départements de l'étude ? 87

1.3. Les « vieux », une construction sociale récente **90**
1.3.1. Les retraites, et l'opposition entre les retraités et les actifs 90
1.3.2. Concentration de la mortalité sur les personnes les plus âgées 92
1.3.3. Le malaise sociétal face au grand vieillissement : il augure de la mort 94
1.3.4. Une approche sociétale ambivalente : du vieillissement comme déclin au vieillissement comme chance 95

1.4. Les politiques publiques liées au vieillissement : de la précarité à la dépendance **97**
1.4.1. Au début du XXe siècle, l'assistance aux vieillards devient une obligation sociale 97
1.4.2. Après la Seconde Guerre mondiale, les politiques publiques visent à limiter la précarité financière 98
1.4.3. Le contexte conduit à une restructuration des politiques publiques pour pallier les incapacités 100

2. DÉPENDANCE, PERTE D'AUTONOMIE, INCAPACITÉS… POURQUOI RETENIR LE TERME DE DÉPENDANCE DANS LA RECHERCHE ? **101**

2.1. Quel terme choisir et pourquoi ? **101**
2.1.1. Perte d'autonomie et dépendance ne renvoient pas aux mêmes réalités 101
2.1.2. La dépendance est définie dans la loi et dispose d'un outil de mesure 102
2.1.3. Comme tous les termes décrivant le grand âge, la dépendance est négativement connotée 103
2.1.4. Les limites du terme « dépendance » 103

2.2. Comment accompagner la dépendance ? **104**
2.2.1. Définir le besoin 104
2.2.2. L'APA, une prestation spécifiquement dédiée à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes 105
2.2.2.1. Principes fondateurs et mise en place de la prestation 105

2.2.2.2. D'importantes différences territoriales 106
2.2.2.3. Prestations couvertes 109
2.2.2.4. La participation financière du bénéficiaire à son plan d'aide : le ticket modérateur 109
2.2.2.5. PCH et APA : une inégalité dans l'accompagnement en fonction de l'âge 110

2.3. Comment mesurer la dépendance ? 111
2.3.1. La « grille AGGIR », outil d'évaluation des besoins 111
2.3.2. Les biais de la grille AGGIR 113
2.3.3. D'autres grilles sont à présent utilisées : le PATHOS et le GEVA 114

2.4. Estimer les besoins d'aide des personnes âgées dépendantes 114

3. COMMENT GARANTIR UNE ÉVALUATION FINE DE LA DÉPENDANCE, UN ACCÈS ET UN TRAITEMENT ÉGALITAIRE DANS L'ALLOCATION ? 118

3.1. De la composition de l'équipe médico-sociale au suivi des plans d'aide : l'organisation varie d'un territoire à l'autre 118
3.1.1. Composition de l'équipe médico-sociale 118
3.1.1.1. Organisation territoriale et formation professionnelle des évaluateurs 118
3.1.1.2. Des missions du médecin variables 119
3.1.2. Contenu de la visite à domicile et élaboration du plan d'aide 121
3.1.3. Délai de réalisation 122
3.1.4. Refus du plan d'aide 122
3.1.5. Suivi des plans d'aide 123

3.2. L'évaluation médico-sociale est subjective 123
3.2.1. Une nécessaire évaluation 123
3.2.2. La subjectivité des évaluateurs 124
3.2.3. Les personnes âgées et leur entourage savent, eux-aussi, être acteurs dans le dispositif 125

3.3. Comment alors garantir l'équité de l'évaluation ? 126
3.3.1. Homogénéiser les pratiques des équipes 127
3.3.1.1. L'échange de pratiques 127
3.3.1.2. Les lignes directrices institutionnelles 127
3.3.2. Partager les évaluations 128
3.3.3. La commission APA, non sectorisée, est garante de l'égalité d'accès à la prestation, et de l'équité des plans d'aide 129
3.3.4. Le contrôle systématique de l'effectivité du plan, complexe à mettre en place 130

CONCLUSION DU CHAPITRE 131

CHAPITRE 2 - LES PROFESSIONNELS ET LES FINANCEURS : UN ACCOMPAGNEMENT GLOBAL ET GRADUÉ DE LA DÉPENDANCE SUR LES TERRITOIRES

ENJEUX 134

INTRODUCTION DU CHAPITRE 137

1. AIDES À DOMICILE ET AUXILIAIRES DE VIE SOCIALE : L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL À DOMICILE 138

1.1. Trois modes de financement pour l'intervention d'aides à domicile 138

1.2. Prestataires et mandataires : les enjeux des services d'aide à domicile 142
1.2.1. Localisation et principaux acteurs 142
1.2.2. La concurrence entre services ? 144
1.2.3. La difficulté de la professionnalisation 147

1.3. Salarier une connaissance et salarier la famille 148

2. SOINS À DOMICILE 153

2.1. Les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) 153

2.2. Les infirmiers libéraux 154

2.3. Offre intermédiaire : accueil de jour, hébergement temporaire et solutions innovantes 158

3. LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES (EHPAD) 159

4. LES INSTITUTIONS : DÉCIDEURS ET FINANCEURS 161

4.1. Institutions nationales 161
4.1.1. Administration centrale 161
4.1.2. Les Agences régionales de santé (ARS), établissements publics sous tutelle de l'État pour un meilleur pilotage sanitaire et médico-social 162
4.1.3. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) 162
4.1.4. « L'ONDAM » médico-social : les 16 milliards de l'Assurance maladie 164

4.2. Collectivités territoriales 164
4.2.1. Le Conseil départemental, chef de file de l'action sociale 164
4.2.2. Les communes : des gestionnaires de services mais pas seulement 165

CONCLUSION DU CHAPITRE 166

CHAPITRE 3 - LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS POUR MIEUX ACCOMPAGNER LES PERSONNES : GAGE D'EFFICIENCE

ENJEUX 168

INTRODUCTION DU CHAPITRE **171**

1. RECENTRER L'ACCOMPAGNEMENT SUR LA PERSONNE ET FACILITER LES INTERVENTIONS DES PROFESSIONNELS, AU CŒUR DE LA COORDINATION **174**

1.1. Des CCAS aux CLIC, quelles structures pour informer et coordonner les interventions autour de la personne ? **175**
1.1.1. Les Centres communaux d'action sociale (CCAS) et les institutions départementales déconcentrées, une importante mission d'information 175
1.1.1.1. Les CCAS, premier guichet d'information, dans les communes les plus peuplées 175
1.1.1.2. Les institutions départementales déconcentrées accompagnent les problématiques sociales de droit commun 177
1.1.2. Les Centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), dispositif spécifique d'information et de coordination gérontologique 179
1.1.2.1. Les missions des CLIC 179
1.1.2.2. Principaux avantages des CLIC : ils sont ciblés, juridiquement non rattachés aux financeurs de la vie à domicile, gratuits et adaptés 180
1.1.2.3. Une difficile identification, une couverture territoriale à trous… et des actions différenciées 182

1.2. Répondre aux attentes des personnes âgées et de leur entourage **185**
1.2.1. Répondre aux besoins du moment 185
1.2.1.1. L'accompagnement ponctuel 185
1.2.1.2. L'accompagnement des situations individuelles les plus complexes 187
1.2.2. Éviter les ruptures de parcours pour garantir l'efficience dans la durée 188
1.2.2.1. Ce qui est attendu de la coordination : la fluidité des parcours 188
1.2.2.2. Les MAIA, inclure les acteurs sanitaires dans la coordination ? 191
1.2.2.3. Le programme relatif aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), inclure les professionnels de santé libéraux dans la coordination ? 193

2. LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS SANITAIRES ET SOCIAUX, UN DÉFI DEPUIS LES ANNÉES 1930 **194**

2.1. Faire dialoguer les acteurs du sanitaire et du social, aux cultures professionnelles différentes **195**

2.2. Comment les dispositifs de coordination sont-ils mis en œuvre sur le terrain ? **198**
2.2.1. Coordonner sans se substituer, position des structures idéale mais d'équilibriste 198
2.2.1.1. Les coordinations anciennes, qui associaient déjà sanitaire et social, sont un atout 198
2.2.1.2. Dans le Couserans, l'isolement du territoire fédère les acteurs 199
2.2.1.3. Une des clés de la réussite : que les acteurs se connaissent et aient conscience de leurs limites respectives 201
2.2.2. Obtenir une légitimité 202
2.2.3. Pallier les manques, premier objectif des structures de coordination ? 203
2.2.4. Refuser la porosité des fonctions, aux dépens de la personne âgée ? 204

2.3. Partager les constats, les difficultés, et l'évaluation **205**
2.3.1. Voilà ce que je vois, voilà ce que je fais : croiser les regards et échanger les pratiques, les réseaux pour les professionnels 205
2.3.2. L'évaluation partagée, utilité et obstacles 207
2.3.2.1. L'évaluation partagée facilite les démarches de la personne âgée et permet l'échange entre professionnels 207
2.3.2.2. Secret professionnel et légitimité des acteurs, les difficultés de l'évaluation partagée 208

3. DE STRUCTURES DÉCONCENTRÉES À UNE GESTION DÉCENTRALISÉE : LA COORDINATION SANITAIRE, SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE EST HISTORIQUEMENT DÉPARTEMENTALE **209**

3.1. Une coordination pensée à l'échelle départementale : d'une politique déconcentrée à une politique décentralisée 209
3.1.1. Des circulaires de 1936 à la décentralisation de 1982 209
3.1.2. Les outils : le schéma gérontologique départemental 210

3.2. Les Conseils départementaux, en concurrence avec d'autres échelles de décision ? 212
3.2.1. Les tensions avec l'État 212
3.2.2. Un acteur concurrent : les Agences régionales de santé et la mise en place des MAIA 214
3.2.3. La réponse des départements ? Une meilleure visibilité, et une expertise conjointe des administratifs et des élus 216
3.2.4. En conséquence, des zonages non coordonnés 218

CONCLUSION - VERS LA PARTICIPATION DES PERSONNES ÂGÉES, COMME ENJEU DÉMOCRATIQUE 221

PARTIE 2 - LA GÉOGRAPHIE POUR ÉVALUER L'ÉQUITÉ TERRITORIALE

CHAPITRE 4 - UNE OFFRE MODELÉE PAR UNE LONGUE HISTOIRE : PROXIMITÉ, ACCESSIBILITÉ ET ACCÈS, L'EXEMPLE DES EHPAD

ENJEUX 226

INTRODUCTION DU CHAPITRE 229

1. UNE PROXIMITÉ IMPORTANTE MAIS SPATIALEMENT DIFFÉRENCIÉE 230

1.1. Les EHPAD, des équipements de proximité comme peu d'autres 230

1.2. Tous les territoires ne sont pas également équipés 233
1.2.1. En fonction du type de communes 233
1.2.2. Des taux d'équipement différenciés 234
1.2.3. La proximité à l'EHPAD le plus proche atteint jusqu'à 41 kilomètres 235

1.3. Accessibilité aux EHPAD : lier l'éloignement et les places potentiellement disponibles 239

1.3.2. Estimer la demande potentielle 240

2. DE L'ENFERMEMENT EN HOSPICES À L'ACCOMPAGNEMENT EN EHPAD : L'IMPLANTATION DES ÉTABLISSEMENTS COMME OBSERVATOIRE DE NOTRE SOCIÉTÉ, D'HIER À AUJOURD'HUI 242

2.1. Un accompagnement historiquement de proximité 242
2.1.1. La conception des hospices conduit à ne pas séparer les « vieillards » des « autres pauvres » 242
2.1.2. Une proximité historique renforcée par les politiques de la vieillesse depuis 1960 246
2.1.2.1. La construction historique 246
2.1.2.2. Les évolutions depuis la fin des années 1960 247
2.1.3. Les acteurs privés à but lucratif : concentration spatiale et plein essor 252

2.2. Médicalisation et réponse aux nouveaux besoins 255
2.2.1. Des avancées qualitatives majeures 255

2.2.2. Des logements-foyers aux résidences autonomie : ces établissements qui ne se médicalisent pas 257

3. L'ACCESSIBILITÉ ET L'ACCÈS : LES DISTANCES PARCOURUES LIÉES À D'AUTRES ÉLÉMENTS, PAR EXEMPLE FINANCIERS 261

3.1. Les EHPAD, en ville ou à la campagne ? 261

3.2. Les tarifs, éléments déterminants de l'accès aux EHPAD 264

3.3. Des personnes âgées qui parcourent de faibles distances, mais sont minoritaires à rejoindre l'établissement le plus proche 267

CONCLUSION DU CHAPITRE 271

CHAPITRE 5 - L'ACTIVITÉ DES PROFESSIONNELS DE L'ACCOMPAGNEMENT À L'ÉCHELLE DÉPARTEMENTALE : NOMBRE D'HEURES ET DÉPENSE PUBLIQUE RELATIVE À L'AIDE HUMAINE APPORTÉE

ENJEUX 274

INTRODUCTION DU CHAPITRE 277

1. RASSEMBLER LES INFORMATIONS PERMETTANT DE MESURER L'ACTIVITÉ DES ACTEURS À L'ÉCHELLE LOCALE 278

1.1. Au-delà de la complémentarité, les substitutions entre professionnels 279
1.1.1. Substitution entre domicile et établissement 279
1.1.2. Substitution à domicile entre le personnel soignant et les aides à domicile ou auxiliaires de vie sociale 280

1.2. Fragmentation de l'information : mobiliser les bases de données disponibles 281
1.2.1. L'offre en aides à domicile et Auxiliaires de vie sociale (AVS) 282
1.2.2. L'offre en Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) 283
1.2.3. L'offre en infirmiers libéraux 283
1.2.4. L'offre en EHPAD 284

1.3. Fragmentation de l'information : choisir une mesure commune 285
1.3.1. Nombre de personnes aidées en fonction du type de professionnel, ou nombre d'intervenants auprès des personnes : des mesures qui ne peuvent être retenues 285
1.3.2. Nombre d'heures passées auprès des personnes âgées dépendantes 285
1.3.3. Dépense publique 286
1.3.4. Tableau bilan des sources 289

1.4. Des données départementales, mais quel territoire de référence ? 289

2. ESTIMATION DÉPARTEMENTALE DU NOMBRE D'HEURES ET DE LA DÉPENSE PUBLIQUE 290

2.1. L'accompagnement social et médico-social à domicile 290
2.1.1. Nombre d'heures d'accompagnement 290
2.1.1.1. Une unique base de données pour estimer l'intervention des aides à domicile ? 290

2.1.1.2. L'IRCEM : une meilleure approche du mandataire et du gré-à-gré *294*
2.1.1.3. Corroborer les heures obtenues par l'enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale départementale *295*
2.1.1.4. Valider les heures obtenues à partir de données départementales de l'enquête Remontées Individuelles (RI) APA *296*
2.1.2. Dépense publique 299

2.2. L'accompagnement sanitaire à domicile 299
2.2.1. Nombre d'heures d'accompagnement 299
2.2.1.1. Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) *299*
2.2.1.2. Infirmiers libéraux *301*
2.2.2. Dépense publique 302
2.2.2.1. Services de soins infirmiers à domicile *302*
2.2.2.2. Infirmiers libéraux *303*

2.3. L'accompagnement en établissement 304
2.3.1. Nombre d'heures d'accompagnement 304
2.3.1.1. Fonctions retenues *304*
2.3.1.2. Méthodologie de redressement de la non-réponse de EHPA 2011 *307*
2.3.1.3. Mesure de l'activité, en fonction du département d'origine du résident en EHPAD *309*
2.3.2. Dépense publique 309
2.3.2.1. Tarification Dépendance, par le Conseil départemental *310*
2.3.2.1.1. Données relatives aux dépenses d'aide sociale départementale (hors ASH) et au financement des EHPAD : des montants convergents 310
2.3.2.1.2. L'exclusion des montants consacrés à des aides autres que l'aide humaine 311
2.3.2.2. Tarification du forfait soins, Assurance maladie *312*
2.3.2.2.1. Tarif global, tarif partiel et convergence tarifaire 312
2.3.2.2.2. Qualité de la variable de dotation globale de soins annuelle dans EHPA 2011 313
2.3.2.2.3. Méthodologie de calcul de la dépense de l'Assurance maladie, sur le champ professionnel retenu 315
2.3.2.2.4. DGSA, relative au département d'origine des résidents 316

CONCLUSION DU CHAPITRE 317

CHAPITRE 6 - ENJEUX ÉCONOMIQUES, POLITIQUES ET SOCIAUX DES SUBSTITUTIONS ENTRE PROFESSIONNELS ET FINANCEURS

ENJEUX 320

INTRODUCTION DU CHAPITRE 323

1. BILAN NATIONAL 324

1.1. En France, les professionnels couvrent par leur activité 58 % des besoins des personnes âgées relatifs à leur dépendance 324

1.2. Des moyens humains équitablement répartis entre domicile et EHPAD, et une dépense publique plus importante en institution 325

2. QUELLE GÉOGRAPHIE DE L'ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL DE LA DÉPENDANCE ? 328

2.1. Choisir les indicateurs d'adéquation de l'activité aux besoins 328
2.1.1. Évaluer les besoins sur les territoires 329
2.1.1.1. Rapporter les heures d'accompagnement au nombre de personnes âgées, en fixant une limite d'âge *329*

2.1.1.2. Appuyer l'évaluation des besoins sur la reconnaissance administrative de la dépendance 332
2.1.2. Choisir des mesures de répartition de l'offre communes aux différents types de professionnels 336

2.2. Couverture des besoins et écarts à la moyenne : résultats départementaux par catégorie de professionnels 337
2.2.1. Les aides à domicile et auxiliaires de vie sociale : une géographie différente du recours aux services à la personne 339
2.2.2. Infirmiers libéraux et SSIAD : la spécificité du littoral méditerranéen est confirmée 342
2.2.3. EHPAD : une répartition presque homogène entre les territoires 343

2.3. Une substitution entre professionnels confirmée : un accompagnement qualitativement différencié selon les départements 344
2.3.1. Les disparités géographiques se réduisent en considérant l'offre dans sa globalité 344
2.3.2. Des systèmes spatialement différenciés d'accompagnement ? 345

3.UNE REMISE EN CAUSE DE L'ÉQUITÉ TERRITORIALE ? 347

3.1. Une inégalité d'accompagnement en fonction du lieu où réside la personne 347
3.1.1. L'exemple des toilettes lorsque la personne réside à domicile 347
3.1.2. Des inégalités financières entre les personnes résultent des systèmes spatialement différenciés d'accompagnement 349

3.2. Des services pour éviter les substitutions ? 351

3.3. Des Conseils départementaux inégalement financeurs 352

3.4. Les péréquations nationales : enjeux 353
3.4.1. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pilote le dispositif financier visant à rétablir l'équité territoriale 353
3.4.2. Coût de l'accompagnement de la dépendance : solidarité nationale ou solidarités locales ? 355
3.4.3. Quelles différences entre territoires créées par la décentralisation ? 357
3.4.3.1. Les heures financées par les départements : la répartition la plus homogène relativement aux besoins 357
3.4.3.2. Les départements : des actions comparables malgré la décentralisation ? 358
3.4.3.3. La plus grande différence : l'offre est-elle ou non régulée ? 359

CONCLUSION DU CHAPITRE 361

PARTIE 3 - QUELLE PLACE AU CHOIX DES PERSONNES DANS LES RECOURS À L'OFFRE

CHAPITRE 7 - LE NON-RECOURS À L'APA-D : DÉFAILLANCE DES POUVOIRS PUBLICS OU EXPRESSION DU CHOIX DE LA PERSONNE ?

ENJEUX **366**

INTRODUCTION DU CHAPITRE **369**

1.LE CONCEPT DE NON-RECOURS, ORIGINE, DÉFINITION(S), OBSERVATION **370**

1.1. Des définitions du non-recours **370**
1.1.1. Non-recours primaire et non-recours secondaire 370
1.1.2. Non-recours temporaire et non-recours permanent 372
1.1.3. La complexité des non-recours : création d'un observatoire 373

1.2. Les non-recours, quelles mesures ? **373**

1.3. D'une typologie générale du non-recours à une grille de lecture intégrant le positionnement des pouvoirs publics **376**

2.LE NON-RECOURS QUESTIONNANT LES POUVOIRS PUBLICS : UN DISPOSITIF PEU OU MAL CONNU ? **378**

2.1. La non-connaissance du dispositif **378**

2.2. La mauvaise connaissance du dispositif **380**
2.2.1. Des bénéficiaires potentiels qui se méprennent sur la prestation 380
2.2.2. Des professionnels qui maîtrisent mal la prestation ? 381
2.2.3. Les médecins traitants, potentiels relais, qui se méprennent ? 382

2.3. Professionnels locaux, collectivités territoriales : mieux informer les potentiels bénéficiaires et leur entourage, mais comment ? Le rôle des mairies **383**

3. LES NON-RECOURS LIÉS AU FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF QUESTIONNENT SA PERTINENCE **386**

3.1. Formuler une demande d'APA ne coûte pas rien **386**
3.1.1. L'APA-D, une aide en nature 386
3.1.2. La participation financière : un trop important reste-à-charge ? 387
3.1.2.1. La participation définie par la loi : le ticket modérateur, calculé en fonction des ressources 387
3.1.2.2. Le surcoût imposé par les services 391
3.1.3. Des contraintes liées à la procédure administrative 393
3.1.3.1. Le délai d'attente peut sembler long 393
3.1.3.2. Le dossier administratif est parfois considéré comme intrusif 394

3.2. Reconnaissance administrative de la dépendance et plafonnement de l'aide : un dispositif limité pour accompagner certaines pathologies **395**
3.2.1. La difficile reconnaissance des moments de faiblesse 395
3.2.2. L'insuffisance de l'aide, le plafonnement de l'allocation 397

4.CHOIX DE LA PERSONNE ET DROIT AU RISQUE : UNE LIMITE À RESPECTER POUR L'ACTION PUBLIQUE 399

4.1. La famille et les réseaux, d'importantes alternatives à l'offre publique 400
4.1.1. La famille intervient plus que les professionnels 400
4.1.2. Des enfants aidants et des enfants gênants 402
4.1.3. La solidarité de voisinage 405

4.2. Le respect du choix de la personne 405
4.2.1. Des personnes, par dignité, ne veulent pas recourir à l'APA 405
4.2.2. Le droit au risque doit être garanti par les professionnels 407

5. QUELLE INTERVENTION PUBLIQUE POUR CEUX QUI NE DEMANDENT RIEN OU SONT RÉTICENTS À L'OFFRE ? 409

5.1. Le déni de la dépendance 409
5.1.1. Demander l'APA, c'est officialiser un état de dépendance souvent irréversible 409
5.1.2. Le rôle des acteurs publics ? Dédramatiser l'aide et être en veille 411
5.1.3. Respecter la parole des personnes âgées, un défi 411

5.2. Quelle attitude face à ceux qui sont réticents à toute intervention sociale et médico-sociale ? 412
5.2.1. La mise en danger de la personne 412
5.2.2. La mise en danger des aidants 413
5.2.3. La gêne de l'environnement 414

CONCLUSION DU CHAPITRE 415

CHAPITRE 8 - MIGRATIONS À L'ENTRÉE EN INSTITUTION, RÉVÉLATRICES D'UNE CONTRAINTE DE L'OFFRE OU MANIFESTATION DU CHOIX DES PERSONNES ÂGÉES ?

ENJEUX 418

INTRODUCTION DU CHAPITRE 421

1. L'ENTRÉE EN EHPAD AU PRISME DU CONCEPT DE MIGRATION 421

1.1. L'entrée en EHPAD : une migration guidée par les choix du résident, de sa famille et de l'établissement 421
1.1.1. Qu'est-ce qu'une migration ? 421
1.1.2. De la difficulté à accepter l'entrée en EHPAD 422
1.1.3. État de santé, rupture ou isolement : quels sont les principaux motifs d'entrée en EHPAD ? 423
1.1.4. Entrer en EHPAD, l'influence déterminante des proches 424
1.1.5. Choisir un EHPAD… et y être accueilli 425

1.2. Une contrainte de l'offre ou le choix de la personne et de son entourage ? 426
1.2.1. Migrations intermédiaires et migrations éloignées, des logiques différentes 426
1.2.2. Approche par les limites administratives 426
1.2.3. Approche par les distances 428

2. ANALYSE GÉOGRAPHIQUE DES MOUVEMENTS MIGRATOIRES : QUELLES RÉALITÉS SPATIALES ? 429

2.1. Ne pas rejoindre un EHPAD à proximité de son précédent lieu de vie : tous les territoires sont concernés 429

2.1.1. L'influence déterminante du zonage : approche administrative et par les distances 431
2.1.2. Les volumes migratoires sont plus hétérogènes pour les migrations à plus de 100 kilomètres que pour les migrations à distance intermédiaire 433

2.2. Des départements urbains sont les plus concernés, par les départs et par les arrivées 434
2.2.1. Lieux d'accueil des migrants : une grande diversité selon la définition retenue 434
2.2.2. L'Île-de-France, principal lieu d'origine des migrants 437
2.2.3. Les flux de migrants éloignés plus diffus que les flux de migrants intermédiaires 438

3. LES DÉTERMINANTS INDIVIDUELS DES MIGRATIONS 441

3.1. Évaluation de la dépendance au regard de la grille AGGIR 442
3.1.1. Assurer son hygiène corporelle 443
3.1.2. Se déplacer à l'intérieur de l'EHPAD 444
3.1.3. Communiquer et se comporter de façon logique 445

3.2. Situation familiale et juridique 446
3.2.1. Situation familiale 446
3.2.2. Situation juridique 446

3.3. Type d'hébergement précédent l'entrée en EHPAD 447

4. LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT, LE CONTEXTE DES DÉPARTEMENTS D'ORIGINE ET D'ACCUEIL ONT UNE GRANDE IMPORTANCE 448

4.1. Le statut juridique de l'établissement et les tarifs pratiqués sont discriminants 448
4.1.1. Le lien entre statut juridique et tarifs pratiqués 449
4.1.2. Le statut juridique de l'EHPAD, approche des disparités sociales ? 450
4.1.3. Des migrations vers des EHPAD nettement plus ou nettement moins chers que la moyenne départementale 451

4.2. Des caractéristiques des territoires d'origine et de destination complètent pertinemment l'analyse 451
4.2.1. L'effet du taux d'équipement sur les migrations 451
4.2.2. Les revenus fiscaux moyens de la commune d'origine sont significatifs 454
4.2.3. Migrer à l'entrée en EHPAD : se rapprocher de sa résidence secondaire ? 454

CONCLUSION : D'AUTRES FACTEURS EXPLICATIFS DE LA MIGRATION RESTENT À ÉTUDIER 455

CONCLUSION GÉNÉRALE - DE L'INTÉRÊT D'UNE ANALYSE GÉOGRAPHIQUE DE L'ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL DE LA DÉPENDANCE

1.DISCUSSION AUTOUR DES HYPOTHÈSES **463**

1.1. La répartition actuelle de l'offre et la couverture des besoins qui en découle ne respectent pas le principe d'équité territoriale **464**

1.2. Peut-on, en pratique, concilier liberté et égalité ? **465**

1.2.1. Décentralisation et équité nationale sont difficilement compatibles 465

1.2.1.1. Garantie de l'équité territoriale *466*

1.2.1.2. Pertinence du zonage *466*

1.2.2. Une politique reposant sur un accompagnement individualisé ne peut pas être équitable 468

1.2.3. Liberté individuelle et garantie de l'équité : comment offrir la même chose à des personnes qui ont les mêmes besoins ? 468

2.UN OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION **469**

2.1. Les apports pour la Drees **469**

2.2. Les apports pour les départements partenaires **470**

3.LA DÉMARCHE DU GÉOGRAPHE **471**

BIBLIOGRAPHIE **473**

TABLE DES ILLUSTRATIONS **493**

TABLE DES MATIÈRES **501**

ANNEXES **515**

ANNEXES

Table des annexes

Table des sigles

Convention de recherche Drees – UPE

Convention avec le Conseil départemental de l'Ariège, pour exemple

Grille d'entretien auprès des Centre communaux d'action sociale (pour exemple)

Synthèse d'un entretien auprès de CCAS, pour exemple

Calendrier des réunions avec les Conseils départementaux

Bilan du partenariat rédigé par les Conseils départementaux d'Ariège, du Nord et du Val-de-Marne

Circulaires relatives à la coordination sociale et « médico-sociale », en 1936

Table des sigles

Lexique

A

ACS Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.
ACTP Allocation compensatrice tierce personne.
AGGIR Grille Autonomie gérontologie groupes iso-ressources.
AIS Actes infirmiers de soins.
AMI Actes médico-infirmiers.
APA Allocation personnalisée d'autonomie.
APA-D Allocation personnalisée d'autonomie à domicile.
APA-E Allocation personnalisée d'autonomie en établissement.
ARS Agence régionale de santé.
ASPA Allocation de solidarité pour les personnes âgées.
AVS Auxiliaire de vie sociale.

C

CARE Enquête Capacités, aides et ressources des séniors.
CARSAT Caisse d'assurance retraite et de santé au travail.
CASF Code de l'action sociale et des familles.
CCAS Centres communaux d'action sociale.
CESE Conseil économique, social et environnemental.
CLIC Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique.
CMU La couverture maladie universelle.
CNAF La caisse nationale d'allocations familiales.
CNAMTS Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.
CNAV Caisse nationale d'assurance vieillesse.
CNIL Commission nationale de l'informatique et des libertés.
CNIS Conseil national de l'information statistique.
CNRTL Le Centre national de ressources textuelles et lexicales.
CNSA La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
CODERPA Comité départemental des retraités et personnes âgées.
CREDOC Le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie.

D

DADS Les déclarations annuelles de données sociales.
DARES Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques.
DIACT Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire.
DGCS Direction générale de la cohésion sociale.
DGSA Dotation globale de soins annuelle
DIRECCTE Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.
DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
DUDH Déclaration universelle des droits de l'homme.

E

EDS Espaces départementaux des solidarités.
EMS Équipe médico-sociale.
EHPA Établissements d'hébergement pour personnes âgées Sigle utilisé pour désigner l'enquête exhaustive, réalisée tous les quatre ans par la Drees auprès de ces établissements.
EHPAD Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

F

FINESS Fichier national des établissements sanitaires et sociaux.

G

GEVA Guide l'évaluation des besoins de compensation des personnes en situation de handicap.
GIR Groupe iso-ressources.
GMP GIR moyen pondéré.

H

HAD Hospitalisation à domicile
HCAAM Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.
HPST Hôpital, patient, santé, territoires.
HSI Enquête Handicap-santé – volet Institutions.
HSM Enquête Handicap-santé – volet Ménages.

I

IGAS Inspection générale des affaires sociales.
INRA Institut national de la recherche agronomique.
INSEE Institut national de la statistique et des études économiques collecte, produit, analyse et diffuse des informations relatives à la société française.
IRCEM Institut de retraite complémentaire des employés de maison.
IRDES Institut de recherche et de documentation en économie de la santé.
IRIS Îlot regroupé pour l'information statistique.

J

JORF Journal Officiel de la République Française.

M

MAIA Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (devrait devenir Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie).
MAUP Modifiable areal unit problem.
MDPH Maison départementale des personnes handicapées.

O

ODAS Observatoire national de l'action sociale décentralisée.
ODENORE Observatoire des non-recours.
OGD Objectif généra de dépenses
OMS Organisation mondiale de la santé
ONDAM Objectif national des dépenses d'assurance maladie.
ONPES Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale.

P

PAERPA Programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie ».
PAP Plan d'actions personnalisé.
PAP-ASIR Plan d'actions personnalisé – Aide aux situations de ruptures.
PAP-ARDH Plan d'actions personnalisé – Aide au retour à domicile après hospitalisation.
PCH Prestation de compensation du handicap.
PSD Prestation spécifique dépendance.

R

RSA Revenu de solidarité active.

S

SAAD Service d'aide à domicile.
SESI Service statistique des études et des systèmes d'information.
SIASP Système d'information sur les agents des services publics.
SHARE Enquête "Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe".
SSIAD Services de soins infirmiers à domicile.

U

UDCCAS Union départementale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale.
USLD Unités de soins de longue durée.

Convention de recherche Drees – UPE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé

Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat

Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

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

MISSION RECHERCHE (MIRE) / BUREAU "ETABLISSEMENT SOCIAUX, ACTION SOCIALE LOCALE ET PROFESSIONS"

Recherche dirigée par : **Mme Jeanne-Marie AMAT-ROZE**
Titre : **Etude géographique de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées à l'échelle locale** Convention n° : 2011-9200463332 Notifiée le 7/10/11

CONVENTION DE RECHERCHE

DATE DE SIGNATURE DE LA CONVENTION :

PIECES CONSTITUTANT LA CONVENTION : La convention est constituée par le préambule, onze articles et quatre annexes.

ENTRE LES SOUSSIGNES :

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

représenté par la Directrice de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, auprès du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, du Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat et du Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, et désigné ci-après par le terme "l'a DREES"

Et

LE POLE DE RECHERCHE ET D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR (PRES) UNIVERSITE PARIS-EST

FORME JURIDIQUE : Etablissement Public de Coopération Scientifique

SIEGE SOCIAL :

cité Descartes,

5 boulevard Descartes, Champs-sur-Marne

77 454 Marne-la-Vallée Cedex 2

NUMERO DE SIRET : **13000 3734 000 14** NAF : **85-42Z**

Représenté par (NOM/Fonction) : MR BERNARD SAINT-GIRONS, PRESIDENT

Et désigné ci-après par les mots "le Contractant"

IL A ÉTÉ CONVENU CE QUI SUIT :

PREAMBULE :

Exposé des motifs qui amènent les parties à conclure la présente convention

Aux termes du décret n° 90-665 du 30 juillet 1990 modifié, la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) « en liaison avec le ministère chargé de la recherche, contribue à orienter la politique de la recherche et concourt au développement de ses travaux et à la valorisation de leurs résultats. » L'arrêté du 21 juillet 2000 portant organisation de la DREES, précise qu'au sein de celle-ci, la Mission de la Recherche (MiRe) :

> *« élabore et met en œuvre, en liaison avec le ministère chargé de la recherche, les organismes de recherche ainsi que les autres directions et services du ministère, les orientations de la politique de la recherche dans le champ des sciences de l'homme et de la société, dans les domaines de la santé, de la solidarité et de la protection sociale ;*
>
> *oriente les travaux de recherche dans les domaines de la santé, de l'action sociale et de la protection sociale et conduit les actions d'incitation à la recherche financées sur les crédits du ministère de l'emploi et de la solidarité relevant du budget civil de recherche et de développement ;*
>
> *anime les activités de recherche des services du ministère et organismes qui lui sont rattachés, en liaison avec les institutions chargées de la politique de la recherche.*
>
> *conçoit et met en œuvre des actions de valorisation et de diffusion de travaux de recherche.»*

Le LAB'URBA (EA 3482), centré sur les instituts d'urbanisme (IUP et IFU) et le département de géographie, est rattaché à l'école doctorale Ville, Transport, Territoires de l'Université Paris-Est. Développant un lien très étroit avec l'enseignement afin de préparer l'émergence de nouvelles générations de professionnels de la recherche et de l'action, le laboratoire a un caractère multidisciplinaire très marqué et une variété de spécialisations thématiques, comptant dans son équipe géographes, démographes, architectes, économiques, juristes, ingénieurs, politologues et sociologues. Les 38 enseignants-chercheurs titulaires, 10 PAST et Docteurs-ATER et 70 doctorants partagent la conviction que la recherche sur les questions de territoire, d'urbanisme et de société ne peut se développer qu'à partir d'un ensemble de stimulations complémentaires : appels à proposition de recherche, actions incitatives et contrats de recherche, assistance, expertise.

Les travaux des chercheurs du LAB'URBA, concernent en particulier les actions publiques et le développement des territoires. Cette problématique de recherche se décline autour de plusieurs thèmes, en particulier les enjeux de santé et de bien-être comme opérateurs pour des lectures particulières des territoires, et alors modalités singulières de la territorialisation de l'action. Les usages, modes de vie et représentations sont un second axe de recherche, qui étudie entre autres les interactions entre les mobilités et l'habitat (enjeu des équipements, problématique du partage, de la justice spatiale et de l'interaction).

ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION

L'objet de la présente convention est de préciser le montant et les conditions de la contribution financière de L'État – Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques – Mission Recherche / Bureau "Établissements sociaux, action sociale locale et professions" à la réalisation d'une thèse de doctorat, réalisée par Mlle Mélina **RAMOS-GORAND**, sous la direction de Mme Jeanne-Marie **AMAT-ROZE**, Laboratoire LAB'URBA, intitulée :

Etude géographique de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées à l'échelle locale en France métropolitaine

Le résumé de cette recherche est présenté dans l'annexe n°1 à la présente convention.

ARTICLE 2 : DUREE DE LA CONVENTION.

La durée de la convention est de 42 MOIS à partir de la date de signature de la présente convention.

ARTICLE 3 : RESPONSABLES DE LA RECHERCHE ET PILOTAGE

3.1 Pour le compte de l'État :

Stéphanie DUPAYS

Chef de la Mission Recherche agissant es-qualité, désigné dans tout ce qui suit par les mots "Chef de la MiRe", ou toute autre personne qui lui serait substituée,

Joëlle CHAZAL

Responsable du bureau "Établissements sociaux, action sociale locale et professions", ou toute autre personne qui lui serait substituée.

Elles sont chargées de suivre l'exécution de la présente convention. Elles certifieront le service fait.

3.2 Pour le compte du contractant :

Mme le Professeur Jeanne-Marie AMAT-ROZE

Ou toute autre personne qui lui serait substituée, avec l'accord de l'Administration, est responsable scientifique de la recherche et de son exécution. Elle est désignée dans tout ce qui suit par les mots "Responsable Scientifique".

3.3 Comité de pilotage

Un comité de pilotage de ce projet de recherche est créé. Il rassemble les responsables de la recherche et trois personnalités qualifiées nommés d'un commun accord par la DREES et le Contractant. Le comité de pilotage validera les rapports intermédiaires et le rapport final prévus à l'article 4.1.

ARTICLE 4 : CONDITIONS DE LA RECHERCHE

4.1 DOCUMENTS A FOURNIR PAR LE CONTRACTANT ET DELAIS

Les différents documents à fournir devront suivre les recommandations éditoriales présentées dans l'annexe 2 de la présente convention :

a) une **projet de thèse** et un résumé, dans un délai de 1 mois après la date de signature de la présente convention ;

b) un premier **rapport intermédiaire d'avancement** dans un délai de 12 mois après la date de signature de la présente convention. Il comportera en annexe un bilan financier des crédits consommés, selon le modèle de l'annexe 3 A ;

c) un deuxième **rapport intermédiaire d'avancement** dans un délai de 24 mois après la date de signature de la présente convention. Il comportera en annexe un bilan financier des crédits consommés, selon le modèle de l'annexe 3 A ;

d) **le manuscrit final de la thèse de doctorat**, une note de synthèse, un résumé final et un bilan financier, selon le modèle de l'annexe 3.B, dans un délai de 36 mois après la date de signature de la présente convention.

Un avenant pourra être conclu entre les parties, **pour des raisons de force majeure**, si le contractant ne pouvait respecter les délais mentionnés ci-dessus. Toute demande d'avenant devra être transmise par les responsables scientifiques au Chef de la MiRe huit semaines au plus tard avant l'échéance de la remise du rapport intermédiaire d'avancement ou du rapport final.

4.2 ÉVALUATION DU PROJET

Ce projet de recherche fera l'objet d'une évaluation en deux étapes.

a) **Évaluation intermédiaire**

Si nécessaire à la lecture des rapports intermédiaires d'avancement prévu aux articles 4.1.b et 4.1.c, la Chef de la MiRe et la Responsable du Bureau "Établissements sociaux, action sociale locale et professions" organiseront une réunion avec le responsable scientifique afin d'identifier les difficultés dans la mise en œuvre de la recherche et formuler des propositions de résolution. Une évaluation scientifique de la recherche en cours pourra être demandée par la Chef de la MiRe à deux personnalités qualifiées

b) **Évaluation finale et soutenance**

L'évaluation des travaux prévus par la présente convention revient au jury qui examinera la thèse de Mlle Mélina RAMOS-GORAND, lorsque la responsable scientifique du projet estimera que la soutenance peut avoir lieu.

Sauf raisons de force majeure conduisant à la mise en place d'un avenant prévu à l'article 4.1, la soutenance de la thèse devra avoir lieu dans un délai maximal de 42 mois après signature de la convention. La Chef de la MiRe et la Responsable du bureau "établissements sociaux, action sociale locale et professions" seront invitées à cette soutenance publique.

A l'issue de la soutenance de thèse, les documents suivant seront transmis à la DREES :

- une copie des rapports préalables à la soutenance ;
- une copie du procès-verbal de soutenance signé par l'ensemble des membres du jury ;
- une copie du rapport de soutenance rédigé et signé par le président du jury et contresigné par l'ensemble des membres du jury.

4.4 VALORISATION

Publication en ligne

Le résumé de la thèse, la note de synthèse et le nom du responsable scientifique de la recherche seront mis en ligne, sous la forme sur le site de la Mission recherche de la DREES ou sur le site du laboratoire LAB'URBA.

Le manuscrit final de la thèse peut être publiée en ligne, si les partenaires du programme le décident. La publication peut intervenir dans la collection numérique des *Documents de travail de la DREES*, série "*Études et Recherches*", accessible sur le site Internet de la DREES. Cette publication est conditionnée à l'accord de son auteur. Les rapports publiés seront précédés d'une page de garde uniformisée portant la mention "Cette publication n'engage que son auteur". Le résumé final sera lui aussi mis en ligne sur ces différents sites.

Publication au format papier

Le manuscrit final de la thèse peut conduire également à la publication d'un ouvrage. Au cas où la DREES décide de publier le rapport final dans une de ses collections, cette publication se réalisera en accord avec l'auteur, le responsable scientifique de la recherche et du responsable de l'unité de recherche dont il relève.

La note de synthèse pourra être reprise dans la rubrique "recherche" de la *Revue Française des Affaires Sociales*.

ARTICLE 5 : PROPRIETE DE LA RECHERCHE ET PUBLICATIONS

La DREES dispose des résultats de la recherche pour ses besoins propres, ceux des collectivités et organismes relevant de son autorité et ceux des partenaires du programme. La thèse et les résultats de la recherche appartiennent à son auteur. Conformément aux textes en vigueur, les chercheurs concernés ont la propriété intellectuelle de leurs travaux.

La communication ou la publication de tout ou partie des résultats de la recherche est soumise à :

- l'approbation de la Chef de la MiRe et de la Responsable du bureau "Établissements sociaux, action sociale locale et professions" lorsque la recherche n'est pas achevée ;
- l'information de la Chef de la MiRe et de la Responsable du bureau "Établissements sociaux, action sociale locale et professions, si elle intervient après la remise du rapport final. Cette information doit alors inclure les références précises de la communication ou publication. Il devra y être fait mention du financement apporté par la DREES - Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Toutefois, le Chef de la MiRe et la Responsable du bureau "Établissements sociaux, action sociale locale et professions se réservent le droit d'exiger qu'il ne soit pas fait mention de ce financement.

ARTICLE 6 : RESPECT DES REGLES DE DEONTOLOGIE

Le contractant est tenu au secret professionnel et à l'obligation de discrétion pour tout ce qui concerne les faits, informations, études et décisions en provenance de la DREES dont il aura connaissance au cours de l'exécution de la présente convention. Il s'interdit notamment toute communication écrite ou verbale sur ces sujets et toute remise de documents à des tiers sans l'accord préalable de l'Administration.

BSG

ARTICLE 7 : MONTANT DE LA CONVENTION ET UTILISATION DES FONDS

7.1 Montant

La somme allouée au contractant pour l'exécution de la recherche définie par la présente convention est fixée à : **136 804 € (cent trentesix mille huit cent quatre euros), Net de TVA.**

Cette aide à la recherche ne constituant pas, au sens de l'instruction fiscale n° 100 du 16 juin 2006, la contrepartie totale ou partielle d'une livraison de biens ou d'une prestation de services, elle n'est pas soumise à la TVA.

Les documents demandés à l'article 4 ne sont pas des contreparties mais des pièces permettant à la DREES de contrôler l'utilisation des fonds alloués au contractant, conformément à l'instruction fiscale n°63 du 16 juin 2008.

7.2 Utilisation des fonds

Le montant couvre une partie des frais et charges de toutes natures occasionnés par la recherche, détaillés dans l'annexe n°4 " budget prévisionnel de la recherche" :

- le salaire de Mlle Mélina Ramos-Gorand, versé au titre de la réalisation de sa thèse de doctorat sur le thème prévu à l'article 1, dont le montant minimal sera 1800 Euros Nets Mensuels ;
- les frais de fonctionnement et d'équipement, en particulier les frais de missions et de déplacements occasionnés par le projet ;
- les frais liés aux prestations diverses impliquées par le bon déroulement du projet.

7.3 Conditions de recrutements des personnels

Le contractant s'engage à remplir seul ses obligations d'employeur vis-à-vis des personnels extérieurs à son établissement qu'il estimerait devoir rémunérer dans le cadre de la présente convention. Il reconnaît vis-à-vis de ces personnels ses obligations légales et réglementaires (Codes du travail et de la sécurité sociale, Autres codes s'appliquant spécifiquement...) et avoir pris connaissance de la réglementation en vigueur. Il reconnaît que la DREES a appelé son attention sur ce point.

7.4 Modification de la répartition des dépenses

La répartition prévisionnelle des dépenses peut être modifiée par le contractant :

- sans contrainte particulière dès lors que la variation entre les différents postes budgétaires n'excède pas 20% du montant de l'aide ;

- sur demande du bénéficiaire et autorisation préalable de l'Administration, si la variation entre les différents postes excède 20% du montant de l'aide. Cette modification ne requiert pas de décision modificative formelle : l'autorisation éventuelle sera notifiée par simple courrier.

ARTICLE 8 : MODALITES DE REGLEMENT

La somme prévue à l'article 7.1 est réglée par avances successives dans les conditions ci-après :

- une première avance, correspondant à 25 % de la somme totale prévue en 7.1, à la signature de la présente convention ;

  34 201 Euros (trente quatre mille Euros), Net de TVA

- une deuxième avance, correspondant à 25 % de la somme totale prévue en 7.1 sur remise du rapport intermédiaire prévu à l'article 4.1.b et du compte d'emploi prévu en annexe 3.a ;

  34 201 Euros (trente quatre mille deux cent un Euros), Net de TVA

- une troisième avance, correspondant à 25 % de la somme totale prévue en 7.1 sur remise du rapport intermédiaire prévu à l'article 4.1.c et du compte d'emploi prévu en annexe 3.a ;

  34 201 Euros (trente quatre mille deux cent un Euros), Net de TVA

- le solde sur remise du rapport final prévu à l'article 4.1.d et du compte d'emploi prévu en annexe 3.b ;

  34 201 Euros (trente quatre mille deux cent un Euros), Net de TVA

Et dès que la Directrice de la DREES estimera que le contractant a pleinement satisfait à ses obligations. Toutefois, l'accord définitif devra intervenir dans un délai maximal de deux mois à compter de la remise des documents ou si des demandes de documents et/ou de précisions complémentaires ont été formulées par le Chef de la MiRe ou la Responsable du bureau "Établissements sociaux, action sociale locale et professions, à compter de la date de remise de ces documents ou des réponses jugées satisfaisantes, aux demandes de précisions.

L'État se libère des sommes dues au titre de la présente convention en effectuant des versements au :

Compte n° 00001002165

Code banque n°10071

Code guichet n°77000

Ouvert au Trésor Public

Au nom de l'Université Paris Est, agent comptable

RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE

TRÉSOR PUBLIC

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVE

Le relevé ci-contre est destiné à être remis à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelées à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiement des quittances etc ..)

Identifiant nationale de compte bancaire - RIB				
Code banque	Code guichet	N° de compte	Clé RIB	Domiciliation
10071	77000	00001002165	57	TPMELUN

Identifiant international de compte bancaire - IBAN

IBAN (International Bank Account Number)							
							BIC (Bank Indentifier Code)
FR76	1007	1770	0000	0010	0216	557	TRPUFRP1

TITULAIRE DU COMPTE :

UNIVERSITE PARIS EST AGENT COMPTABLE

La dépense est imputé sur le programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales » Action « Statistiques, études et recherche », domaine fonctionnel 124-02-08 "Développement de la recherche".;

Le Ministre des solidarités et de la cohésion sociale est ordonnateur.

Le comptable assignataire est le Contrôleur budgétaire et comptable près le ministre des sports, le ministre des solidarités et de la cohésion sociale et le ministre de la ville.

ARTICLE 9 : **SANCTIONS**

En cas de non-exécution, de retard significatif ou de modification substantielle sans l'accord écrit de la DREES des conditions d'exécution de la recherche (article 4 de la convention), de non respect des règles de déontologie de la recherche, en particulier le secret professionnel et l'obligation de discrétion (article 6 de la convention) par le contractant, la DREES peut suspendre ou diminuer le montant des avances et autres versements, remettre en cause le montant de la subvention ou exiger le reversement de tout ou partie des sommes déjà versées au titre de la présente convention.

ARTICLE 10: **CONTROLE DE LA DREES:**

Le contractant s'engage à faciliter, à tout moment, le contrôle par la DREES de la réalisation de l'objectif, notamment par l'accès à toute pièce justificative des dépenses et tout autre document dont la production serait jugée utile.

Au terme de la convention, un contrôle sur place peut éventuellement être réalisé par la DREES, en vue de vérifier l'exactitude des comptes rendus financiers transmis.

ARTICLE 11: **RESILIATION ET REGLEMENT DES LITIGES**

1. Si pour raison de force majeure, le contractant se trouve dans l'impossibilité d'exécuter l'une ou l'autre des missions qui lui sont confiées ou l'ensemble de celles-ci, il doit en aviser la DREES par lettre recommandée avec accusé de réception.

La DREES a alors la faculté de résilier tout ou partie de la convention ou d'en faire poursuivre l'exécution comme elle l'entend.

La résiliation éventuelle prendrait effet à compter de 15 jours après la réception de la lettre recommandée.

Le contractant fournit alors un rapport sur les travaux effectués et les résultats obtenus.

Il est établi contradictoirement un décompte de la valeur des éléments produits utilisables.

2. La convention est résiliée de plein droit lorsque le responsable scientifique de la recherche pour le compte du contractant, nommément désigné à l'article 3 de la convention, n'est plus en mesure d'assurer la responsabilité scientifique du projet pour cause de décès, mise à la retraite ou pour tout autre motif le séparant pour au moins 12 mois de l'unité de recherche dont il fait partie. Cette règle s'applique également dans le cas d'une mutation du responsable scientifique, si celle-ci entraine son incapacité à diriger la recherche.

   Dans ce cas, la résiliation prend effet 90 jours après la cessation des activités des responsables scientifiques.

   Toutefois, dans cette hypothèse, le contractant a la faculté de demander le maintien en vigueur de la convention dans un délai maximum de 60 jours après la cessation des activités des responsables scientifiques.

   A cet effet, il propose au Chef de la MiRe le nom d'un nouveau responsable scientifique et le Chef de la MiRe prend une décision tendant au maintien en vigueur, à la modification ou à la résiliation de la convention, dans un délai de 90 jours courant à partir du moment où le responsable scientifique cité au paragraphe précédent a cessé ses fonctions.

   En cas de litige, il est fait appel à l'expertise d'une personnalité scientifique choisie d'un commun accord par les deux parties, et, en cas d'échec de cette procédure, le tribunal compétent est le tribunal administratif de Paris. Les frais occasionnés seront répartis par moitié entre les parties.

Fait en deux exemplaires originaux, à Paris, le 27/09/2011

5 OCT 2011

Le contractant, (*)

Le président du PRES Université Paris Est

Mr Bernard SAINT-GIRONS

P/La directrice de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

UNIVERSITÉ PARIS-EST
Cité Descartes
5 bd. Descartes, Champs-sur-Marne
77454 Marne-la-Vallée cedex 2

Baudcuin SEYS

* porter la mention "lu et approuvé".

ANNEXE N°1 : RESUME DE LA RECHERCHE

Recherche dirigée par **Mme Jeanne-Marie AMAT-ROZE, université Paris-Est**
Titre : Etude géographique sur la prise en charge de la dépendance des personnes âgées à l'échelle locale Convention n° :

RESUME :

Cette recherche répond à une double préoccupation sociétale. D'une part, le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus devrait doubler à l'horizon 2050, ce qui rend la question de la prise en charge de la dépendance centrale. Par ailleurs, depuis le milieu du XXe siècle, la prise en charge des personnes âgées est passée progressivement de la sphère privée à la sphère publique, la question politique de la prise en charge est donc sur le devant de la scène. Ce projet de thèse s'inscrit dans une série de recherches menées par la DREES, il apportera une lisibilité nouvelle, la lisibilité géographique, à la question de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées lors d'une recherche quantitative et qualitative. Il s'agit d'étudier la territorialisation de la prise en charge des personnes âgées, c'est-à-dire son appréhension à partir de réalités spatiales et des processus afférents. Trois axes sont retenus pour cette recherche : nous allons tout d'abord décrire l'organisation actuelle de l'offre à destination des personnes âgées dépendantes (aide à domicile, établissements spécialisés, etc.), en mettant l'accent sur la répartition géographique de cette offre. Nous nous attacherons ensuite à comprendre cette organisation, au travers de l'histoire, des politiques et de la culture des territoires. A ce titre, 4 départements seront étudiés plus précisément. Enfin, nous verrons de quelle façon le principe du libre choix (essentiellement de son lieu de résidence) peut être remis en cause au vu de tous ces enseignements.

Cette étude répond à une préoccupation de la DREES, à la fois en mettant en valeur les enquêtes lors d'une exploitation secondaire (EHPA, SSIAD, IAD, HSM notamment), en donnant une lisibilité cartographique nouvelle aux données, et en fournissant, grâce à une vision rétrospective et une échelle d'étude très fine, un outil d'aide à la décision et à la planification.

BPI

ANNEXE N°2 : RECOMMANDATIONS EDITORIALES

Afin de valoriser les travaux de recherches financées par la Mission Recherche (MiRe) à un public diversifié (chercheurs, agents administratifs, responsables et militants des milieux associatifs, cadres d'entreprises...), les documents fournis par les équipes de recherches devront tenir compte des recommandations formelles suivantes qui régissent la politique éditoriale de la DREES.

Certains documents prévus par la convention de recherche passée entre la DREES et le contractant sont susceptibles de servir de base à une publication dans l'un des différents supports de communication de la DREES. **Pour faciliter cette intégration, les documents seront fournis par les responsables scientifiques par courrier électronique au format Word ou RTF.** Ils devront être paginés et respecter les règles suivantes :

Note méthodologique :

- la note méthodologique ne devra pas dépasser 40 000 caractères, espaces compris.
- la note méthodologique précisera l'objet de la recherche, la problématique l'animant et la méthodologie mise en œuvre, en fonction des réorientations éventuelles demandées par le comité scientifique du programme, ainsi que le phasage des travaux.

Rapports intermédiaires :

- Les rapports intermédiaires ne devront pas dépasser 100 000 signes, espaces compris.
- Les rapports intermédiaires exposeront l'état d'avancement des travaux par rapport à la note méthodologique, les éventuelles difficultés rencontrées d'ordre problématique, méthodologique ou organisationnel, les moyens envisagés ou nécessaires pour y faire face, ainsi que les infléchissements par rapport aux objectifs initiaux.

Résumés de la recherche et mots clés :

- le résumé transmis avec la note méthodologique ne devra pas dépasser 1 500 caractères, espaces compris ;
- le résumé final ne devra pas dépasser 3 000 signes. Il présentera les principales conclusions de la recherche, sa méthodologie et décrira les éventuelles exploitations secondaires prévues par les responsables de la recherche après l'échéance de la recherche ;
- les résumés seront accompagnés de 5 mots clés.

Note de synthèse du rapport final :

- la note de synthèse du rapport final de recherche ne devra pas dépasser 40 000 signes, espaces compris ;
- une courte introduction présentera le cadre de la recherche et la problématique. Elle identifiera le terrain de recherche, la méthodologie et les objectifs poursuivis. Enfin, elle résumera les résultats les plus saillants. La présentation de la méthodologie peut faire l'objet d'un encadré ;
- l'essentiel du corps du texte devra être consacré à la présentation des résultats de la recherche. Les auteurs des rapports s'efforceront également de replacer ces résultats dans les débats actuels des politiques sociales afin de faciliter leur appropriation par la DREES et les lecteurs mais aussi de tirer les conséquences du travail mené pour les politiques sociales. La conclusion devra être synthétique ;
- une bibliographie rapide pourra être adjointe à la note de synthèse. Le nombre de notes de bas de page devra être limité.

Manuscrit de la thèse de doctorat :

Le manuscrit devra tenir compte des recommandations typographique de l'école doctorale à laquelle est rattachée la thèse.

ANNEXE N°3.A : COMPTE D'EMPLOI DES RESSOURCES ALLOUEES.

À JOINDRE AU RAPPORT INTERMEDIAIRE D'AVANCEMENT PREVU A L'ARTICLE 4.1.B

Recherche dirigée par : **Mme Jeanne-Marie AMAT-ROZE**
Titre : **Etude géographique de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées à l'échelle locale** Convention n° :

Descriptif synthétique de l'état de consommation des crédits

	Crédits consommés au cours des 12 premiers mois	**Budget prévisionnel des 12 premiers mois**	**Commentaire éventuel**
Personnel (tous statuts confondus)			
Mission			
Fonctionnement/prestations			
Total			

Liste des personnels ayant été effectivement impliqués dans le déroulement de la recherche

Nom Prénom	**Nature de l'emploi**	**Nature du contrat de travail**	**Part du temps de travail consacrée à la recherche (en équivalent temps plein)**	**Durée du contrat**	**Coût imputé au titre de la présente convention (*)**
Mélina RAMOS-GORAND					

(*) Peuvent être imputés :

- pour les organismes publics de recherche, l'ensemble des coûts de personnel liés au projet, hors personnel statutaire

- pour les autres organismes de recherche, l'ensemble des coûts de personnel liés au projet

Expliquez brièvement les éventuelles variations du présent compte d'emploi par rapport au budget prévisionnel :

ANNEXE N°3B : COMPTE D'EMPLOI DES RESSOURCES SUR TOUTE LA DUREE DE LA CONVENTION, A *JOINDRE AU RAPPORT FINAL PREVU A L'ARTICLE 4.1.C*

Recherche dirigée par : **Mme Jeanne-Marie AMAT-ROZE**
Titre : **Etude géographique de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées à l'échelle locale** Convention n° :

Descriptif synthétique de l'état de consommation des crédits

	Crédits consommés sur toute la durée de la convention	**Budget prévisionnel de la recherche**	**Commentaire éventuel**
Personnel (tous statuts confondus)			
Mission			
Fonctionnement/prestations			
Total			

Liste des personnels ayant été effectivement impliqués dans le déroulement de la recherche

Nom Prénom	**Nature de l'emploi**	**Nature du contrat de travail**	**Part du temps de travail consacrée à la recherche (en équivalent temps plein)**	**Durée du contrat**	**Coût imputé au titre de la présente convention (*)**
Mélina RAMOS-GORAND					

(*) Peuvent être imputés :

- pour les organismes publics de recherche, l'ensemble des coûts de personnel liés au projet, hors personnel statutaire

- pour les autres organismes de recherche, l'ensemble des coûts de personnel liés au projet

859

Expliquez brièvement les éventuelles variations du présent compte d'emploi par rapport au budget prévisionnel :

BSG

ANNEXE N°4 : BUDGET TOTAL PREVISIONNEL DE LA RECHERCHE

1° Détail des coûts complets du projet :

	Total des coûts	**Total en ETP (**)**
Personnels permanents (A)	27360	0,1
Personnel recruté spécifiquement (B)	113 100	1
Fonctionnement (C)	14 390	
Équipement (D)	3 000	
Prestations (E)	0	
Frais de gestion * (F)	6314	
Coût complet du projet (Total= A+B+C+D+E+F)	164 164	
**** Les frais de gestion ne doivent pas dépasser 4% du total du coût total des dépenses hors frais de gestion. Frais de gestion = (A+B+C+D+E)*0.04***		
***** ETP = équivalent temps plein***		

2° Budget détaillé de l'aide demandée :

	3 années de salaire total employeur recrutement chargée d'études en CDD (salaire équivalent au salaire moyen CIFRE)						
Personnel** *détailler : une ligne par personne à recruter (a)*	*Quotité de travail en équivalent temps plein - Etp (b)*	*Nbre mois (c)*	*Coût salaire mensuel (d)*	*Remboursement transport (Imagin'R puis navigo)*	*Coût total par mois*	*Coût annuel*	*Indication : salaire net reçu, par mois*
1ere année de thèse (IE)	1	12	3 108 €	20 €	3 128 €	37 540 €	1 800 €
2ème année de thèse(IE)	1	12	3 117 €	20 €	3 137 €	37 640 €	1 800 €
3ème année de thèse (IE)	1	12	3 125 €	35 €	3 160 €	37 920 €	1 800 €
Total personnel (1)		**36**				**113 100 €**	

Fonctionnement : détail enquêtes terrain	Nombre de jours	Transport (train)			Repas			Nuits sur place			Total
	Déplacements (sur 3 ans)	*Nombre d'allers-retours*	*Prix billet train*	*?rix transport*	*Nombre de repas*	*Tarif par repas*	*Total repas*	*Nombre de nuits*	*Tarif par nuit*	*Total des nuits*	
Département **Sud** (Alpes Maritimes ou Aude)	20	8	240 €	1920	40	20,00 €	800,00 €	15	50 €	750,00 €	3 470 €
Département du **Nord** (Pas-de-Calais ou Somme)	20	8	90 €	720	40	20,00 €	800,00 €	15	50 €	750,00 €	2 270 €
Département **très urbain** (Val-de-Marne)	20	10	10 €	100	20	20,00 €	400,00 €	15	50 €	750,00 €	1 250 €
Département **rural** habitat **dispersé** (Vendée)	20	8	170 €	1360	40	20,00 €	800,00 €	15	50 €	750,00 €	2 910 €
Département **rural d'habitat groupé** (Indre, par exemple)	20	8	80 €	640	40	20,00 €	800,00 €	15	50 €	750,00 €	2 190 €
Déplacements complémentaires	20	10	100 €	1000	40	20,00 €	800,00 €	10	50 €	500,00 €	2 300 €
Total fonctionnement (2) *	**120**			**5 740 €**	**220**		**4 400 €**	**85**		**4 250 €**	**14 390 €**

Équipement (détailler)					Total 3 années
Impression de la thèse (10 exemplaires)					**1000**
Documentation					**1000**
Matériel informatique, logiciels, autre matériel					**1000**
logiciels cartographie et statistiques	Utilisation des logiciels à la DREES				
Total équipement (3) *					**3000**
Prestations (détailler)					Total 3 années
Total prestations (4) *					**0**
Sous-total (A) : (1+2+3+4)					**130 490 €**
Frais de gestion* (B) : 4% maximum**					**6314**
TOTAL DU FINANCEMENT DEMANDÉ (A+B) *					**136 804 €**

Détail du Budget demandé

Consignes pour remplir ce tableau :

Vous pouvez insérer ou supprimer des lignes en fonction des spécificités de votre projet. En revanche, vous ne pouvez pas modifier les lignes orangées qui comprennent des formules de calcul automatiques.

	3 années de salaire total employeur recrutement chargée d'études en CDD (salaire équivalent au salaire moyen CIFRE)

*Personnel*** *détailler : une ligne par personne à recruter (a)*	*Quotité de travail en équivalent temps plein - Etp (b)*	*Nbre mois (c)*	*Coût salaire mensuel (d)*	*Remboursement transport (Imagin'R puis navigo)*	*Coût total par mois*	*Coût annuel*	*Indication : salaire net reçu, par mois*
1ere année de thèse (IE)	1	12	3 108 €	20 €	3 128 €	37 540 €	1 800 €
2ème année de thèse(IE)	1	12	3 117 €	20 €	3 137 €	37 640 €	1 800 €
3ème année de thèse (IE)	1	12	3 125 €	35 €	3 160 €	37 920 €	1 800 €
Total personnel (1)		**36**				**113 100 €**	

Fonctionnement : détail enquêtes terrain	Nombre de jours	Transport (train)			Repas			Nuits sur place			Total
	Déplacements (sur 3 ans)	*Nombre d'allers-retours*	*Prix billet train*	*Prix transport*	*Nombre de repas*	*Tarif par repas*	*Total repas*	*Nombre de nuits*	*Tarif par nuit*	*Total des nuits*	
Département **Sud** (Alpes Maritimes ou Aude)	20	8	240 €	1920	40	20,00 €	800,00 €	15	50 €	750,00 €	3 470 €
Département du **Nord** (Pas-de-Calais ou Somme)	20	8	90 €	720	40	20,00 €	800,00 €	15	50 €	750,00 €	2 270 €
Département **très urbain** (Val-de-Marne)	20	10	10 €	100	20	20,00 €	400,00 €	15	50 €	750,00 €	1 250 €
Département **rural** habitat **dispersé** (Vendée)	20	8	170 €	1360	40	20,00 €	800,00 €	15	50 €	750,00 €	2 910 €
Département **rural d'habitat groupé** (Indre, par exemple)	20	8	80 €	640	40	20,00 €	800,00 €	15	50 €	750,00 €	2 190 €
Déplacements complémentaires	20	10	100 €	1000	40	20,00 €	800,00 €	10	50 €	500,00 €	2 300 €
Total fonctionnement (2) *	**120**			**5 740 €**	**220**		**4 400 €**	**85**		**4 250 €**	**14 390 €**

Équipement (détailler)			Total 3 années
Impression de la thèse (10 exemplaires)			1000
Documentation			1000
Matériel informatique, logiciels, autre matériel			1000
logiciels cartographie et statistiques	Utilisation des logiciels à la DREES		
Total équipement (3) *			**3000**

Prestations (détailler)			Total 3 années
Total prestations (4) *			**0**

Sous-total (A) : (1+2+3+4)			**130 490 €**
Frais de gestion* (B) : 4% maximum**			**6314**
TOTAL DU FINANCEMENT DEMANDÉ (A+B) *			**136 804 €**

** indiquer le montant HT, TVA non récupérable comprise le cas échéant.*

*** Personnel - Indiquer pour chaque personne recrutée :*
a) le type de poste (vacation, CDD) et le statut (allocataire de thèse, post-doc, ingénieur d'études ou de recherches ...);
b) la quotité de travail en équivalent temps plein (Etp) qui indique la durée du travail mensuel. Un personne employée à temps plein correspond à 1 (Etp). Une personne employée à mi temps correspond à 0,5 Etp, une personne à quart-temps à 0,25 Etp...
c) le nombre de mois correspond à la durée effective du recrutement en mois.
d) le calcul du coût du salaire mensuel se fait sur la base du coût réel complet pour l'employeur, comprenant les charges sociales et patronales.

AVENANT N°1 A LA CONVENTION DE RECHERCHE
N°2200463332 NOTIFIEE LE 7 OCTOBRE 2011

Entre d'une part,

Le Ministère des finances et des comptes publics
Le Ministère des affaires sociales et de la santé
Le Ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Représentée par son directeur, Monsieur Franck von Lennep,
ci-après désignée par le terme « l'Administration » ou « la DREES »,

d'une part,

Et

Université Paris-Est

Établissement public de Coopération Scientifique, dont le siège est Cité Descartes – 5 boulevard Descartes, Champs-sur-Marne – 77454 Marne-la-Vallée Cedex 2

Représenté par Monsieur Bernard DIZAMBOURG, Président

Et désigné ci-après par le terme « l'Institut »
enregistré sous le n° de SIRET : 13000 3734 000 14 NAF : 85-42Z

d'autre part.

Article 1 : Modification de la durée de la convention

La durée de la convention est prolongée de douze mois, soit jusqu'au 6 avril 2016.

Article 2 : Documents à fournir par le contractant et délais

L'article 4 de la convention initiale relatifs aux documents à fournir par le contractant et délais est modifié comme suit.

- Un troisième **rapport intermédiaire d'avancement** sera remis dans un délai de 36 mois, après la date de la signature de la convention. Il comportera en annexe un bilan financier des crédits consommés ;

- Le **manuscrit final de la thèse de doctorat**, une note de synthèse, un résumé final et un bilan financier seront remis dans un délai de 48 mois, après la date de la signature de la convention.

Article 3 : Budget modificatif

La somme supplémentaire allouée au contractant pour l'exécution de la recherche définie par le présent avenant est fixée à : 37 920 € (trente sept mille neuf cent vingt euros); Net de TVA.

Article 4 : Modalités de règlement

L'article 8 de la convention initiale relatif aux modalités de règlement est modifié comme suit.

L'administration ayant versé la somme de 102 603 €, prévue par la convention, le restant sera versé par l'administration comme il suit.

- Un acompte de 34 201 Euros (trente quatre mille deux cent un Euros), net de TVA, sur remise du troisième rapport intermédiaire et du compte d'emploi;

- Le solde de 37 920 Euros (trente sept mille neuf cent vingt Euros), net de TVA, sur remise du rapport final (manuscrit de thèse) et du compte d'emploi.

Article 5 :

Les autres dispositions de la convention demeurent inchangées.

<u>Signatures des parties</u>

Fait à Paris, le 08/09/2014

Le Président (mention « lu et approuvé », signature et cachet)

UNIVERSITÉ PARIS EST
Marne-la-Vallée cedex 2 sur-Marne

19 SEP 2014

Le Directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Le Chef de Service

Jean-Louis LHERITIER

RAY, Christine

De: JULIE SZYMKOWICZ [julie.szymkowicz@univ-paris-est.fr]
Envoyé: vendredi 3 octobre 2014 11:50
À: RAY, Christine
Objet: Fwd: Accusé réception - Avenant RAMOS GORAND

Bonjour,

Nous accusons réception, de l'avenant à la convention 2200463332, reçu le 26/09/2014 concernant la prolongation de Mlle RAMOS GORAND.

Cordialement,

Julie SZYMKOWICZ - Chargée des ressources humaines
Téléphone : 01 64 15 31 75
Adresse physique :
Université Paris Est
c/o ENSG-Bureau C405 - Aile Cassini - 4eme étage
6-8, avenue Blaise Pascal - Champs sur Marne - RER A - Noisy-Champs
Adresse Postale :
Université Paris Est - Communauté
Cité Descartes - 5, boulevard Descartes, Champs sur Marne
77454 Marne La Vallée cedex 2
www.univ-paris-est.fr

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des finances et des comptes publics
Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes
Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Sous-direction des synthèses, des études économiques et de l'évaluation
Mission de la recherche (MiRe)

Paris, 19 SEP 2014

RAPPORT DE PRÉSENTATION DE L'AVENANT N°1 À LA CONVENTION DE RECHERCHE N°2200463332 NOTIFIÉE LE 7 OCTOBRE 2011

L'objet de l'avenant est de prolonger la convention n°2200463332 notifiée le 7 OCTOBRE 2011 de douze mois, soit jusqu'au 6 avril 2016.

Cette prolongation qui doit permettre la finalisation de la thèse de Mélina RAMOS-GORAND est soutenue par le comité de pilotage de la recherche, par la DREES et par l'Université de Paris-Est.

Cet avenant prévoit le financement de la quatrième année de thèse de Mélina RAMOS-GORAND pour un montant de 37 920 Euros.

Le Chef de Service

Jean-Louis [illegible]

Adresse postale : 14 avenue Duquesne 75350 PARIS 07 SP
Adresse visiteurs : 10 - 18, place des cinq martyrs du lycée Buffon - 75014 PARIS
http://www.social-sante.gouv.fr/

Convention avec le Conseil départemental de l’Ariège, pour exemple

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CONSEIL GÉNÉRAL

CONVENTION

Entre :

Le Département de l'Ariège, représenté par Monsieur Augustin BONREPAUX , Président du Conseil général de l'Ariège, agissant en vertu de la délibération de la Commission Permanente du Conseil Général de l'Ariège en date du 10 juin 2013

d'une part, et

L'Université Paris Est Créteil
Forme juridique : Etablissement Public de Coopération Scientifique
Représentée par le Lab'URBA (EA 3482) (unité de recherche)
Siège : Institut d'Urbanisme de Paris, UPEC, 61, av. du Général de Gaulle – 94010 Créteil Cedex

Représentée par Jean-Claude DRIANT, Directeur du laboratoire et Mélina RAMOS-GORAND.

d'autre part,

Il est convenu ce qui suit :

Préambule : exposé des motifs qui amènent les parties à conclure la présente convention

Les travaux des chercheurs du Lab'URBA concernent en particulier les actions publiques et le développement des territoires. Cette problématique de recherche se décline autour de plusieurs thèmes, en lien notamment avec les enjeux de santé et d'accessibilité aux équipements.
Au sein du laboratoire, Mademoiselle Mélina RAMOS-GORAND, doctorante en géographie au Lab'URBA, réalise une thèse intitulée « étude géographique de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées à l'échelle locale en France métropolitaine », sous la direction de Jeanne-Marie AMAT-ROZE. Dans le cadre de cette recherche, des conventions seront signées avec cinq Conseils Généraux qui fourniront les données locales concernant la prise en charge de la perte d'autonomie.
Cette recherche est financée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES).

L'intérêt de cette étude pour le Conseil Général est de collecter des informations qualitatives et quantitatives sur un Département de rural de moyenne et haute montagne pour proposer une nouvelle approche géographique, pour appréhender les prise en charge de la dépendance des personnes âgées.

Article 1 : objet de la convention
L'objet de la présente convention est d'encadrer le prêt de données par le Conseil Général de l'Ariège au Lab'URBA. Le Conseil général de l'Ariège concède à Mademoiselle Mélina RAMOS-GORAND, étudiante au Lab'URBA, le droit d'utiliser ces données en vue de travaux de recherche, à l'exclusion de toute autre utilisation. Le résumé de cette recherche est présenté dans l'annexe n°1 jointe à la présente convention.

Article 2 : données mises à disposition
Il s'agit à la fois de données administratives, de données d'enquête et de résultats d'études. Leur liste exhaustive est présentée dans l'annexe 2 jointe à la présente convention.

Article 3 : utilisation des données

3.1 Date et modalité de communication des données par le Conseil Général de l'Ariège

Les données seront communiquées à Mademoiselle Mélina RAMOS-GORAND sous forme numérique ou sous forme papier dès la signature de la présente convention par le Conseil Général de l'Ariège. La forme de communication des données est précisée dans l'annexe n° 2 jointe à la présente convention.

3.2. Locaux dans lesquels les données seront exploitées

Les données fournies par le Conseil Général de l'Ariège seront exploitées par Mademoiselle RAMOS-GORAND dans les locaux de la DREES ou dans les locaux de l'Université Paris-Est Créteil.

3.3. Personnes physiques et morales pouvant utiliser les données

Seule Mélina RAMOS-GORAND, dans le cadre de sa thèse, aura accès et pourra exploiter les données détaillées. Ces données ne seront communiquées à aucune autre personne physique ou morale.

3.4. Respect des règles de déontologie

Mademoiselle Mélina RAMOS-GORAND est tenue au secret professionnel et à l'obligation de discrétion pour tout ce qui concerne les faits, informations, études et décisions en provenance du Conseil Général de l'Ariège dont elle aura connaissance au cours de l'exécution de la présente convention. Elle s'interdit notamment toute communication écrite ou verbale sur ces sujets et toute remise de documents à des tiers sans l'accord préalable du Conseil Général de l'Ariège.

Son représentant est responsable du respect des présentes dispositions.

3.5. Exploitation des données individuelles et respect du secret statistique

Les données individuelles communiquées ne seront exploitées que dans le cadre d'un travail statistique, dans le respect des lois et réglementations sur l'obligation et le secret en matière de statistique et d'informatique, actuellement en vigueur.
Une déclaration relative aux données individuelles transmises dans le cadre de la convention est faite par Mademoiselle Mélina RAMOS-GORAND, et endossée par l'Université Paris-Est Créteil auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) (annexe 3).

Article 4 : documents à fournir par Mademoiselle Mélina RAMOS-GORAND et délais
Trois documents seront fournis au Conseil Général de l'Ariège

- Un premier rapport d'avancement, dans un délai de 6 mois après la date de signature de la présente convention, présentera l'avancée des recherches portant sur les données, avec une synthèse territoriale

- Un deuxième rapport d'avancement, dans un délai de 18 mois après la date de signature de la présente convention, présentera les recherches quantitatives et qualitatives menées dans le département de l'Ariège

- Le manuscrit final de la thèse de doctorat, une note de synthèse, un résumé final et un bilan concernant le département du de l'Ariège, avant la soutenance de la thèse de Melle Mélina RAMOS-GORAND

Les deux rapports d'avancement seront au préalable discutés avec les représentants du Conseil Général, ceci afin d'en assurer la cohérence et la pertinence.

Article 5 : propriété de la recherche et publications

Le Conseil Général de l'Ariège dispose des résultats de la recherche obtenus grâce à ses données pour ses besoins propres, ceux des collectivités et organismes relevant de son autorité et ceux des partenaires du programme. La thèse et les résultats de la recherche appartiennent à son auteur. Conformément aux textes en vigueur, les chercheurs concernés ont la propriété intellectuelle de leurs travaux.

La communication ou la publication de tout ou partie des résultats de la recherche obtenus grâce aux données du Conseil Général de l'Ariège est soumise à l'information du Conseil Général de l'Ariège. Il devra y être fait mention du prêt de données accordé par le Conseil Général de l'Ariège.

Article 6 : Modalités financières

La présente convention ne donne lieu à aucune contrepartie financière.

Article 7 : exécution de la convention

La présente convention est conclue à compter de la date de signature des parties contractantes jusqu'à la soutenance de thèse de Mademoiselle Mélina RAMOS-GORAND, prévue avant le 31 mai 2015.

Les responsables de son exécution sont, pour Lab'URBA, Monsieur Jean-Claude DRIANT, Directeur du laboratoire ou toute personne qui lui serait substituée et pour le Conseil général de l'Ariège, Francis DEJEAN, Directeur général des services départementaux ou toute personne qui lui serait substituée.

Article 8 : résiliation et règlement des litiges

Il peut être mis fin à la convention avant son terme normal par envoi à l'autre partie d'une lettre recommandée le stipulant.

La fin de la convention quelle qu'en soit la raison emporte l'interdiction d'exploiter les données transmises et l'engagement de procéder à leur destruction ainsi que celle de leurs copies.

Article 9 : Pièces annexes

Font partie intégrante de la convention les annexes suivantes :

ANNEXE 1 : Projet de thèse

ANNEXE 2 : Liste exhaustive des données prêtées par le Conseil général de l'Ariège

ANNEXE 3 : Déclaration par l'UPEC à la Commission Nationale Informatique et Liberté, concernant les données individuelles communiquées par le Conseil Général

Fait à Créteil, le

Le Directeur du Lab'URBA,

Le Président du Conseil général,

Jean Claude DRIANT
Directeur
Lab'Urba

Lab'URBA

Université Paris Est Créteil Val de Marne
Institut d'Urbanisme de Paris
61, avenue du Général de Gaulle
94010 Créteil cedex

Université Paris Est Marne-la-Vallée
Institut Français d'Urbanisme
4 Rue Nobel - 77420 Champs-sur-Marne

Annexe 1 : projet de thèse

Intérêt de l'étude : cette recherche répond à une double préoccupation sociétale. D'une part, le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus devrait doubler à l'horizon 2050, ce qui rend la **question de la prise en charge de la dépendance** centrale. Par ailleurs, depuis le milieu du XXe siècle, la prise en charge des personnes âgées est passée progressivement de la sphère privée à la sphère publique, la question **politique** de la prise en charge est donc sur le devant de la scène. Ce projet de thèse s'inscrit dans une série de recherches menées par la DREES, il apportera une lisibilité nouvelle, la lisibilité géographique, à la question de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées lors d'une recherche quantitative et qualitative. Il s'agit d'étudier la territorialisation de la prise en charge des personnes âgées, c'est-à-dire son appréhension à partir de réalités spatiales et des processus afférents.
Cette étude répond à une préoccupation de la DREES, à la fois en mettant en valeur les enquêtes lors d'une exploitation secondaire (EHPA, SSIAD, IAD, HSM notamment), en donnant une lisibilité cartographique nouvelle aux données, et en fournissant, grâce à une vision rétrospective et une échelle d'étude très fine, un outil d'aide à la décision et à la planification.

Périmètre de l'étude : ce travail porte sur les personnes âgées de 75 ans ou plus. Il est circonscrit à l'offre professionnelle. Il se restreint à la France métropolitaine.

Problématique : comment comprendre l'organisation de l'offre à destination des personnes âgées dépendantes aujourd'hui, à l'échelle nationale comme à l'échelle locale ?

Phases de l'étude :

1. Organisation actuelle de l'offre à destination des personnes âgées dépendantes
2. Organisation actuelle reflet de l'histoire, des politiques, de la culture des territoires
3. Organisation locale et remise en cause de l'idéal politique du libre-choix.

1. L'organisation actuelle de l'offre

Comprendre les besoins est nécessaire avant de définir l'offre : il est difficile de définir la dépendance, qui est **multidimensionnelle** et nécessite de considérer les aspects biomédicaux conséquents de pathologies, mais aussi les aspects économiques et sociaux. Par ailleurs, les besoins sont subjectifs puisqu'ils dépendent de la personne, et évoluent dans le temps. Une difficulté est donc **l'objectivation** de ces besoins, qui passe par l'utilisation d'outils de mesure, en particulier la grille AGGIR. Il n'existe pas de recensement du nombre de personnes âgées dépendantes, c'est-à-dire pas de recensement des besoins. Cependant, la connaissance des bénéficiaires de l'APA ou des personnes de plus de 75 ans aidées par un professionnel donne des indications quantitatives. Les projections DREES / INSEE devraient fournir sous peu des informations plus précises.
L'offre palliant ces besoins est à la frontière entre les domaines médico-social et sanitaire. Ces offres sont complémentaires : à niveau équivalent de dépendance, en fonction des aides matérielles et humaines mises en place, les personnes âgées peuvent intégrer un établissement ou rester à domicile. Ceci rend incontournable l'étude du secteur dans sa globalité. Nous incluons les établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées, l'offre en infirmières libérales et l'offre en aides à domicile. Les acteurs intervenant dans la prise en charge sont nombreux, la prise en charge globale et continue des personnes âgées représente un objectif important : la coordination des acteurs permet une approche de qualité.

La mesure de l'offre actuelle, à domicile et en établissement, nécessite de croiser plusieurs bases de données, confrontant les résultats obtenus aux données concernant les besoins, afin de garantir la pertinence. La mesure décrira à la fois le nombre de personnes aidées aujourd'hui à l'échelle départementale, et le temps passé par les professionnel(le)s.

On observe une **répartition spatiale de l'offre quantitativement et qualitativement différenciée** : les taux d'équipement sont inégaux, l'Est et le Centre de la France sont moins équipés que les autres territoires. La façade méditerranéenne, connue pour être sous-dotée en établissement, apparaît bien pourvue si l'on considère l'ensemble de l'offre à destination du quatrième âge. On identifie des systèmes de prise en charge spatialement différenciés : les

infirmières libérales sont surreprésentées dans le Sud et en Bretagne, les aides à domicile dans le Nord et dans l'Est, les établissements d'hébergement dans le Centre. Ainsi, à niveau de dépendance égale, il existe des différences qualitatives de prise en charge, qui ont une cohérence géographique.

La cartographie des réseaux de coordination (centres locaux d'information et de coordination, réseaux gérontologiques) révèle également des différences qualitatives et quantitatives en termes de prise en charge, qui seront confrontées aux schémas gérontologiques départementaux, la coordination dépendant des politiques gérontologiques mises en place à l'échelle départementale.

2. L'organisation de l'offre reflète l'histoire, la culture des territoires

Alors que la première partie était descriptive, cette seconde partie se veut explicative : puisque les différences qualitatives et quantitatives ne reflètent pas une diversité des besoins, elles retracent la culture et l'histoire du territoire. Les héritages régionaux et locaux sont déterminants, l'offre actuelle étant héritière d'une longue histoire culturelle de la prise en charge de la vieillesse.

Les hospices et hôpitaux, précurseurs des EHPAD, trouvent leur origine dans des institutions charitables, souvent d'origine religieuse, les personnes prises en charge cumulant pauvreté et vieillesse. Ce lien entre pauvreté et vieillesse est fondateur : c'est parce que le besoin de solidarité face à la mortalité en mer est important et que la région est pauvre que la Bretagne voit se développer les Petites Sœurs des Pauvres. Les logements-foyers restent marqués par ce lien entre vieillesse et pauvreté : dans le Val-de-Marne, par exemple, l'isolement et le niveau de revenu restent les deux motifs d'entrée principaux. Plus récemment, le développement du tourisme des élites sur la côte d'Azur à conduit à un essor important du secteur privé commercial sur la façade méditerranéenne. La densité des infirmières libérales dans le Sud est à lier à la fois au nombre de médecins, dont la densité est liée aux traditions universitaires, et aux flux de retraités vers le midi. Les structures familiales jouent, elles aussi, un rôle. Le département de l'Aveyron montre que « grâce à la force des solidarités familiales, une faible part des personnes âgées vivent seules (31%), soit un niveau nettement inférieur à la moyenne nationale (38%). »[1]

La structure du bâti est également fondatrice, les orientations en matière de dépendance étant fortement marquées. Les réponses apportées dans le milieu rural se sont orientées vers les établissements alors que les agglomérations, pour des raisons foncières et d'activités, ont vu se développer les activités gérontologiques à domicile[2]. La comparaison entre la part des Gir 1 à 3 vivant à domicile par rapport à tous ceux qui reçoivent l'APA, et d'une carte agraire, fait apparaître sensiblement les mêmes espaces : l'isolement géographique implique un recours à l'établissement plus important.

A la lumière des actions politiques menées depuis un demi-siècle, on observe avec attention les évolutions récentes de l'offre à destination du quatrième âge : croissance du secteur privé commercial, développement des services à la personne, etc. ne se comprennent qu'en étudiant les politiques menées, à l'échelle nationale comme à l'échelle locale, visant à une meilleure équité et, en parallèle, à une réduction des coûts en incitant au maintien à domicile. L'action de l'État, des collectivités territoriales et locale sera analysée. Une étude multiscalaire menée sur l'offre en établissement montre cependant que les disparités d'offre entre les départements sont plus faibles que les différences entre les cantons du même département. Ceci légitime l'utilisation d'une échelle bien plus fine : l'échelle infra-communale.

---

[1] Schéma départemental Vieillesse et Handicap 2008-2013, Conseil Général de l'Aveyron, 144p

[2] *Atlas Gérontologique du Maine-et-Loire*, septembre 2009, réalisation par Mickaël Blanchet, laboratoire CNRS du CARTA, Université d'Angers, Conseil Général de Maine-et-Loire

Annexe 2 : données communiquées par le Conseil Général

Trois types de données ont été distingués dans le document :

- ✓ Les données portant sur **l'offre** à destination des personnes âgées en perte d'autonomie (établissements médico-sociaux, services d'aide à domicile).
- ✓ Les données portant sur les **personnes âgées** présentes dans le dispositif APA en 2011
- ✓ Les **données complémentaires**, résultant d'enquêtes / études spécifiques menées par le Conseil Général

Pour chaque type de données, l'apport attendu pour l'étude est précisé.

1. Offre locale : établissements, services d'aide à domicile

Données : liste exhaustive des établissements et des services ainsi que leurs caractéristiques : plus l'offre sera connue avec précision, plus l'étude pourra être pertinente.

Objectif : analyser l'offre à l'échelle locale

Démarche : il s'agit d'une première étape de recensement de l'offre, afin de cerner les secteurs les mieux / moins bien équipés, le type d'offre proposée... Des calculs d'accessibilité à l'offre locale seront par exemple effectués. Des données comme la « taille » des services / établissements permettront de mieux comprendre l'offre à l'échelle locale.

Communication : ces données seront communiquées au format numérique.

a. Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA)

- ✓ Liste des établissements (logements-foyers, EHPAD, USLD, maisons de retraite non EHPAD, hébergements temporaires, accueils de jour...)
- ✓ Pour chaque établissement, il serait souhaitable d'avoir le maximum d'indications : adresse, **statut** (privé à but lucratif, privé à but non lucratif, public), nombre de **places** etc. Ces données seront comparées aux données de l'enquête EHPA (DREES).

b. Services d'Aide à Domicile (autorisés ou agréés)

La DREES dispose de très peu de données sur les services d'aide à domicile. Il n'existe pas d'enquête nationale sur ces services comme c'est le cas pour les SSIAD ou EHPA. Que ces services soient autorisés par le département ou agréés qualité par le Ministère du Travail, ils représentent pourtant, en particulier dans votre département, un pan de l'offre particulièrement important. Comme pour les établissements, on s'intéresse à :

- ✓ liste des services, avec leur adresse
- ✓ type de service : prestataire, mandataire ou mixte
- ✓ données sur le nombre d'heures réalisé par le service en fonction de l'activité (aide aux personnes âgées, autre) et du statut (mandataire, prestataire)
- ✓ données sur le personnel (nombre, âge...)

2. Données détaillées sur les personnes âgées bénéficiaires de l'APA à domicile en 2011

Données : l'ensemble des données disponibles concernant les personnes âgées présentes dans le dispositif APA en 2011, c'est-à-dire ayant bénéficié de l'allocation au moins une journée en 2011. Ce sont ces données qui font l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Liberté

Objectif : mieux connaître les personnes âgées en perte d'autonomie du département. Il s'agit de comprendre les trajectoires des personnes âgées dans le dispositif APA, et d'évaluer les quartiers dans lesquels le non recours est important (entrée tardive dans le dispositif). On analysera également le temps passé dans chaque GIR par les personnes âgées. Ces

données seront analysées en regard avec les données sur les services et établissements, afin de comprendre les dynamiques locales.

Démarche : analyse statistique et géographique des données APA, identification de profils de quartiers (typologie) en termes de dynamique offre / demande.

Communication : ces données seront communiquées sous format numérique. La transmission des données se fera par disque dur externe, protégé par un mot de passe.

Ainsi :

- ✓ pour chaque personne âgée connue, **son parcours dans le dispositif APA** (date d'entrée, GIR à la première évaluation, évolution du GIR depuis la première évaluation…). On s'intéresse à l'ensemble des personnes âgées connues, y compris celles qui sont sorties depuis du dispositif APA, qu'elles soient décédées, aient intégré un établissement sous dotation globale etc.
- ✓ des informations sur la personne (âge, sexe, situation familiale, taux de participation…)
- ✓ pour chaque personne âgée, son **adresse**
- ✓ par ailleurs, afin d'évaluer le plan d'aide **à domicile**, toutes les informations sont utiles :
  - le **type d'aide** (prestataire, mandataire, gré à gré),
  - le **nombre d'heures / prix** (pour les différents types)

3. Autres données

Données : données détaillées d'enquête ou résultats d'études. Il s'agit de l'ensemble des données / études en lien avec ce sujet, dont le Conseil Général jugera qu'elles permettent une meilleure compréhension de son territoire.

Objectif : ne pas dupliquer des recherches déjà effectuées par le Conseil Général ou ses partenaires, en particulier dans le cadre du schéma gérontologique ou de son suivi.

Démarche : ces données permettront de mieux comprendre le contexte local. Elles seront donc utilisées en parallèle des autres données, afin de fournir des résultats pertinents.

Communication : ces données pourront être communiquées sous forme de documents imprimés ou numériques, selon le choix du Conseil Général.

Annexe 3 : déclaration à la CNIL

Voir PJ

UPEC
UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL

IUT
SENART
FONTAINEBLEAU

Correspondant
Informatique et
Libertés

Affaire suivie par :
Pierre VALARCHER
CIL - UPEC

Tél. +33 (0)6 35 20 89 25
Fax. +33 (0)1 60 74 68 28
cil@u-pec.fr

Melina Ramos-Gorand
Lab'URBA (EA 3482), IUP
61, av. du Général de Gaulle
94010 Créteil Cedex

Créteil, le 15 octobre 2012

OBJET : Mise au registre des traitements

Madame,

Par la présente, je vous informe que votre « traitement statistique à but de recherche » nécessaire à une thèse financée par la DREES sur la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées à l'échelle locale a été inscrite au registre des traitements de l'Université Paris Est Créteil.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes sincères salutations.

Pour faire valoir à qui de droit

CiL

Pierre VALARCHER
Professeur des universités
CIL de l'UPEC

CONSEIL GÉNÉRAL
DIRECTION DES ACTIONS POUR LE DEVELOPPEMENT SOCIAL ET LA SANTE

Foix, le 25 JUILLET 2013

Bordereau d'envoi

Transmis à *Madame Mélanie RAMOS-GORAND,*
52 rue des pinsons
94000 CRETEIL

DESIGNATION DES PIECES	NBRE	OBSERVATIONS
Veuillez trouver ci-joint : - La convention relative à votre étude portant sur la prise en charge de la dépendance des personnes âgées sur le département de l'Ariège, dûment signée par le Président du Conseil Général	1	Pour signature de cette convention par le directeur de votre étude et retour

Le Chef de Service Autonomie

Jean-Pierre SABLE TEYCHENE

Grille d’entretien auprès des Centre communaux d’action sociale (pour exemple)

CCAS 94

(1)

Viso élargie

Personnes âgées

Accès aux droits

Est-ce que vous aidez les personnes à remplir leur demande APA ?
Pourquoi accompagner les personnes dans ces démarches ? »

Info.
Dossiers APA - retraite - aide sociale
Aide municip PA (aide $, portage, repas ...).

Prévention maintien ds meilleures bien Σ.

Ateliers bien-vieillir // Coderpa - MSA
Animat° assises séniors.
Semaine bleue, CLIC.
format°.
Ecoute.

Gestion des services

Quels services proposez-vous aux personnes âgées ?
Quel est l'intérêt de proposer ces services (logements-foyers, aad...)

Nogent : LF
Vitry : SAD
SSIAD ? benef commun
projet SPASAD
Evaluat° à dom.
Forte évolut° des demandes.
prise en charge globale

Difficulté : cadre fct° publiq peut ê 1 frein. Cm' rep à demandes qui ne st pas ds champs de mu'ss°.

Non recours

Recours tardifs Non-recours EHPAD

Comment expliquez-vous que certaines personnes qui pourraient bénéficier de l'APA n'en fassent pas la demande / tardent / hésitent ?

Quelles sont les caractéristiques des personnes âgées qui recourent tardivement à l'APA ?

Qui sont ceux qui entrent dans le dispositif en étant très dépendantes ?

Viennent	pas	
☐	☒	Personnes isolées
☐	☒	Personnes en couple
☐	☐	Troubles neurologiques → 30 Glorieuses.
☐	☒	Difficultés économiques → pb° retraites partielles arrive.
☐	☒	Facteurs culturels aidants.
☐	☐	Quartier
☐	☐	Non connaissance du dispositif
☐	☒	Méconnaissance / mauvaise connaissance
☐	☒	Vieillesse = maladie, n'entre pas cycle de la vie.
☐	☒	Compliqué, lenteur du dispositif.

Ne veut pas déranger

Evaluat° qté - orienter vers
Reprise ? success°

Capacité de masquer la perte des autonomies.

Priorité des demandes

Y a-t-il un ordre de traitement des demandes?

(Si oui) dans quel ordre sont-elles traitées ?
Est-ce que vous donnez priorité à certaines demandes ?

- ☐ Réception du dossier
- ☐ Recommandation par un partenaire // réseau
- ☐ Importance de la dépendance
- ☐ Situation sociale
- ☐

pk CGD personnes

Réseaux

Réseaux Echange de pratiques.

Travaillez-vous en réseau ?
Pourriez-vous me décrire votre réseau ? ≠ petits CCAS.

Avez-vous un réseau bien défini ?
Mobilisez-vous des partenaires de différents réseaux ?
Quels sont vos principaux partenaires ?

Les partenariats sont-ils **formalisés** (conventions...) ?
Historique : Comment se sont-ils construits ? CCAS moteurs ?

Sur quoi se fonde leur **légitimité** (// CLIC) ?
Convent° avec CLIC

qui manque ?

→ difficulté à se réunir. Manque corps médical.

Avoir un réseau qui fonctionne bien. Communiquer

- ☒ MAIA Assistants Σ
- ☒ CLIC → et CG. CG-CLIC
- ☒ Espaces départementaux GPS. Sucy. CCAS
- ☒ Réseaux / plateformes gérontologiques
- ☐ Equipes mobiles de gériatrie
- ☒ Hôpital ...
- ☒ Associations / clubs 3e âge
- ☒ Acteurs partenaires (médecins, généralistes) inf
- ☒ Autres services municipaux
- ☒ Coordinat° locale
- ☒ APA ☒ EHPAD
- ☒ MSA ☒ Centre de santé
- ☒ CoderPa

"devrait avoir un rôle"

Départ

Nous allons parler de l'accompagnement de la perte d'autonomie des pa est-ce que vous pourriez me décrire votre rôle dans cet accompagnement ?

Qu'est-ce qui est déterminant, selon vous, pour garantir une bonne qualité de prise en charge sur le territoire ? Proximité. Réactivité.

Homogénéité des pratiques

Les pratiques sont-elles homogènes entre les territoires du dpt ?
Faut-il qu'elles le soient ?

Est-ce que tout le monde est d'accord avec ça ?
Est-ce que vous êtes les seuls à faire ça sur le territoire ?
Est-ce que vous faites tous ce constat ?

Exemples / contre ex / explicitations

Auriez-vous un exemple ?
Vous pensez à une initiative en particulier ?
Quelles sont les actions les plus innovantes ?
Quelle serait l'action incontournable destinée aux PAD ?

Est-ce que vous vous souvenez d'un cas qui ne s'est pas passé comme ça ?
Avez-vous l'exemple d'une personne qui n'était pas dans ce cas ?

Que voulez-vous dire par... ?
Pourriez-vous m'expliquer / m'expliciter... ?

Autres éléments abordés

Guide en dir travailleurs médico-Σ / sanitaires
Isolem^t pro.
Difficultés ? obligat° légale, loi 2002-2.
Vous pouvez nous aider = CG.
{ formes de dépendance (½ j).
{ Désengagem^t CNAV
↳ remise en cause du travail AAD
Epuisem^t aidants, signalem^t.
Manque ~~aat~~ ? aidants.
Pose ? de garder un SAD.
Difficultés de recrutem^t.
? Hosp. demande patient / famille.
Caisses retraite : $ mais aussi pour mailing.

/13 + moi

Synthèse d’un entretien auprès de CCAS, pour exemple

Synthèse - Entretien collectif du 23 juin 2014
Centres communaux d'action sociale, département du Val-de-Marne

Rappel du contexte :

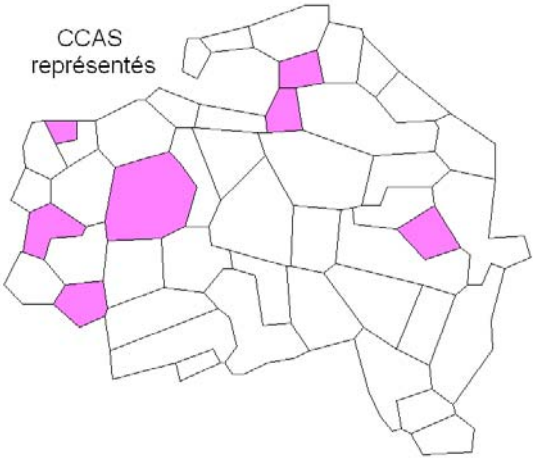
Cet entretien s'inscrit dans un dispositif de recherche soutenu par le Conseil général du Val-de-Marne. L'étude, qui porte sur l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées à l'échelle locale, est réalisée par Mélina Ramos-Gorand dans le cadre de son doctorat de géographie médico-sociale et de la santé. Après une étude quantitative fondée sur des données nationales et départementales, la recherche s'appuie sur une vingtaine d'entretiens, réalisés dans quatre départements différents, et sollicitant les acteurs clé de la prise en charge de la dépendance sur les territoires.

Les Centres communaux d'action sociale animent dans la commune « *une action générale de prévention et de développement social* ». Ils peuvent par ailleurs participer au remplissage des dossiers de demande d'APA ou créer et gérer des services et établissements médico-sociaux. Ainsi, ils sont sur notre champ des acteurs incontournables. C'est pourquoi ils ont été sollicités.

Les thématiques qui émergent de cet entretien seront mises en regard des autres entretiens réalisés dans le département et de ceux réalisés auprès des acteurs des autres départements faisant partie de l'étude.

La réunion a lieu le 23 juin, elle est organisée par la Direction des solidarités du Conseil général du Val-de-Marne.

Localisation des CCAS participant à l'entretien



Sept CCAS du Val-de-Marne sont représentés lors de la réunion, soit par leur responsable, soit par des responsables ou salariés des services qui peuvent porter plusieurs dénominations : « *service d'aide à domicile* », « *service retraité* », « *pôle séniors* ».

1. Les CCAS dans l'accompagnement professionnel de la perte d'autonomie

a. Une vision large du vieillissement, et une vision globale de la personne

Les CCAS veulent « *avoir une vision élargie du maintien à domicile* », « *agir au quotidien pour que l'accompagnement de la personne âgée ne se résume pas exclusivement à de l'aide à domicile façon aide-ménagère d'antan, mais intègre une coloration préventive* ». Pour cela, ils proposent, au-delà de services d'accompagnement professionnel de la perte d'autonomie, des animations et actions de

prévention. Les interactions entre le service d'aide ou de soins infirmiers à domicile du CCAS, le secteur de l'animation, l'aide municipale en faveur des personnes âgées participe de cela.

La prévention permet en effet le maintien à domicile dans les meilleures conditions mais aussi évite « *la multitude des signalements en situations hyper-dégradées* », elle est cependant difficile auprès des personnes âgées isolées. Des ateliers sont organisés par les CCAS, avec ou sans les partenaires (CODERPA, caisses de retraite, Conseil général…) : ateliers de gymnastique, d'équilibre, ateliers mémoire. Afin de mener une efficace politique de prévention, les CCAS ont pris acte du fait que les personnes « *ont du mal à se projeter, refusent même de se projeter* » dans la dépendance, *« on ne se projette jamais soi-même en tant que vieillard dépendant. C'est pas une image valorisante* ». Mais s'ils sont connus par les personnes avant qu'elles soient confrontées à la dépendance, celles-ci pourront solliciter les CCAS quand ce sera le cas. Ainsi, les CCAS touchent des personnes qui ne « *viennent pas directement sur de la prévention de la perte d'autonomie, mais sur des ateliers informatiques, ou sur du sport, des voyages* ». Les animations séniors, les activités, l'aide aux vacances ou au transport, le portage de repas, le colis de fin d'année ou la sortie annuelle participent donc pleinement de la prévention, tout comme les actions de développement de lien social. Par exemple, là où existe un dispositif d'échanges de services, les personnes âgées sont très demandeurs et offreurs.

Lorsque les personnes font face à une perte d'autonomie, les CCAS sont un guichet d'information, d'orientation et d'aide administrative. Au-delà, les CCAS présents sont tous gestionnaires d'au moins un, souvent plusieurs services ou établissements médico-sociaux, ce qui n'est pas obligatoire. Cela s'explique par l'histoire : « *les communes l'ont mis de façon un petit peu intuitive depuis des décennies* », à un moment où « *il n'y avait que ça* ». L'existence de plusieurs services et structures rattachés au CCAS facilite d'une part la coordination professionnelle, puisque les échanges se font « *entre collègues* », et d'autre part l'accompagnement : « *quand on [doit] mettre en place un accueil en logement-foyer ou en service de portage de repas, puisqu'on l'a sur le CCAS* ». D'ailleurs, les services ont souvent des bénéficiaires communs, et développent des *« outils communs au domicile des bénéficiaires. Ça a un côté très rassurant, pour nous, en tant que professionnels, parce qu'on peut communiquer tout de suite* ». Pour les bénéficiaires, « *c'est très rassurant d'avoir l'aide à domicile, l'infirmière, l'aide-soignante, le portage de repas* » par la même structure, et « *les aidants ou les personnes âgées sont rassurées du fait que ce soit la mairie. Parce que face à toute l'offre qu'il peut y avoir, commerciale, où ils se sentent le couteau sous la gorge* », *« c'est une valeur sûre* » ; *« le fait de passer par le CCAS, ils ont compris qu'il n'y avait pas de risque* ».

b. Proximité, réactivité, souplesse : les valeurs-clé de l'engagement des CCAS

L'importance de la proximité des CCAS ressort nettement des discussions, « *c'est la proximité qui est le facteur prépondérant dans toutes les démarches qu'on peut avoir* ». D'abord, pour les usagers, « *que ce soient les personnes âgées en difficultés ou les aidants, [c'est] vers nous qu'ils se tournent, vers la proximité. Les gens ne vont pas se déplacer [au CLIC], et le téléphone, les gens c'est pas ce qu'ils veulent. Ils veulent un contact avec la personne* ». « *Il faut garder une bonne qualité de proximité et de réactivité pour les personnes âgées et leur famille. Ce qui peut nous permettre d'avoir des outils, c'est de bien se connaître* » entre professionnels.

C'est pourquoi sont organisées par plusieurs villes des coordinations locales, sur un thème spécifique (canicule, psychiatrie…) ou plus global. Cela permet des réunions fréquentes, tous les deux mois par exemple, à « *un échelon à taille humaine* », avec les professionnels qui exercent spécifiquement sur la commune. Y participent les professionnels du territoire, l'équipe APA du Conseil Général ou le CLIC.

Les petits CCAS ont moins de partenariats, et des intervenants qui dépassent souvent le cadre de la commune, « *c'est pour ça qu'on se rattache souvent à des groupes* », par exemple le Groupe Partenariat Séniors, conduit au niveau de l'Espace Départemental des Solidarités. L'échelle pertinente de la coordination varie donc en fonction des configurations locales, la proximité étant toujours valorisée par les acteurs présents.

c. Analyse du non-recours et du recours tardif à l'APA : quelles explications pour les CCAS ?

Plusieurs éléments explicatifs sont avancés. D'abord, certaines personnes « *ne veulent pas d'aide* », parfois « *n'ont jamais eu d'aide de leur vie et ont du mal à accepter* », d'autres ont peur de déranger. Au-delà, certaines personnes sont dans le déni de leur perte d'autonomie. « *Chaque être humain est en capacité de masquer, la perte des autonomies diverses et variées. On pallie aux choses quand on commence à perdre de l'autonomie* », d'où parfois des demandes tardives. Des personnes sollicitent tardivement aussi parce que « *la famille soutient le plus possible, on les a vraiment sur le tard* ».

La méconnaissance de la prestation, notamment quand les personnes sont isolées, implique des recours tardifs, les CCAS étant « *alertés par les voisins* ». Plus généralement, le recours tardif pourrait être lié à « *la peur du recours sur succession* ». L'aide sociale en hébergement, est par contre réellement soumise à récupération sur succession, c'est pourquoi « *c'est une fausse réponse aux problématiques. Amener une famille à demander l'aide sociale, il y a beaucoup d'enjeux, qui sont un travail au long cours. […] vraiment l'épée, c'est que c'est repris sur l'héritage* ».

Pour finir, le recours tardif pourrait être en lien avec les contraintes qu'implique l'APA : « *c'est lent de mettre en place un dossier APA, c'est compliqué pour les personnes qui ne peuvent pas faire, et c'est décourageant, tous ces papiers* ». Les CCAS peuvent fournir une aide administrative.

2. L'avenir des CCAS dans l'accompagnement de la perte d'autonomie

a. Un constat : l'évolution des demandes et des financeurs

Les demandes auprès des services évoluent vers des missions qui « *dépassent nos métiers d'origine* » « *ça n'évolue pas seulement en nombre* » mais aussi par les formes de dépendance – plus lourde et davantage cognitive – et par les formes d'intervention : « *deux, trois fois par jour parfois, ou les toilettes complètes, mon service n'était pas adapté à faire ça* », « *c'est vraiment une remise en cause du travail de l'aide à domicile* ». Les personnes sollicitant ce type d'accompagnement peuvent être prises en charge par des sociétés privées ou associations, donc d'autres professionnels dont les CCAS ont « *du mal à apprécier la réelle légitimité* » à assurer les toilettes. L'évolution des demandes va de pair avec une évolution des financeurs : le « *désengagement de la CNAV, sur des dépendances légères, fait un mal considérable* » aux CCAS. Les caisses de retraite s'investissent par contre sur les actions de prévention. Elles réalisent aussi les mailings auprès de leurs bénéficiaires pour informer d'actions ponctuelles, ce qui permet aux CCAS de toucher davantage qu'avec le bulletin municipal.

b. Les mutations sociales et sociétales

La grande exigence des familles et bénéficiaires peut s'expliquer parce le fait qu'aujourd'hui, « *on considère la vieillesse comme une maladie, et pas comme quelque chose qui rentre dans le cycle de la vie. Donc on estime que ça doit être pris en charge, au même titre que les médicaments* » ; *« il y a le réflexe de dire : 'ça doit être pris en charge'* ». « *On est face à des personnes qui ont vraiment besoin d'aide, mais qui sont aussi dans des exigences* » importantes, ce sont des « *personnes consommatrices, [qui] attendent un service, et sont très exigeantes par rapport au service rendu* ». Parfois, les familles

sont très présentes, ou « *ils sont à quatre, cinq dans les logements* » et « *eux-mêmes ont envie d'être écoutés* » dans leurs difficultés et sont exigeants. « *Il faut faire avec, c'est pas toujours simple d'expliquer nos limites, on est obligé, entre guillemets, de recadrer régulièrement aussi les familles* ». Les participants constatent « *beaucoup-beaucoup d'aidants, à bout. Des situations qui mènent à des signalements, lourds* », et des « *des aidants très identifiés qu'on n'arrive pas à porter vers des relais* » voire des situations où « *quand l'aidant est décédé, l'aidé va mieux* ». Les CCAS cherchent à accompagner les aidants, « *mais il faut qu'on change notre façon de fonctionner, parce qu'on ne répond pas clairement, enfin les gens ne répondent pas à notre demande [rires] : en fait, ce qu'on avait imaginé comme prise en charge, ça ne le fait pas* ». Il existe aussi des familles qui ne sont pas aidantes, les CCAS sont conscients d'être « *témoins d'histoires de vie, dont on ne connait qu'une infime partie, et qui fait que la dépendance, des enfants ne la voient pas de la façon dont nous on la voit, techniquement. C'est d'autant plus criant qu'on instruit des dossiers d'aide sociale : on a des familles qui disent : 'moi, mes parents, ils ne se sont pas occupés de moi'* ». Les enfants n'ont donc pas, affectivement, de raison d'être aidants.

Les jeunes retraités sont souvent confrontés à la perte d'autonomie de leurs parents, et sont parfois démunis. Le fait qu'ils aient soutenu leurs parents n'impliquera « *pas forcément* » une plus grande anticipation, mais selon les participants « *le regard qu'on porte, que porteront les générations futures sur leur propre vieillesse sera quand même un peu plus éduqué, grâce à tous les dispositifs* » de prévention et d'accompagnement. En effet, « *il y aura une sensibilité différente des gens, en vieillissant. Parce que tout ça portera un peu ses fruits. Les gens seront un petit peu plus conscients* ». « *Après, il y aura toujours le contexte socio-économique, les familles qui vont bosser à l'autre bout de la France. Les gens vont se retrouver peut-être seuls, s'ils n'ont pas d'enfants. Là, ce sera les contraintes de logement. Là-dessus, on n'aura peut-être pas chacun individuellement les moyens de s'organiser pour sa vieillesse* ». Déjà, dans certains pays européens sont organisées des « *délocalisations des prises en charge* » vers des pays où les structures sont moins coûteuses, par exemple la Thaïlande. Cela pose la question aussi de la « *place de la personne âgée dans la famille* », dans « *une culture qui fait qu'on n'a pas envie de s'occuper de la personne âgée* », où prime le « *jeunisme à tout va* ». Les changements des mentalités impliquera peut-être aussi que « *on accepte moins certaines choses : la prise en charge des familles qui parleraient pour nous, les maisons de retraite, certes même avec toute la qualité humaine qu'il y a à l'intérieur, on est quand même enfermé* ». Finalement, « *on sera obligé de militer pour d'autres formes de fonctionnement* », d'accompagnement, des maisons de retraite « *nouvelle génération* ».

c. L'adaptation des services d'aide à domicile des CCAS : un important défi

« *Le cœur de nos préoccupations, c'est comment on répond à des demandes, qui sont a priori plus forcément dans nos champs de mission* » puisque « *la dépendance a prodigieusement évolué* » : « *comment on va s'adapter à cette demande, ou ne pas s'adapter à cette demande ?* ». « *Est-ce qu'on doit maintenir le service d'aide à domicile en tant que tel ? En compensant, en réembauchant ?* ». Il est difficile de recruter « *des gens correctement diplômés. Ils sont captés par des services qui rémunèrent mieux* » et « *le cadre même de la fonction publique peut être un frein à certaines formes de transformation de notre travail* ». Les « *agents sont très anciens dans la profession, très anciennes – en général, [ce sont] des femmes, c'est pas évident qu'elles puissent s'adapter à un public comme ça* ». Ce constat est transposable aux agents en charge du portage de repas à domicile : « *c'est de plus en plus difficile de faire face, sur les trois heures de livraison, que à des situations très complexes* ». Cela pose la question de la « *faculté [de la collectivité] de réintégrer des agents sur d'autres postes* » ou de former ces professionnels, qui sont parfois réticents à l'être.

Or, « *les collectivités ou [les] conseils d'administration ne sont pas forcément réactifs sur les mutations qu'il faudrait et qu'il faudra qu'on opère* ». Parce que présenter aux élus « *une évolution, ça veut dire leur présenter un coût supplémentaire* », « *il y a des collectivités qui se sont fait peur quand elles ont vu réellement ce que coûtaient les services d'aide à domicile* ». Pour les participants, « *il y aura la volonté politique, vraiment du positionnement de la ville, à vouloir maintenir ou pas. Mais de nombreuses villes se posent la question, réelle, de garder leurs services de maintien à domicile* » : « *est-ce qu'on continue à porter ce service-là, qui est un réel service et qui a une lisibilité locale, qui peut être parfaitement validé par les élus ? Ou est-ce qu'on prend acte et on met un pied dans ce qu'on sait aussi bien faire c'est-à-dire l'évaluation, l'accompagnement social ?* ». En effet, les participants sont convaincus de l'importance d'une évaluation de qualité, pour mieux répondre aux besoins. En termes d'accompagnement social, il y a déjà dans plusieurs CCAS des travailleurs sociaux qui interviennent sur les situations compliquées. « *Est-ce que les pouvoirs publics à un moment donné, ne vont pas rémunérer cet acte qui est un savoir-faire de proximité, c'est important pour l'avenir, parce qu'on voit que les services marchands des associations ou des entreprises à la personne, ça, laissent tomber. Ils prennent en charge, parce que c'est rémunérateur, de l'aide à domicile, ils viennent faire leurs interventions, mais quand la situation se complique, on abandonne les familles, et là on fait appel au savoir-faire des services locaux. Sauf que dans le montage actuel, cette quote-part n'est jamais rémunérée* ».

3. Les CCAS et leurs partenaires

a. L'importance des partenariats

Les partenariats prennent parfois la forme de conventions, avec des associations ou des structures hospitalières, par exemple. La collaboration existe avec nombre d'acteurs : centre municipal de santé pour les communes qui ont « *la chance d'en avoir un* », avec les SSIAD, les EHPAD, les associations, le CLIC ou encore la MAIA. Des réflexions se mènent, par exemple dans une commune, le CCAS est, avec le CLIC, « *en train d'essayer de voir comment faire, pour travailler mieux ensemble sur les situations individuelles* ». Un des participants note que, « *c'est quand les limites de chacun sont au bout que, on n'arrive plus* » à accompagner les personnes.

Selon certains participants, il serait pertinent de travailler davantage directement avec les hôpitaux, ce qui pose des questions de culture professionnelle, notamment sur la place laissée à l'usager. Dans les hôpitaux, « *il y a souvent, une mise en place réfléchie, assistante sociale – famille, pas du tout patient. Avec des fois un déploiement de dispositifs, pas du tout voulus par le patient, et un patient qui rentre chez lui, et qui ne veut pas l'aide qui a été mise en place* ». Inversement, dans les CCAS « *si la personne bénéficiaire est en capacité d'exprimer clairement* », il faut veiller au « *respect de son positionnement* », tout en construisant avec les familles, ce qui est parfois compliqué.

b. La collaboration avec les médecins traitants

Le médecin est « *un acteur fondamental, qui doit travailler en partenariat avec l'accompagnement social. C'est une personne qui devrait avoir un rôle dans l'animation préventive de la perte d'autonomie* », qu'ils détectent avant les professionnels du CCAS.

Mais ce rôle préventif, le médecin « *ne le joue pas, parce qu'il est pris par le temps, par ses contraintes économiques, son nombre de patient, par la perte de médecins qui vont partir à la retraite qui ne vont pas être renouvelés* ». Pourtant, « *c'est un rôle important dans le diagnostic* ». Un groupe porté par l'un des Espaces départementaux des solidarités a travaillé sur un guide à destination des professionnels sanitaires et médico-sociaux, permettant une meilleure orientation des personnes. Des CCAS notent « *beaucoup de difficultés* » à travailler avec les médecins, dépendant des personnalités

de chacun. Dans une « *petite commune* », un travail est mené depuis une dizaine d'année, ayant permis l'identification de tous les médecins, puis la mise en place d'un « *terrain de confiance* » ; *« ils sont capables de nous signaler des personnes, on est capable d'être un relais et on est surtout capable, maintenant, de, quand on est dans une situation critique, de faire appel à eux, parce que souvent c'est le dernier levier qu'on peut employer* ». Par contre, cela « *veut dire clairement pour nous qu'on doit être en situation toujours d'être réceptif, d'être disponible* ». Au-delà, « *c'est vrai que les pharmaciens, les infirmières, les kinés sont des vecteurs assez importants* » mais « *qui ont du mal à se sentir concernés* ».

c. L'intérêt de l'échange de pratiques et de la mutualisation des informations entre CCAS

Pour les professionnels de terrain, « *il y a beaucoup de coordination, il y a plein de petites choses qui émanent, qui sont créées mais en fait on ne va pas jusqu'au bout des choses. Il y a pas mal de petites réunions où on peut se croiser mais ça ne va pas forcément plus loin* », et surtout, les rencontres sont sectorisés, par territoire gérontologique (zonage mis en place par le Conseil Général). Or, « *on a beaucoup de partenaires extérieurs mais on se sent un petit peu isolés, il faut prendre le temps de poser des questions, d'aller vers les collègues et puis bénéficier de leurs expériences* ». Des rencontres entre responsables de CCAS, au niveau des directions, existent sur le département, pilotées par plusieurs directeurs de CCAS. Mais il n'existe pas, pour « *les travailleurs sociaux de terrain* », « *d'instance un peu équivalente où on pourrait échanger entre nous* ». « *Ça manque, les réunions vraiment où on a les acteurs sociaux, pas forcément que direction* ». Par ailleurs, tous les CCAS ne participent pas, également parce que le groupe organisateur peine à obtenir l'ensemble des coordonnées mails. En cela, le Conseil général pourrait appuyer la démarche. Deux intérêts particuliers sont notés. D'abord, cela permet de « *communiquer, d'échanger sur les pratiques, sur les expériences des uns, des autres, enfin d'avoir des idées, de s'enrichir de nouvelles idées* ». Ensuite, cela permet un gain de temps, notamment sur la mise en place des outils d'évaluation interne et sur les démarches de coordination : « *quand on le fait entre CCAS, où certains ont plus avancé que d'autres, et puis même, à nous tous, on avance quand même plus vite, toutes ces rencontres sont enrichissantes* », « *là où ces réunions sont intéressantes sur tous les CCAS du 94, c'est que [les CCAS sont à] différentes échelles. Donc certains ont le temps d'avoir été à telle réunion, ou à telle autre, et puis les messages passent* ».

Calendrier des réunions
avec les Conseils départementaux

Calendrier de collaboration avec les équipes des Conseils départementaux

Conseil départemental de **l'Ariège**

Date	Événement
15 février 2013	Sollicitation de Jean-Pierre Sablé, chef du service autonomie, pour la participation de l'Ariège à l'étude
11 mars 2013	L'Ariège accepte de participer à l'étude
10 juin 2013	Signature de la convention
14-15 octobre 2013	Premier déplacement - Rencontre des équipes (gestion de l'APA, service contrôle, direction) - Réunion avec la direction sur les enjeux de l'étude dans le département - Appui au statisticien local pour effectuer les extractions nécessaires. Récupération des données relatives à 2011
14- 18 avril 2014	Deuxième déplacement - Présentation du premier rapport d'avancement - Présentation des résultats au service autonomie, à la direction et à des élus - Rencontre des membres de la MAIA - Réalisation des quatre entretiens qualitatifs : équipe médico-sociale, responsables de CLIC, territoires de la Basse-Ariège et du Couserans - Échanges avec le statisticien local, extraction de données complémentaires
12-15 janvier 2015	Troisième déplacement - Présentation à divers publics des résultats de l'étude quantitative (les professionnels interrogés lors des entretiens n'avaient, à ma demande, pas assisté à la restitution des résultats au mois d'avril) - Présentation de la démarche qualitative adoptée dans le département - Appui au statisticien local, pour élaborer des requêtes. Nouvelles extractions pour compléter le rapport d'avancement.
22-26 juin 2015	Quatrième déplacement - Présentation des résultats de l'étude qualitative - Présentation du second rapport d'avancement
Septembre 2015 ?	Cinquième déplacement - Présentation large des résultats aux acteurs départementaux, dans le cadre de la présentation du nouveau schéma Autonomie.
20 oct 2015	Jean-Pierre Sablé, chef du service Autonomie, est membre du jury de thèse.

Conseil départemental de **Loire-Atlantique**

Date	Événement
8 nov 2012	Rencontre de Sophie Renard (directrice PAPH), signature des conventions de partage de données
1er février 2013	Réunion avec Camille Sourice (Chargée d'études action sociale, direction de l'observation et de la prospective, service Études et innovation publique) et Jacky Lelou (chargé d'études, direction générale de la solidarité, SASI) pour déterminer l'ensemble des données et informations nécessaires à l'étude locale
23 mai 2013	Récupération des données détaillées
23 septembre 2013	Présentation des résultats de l'étude, en réunion de direction élargie. Discussion sur l'étude qualitative (contacts à solliciter au Conseil départemental, choix des territoires)
13 février 2014	Entretien avec des représentants de l'équipe médico-sociale du département
23 mai 2014	Entretien avec des responsables de CLIC, à Pornic
10 juin 2014	Entretien de territoire, à Pornic
3 septembre 2015	Présentation des résultats de l'étude quantitative et qualitative en réunion de direction. Remise du second rapport d'avancement.

Conseil départemental du **Nord**

Date	Événement
13 février 2012	Rencontre de Gaëlle Gateau (responsable du service pilotage et études, pôle développement DSPAPH) puis la directrice de la DSPAPH, Christine Blondel
Déc 2012	Signature de la convention
16 janvier 2013	Rendez-vous avec les responsables administratifs du département Camille Leconte (adjointe technique, pôle développement, mission pilotage et études) Fabien Debève, chargé du suivi d'activité au pôle gestion de la direction PAPH Christine Windels (chef du pôle développement)
28 février 2013	Récupération des données relatives aux bénéficiaires de l'APA (engagement CNIL de ne pas les passer par internet.
24 mai 2013	Présentation des hypothèses de recherche et premiers résultats quantitatifs lors d'une réunion élargie (avec les membres des différentes directions concernées)
16 octobre 2013	Réunion de pilotage pour l'étude qualitative : choix des territoires et de la méthodologie pour la sélection des différents groupes.
23 janv 2014	Entretien des responsables de Pôles Autonomie
27 janv 2014	Entretien des responsables CLIC
13 mars 2014	Entretien avec les évaluateurs APA
Juin	Entretiens de territoire : Maubeuge, Dunkerque et Valenciennes
17 oct 2014	Présentation des résultats de la recherche à Lille, devant les instances de suivi du schéma gérontologique (Coderpa, Agence Régionale de Santé, responsables des pôles autonomie, chercheurs…)
28 mai 2015	- Demi-journée d'études sur le non-recours, co-organisée par le Conseil départemental. - Rdv avec le pôle développement en préparation d'une réunion de direction
11 juin 2015	Présentation des résultats de l'étude qualitative en comité technique de direction

Conseil départemental du **Val-de-Marne**

Date	Événement
13 nov 2011	J'assiste au *Comité de Pilotage Départemental de la coordination gérontologique en Val-de-Marne* [organisé dans le cadre de la préparation du nouveau schéma gérontologique], où je prends contact avec Claudie Bertrand-Laroche, qui me donne les coordonnées de Martine Conin et de Sylvie Lemasle
6 février 2012	Rencontre avec Sylvie Lemasle (chef du service prospective, qualité, évaluation au sein de la direction PAPH) et Jean-Pierre Peyraud (médecin en charge du secteur personnes âgées au sein de la direction) pour leur présenter l'étude
5 juin 2012	Rendez-vous avec Martine Conin, directrice des services aux personnes âgées et personnes handicapées (en présence de Sylvie Lemasle) pour lui présenter les enjeux et obtenir son aval pour la réalisation de l'étude
25 juin 2012	Réunion avec Élisabeth Martin (responsable des études statistiques) pour voir ce qui est possible pour elle en termes de données.
2 août 2012	Rencontre avec Élisabeth Martin et Emmanuel Buttery (correspondant CNIL du Conseil départemental), pour voir ce que le CG peut légalement me transmettre. On inscrit ma recherche sur le fichier CNIL du Conseil départemental. J'entame en parallèle la procédure auprès du correspondant CNIL de l'Université.
7 janvier 2013	Récupération des conventions signées avec le Val-de-Marne, signature par Jean-Claude Driant, je les rapporte dans la journée au CG.
15 janvier 2013	Rendez-vous avec Élisabeth Martin pour préciser les requêtes. Elle sort les requêtes sur les personnes (âge, sexe, GIR, adresses…) et on précise ce qu'il faut pour les plans d'aide.
20 février 2013	Rendez-vous avec Élisabeth Martin, je récupère de nouvelles données.
28 mars 2013	Élisabeth Martin a réussi de nouvelles extractions, je passe chercher les données
26 août 2013	Présentation des résultats de l'étude quantitative locale, avec Sylvie Lemasle, Élisabeth Martin, Jean-Pierre Peyraud, Maryse Chebab et Nadia Laporte-Phoeun (qui remplace Martine Conin). Étant donné la date, beaucoup des collègues sont en congés. Intéressée, Nadia LP me demande de présenter la recherche devant une cinquantaine de personnes, quinze jours plus tard.
12 sept 2013	Présentation des résultats de l'étude quantitative lors de la réunion annuelle de la direction PAPH, devant l'ensemble des cadres de la direction et l'élue de référence. Plusieurs nouveaux contacts : Claudie Bertrand-Laroche (lien avec les équipes médico-sociales), Irène Shakouri (lien avec les CLIC)…
	Rencontre avec Nadia pour faire le point en septembre
18 déc 2014	Rencontre avec Sylvie Lemasle le 18 décembre 2014
6 janv 2015	Rencontre avec Nadia le 6 janvier 2015
19 fév 2015	Rencontre avec Sylvie Lemasle le 19 février
5 mars 2015	Rencontre avec Brigitte Jeanvoine le 5 mars
5 juin 2015	Rencontre Sylvie Lemasle le 5 juin (préparation de la réunion CODERPA)
19 juin 2015	Présentation au CODERPA élargi aux responsables de CCAS le 19 juin

Bilan du partenariat rédigé par les Conseils départementaux d'Ariège, du Nord et du Val-de-Marne

CONSEIL
DÉPARTEMENTAL

DIRECTION DES ACTIONS
POUR LE DEVELOPPEMENT SOCIAL
ET LA SANTE

Service Autonomie
☎ : 05.61.02.09.79
🗎 : 05.61.02.09.34

Foix, le lundi 27 juillet 2015

Evaluation de la coopération pour l'étude locale sur le département de l'Ariège dans le cadre du doctorat de Madame RAMOS-GORAN Mélina

Par délibération du 10 juin 2013 (ci jointe), les élus du Conseil Général de l'Ariège ont accueilli favorablement la signature d'une convention entre le Conseil Général et l'université de Paris Est Créteil.
Cette convention a ainsi permis à Madame Mélina RAMOS GORAN de réaliser une étude locale dans le cadre de sa thèse intitulée : « Prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, à l'échelle locale en France métropolitaine ».

1. INTERET DE L'ETUDE LOCALE EN ARIEGE :

L'intérêt général du thème de l'étude répond à des préoccupations de la société actuelle :

- la question de la prise en charge de la dépendance puisque le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus devrait doubler à l'horizon 2050
- le constat que la prise en charge des personnes âgées est passée progressivement d'une gestion par la famille ou les institutions religieuses, à une gestion publique (État, département, commune)
- la question politique de la prise en charge qui est donc sur le devant de la scène.

L'approche quantitative et qualitative a également permis de proposer une nouvelle approche : géographique, afin de mieux appréhender la prise en charge de la dépendance des personnes âgées.

Plusieurs constats justifient une étude locale en Ariège.

En effet, l'offre à destination des personnes âgées en perte d'autonomie est tout d'abord une offre de proximité et en terme de prise en charge.
L'Ariège est un territoire fortement rural , caractérisé par une faible densité de population, environ 30 habitants au kilomètre carré, contre 100 environ en moyenne nationale.
Le chiffre INSEE 2012 recense 152 366 habitants pour 332 communes.

En ce qui concerne la population âgée, elle représente 30 % de la population ariégeoise, ce qui place le département parmi les plus élevés en matière de population âgée de France.
L'offre de service est composée de :

- 5 services d'aide à domicile autorisée
- 14 services d'aide à domicile autorisée
- 30 Etablissements pour personnes âgées dépendantes
- 4 logements foyers

Au niveau administratif, le Conseil Général s'appuie sur :

- Un service autonomie gérant l'instruction des dossiers et le contrôle des prestations,
- 11 CLIC
- une équipe médico-sociale
- 2 MAIA

Les CCAS et CIAS sont très peu présents sur le territoire concernant l'accompagnement du maintien à domicile.

2. DEROULEMENT DE L'ETUDE LOCALE EN ARIEGE :

De nombreux documents ont été transmis à Madame RAMOS GORAN avant son premier déplacement dans le département de l'Ariège.
Madame Mélina RAMOS GORAN a effectué plusieurs visites en Ariège qui lui ont permis d'appréhender ce territoire rural avec habitat dispersé.
Son appui sur les données statistiques nous a permis d'affiner les données APAD et de recouper les éléments concernant la répartition des bénéficiaires sur le territoire.

L'étude locale s'est déroulée lors de la montée en charge des MAIA du département.
Le pilote MAIA avait débuté un diagnostic sur les territoires du Couserans et de Pamiers. Afin de croiser les informations, il nous est apparu logique de continuer cette dynamique et de proposer un focus sur ces deux territoires.

Lors des visites, Madame RAMOS GORAN a effectué de nombreux entretiens.
Plusieurs rencontres avec la direction de l'ADS ont été organisées afin de présenter les différentes étapes de l'étude.

Une réunion a été organisée avec l'ensemble des CLIC du Département, une avec l'équipe médico-sociale et le médecin territorial, une avec la pilote MAIA et les gestionnaires de cas complexes.
Elles ont permis d'échanger de manière constructive grâce à la vision du géographe, regard peu abordé dans nos démarches.
Madame RAMOS GORAN a également animé de nombreuses rencontres pour lesquelles l'ensemble des partenaires invités ont répondu présents.
Ces rencontres ont permis de dynamiser les tables tactiques déjà engagées par les MAIA du département.
Lors de ses rencontres étaient présents les Services d'aide à domicile, les Services de soins infirmiers à Domicile, les CCAS, les médecins des hôpitaux, l'ordre des médecin, les CLIC, les assistantes sociales de secteur, les associations oeuvrant dans le domaine des personnes âgées...

Enfin Madame RAMOS GORAN a présenté son premier rapport d'analyse aux élus du département, à la suite d'une commission APA, à laquelle elle avait assisté.
Les élus, dont Monsieur le Vice Président chargé de la Solidarité, ont porté un grand intérêt à ces données.
Une nouvelle présentation de l'étude est attendue pour la rentrée 2015 auprès des nouveaux élus du Conseil Départemental.

Elle a également été un soutien important à l'équipe administrative de l'APA grâce à ses connaissances informatiques, permettant ainsi d'affiner les données APA issu du logiciel métier Implicit.

3. APPORT DE L'ETUDE LOCALE EN ARIEGE :

L'objectif de l'étude était d'étudier l'articulation entre l'offre à domicile et en établissement.
Elle devait également, permettre d'analyser les différents mode de recours à l'APA ainsi que les enjeux de la coordination.
Elle avait enfin, pour but de fiabiliser des données, à une échelle fine, telles que l'APA localisées (localisation par GIR des bénéficiaires, services), les types de prestations (mandataires, prestataires, gré-à-gré) en parallèle avec le plafonnement des plans d'aide et les données sur les services (nombre d'heures, nombre de personnes aidées, ventilation par GIR).
L'ensemble de ces objectifs a été réalisé.
De plus, l'étude nous a permis d'identifier comment l'offre à destination des personnes âgées est organisée actuellement sur notre territoire. Un travail sur la couverture des secteurs par chaque service d'aide à domicile reste à réaliser mais les données en notre possession grâce à l'étude vont être un élément d'analyse complémentaire important.
Les analyses quantitatives ont permis de recueillir des données précises et détaillées, nous permettant ainsi d'agrémenter le schéma de l'autonomie en intégrant des actions portant sur une meilleure coordination, sur la prévention ainsi que sur le non recours de prestations APAD.

En conclusion, je n'émettrai qu'un point de réserve concernant l'éloignement géographique entre Madame RAMOS GORAN et les équipes du Conseil Département qui n'a pas permis de réaliser un nombre de rencontres par pays plus conséquent.

Cette étude ; grâce à la fiabilité des données, aux analyses réalisées, à la précision des informations recueillies ; a présenté pour le département un point d'entrée essentiel lors du diagnostic lié au schéma de l'autonomie du département .

Elle a également étayé la proposition de solutions adaptées dans les fiches actions du schéma de l'autonomie.

Elle nous a permis d'envisager les réponses à apporter aux personnes âgées plus précises et mieux réparties sur le territoire.

Au delà de notre connaissance du nombre de bénéficiaires APAD, l'étude a complété notre vision parfois imprécise de la répartition de ces titulaires de la prestation sur le territoire ainsi que des moyennes des plans d'aide.

Elle a également contribué au travail de réorganisation de notre direction en précisant les zones d'intervention des membres de l'équipe médico-sociale.

Des données APAD, plus précises qu'auparavant, nous permettent également de renforcer notre analyse budgétaire concernant les plans d'aide.

Enfin, je souhaitais terminer cette évaluation en remerciant Madame Mélina RAMOS GORAN pour sa pédagogie, son efficacité, sa disponibilité, ses grandes compétences et la rigueur avec laquelle elle a mené son travail.

Elle nous a permis d'aborder l'accompagnement médico-sociale par le biais d'angle peu exploré, la géographie. Approche qui, j'en suis persuadée, va laisser son empreinte dans nos raisonnements futurs.

La Directrice de l'ADS

Christine SEVERIN

CP100613/513/1-2

CONSEIL GÉNÉRAL

Conseil Général de l'Ariège

Transmis le : 11 JUIL. 2013
(Préfecture Foix)
Affiché le : 11 JUIL. 2013
(Hôtel du Département Ariège)

Extrait du procès-verbal des **Délibérations de la commission permanente** du Conseil Général

Réunion du : 10 juin 2013

Présents : MM. MONTANE, NAYROU, Mme TEQUI , MM. DURAN, MARETTE, PIQUEMAL, SABOY, SICRE, ZONCH.

Absents : M. BONREPAUX.

DOSSIER N° 513

DEMANDE DE COOPERATION POUR UNE ETUDE LOCALE DANS LE CADRE D'UN DOCTORAT DE MADAME RAMOS MELINA

LA COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL GENERAL,

Agissant par délégation,

Considérant que Madame Mélina RAMOS, titulaire d'un Master de Géomarketing, stratégies territoriales des entreprises et institutions publiques, filière « *institutions publiques* » est aujourd'hui inscrite en thèse de géographie financée par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) : *prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, à l'échelle locale en France métroplitaine,* sous la direction de Jeanne-Marie AMAT-ROZE à l'Université Paris-Est-Créteil, demande dans le cadre de cette étude un partenariat avec notre département, au travers d'une convention, qui lui permettra d'affiner son enquête.

Considérant que l'intérêt général du thème de l'étude répond à des préoccupations de la société actuelle

Considérant que l'intérêt de cette étude, quantitative et qualitative, est de proposer une nouvelle approche, géographique, pour appréhender la prise en charge de la dépendance des personnes âgées.

Considérant que le choix de collecter les informations sur le Département de l'Ariège permettra l'acquisition de données intéressantes car il s'agit d'un département rural de moyenne et haute montagne, dans lequel les problématiques d'accessibilité se posent particulièrement.

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil Général,

Article 1 : Approuve la signature d'une convention de coopération pour une étude locale « prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, à l'échelle locale en France métropolitaine », dans le cadre d'un doctorat de Madame Ramos Mélina, à compter de la date de la signature des parties contractantes et jusqu'à la soutenance de la thèse prévue avant le 31 mai 2015, qui déterminera en outre les données de mise à disposition, l'utilisation de données, les documents à fournir au Conseil Général, la gratuité de l'étude

Article 2 : Autorise Monsieur le Président du Conseil général à remplir toutes les formalités utiles en vue de l'exécution de la présente délibération, notamment la signature de la-dite convention.

Article 3 : La présente délibération peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif de Toulouse dans un délai de 2 mois suivant sa publication.

Pour extrait conforme
Le PRESIDENT,

Augustin BONREPAUX

Nord
le Département

Direction générale
chargée de la Solidarité

Direction des Personnes Agées
et Personnes Handicapées

Pôle Développement

☎ 03 59 73 54 60
🖷 03 59 73 54 52

Lille, le 14 AOUT 2015

Réf : CL/LM
Affaire suivie par : Camille LECONTE

Note à l'attention de Mélina Ramos Gorand à annexer à son mémoire de thèse

Objet : Apports pour le Conseil Départemental de la recherche ***« Enjeux démographiques de l'accompagnement de la dépendance des Personnes Agées à l'échelle locale. »***

Le pilotage des politiques sociales en général, et des politiques d'autonomie en direction des personnes âgées en particulier, nécessite une connaissance fine et régulièrement actualisée des publics, de leurs besoins, de leurs recours aux dispositifs.
Cette connaissance s'organise autour de différents types d'analyses (quantitatives, qualitatives) et mobilise plusieurs sources de données mais également plusieurs expertises.
Ces expertises plurielles, le Département du Nord entend toujours plus les mobiliser afin de construire des réponses adaptées aux besoins.
Ainsi, soucieux de soutenir les choix de vie des personnes âgées qui privilégient le domicile et afin de construire ses politiques de façon cohérente, le Président du Conseil Départemental s'est engagé dans son schéma 2012-2015 à *« organiser la fonction d'observation, d'analyse et de diffusion en matière de dépendance »(E1).*
Pour ce faire, il collabore étroitement avec des chercheurs et experts afin d'explorer les différents aspects de leurs conditions de vie au travers notamment d'études sociodémographiques afin d'adapter au mieux l'offre de service aux réalités de terrain, le tout dans un souci à la fois de proximité et d'équité.
C'est ainsi qu'en trois années de SDOSMS, des travaux ont pu être menés avec la Maison Européenne des Sciences de l'Homme et de la Société, la plateforme d'observation sociale 59/62, les Universités de Lille, l'INSEE et, dans le cadre de la présente étude, la DREES et l'Université de Paris Est Créteil, permettant de poser les jalons d'une fonction d'observation partagée et territorialisée.
La volonté du Département est aujourd'hui d'acquérir une expertise des usages des personnes, leur vie quotidienne étant devenue la préoccupation première des décideurs et professionnels de terrains.

Le travail mené par Mme Ramos Gorand a permis d'apporter des éléments de compréhension de l'offre et de la demande de prise en charge des Personnes Agées dépendantes dans le Nord alimentant ainsi les deuxième et dixième engagements du SDOSMS , à savoir : *« expérimenter une démarche territoriale de réponse aux besoins »* et *« assurer une offre de service équilibrée entre les territoires en structurant le partenariat ».*

En effet, bien que les données d'activité permettent de suivre les dispositifs sur les différents territoires, il convient de les corréler avec d'autres données qualitatives de terrain qu'aucun chiffre n'est en mesure de traduire (exemple : habitudes de vie, articulations des dispositifs…) Ce croisement de données est indispensable à la connaissance des publics et des territoires, l'interprétation de chiffres bruts pouvant varier selon l'angle à travers lequel ils seront observés. Le regard de Mme Ramos Gorand sur ces données a permis au Conseil Départemental de mieux comprendre la relation de cause à effet entre les spécificités territoriales, l'offre disponible et les comportements des usagers tout au long de leur parcours.
En effet, le travail mené dans le cadre de cette recherche a pour enjeu premier la meilleure compréhension des besoins des Nordistes en perte d'autonomie et du recours aux dispositifs publics visant les personnes âgées, en tenant compte de la dimension territoriale. Comprendre les besoins étant nécessaire avant d'adapter l'offre, une étude telle que celle-ci est essentielle pour faire évoluer les politiques publiques départementales.

A titre d'exemple, la question du non-recours traitée dans le cadre de cette recherche illustre la marge de progrès restant à accomplir : la population se saisit plus ou moins de l'offre de prestations qui est à sa disposition et il convient parfois de donner l'impulsion nécessaire pour « aller vers » celle-ci.

Au-delà d'une observation des besoins et d'une adaptation de l'offre, cette étude a également permis d'interroger et d'analyser les pratiques des professionnels à travers plusieurs rencontres auprès d'eux sur le terrain. En fonction des formations initiales et de la politique du Département, les prises en charge peuvent être différentes d'un Département à l'autre, impactant de façon directe le comportement des personnes âgées et de leur entourage face à la dépendance.
La venue de Mme Ramos Gorand en territoire a contribué à l'identification de sujets prioritaires à travailler en fonction des attentes des publics pour en dégager de nouvelles questions et trouver de nouvelles voies de réponse pour se mettre au service des parcours des personnes et d'en devenir un facilitateur.

Par ailleurs, cette connaissance des besoins s'inscrit en complémentarité d'autres travaux en apportant un éclairage différent, directement ciblé sur les modes de prise en charge de cette dépendance, et l'accès à la prise en charge. Cette étude contribue au diagnostic territorial de la prise en charge et de l'accompagnement de la dépendance en fonction des particularités de chaque territoire et apporte un regard extérieur nécessaire à toute conduite de changement.
Tout au long des trois années de recherche, l'organisation de manifestations auxquelles Mme Ramos Gorand a pu contribuer tant comme animatrice que participante ont permis de croiser sa discipline avec celle d'experts issus de divers domaines, professionnels de terrain, décideurs, politiques, chercheurs en sciences humaines et gestionnaires permettant de disposer d'une vision d'ensemble des enjeux du territoire.

Enfin, cette étude permet au Département du Nord de pouvoir porter un regard sur son organisation et ses spécificités territoriales vis-à-vis des autres Départements ayant pris part à la recherche, ce qui peut l'amener à revoir certains de ses modes de faire ou, au contraire, les conforter.

Au delà de sa grande capacité d'adaptation au terrain, Mme Ramos Gorand a su faire preuve de disponibilité pour venir rendre compte régulièrement de ses travaux aux agents départementaux. Par ailleurs, afin de permettre au Conseil Départemental de se saisir de cette étude comme d'un outil d'aide à la décision et de se doter de supports permettant de mieux adapter l'offre à la demande, elle a également su mettre ses compétences de géographe à disposition afin de réaliser des cartographies sur l'intervention des services d'aides à domicile au sein des territoires. Ce travail, bien qu'encore inachevé à ce jour, permettra de mettre en évidence le flux d'intervention de ces services afin de réadapter l'offre en fonction des disparités territoriales mises en évidence par ces cartes.

En participant à différents travaux d'observation sociale, dont celui de Mme Ramos Gorand, le Département conforte ici sa position de chef de file de l'action sociale et prend ainsi toute sa place dans la contribution à une observation sociale partagée.

Le suivi d'une telle recherche s'inscrit dans une démarche de développement social local dans laquelle le Département souhaite aujourd'hui s'inscrire permettant de sortir d'une logique par dispositif en tenant compte du caractère multidimensionnel des besoins des personnes dans une logique de parcours en réinterrogeant ses pratiques pour construire ses orientations futures dans une meilleure cohérence territoriale.

La Directrice des Personnes Agées et Personnes Handicapées,

Christine BLONDEL

Direction des Services aux Personnes âgées
et aux Personnes handicapées
Service prospective, qualité, évaluation
Affaire suivie par
Sylvie Lemasle
courriel : sylvie.lemasle@valdemarne.fr
tél. : 01 43 99 75 90

« Etude géographique de l'accompagnement de la dépendance des personnes âgées à l'échelle locale en France métropolitaine »
réalisée par Mélina Ramos Gorand
Bilan de la collaboration avec le Conseil départemental du Val-de-Marne

Avec une augmentation estimée de plus de 48 % du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus entre 2010 et 2030, le Val-de-Marne devra faire face à l'accroissement des situations de dépendance physique et psychique et adapter en conséquence ses politiques publiques.

Il s'agit d'un enjeu qui demande de mesurer la nature et l'ampleur des évolutions que pose notamment l'adaptation des politiques sectorielles de soutien à domicile et d'accueil en établissement. Afin de développer une réflexion prospective, le Département s'associe ainsi à différentes études menées et a souhaité collaborer aux travaux menés de 2012 à 2015 par Mélina Ramos-Gorand sur l'accompagnement de la dépendance des personnes âgées à l'échelle locale en France métropolitaine.

La participation du Département à cette thèse permet de mieux appréhender l'accompagnement de la perte d'autonomie dans le Val-de-Marne. L'apport d'éléments d'analyse précis donne une lisibilité cartographique aux données et permet de mieux comprendre l'organisation géographique de l'offre à destination des personnes âgées.

Outre l'intérêt de répondre à cet enjeu, la réalisation de cette étude par Mélina Ramos Gorand a été l'occasion de :

- Fournir des éléments de comparaison de notre organisation avec celle de trois autres départements puisque les mêmes travaux ont été menés en Ariège, en Loire-Atlantique et dans le Département du Nord ;
- Développer une concertation sur l'organisation de la politique en faveur des personnes âgées dans le Val-de-Marne avec dix-sept Centres communaux d'action sociale volontaires ;

- Réaliser une étude particulière sur les services à domicile.

Une étude réalisée dans le cadre d'une collaboration au sein du Conseil départemental et avec les partenaires de terrain

Au sein du Conseil départemental, Mélina Ramos Gorand a su collaborer de façon constructive avec des agents d'expertise et de culture différentes, du chargé de mission informatique et statisticien pour l'organisation du transfert de données aux Directeurs de Centres communaux d'action sociale et travailleurs sociaux pour la démarche de concertation.

La Direction des services aux personnes âgées et aux personnes handicapées a proposé la réalisation d'une réflexion particulière sur les services d'aide à domicile début mai 2014. Cette étude a permis d'affiner la connaissance de l'organisation de l'offre sur le territoire.

Le pilotage de cette étude au sein du département du Val-de-Marne a nécessité plusieurs rencontres avec la Direction des services aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Mélina Ramos Gorand a montré sa capacité à travailler avec un collectif en mode projet et à adapter ses modalités de travail en fonction des décisions formulées.

Elle a présenté les travaux menés à la Vice-Présidente du Conseil départemental en charge des personnes âgées qui a souhaité qu'ils soient présentés également au Comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA), instance de concertation départementale chargée de mener une réflexion sur la politique départementale en faveur des personnes âgées. Cette présentation a été réalisée le 19 juin dernier devant le CODERPA et les Centres communaux d'action sociale.

Mélina Ramos Gorand a également animé plusieurs réunions de partenaires (professionnels, élus, associations...) en lien avec le Conseil départemental. Des rencontres ont ainsi été organisées avec les Centres communaux d'action sociale, les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et les partenaires de deux territoires de CLIC.

Les limites de l'étude

Les travaux ont débuté en 2012 et les données transmises concernent l'année 2011. La réflexion s'est donc appuyée sur des éléments qui datent à présent de quatre ans et ont pu

évoluer, ce qui représente un biais pour les résultats de l'étude. A noter que les élections municipales de mars 2014 ont nécessité le report de la démarche de concertation à mener avec les Communes du département, ce qui a prolongé le délai de réalisation des travaux.

Prise en compte de ces travaux par le Conseil départemental

Les résultats de cette étude, rédigés par Mélina Ramos Gorand dans un document accessible et ponctué de documents pertinents explicités avec précision, prolongent et complètent l'évaluation du précédent schéma et le diagnostic réalisé en 2011 pour l'élaboration du 3ème schéma gérontologique départemental :

- Une étude quantitative avait été réalisée concernant notamment les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie au niveau communal. Mélina Ramos Gorand nous apporte des éléments nouveaux et également des informations et précisions au niveau de l'IRIS.
- Pour l'évaluation du précédent schéma, la question suivante était posée « Dans quelles mesures les structures et les politiques publiques mises en place dans le Val-de-Marne répondent-elles à la diversité des besoins des personnes âgées et de leurs aidants ? ». Les travaux menés avaient alors permis de souligner l'absence de corrélation entre le taux de pénétration de l'allocation personnalisée d'autonomie et le vieillissement au sein des Communes, sans fournir de réponses argumentées. L'étude de Mélina Ramos Gorand nous donne à présent les éléments d'explication souhaités.

Cette étude contribuera également au suivi du 3ème schéma départemental en faveur des personnes âgées, qui couvre la période 2013-2017.

Ses résultats constituent ainsi des outils d'aide à la décision pour le pilotage de la politique publique en faveur des personnes âgées concernant le soutien à domicile des personnes âgées.

La Directrice-adjointe des services aux personnes âgées
et aux personnes handicapées

Mélanie Bourjal

Circulaires relatives à la coordination sociale et « médico-sociale », en 1936

Par décision du sous-secrétaire d'Etat à la marine marchande en date du 27 août 1936, un témoignage officiel de satisfaction est accordé à MM. Jolly (G.-F.-J.), administrateur de 1re classe à l'inscription maritime et Traoulé, chef de section de 1re classe de l'inscription maritime, pour le zèle, le dévouement et la compétence dont ils ont fait preuve en assurant les longs intérims de la direction du quartier de Saint-Malo.

MINISTÈRE DES POSTES, TÉLÉGRAPHES ET TÉLÉPHONES

Services extérieurs.

Par arrêté en date du 27 août 1936, M. Dallet, chef de bureau central télégraphique de 2e classe, à la disposition des affaires étrangères pour le service du Maroc, a été réintégré dans la métropole et affecté, dans la position hors-cadres, à la direction de l'exploitation, à Tunis, des câbles Nabeul-Igalo et Marseille-Bizerte.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Nombre des élèves à admettre en qualité de boursiers à l'école normale d'éducation physique.

Le sous-secrétaire d'Etat de l'éducation physique,

Vu le décret du 20 décembre 1935, notamment son article 4,

Arrête:

Article unique. — Le nombre des élèves à admettre en qualité de boursiers pour l'année scolaire 1936-1937 à l'école normale d'éducation physique est fixé comme suit:

Elèves hommes: 12.
Elèves femmes: 8.

Fait à Paris, le 16 juin 1936.

PIERRE DÉZARNAULDS.

Circulaire concernant « la coordination des services et institutions d'hygiène et d'assistance sociales ».

Paris, le 26 août 1936.

Le ministre de la santé publique à MM. les préfets.

Je suis amené à constater que, dans un trop grand nombre de départements, en dépit des instructions adressées par mes prédécesseurs, les organismes assurant la protection de la santé publique et la lutte contre les fléaux sociaux — qu'ils relèvent des collectivités publiques, des caisses d'assurances sociales, des commissions hospitalières ou des œuvres privées — fonctionnent sans liens suffisants. Ce défaut de coordination est éminemment préjudiciable au rendement technique et financier d'organismes qui, directement ou indirectement, et dans une proportion de plus en plus importante tirent leurs ressources des fonds publics.

En conséquence, désireux de remédier immédiatement à cette situation, j'ai décidé que, désormais, les subventions d'installation, d'aménagement ou de fonctionnement provenant de mon département, ne seraient attribuées qu'à des institutions affiliées aux offices départementaux d'hygiène sociale, services ou établissements publics départementaux placés sous votre autorité immédiate et votre contrôle, constitués suivant les principes précédemment formulés (circulaires des 15 avril 1923, 18 août 1924, 21 février 1931 et 8 décembre 1932).

Il appartiendra aux sections spécialisées de ces organismes d'instruire les demandes de subvention, de m'en proposer, par votre intermédiaire, la répartition, et, après approbation de ma part, de l'effectuer lorsqu'il s'agira de frais de fonctionnement.

Si la création d'un tel office départemental d'hygiène ne peut être envisagée dans votre département, je vous invite à constituer sans délai, par arrêté, une commission départementale de coordination sanitaire et sociale, qui remplira provisoirement les attributions ci-dessus dévolues aux offices départementaux, à savoir:

1° Définir la politique de prévention sanitaire et d'assistance sociale dans votre département;

2° Instruire toutes demandes de subventions, qu'il s'agisse de création, d'aménagement ou de fonctionnement, et formuler des avis qui devront accompagner toutes les demandes adressées au ministère de la santé publique;

3° Procéder à la répartition des subventions de fonctionnement.

Cette commission sera présidée par vous-même ou par votre représentant. L'inspecteur départemental d'hygiène en assurera le secrétariat général.

La commission comprendra des délégués des principaux organismes assurant la protection de la santé publique, la lutte contre les fléaux sociaux et l'assistance sociale dans votre département (services publics, commission administrative des hôpitaux et hospices, caisses d'assurances sociales, syndicats médicaux et autres, institutions privées (institutions de protection de la maternité et de l'enfance, croix-rouge, service social), etc.).

Ceux-ci seront nommés par arrêté préfectoral, sur proposition des groupements intéressés.

Pour assurer au sein des offices ou de ces commissions de coordination, une représentation équitable des institutions privées, vous voudrez bien inviter toutes celles qui sollicitent ou sont appelées à solliciter une subvention des collectivités publiques, à constituer une « Union départementale des institutions privées de protection de la santé publique et d'assistance sociale ». Cette union soumettra à votre choix les représentants à la collaboration desquels vous croiriez devoir faire appel.

Vous voudrez bien me faire connaître pour le 1er octobre 1936, les mesures qui auront été prises dans votre département, en exécution de la présente circulaire, afin que je puisse procéder sans retard à l'ordonnancement des diverses subventions en cours.

HENRI SELLIER.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE

Exploitation des moulins et minoteries.

Le Président de la République française,

Vu le décret du 24 avril 1936, concernant l'organisation et la défense du marché du blé;

Vu la loi du 15 août 1936, portant création d'un office interprofessionnel du blé et notamment les articles 6, 7, 9, 10, 18, 19, 22, 24, 25, 26, 30 et 31;

Sur la proposition du ministre des finances et du ministre de l'agriculture,

Décrète:

Art. 1er. — Pour l'application des présentes dispositions, sont considérés comme exploitants de moulins ou de minoteries, les personnes, sociétés ou établissements publics et privés qui, à titre principal ou à titre accessoire, effectuent, soit pour leur propre compte, soit pour le compte d'autrui, des opérations ayant pour objet de convertir des blés en farine ou en pain.

Art. 2. — Tout exploitant de moulin, tel qu'il est défini à l'article précédent, est tenu de souscrire, un mois avant le commencement des travaux, à la recette buraliste des contributions indirectes dont dépend chacune de ses exploitations, une déclaration d'existence énonçant:

1° Ses nom, prénoms et adresse complète et, s'il s'agit d'une société ou d'un établissement, la raison sociale ou la désignation exacte;

2° La situation, la nature (meules ou cylindres) et la capacité de production, par vingt-quatre heures, du moulin ou des appareils qu'il se propose d'exploiter.

Les personnes exploitant plusieurs moulins devront en outre faire connaître le siège de l'établissement principal ou s'il s'agit d'une société, l'adresse du siège social.

Tout changement survenu dans la personne de l'exploitant, soit par suite de cessation, soit pour cause de cession, toute modification apportée à la forme ou à la désignation de la société ou de l'établissement exploitant, doivent faire l'objet tant de la part du cédant que de la part du cessionnaire, d'une déclaration spéciale souscrite, dans les conditions indiquées au paragraphe précédent, au bureau qui aura reçu la déclaration prévue au premier alinéa du présent article.

Toute modification affectant la nature ou la capacité du moulin ou des appareils de transformation doit, sous réserve des dispositions de l'article 19 du décret de codification du 24 avril 1936, également faire l'objet dans les huit jours, d'une déclaration reçue à la recette buraliste du ressort dans lequel se trouve située l'exploitation.

Art. 3. — Les exploitants visés à l'article 1er doivent tenir, dans chaque établissement, un registre spécial, coté et paraphé par le chef local du service des contributions indirectes, dont le modèle est fixé par l'administration (annexe n° 1) et sur lequel ils inscrivent, au fur et à mesure de leur réalisation:

1° Les réceptions de blés, farines destinées à l'alimentation humaine, farines non panifiables et autres issues, avec la mention, pour chacune d'elles, de la date, de la quantité reçue et des nom, profession et adresse de l'expéditeur et du vendeur, ainsi que la nature et l'analyse des pièces justificatives de l'introduction des blés et farines dans leur établissement;

2° Les sorties de blés, farines destinées à l'alimentation humaine, farines non panifiables et autres issues, avec la mention pour chacune d'elles de la date, de la quantité enlevée et des noms, profession et adresse du destinataire;

3° La nature et l'analyse des titres de mouvement ayant légitimé les expéditions de blés et de farines destinés à l'alimentation humaine.

En fin de journée, ou au moment de l'intervention des agents habilités à procéder au contrôle, ces inscriptions sont complétées par l'indication des quantités de blés mises en œuvre pour la fabrication de farines ou de pain et des quantités

Par arrêté en date du 1er septembre 1936:

M. Boutière (Jean-Eugène), inspecteur adjoint des eaux et forêts à Manosque (Basses-Alpes), est nommé, d'office et dans l'intérêt du service, en la même qualité, chef des bureaux et adjoint au conservateur des eaux et forêts à Grenoble (Isère), en remplacement de M. Gobert, qui a reçu une autre destination.

M. Sechet (Raymond-Louis-Henri), garde général des eaux et forêts à la disposition du conservateur des eaux et forêts à Reims, est nommé, d'office et dans l'intérêt du service, en la même qualité, à Manosque (Basses-Alpes), en remplacement de M. Boutière, qui reçoit une autre destination.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Circulaire relative à la coordination des efforts menés par les œuvres publiques et privées en vue d'assurer la défense sanitaire de la nation.

Paris, le 26 septembre 1936.

Le ministre de la santé publique à MM. les préfets.

Notre circulaire du 26 août 1936 a souligné que les conditions préalables à tout effort cohérent, inspiré par une politique vigoureuse d'organisation et de défense sanitaire de la nation, résidaient dans la mise en ordre des multiples initiatives publiques ou privées qui se sont développées antérieurement, sans plan ni méthode, sur les diverses parties du territoire.

Nous avons suggéré que, pour assurer le maximum de rendement matériel et moral aux institutions actuellement existantes, avant d'envisager les mesures à prendre pour combler les lacunes que la coordination laissera apparaître, il importait immédiatement:

1° De fédérer en « unions départementales » placées sous le contrôle direct que vous devez, en mon nom, exercer sur leur activité, l'ensemble des institutions privées de protection de la santé publique et d'assistance sociale, travaillant avec le concours financier de l'Etat, du département ou des communes;

2° D'organiser au sein d'un « Comité départemental de coordination sanitaire et sociale », la collaboration étroite des institutions publiques et privées, en vue d'assurer, avec le minimum de charges financières, le maximum utile d'efficacité.

Les communications qui nous ont été adressées par un certain nombre de préfets, l'intérêt qu'ils ont porté à la méthode d'organisation ainsi suggérée, marquent la volonté certaine de l'administration préfectorale d'apporter au Gouvernement, dans un domaine jusqu'ici trop négligé, une collaboration dont nous apprécions toute la valeur, et que notre ferme volonté est de maintenir particulièrement étroite.

En matière de santé publique et de protection sociale, plus qu'en toute autre, les initiatives de l'Etat exigent, pour être fécondes, que leur mise en œuvre soit au maximum décentralisée et que les autorités locales y apportent le maximum d'attention vigilante.

Les demandes d'information complémentaire qui me sont parvenues, inspirées de préoccupations identiques, soulignent certaines lacunes dans la circulaire du 26 août, que les présentes instructions ont pour objectif de combler.

I. — *Composition du comité départemental de coordination sanitaire et sociale.*

1° Certains préfets, dans le ressort desquels avaient été antérieurement organisés, sous forme d'organismes publics ou privés, des offices ou associations remplissant non seulement le rôle de « dispensaire public », tel que l'a prévu la loi du 15 avril 1916, mais aussi celui de services de prophylaxie polyvalente et de propagande sanitaire, ont pensé que ces groupements étaient susceptibles de jouer le rôle de comités départementaux prévus à la circulaire du 26 août 1936.

Je considère que cette méthode serait fâcheuse. Quel que soit le caractère fédératif de l'organisme départemental susvisé, il a une personnalité indépendante des œuvres et institutions qui le constituent, et qui, chacune, conservent leur vie et leur action propre non coordonnée.

Il est donc indispensable que l'un et les autres soient appelés à harmoniser leur action et à se répartir d'un commun accord, les missions qui entrent dans leur programme.

Sans doute, il arrivera fréquemment que les mêmes personnalités participeront à la gestion de l'office ou de l'association départementale d'hygiène et à celle du comité de coordination. Cette circonstance ne présente certes que des avantages, mais elle ne saurait empêcher la distinction rigoureuse des deux organismes;

2° Il ne saurait, de même, *a fortiori*, être admis que le rôle de coordination dont il s'agit soit rempli par le « conseil départemental d'assistance publique et privée », défini par la loi du 14 janvier 1933, même si vous estimez que la participation de ce conseil, qui ne possède aucune attribution sanitaire ou prophylactique, à l'organisation de la coordination, est susceptible de le qualifier pour être représenté au comité.

Il paraît enfin superflu de souligner les raisons pour lesquelles l'union départementale des institutions privées, ne saurait se confondre avec le comité de coordination;

3° Nombre de préfets ont sollicité des instructions, en ce qui concerne la composition éventuelle du comité de coordination, qui, aux termes de notre circulaire du 26 août 1936, doit comprendre des délégués des diverses catégories d'organismes collaborant à la défense sanitaire et sociale.

J'estime que, conformément aux précédents légaux intervenus pour des organismes parallèles, offices d'habitations à bon marché, comités de patronages d'habitations à bon marché ou dispensaires de la loi du 15 avril 1916, le comité doit avoir un caractère tripartite. Il doit comprendre pour un tiers des représentants des corps élus et des organismes légaux d'hygiène et de protection sociale, pour un tiers des représentants des œuvres d'un caractère entièrement privé, ou poursuivant des intérêts professionnels, pour un tiers des fonctionnaires techniquement qualifiés, des délégués de groupements, associations ou services intéressés à l'objectif poursuivi.

a) Dans la première catégorie, je rangerai des représentants de l'assemblée départementale, des communes très importantes, des associations municipales, des commissions administratives des hôpitaux et hospices, des bureaux de bienfaisance, des offices, dispensaires ou associations ayant un caractère semi-public en remplissant le rôle: conseil départemental et bureaux municipaux d'hygiène, centre départemental et régional antivénérien;

b) Dans la deuxième, les délégués des associations privées, en les groupant autant que possible par catégories: protection de la maternité et de la première enfance, protection de la seconde enfance (caisses des écoles, colonies de vacances), lutte antituberculeuse, prophylaxie antivénérienne, sociétés de Croix-Rouge, à qui il est indispensable d'imposer un accord, aboutissant à la désignation d'un seul délégué. (Nous entendons, en effet, réagir contre le morcellement regrettable des associations de Croix-Rouge, ne connaître aucune d'elles isolément, et les considérer comme constituant un ensemble.)

c) La troisième catégorie comportera les délégués des caisses d'assurances sociales, des mutualités, des syndicats médicaux, de unions de syndicats ouvriers ou patronaux, chambres de commerce, d'agriculture, d'artisanat, mutualités agricoles, etc., les fonctionnaires qualifiés de votre administration, notamment l'inspecteur départemental d'hygiène et celui de l'assistance publique.

Il est superflu de souligner les raisons qui, en ce qui concerne les organismes corporatifs, imposeront une parité de représentation ouvrière et patronale;

4° Bien entendu, les indications ci-dessus n'ont qu'un caractère relatif, et il appartient aux préfets de les adapter aux circonstances locales. De même, le nombre des membres du comité variera en tenant compte de contingences personnelles ou organiques que, seuls, les fonctionnaires locaux sont qualifiés pour apprécier.

Nous considérons qu'en tout cas, il est désirable que le comité soit largement ouvert au maximum de collaborations, et que les femmes y soient largement représentées.

Il ne paraît pas devoir comporter un nombre de membres inférieur à 15. Il n'y a aucun inconvénient à ce que sa composition numérique soit étendue. Les graves difficultés que comporte l'action d'assemblées trop nombreuses seront corrigées par ce fait que, pratiquement, la plupart des attributions actives du comité devront être déléguées à une « section permanente ».

Cette section, outre le président à votre nomination, et qui devra évidemment être désigné en dehors de toute considération d'ordre politique ou tenant à l'influence de la personnalité choisie, dans un domaine étranger à la prophylaxie sanitaire, comportera trois vice-présidents, élus par le comité lui-même, et choisis chacun dans l'une des trois catégories de membres du comité.

Elle comprendra également le secrétariat général assuré par l'inspecteur départemental d'hygiène, assisté de deux fonctionnaires qualifiés, rapporteurs, l'un pour les questions d'hygiène, l'autre pour celles qui intéressent l'aide sociale.

Nous attacherions le plus grand prix à ce que le secrétariat ainsi constitué, et dont il est superflu de vous souligner l'importance, dispose de moyens matériels suffisants pour mener à bien sa mission.

II. — *Le sens de la coordination.*

La mission dévolue au comité lui est immédiatement tracée par la nécessité de veiller à ce que soit assurée, sur toute l'étendue du territoire départemental, l'application des dispositions réglementaires touchant à la prophylaxie et la protection sociale.

Sous peine d'ajouter un nouvel élément de désordre aux multiples incohérences, gaspillages d'efforts et d'argent, trop souvent dénoncés, il n'a, en aucun cas, à exercer lui-même une mission dévolue exclusivement aux organismes dont il est l'émanation et que son rôle exclusif est d'animer.

Il doit, par contre, délimiter étroitement, tant au point de vue de la compétence territoriale que de la capacité technique, l'action des diverses institutions départementales.

Pour cela, il importe que, préalablement, l'inventaire complet des institutions existantes, des ressources dont elles disposent, de leurs moyens d'action, soit mis au point.

J'attacherai le plus grand prix à être saisi des résultats de ce travail pendant le premier mois de l'année prochaine.

Immédiatement, la suppression des superfétations et doubles emplois devra être rigoureusement poursuivie. Il est, par exemple, inadmissible, en ce qui concerne l'aide financière des collectivités, que deux institutions poursuivent le même objectif dans un même secteur territorial, qu'une région quelconque comporte pléthore de consultations de nourrissons, de dispensaires antituberculeux ou antivénériens, quand d'autres régions du département en sont dépourvues.

De même, je ne saurais admettre que des comités départementaux d'hygiène sociale et de lutte antituberculeuse refusent d'abriter dans leurs locaux des consultations antivénériennes.

L'effort du comité devra également porter sur la rationalisation du service social. En attendant que la réglementation actuellement à l'étude aboutisse à l'unification des diplômes divers de travailleuses sociales, il importe d'éviter au maximum qu'une famille soit visitée par plusieurs infirmières et assistantes, déléguées par des institutions différentes; les associations et institutions intéressées devront tendre à la constitution d'un organisme unique de service social; c'est le seul point sur lequel le comité de coordination pourrait exercer une intervention effective, en prenant à son compte et sous sa direction, la création d'un service social départemental, utilisant l'en-

semble des infirmières et assistantes actuellement en service.

Nous pensons bien que cet effort de coordination ne laissera pas de rencontrer quelques résistances. La pratique met trop souvent en évidence le fait qu'à côté d'œuvres animées d'un véritable esprit philanthropique et dont on ne saurait trop désirer la collaboration, nombre de formations parasitaires onéreuses pour les budgets publics plus que pour les ressources personnelles des fondateurs ou dirigeants, s'installent dans les espaces déjà défrichés, suivent sans effort les sillons laborieusement tracés par d'autres, et satisfont ainsi sans labeur ni sacrifices au désir de gloire et de distinctions honorifiques de leurs animateurs, sinon à leur souci de prosélytisme politique ou religieux.

Il va sans dire qu'un des objectifs essentiels de l'organisation envisagée réside dans la disparition radicale et rapide des cancers de la philanthropie et de la prophylaxie sanitaire.

Que l'esprit de tradition, le souci de garder une façade qui facilite telle propagande étrangère à l'objectif avoué, ou plus fréquemment le prurit des titres et des honneurs suscite la résistance des formations condamnées, nul ne pourra s'en étonner.

Sans doute, la liberté d'association existe en France, et nous ne saurions songer à y porter atteinte, même pour enrayer les abus auxquels elle peut donner lieu. Mais si les groupements indésirables ont latitude complète de subsister et de poursuivre une action qui va fréquemment à l'encontre du but apparemment, parfois même sincèrement poursuivi, il serait inadmissible que le concours matériel public continue à être assuré à un effort négatif ou dissolvant.

III. — *L'attribution des subventions.*

Le rôle de filtrage dévolu par la circulaire du 26 août au comité de coordination, en ce qui concerne les demandes de subventions doit être entendu comme devant s'appliquer à tous les concours matériels ou moraux de quelque nature qu'ils soient, attribués par les pouvoirs publics, Etat, départements, communes, établissements publics aux institutions d'hygiène, d'assistance et de prévoyance sociale, dépendant du ministère de la santé publique, à l'exclusion de celles qui poursuivent l'application de la législation sur les habitations à bon marché.

Dorénavant, en principe rigoureux — et votre mission légale de tutelle devra à cet égard s'appliquer avec sévérité aux budgets locaux — aucune organisation, aucune œuvre ne pourra donc bénéficier de subventions sur un budget public, sans l'avis motivé du comité départemental de coordination.

Devront être exclues sans réserve de toutes attributions de subventions les institutions qui refuseraient de se plier aux règles d'action arrêtées par le comité de coordination.

Ces règles viseront bien entendu, tout d'abord, l'incorporation de l'œuvre subventionnée dans le plan général de protection sanitaire et sociale arrêté pour le département. Elles comporteront ensuite certaines garanties techniques élémentaires en ce qui concerne la qualité du personnel occupé et des collaborateurs actifs: l'obligation, par exemple, d'écarter des centres de soins, de prophylaxie et de service social, toute infirmière ou assistante ne justifiant pas du diplôme d'Etat. Cette condition, rigoureuse pour l'avenir, ne mettra pas obstacle à ce que soient sauvegardées les situations de fait antérieures au 1er octobre 1936, sous réserve que, sous chaque espèce, une autorisation spéciale soit accordée par le ministre de la santé publique, après avis du comité de coordination.

Enfin, il va sans dire que ne sauraient bénéficier de concours publics que les organismes exerçant leur action avec la neutralité politique et religieuse la plus rigoureuse.

S'il est bien entendu qu'aucune considération tenant à l'opinion, à la qualité politique ou aux conceptions philosophiques des personnalités susceptibles d'apporter un concours utile à la croisade sanitaire ne saurait, en aucun cas, être envisagée, il serait pas contre intolérable que les subventions publiques alimentent indirectement une action de propagande politique ou électorale, comme de prosélytisme confessionnel.

Le gouvernement républicain attache le plus grand prix à ce que le maximum de libéralisme et de tolérance domine le choix des personnes, dans un domaine où tous les gens de cœur peuvent agir avec un objectif commun; mais il insiste très vivement pour qu'aucune institution bénéficiant de concours ou patronages publics ne manque à la règle de neutralité rigoureuse qui s'impose à tous vis-à-vis des esprits affaiblis par la maladie ou affectés par la misère.

Nous vous invitons à exercer à cet égard la mission de contrôle qui vous est déléguée avec vigilance et fermeté et à rappeler aux institutions intéressées la nécessité de surveiller à cet égard l'attitude de leurs collaborateurs.

En ce qui concerne l'importance des concours publics, aucune règle absolue ne peut évidemment être posée. On ne saurait notamment établir des barèmes fallacieux, calculant la subvention d'après l'importance du budget total des institutions ou des cotisations privées dont bénéficient les organismes.

Certaines activités sont susceptibles de créer des recettes; dans d'autres cas, au contraire, les ressources sont limitées aux souscriptions particulières, aux subventions publiques. L'intérêt d'une institution ne peut, *a priori*, être mesuré à l'importance de ses dépenses. La valeur technique, scientifique d'une collaboration peut compenser son absence d'effort financier.

Mais il est de tout évidence qu'il n'y a lieu de n'accorder de support public à une institution privée que dans la mesure où la mission qu'elle remplit ne serait pas aussi favorablement accomplie ou à des conditions plus onéreuses par service public.

Si l'organisme privé est exclusivement ou quasi exclusivement alimenté par des subventions publiques, s'il n'apporte par ailleurs aucun concours matériel ou technique de qualité, il n'a pas de raison d'être et doit, quelles que soient les influences qu'il peut promouvoir, être rigoureusement écarté.

Une fois son avis émis, le comité de coordination devra surveiller le sort fait à la demande de subvention et établir un fichier enregistrant les avantages de toute nature attribués aux œuvres par les collectivités.

Le double de ces renseignements étant transmis aux services du ministère de la santé publique ceux-ci auront la possibilité d'établir une sorte de casier central des subventions permettant d'éviter au maximum des abus scandaleux et maintes fois dénoncés. J'ajoute que nous sommes disposés à faire la plus large confiance aux autorités locales pour la détermination des subventions de l'Etat.

Sauf des circonstances exceptionnelles, celles-ci, dans notre esprit, devraient exclusivement comporter une participation — qui, au lieu d'avoir un caractère arbitraire pourrait être réglementée — aux dépenses engagées par les communes et les départements, soit directement, soit par l'intermédiaire d'institutions qu'ils sont seuls qualifiés pour agréer, à l'application des mesures envisagées dans le programme arrêté au sein du comité de coordination.

Le contrôle exercé directement par les intéressés eux-mêmes aurait le maximum d'efficacité; il serait renforcé par celui des inspecteurs départementaux d'hygiène et des fonctionnaires sédentaires ou actifs de l'administration centrale.

IV. — *Décentralisation du comité de coordination.*

Dans la plupart des départements l'importance de la population et la superficie, les développements des centres particuliers, des institutions d'hygiène et de protection sanitaire, seront de nature à amener le comité de coordination, à décentraliser son action et à l'appuyer sur des organismes locaux de secteurs ou de communes dont la composition aura le même caractère que la sienne propre et qui lui serviront de correspondants.

Il va sans dire que ces groupements de secteurs locaux devront être représentés au sein du comité départemental, soit que certains de leurs membres prépondérants y figurent déjà, soit qu'ils y soient adjoints à titre consultatif. La présidence en tout cas devra plus naturellement, dans le cas où l'organisme aura un caractère communal, être assurée par le maire ou son délégué, et si le secteur s'étend à l'arrondissement, il serait opportun que le sous-préfet, sous votre autorité, en prenne la direction.

La liaison directe entre les comités locaux et le centre départemental serait assurée avec le maximum d'efficacité, si le secrétariat de chacun de ces organismes décentralisés pouvait être dirigé par l'inspecteur départemental d'hygiène ou son délégué, qui, dans les communes importantes notamment, pourra être l'agent administratif ou le directeur du bureau municipal d'hygiène.

Pour éviter une confusion de titres entre l'organisme départemental et ses groupements locaux, j'aimerais qu'il soit dénommé « comité de coordination du centre de santé », étant entendu sous ce nom l'ensemble des différents organismes d'hygiène et d'aide sociale d'un secteur donné, que ces organismes, comme cela serait souhaitable, soient groupés dans le même immeuble, ou qu'ils fonctionnent, comme c'est le plus souvent le cas, dans des locaux distincts.

Les « comités de coordination du centre de santé » ainsi constitués, pourront jouer un rôle extrêmement important, particulièrement en ce qui concerne la coordination du service social, en vue de mettre fin aux multiples et fâcheux aspects qu'il peut présenter à l'heure actuelle, grouper les éléments qui participent pour assurer la polyvalence suivant les principes que nous avons exposés ci-dessus, et éventuellement prendre sous leur direction la création du service social polyvalent rentrant dans le cadre de celui que le comité départemental de coordination peut être appelé à envisager sur l'ensemble du territoire.

V. — *Elaboration d'un rapport annuel.*

Enfin, nous tenons essentiellement à ce que l'effort sanitaire et social poursuivi dans chaque département, en liaison avec le plan national, soit régulièrement suivi par l'administration centrale.

C'est pourquoi je vous demanderai de vouloir bien m'adresser en temps utile, pour qu'il soit déposé au conseil général avant la session d'avril, un exposé du comité de coordination, établi suivant un plan qui vous sera adressé ultérieurement.

Vous voudrez bien en même temps formuler votre point de vue sur le programme dont vous entendez saisir l'assemblée départementale à sa session budgétaire.

Chaque année, ultérieurement, le comité de coordination établira sur son activité au cours de l'année précédente, les institutions créées, exploitées et développées, les constatations de la statistique sanitaire du département, un rapport d'ensemble dont les conclusions devront servir de base à l'élaboration des propositions que vous aurez à formuler à l'assemblée départementale.

La concentration des renseignements fournis par l'ensemble des rapports départementaux permettra aux services centraux d'envisager les réformes et améliorations administratives et techniques à apporter aux institutions, ainsi que les mesures à solliciter, s'il y a lieu, au Parlement.

Tous les membres de l'administration préfectorale sont trop pénétrés de l'importance croissante que prennent dans notre pays les mesures de prophylaxie, de protection sanitaire des enfants et des adultes, de renforcement de la natalité en nombre et en quantité, pour ne pas apporter à l'application des présentes instructions, toute la vigilance qu'elles exigent.

Nous comptons sur eux pour une collaboration sans réserve à un effort essentiel de salut national.

SUZANNE LACORE. HENRI SELLIER.

Circulaire relative à l'application de la loi du 4 septembre 1936 sur le colportage des médicaments.

Paris, le 1er octobre 1936.

Le ministre de la santé publique à MM. les préfets.

La loi du 4 septembre 1936 concernant le colportage des médicaments et produits pharmaceutiques, contient la disposition suivante: Il est également interdit aux pharmaciens

Mlle Charpentier, sténo-dactylographe de 4e classe, est promue à la classe immédiatement supérieure, à compter du 1er juillet 1936.

Mme Revault, sténodactylographe de 5e classe, est promue à la classe immédiatement supérieure, à compter du 1er juin 1936.

Par arrêté du 14 septembre 1936:

M. Vivier, chef surveillant de 3e classe, est promu à la classe immédiatement supérieure, à compter du 1er février 1936.

Mme Charpy, gardien de bureau de 2e classe, est promue à la classe immédiatement supérieure, à compter du 1er février 1936.

M. Dif, gardien de bureau de 2e classe, est promu à la classe immédiatement supérieure, à compter du 16 janvier 1936.

M. Josse, gardien de bureau de 3e classe, est promu à la classe immédiatement supérieure, à compter du 16 octobre 1935.

M. Lagarde, gardien de bureau de 4e classe, est promu à la classe immédiatement supérieure, à compter du 16 août 1936.

M. Varnier, ouvrier professionnel de 5e classe (1re catégorie), est promu à la classe immédiatement supérieure, à compter du 1er novembre 1935.

M. Gustin, ouvrier professionnel de 5e classe (2e catégorie), est promu à la classe immédiatement supérieure, à compter du 1er novembre 1935.

Par arrêté du 15 septembre 1936:

M. Dessalles, commis principal de 2e classe, est promu à la 1re classe, à compter du 1er octobre 1935.

Mme Clerbault, dame sténo-dactylographe de 5e classe, est promue à la 4e classe, à compter du 16 mars 1936.

Mlle Breton, gardien de bureau de 3e classe, est promue à la 2e classe, à compter du 1er novembre 1935.

Par arrêté du 15 septembre 1936, Mlle Catherine, commis de 5e classe à la commisssion centrale d'assistance, est promue à la 4e classe, à compter du 1er octobre 1935.

Par arrêté en date du 15 septembre 1936, Mme Mondon, auxiliaire temporaire, est nommée lingère-économe de 7e classe, à compter du 1er septembre 1936.

Conseil supérieur des sports.

Le sous-secrétaire d'Etat à l'organisation des loisirs et des sports,

Vu le décret du 4 juin 1936;
Vu le décret du 20 juillet 1936;
Vu le décret du 1er août 1936,

Arrête:

Article unique. — Sont nommés membres du conseil supérieur des sports:

Mme J.-H. Domon.
M. Gaston Vrolixs.

Fait à Paris, le 30 septembre 1936.

LÉO LAGRANGE.

Circulaire concernant la coordination des services et institutions d'hygiène et d'assistance sociales.

Rectificatif au *Journal officiel* du 3 octobre 1936, page 10448, 1re colonne, ministère de la santé publique, au lieu de: « Circulaire relative à la coordination des efforts menés par les œuvres publiques et privées en vue d'assurer la défense sanitaire de la nation », lire: « 2e circulaire concernant la coordination des services et institutions d'hygiène et d'assistance sociales ».

MINISTÈRE DES TRAVAUX PUBLICS

Ouverture de crédits.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 24 septembre 1936.

Monsieur le Président,

La loi du 18 août 1936 a autorisé le Gouvernement à prendre, avant le 31 décembre 1936, les mesures nécessaires en vue d'engager des dépenses s'élevant à un montant maximum de 4 milliards de francs.

Sur le crédit d'engagement, nous vous proposons d'appliquer une somme totale de 71 millions de francs aux objets ci-après:

Construction de lignes électriques d'interconnexion, 20 millions de francs.

Construction de dépôts de pétrole, 50 millions de francs.

Construction d'usines d'hydrogénation (études et achats de terrain), 1 million de francs.

Ces constructions sont susceptibles d'offrir du travail à de nombreuses industries atteintes par le chômage; elles répondent ainsi au but que la loi du 18 août 1936 a assigné aux grands travaux. Elles sont, d'autre part, commandées à la fois par des considérations économiques importantes et par d'impérieuses nécessités de défense nationale.

Sur les dépenses ainsi engagées, une partie seulement pourra être exécutée et payée avant le 31 décembre 1936. C'est ainsi, par exemple, que l'exécution des marchés afférents aux lignes d'interconnexion envisagées pourra à peine être commencée au mois de décembre. Par contre, la construction de dépôts de pétrole pourra être activement poussée dès le mois de novembre, les études et les achats de terrain en vue de la construction d'usines d'hydrogénation de lignite, de charbon et de résidus de pétrole pourront absorber l'intégralité du crédit prévu dans le délai envisagé.

C'est pourquoi nous avons l'honneur de proposer à votre signature le projet de décret suivant.

Le président du conseil,
LÉON BLUM.
Le ministre de l'économie nationale,
CHARLES SPINASSE.
Le ministre des travaux publics,
ALBERT BEDOUCE.
Le ministre des finances,
VINCENT AURIOL.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du président du conseil et des ministres de l'économie nationale, des finances et des travaux publics,

Vu la loi du 18 août 1936 relative à l'exécution d'un plan de travaux destiné à combattre et à prévenir le chômage;

Vu les articles 38 et 39 de la loi de finances du 31 décembre 1935 portant fixation du budget général de l'exercice 1936;

Vu le décret du 1er septembre 1936,

Décrète:

Art. 1er. — Le ministre des travaux publics est autorisé à engager, avant le 31 décembre 1936, au titre de la loi du 18 août 1936, et en addition aux dépenses prévues dans le décret du 1er septembre 1936, des dépenses s'élevant à la somme de 71 millions de francs, applicables aux objets ci-après:

Constructions de lignes électriques d'interconnexion	20.000.000
Construction de dépôts de pétrole	50.000.000
Construction d'usine d'hydrogénation (études et achats de terrain)	1.000.000
Total	71.000.000

Art. 2. — Il est ouvert au ministre des travaux publics, au titre de la première section du fonds d'armement, d'outillage et d'avances sur travaux, pour l'exercice 1936, en addition aux crédits alloués par la loi de finances du 31 décembre 1935 et par le décret du 1er septembre 1936, des crédits s'élevant à la somme totale de 17 millions de francs et répartis conformément à l'état ci-après:

CHAPITRES	SERVICES	MONTANT des crédits.
		francs.
K. 12	Construction de lignes électriques d'interconnexion	3.000.000
K. 13	Construction de dépôts de pétrole	13.000.000
K. 14	Construction d'usines d'hydrogénation (études et travaux)	1.000.000
	Total	17.000.000

Ces crédits s'imputeront sur les autorisations d'engagement accordées par l'article 1er du présent décret.

Art. 3. — Le présent décret sera soumis à la ratification du Parlement dans les conditions prévues par l'article 8 de la loi du 18 août 1936.

Art. 4. — Le président du conseil et les ministres de l'économie nationale, des travaux publics et des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 3 octobre 1936.

ALBERT LEBRUN.

Par le Président de la République:
Le président du conseil,
LÉON BLUM.
Le ministre de l'économie nationale,
CHARLES SPINASSE.
Le ministre des travaux publics,
ALBERT BEDOUCE.
Le ministre des finances,
VINCENT AURIOL.

Art. 3. — Le présent arrêté sera déposé au ministère de la santé publique, pour être notifié à qui de droit. Il sera publié au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 4 novembre 1936.

Le ministre de la santé publique,
HENRI SELLIER.

Le ministre des finances,
VINCENT AURIOL.

Tarif national pharmaceutique pour l'assistance médicale gratuite.

Rectificatif au *Journal officiel* du 6 novembre 1936: page 11569, 1re colonne, 15e ligne, au lieu de: « Acide phosphorique officinal, 50 gr., 2 fr. 30 », lire: « Acide phosphorique officinal, 100 gr., 2 fr. 30 ».

Page 11571, 2e colonne, 51e ligne, au lieu de: « Psyllium, semences, 100 gr., 13 fr. », lire: « Psyllium, semences, 1.000 gr., 13 fr. ».

Observation. — Les indemnités de toxiques n'ont pas été reproduites, mais elles s'appliquent toujours aux produits inscrits aux tableaux A, B et C.

Inspection de l'assistance publique.

Par arrêté en date du 23 novembre 1936, M. Courcou, sous-inspecteur de l'assistance publique de la Haute-Vienne, est chargé, par intérim, des fonctions d'inspecteur de l'Indre, en remplacement de M. Maillard, en congé de maladie.

Circulaire concernant la coordination des services et institutions d'hygiène et d'assistance sociales (troisième circulaire).

Paris, le 24 novembre 1936.

Le ministre de la santé publique et la sous-secrétaire d'Etat à la protection de l'enfance à MM. les préfets.

Un certain nombre de préfets nous ont fait part des difficultés que comportait dans leur département l'application des circulaires antérieures relatives à la coordination des institutions publiques et privées d'hygiène et d'assistance sociales.

Malgré les précisions apportées dans la circulaire du 26 septembre 1936, il semble qu'une certaine confusion ait persisté en ce qui concerne la distinction très nette à établir, d'une part, entre « l'Union départementale des institutions privées de protection de la santé publique et d'assistance sociale » et « le Comité départemental de coordination sanitaire et sociale », d'autre part, en ce qui concerne le rôle dévolu aux organismes d'action et la mission du « Comité de coordination » qui doit rester exclusive de toute participation directe à la protection sanitaire et à la prophylaxie.

C'est la raison pour laquelle il nous semble indispensable d'apporter à cet égard de nouvelles précisions.

L'Union départementale des institutions privées a pour objet d'instituer entre les différentes associations qui, dans les limites d'un département, participent à la protection sanitaire et sociale, un lien matériel et moral permettant entre elles un échange de vues et les habilitant à exercer dans une certaine mesure un contrôle permanent sur les œuvres pseudo-philanthropiques, dont la malfaisance a été maintes fois dénoncée.

L'Union départementale des institutions privées ne possède aucune attribution officielle que son rôle de surveillance vis-à-vis des exploiteurs de la philanthropie. Elle a par ailleurs pour mission de formuler à l'administration préfectorale des propositions dont il appartient à celle-ci de tenir le compte qu'elle juge utile, dans toutes les questions qui intéressent dans leur ensemble l'action des organismes privés.

Etant données les controverses qui ont surgi dans certains départements sur le mode de constitution et l'importance à attribuer à l'intervention de l'Union départementale des institutions privées, j'ai cru devoir établir pour ces organisations des statuts types dont vous trouverez ci-joint le modèle.

Il va sans dire que ces statuts ne constituent pas une formule *ne varietur* et que vous aurez à les adapter à la situation locale.

J'ajoute qu'un règlement intérieur élaboré par l'Union elle-même pourra compléter, sur certains points, l'insuffisance d'un document réglementaire qui a obligatoirement un caractère très général.

Le Comité de coordination, au contraire de l'Union des institutions privées, constitue un organisme pourvu d'attributions réglementaires et forme un véritable conseil administratif obligatoirement consulté dans toutes les questions qui concernent l'organisation de la protection sanitaire et particulièrement l'attribution des subventions.

L'importance et la permanence de son rôle ont d'ailleurs amené à considérer qu'il devait déléguer la partie essentielle de sa mission à une « section permanente » dont la composition a été précisée par notre circulaire du 26 septembre 1936.

Dans certains départements, des difficultés ont été soulevées à propos de la représentation des œuvres privées au sein du comité de coordination. Divers préfets ont signalé que des groupements à tendance confessionnelle constituant la majorité au sein des unions d'œuvres, prétendaient obtenir la totalité de la représentation des institutions privées au sein dudit comité.

Je rappelle à cet égard qu'aucune considération d'origine politique ou confessionnelle ne saurait influencer le choix des préfets en ce qui concerne la désignation des représentants des œuvres privées au sein du comité de coordination. Seules des préoccupations d'ordre technique touchant à la perfection d'organisation des œuvres intéressées et à leur action effective sur la protection de la santé publique, peuvent utilement entrer en ligne de compte.

Ce point de vue exige que partout où les circonstances le permettront, la représentation des œuvres privées ne soit pas attribuée *in globo* à l'ensemble des institutions de protection sanitaire, mais divisée en autant de compartiments que peut le comporter la spécialisation des institutions en cause dans leur champ d'action.

Cette notion est d'autant plus désirable que l'objet du comité de coordination est d'harmoniser l'ensemble des efforts publics et privés, et qu'il ne pourra aboutir à ce résultat que si les représentants des différentes spécialités en présence siègent dans son sein.

Vous devez tenir évidemment le plus grand compte des propositions qui vous seront faites à cet égard par les unions départementales des institutions privées, à qui vous aurez préalablement notifié cette méthode de désignation. Mais si les suggestions qui vous ont été formulées vous paraissent ne satisfaire que d'une façon insuffisante aux principes ci-dessus exposés, vous avez toute latitude pour les corriger dans la mesure où les circonstances vous sembleront l'exiger.

Nous nous permettons d'insister à nouveau très vivement auprès de vous sur l'intérêt que nous attachons à être exactement au courant des conditions dans lesquelles l'application de la présente circulaire et de celles qui l'ont précédée se poursuit dans votre département.

Nous déplorons que certains préfets n'aient pas semblé y attacher une importance suffisante et nous nous verrions dans l'obligation de signaler au ministre de l'intérieur les défaillances qui apparaîtraient si nos instructions restaient méconnues.

SUZANNE LACORE. HENRI SELLIER.

Statuts-types des unions des institutions privées de protection de la santé publique et d'assistance sociale du département de .....

STATUTS

TITRE Ier

OBJET — DÉNOMINATION — SIÈGE — DURÉE

Art. 1er. — Il est formé entre toutes les institutions, associations ou œuvres remplissant les conditions ci-après, et adhérant aux présents statuts, une union régie par la loi du 1er juillet 1901 et par lesdits statuts.

L'union a pour dénomination « Union des institutions privées de protection de la santé publique et d'assistance sociale du département de ..... ».

Art. 2. — Le siège de l'union est fixé à .....

Les locaux où est établi ce siège sont choisis par décision du conseil d'administration.

La durée de l'union est illimitée.

Art. 3. — Cette union a pour objet de procéder, en accord avec la réglementation en vigueur concernant la coordination sanitaire et sociale dans le cadre départemental, et en tenant compte du rôle attribué aux associations privées par cette réglementation:

1° Au recensement et à l'affiliation de toutes les organisations privées susceptibles de faire partie de l'union telle qu'elle est dénommée à l'article 1er;

2° D'étudier et de mettre en application les moyens propres à assurer l'adaptation de ces organisations aux décisions prises par le comité départemental de coordination sanitaire et sociale institué en conformité des décisions du ministre de la santé publique;

3° D'établir entre les organisations affiliées à l'union des liens permanents tant en ce qui concerne leurs rapports avec les pouvoirs publics qu'en vue de la simplification et de l'amélioration de leur fonctionnement propre.

Art. 4. — L'union exclut toute question politique ou confessionnelle dans ses études et ses délibérations.

Elle n'admet et ne maintient parmi ses membres que les organisations ayant pour objet réel et principal la protection de la santé publique et l'assistance sociale.

Art. 5. — Les moyens d'action de l'union sont:

a) La création de sections groupant suivant leurs spécialités respectives les organisations adhérentes;

b) La création de sections groupant ces organisations dans chaque circonscription territoriale (par exemple, canton ou commune, arrondissement ou quartier);

c) La création de commissions d'études;

d) La centralisation de toute la documentation susceptible d'intéresser les organisations adhérentes;

e) L'organisation de manifestations de nature à faciliter le développement de l'union (conférences, congrès, tracts, brochures, bulletins d'informations, etc.).

A l'occasion de la mise en œuvre de ces moyens d'action, l'union pourra faire appel à des conseillers techniques choisis en raison de leur compétence spéciale.

TITRE II

COMPOSITION DE L'UNION — COTISATIONS

Art. 6. — Peuvent seules faire partie de l'union les organisations définies à l'article 4 ci-dessus, légalement constituées et ayant leur siège dans le département de .....

Pour être admises dans l'union, les organisations postulantes devront adresser au président de l'union:

1° Une demande écrite accompagnée de toutes pièces justifiant de leur situation légale;

2° Une déclaration certifiant qu'elles fonctionnent, en fait, en conformité du paragraphe 2 de l'article 4 ci-dessus.

Ces pièces seront soumises au conseil d'administration de l'union, qui pourra exiger toute documentation complémentaire.

Le conseil statuera sur l'admission ou le rejet de la demande. En cas de rejet, la décision est motivée et notifiée à l'association intéressée qui peut faire appel devant l'assemblée générale.

Toute organisation admise à adhérer à l'union conservera son autonomie et sa complète indépendance.

Art. 7. — Les organisations adhérentes fixent elles-mêmes le montant de leur cotisation. Toutefois, la cotisation minima est fixée à 10 fr. Le maximum de la cotisation est fixé à 1.000 fr.

La cotisation annuelle est due, pour l'année entière, par tout membre admis au cours d'une année.

Art. 8. — Perdent la qualité de membre de l'union :

1° Les organisations qui donnent leur démission par lettre adressée au président du conseil d'administration;

2° Celles dont le conseil d'administration a prononcé la radiation, soit à défaut de payement d'une cotisation six mois après son échéance, soit pour infraction aux présents statuts ou pour motifs graves. Les représentants de l'organisation intéressée doivent avoir été invités, au moins quinze jours à l'avance, à fournir leurs explications. En cas de radiation, l'organisation exclue peut faire appel devant l'assemblée générale de la décision prise contre elle;

3° Les organisations qui viennent à être dissoutes ou à transférer leur siège social en dehors du département de .....

TITRE III

ADMINISTRATION

Art. 9. — L'union est administrée par un conseil d'administration composé de trente membres élus au scrutin secret pour trois ans par l'assemblée générale, choisis parmi les membres des organisations adhérentes et régulièrement habilités par celles-ci pour les représenter dans le sein du conseil d'administration.

Pour être valablement désignés, les membres proposés par les organisations adhérentes doivent être de nationalité française et jouir de leurs droits civils.

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

Le conseil est renouvelé par tiers chaque année; la répartition des membres en trois séries, en vue de ce renouvellement, ayant lieu par voie de tirage au sort.

En cas de cessation de fonctions d'un membre du conseil par décès, démission ou autre cause, il est procédé à son remplacement par la plus prochaine assemblée générale. Le ou les administrateurs ainsi nommés demeurent en fonctions pendant le temps qui restait à courir jusqu'à l'expiration du mandat de leur prédécesseur.

Art. 10. — Le conseil élit son bureau composé de :

1° Six vice-présidents, appelés à tour de rôle à exercer chacun durant une année les fonctions de président;

2° Un secrétaire général, un secrétaire général adjoint, un trésorier et un trésorier adjoint choisis pour trois ans et dont les pouvoirs sont renouvelables.

Art. 11. — Le conseil se réunit au moins une fois tous les deux mois, sur convocation de son président ou de cinq de ses membres, et plus fréquemment si l'intérêt de l'union l'exige.

La présence de dix au moins des membres du conseil d'administration est nécessaire pour la validité des délibérations. Celles-ci, pour être valables, doivent être prises à la majorité des membres présents.

Les délibérations sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés du président ou de l'un des vice-présidents et du secrétaire général ou du secrétaire général adjoint.

En cas de cessation des fonctions de l'un des membres du bureau, il est pourvu à son remplacement par le conseil

Art. 12. — L'union est représentée en justice et dans tous les actes de la vie civile par le président ou, à défaut, par l'un des vice-présidents à ce spécialement délégué.

Le président ordonnance toutes les dépenses et représente l'union vis-à-vis des pouvoirs publics.

Il peut déléguer à l'un des membres du conseil tout ou partie de ses pouvoirs.

TITRE IV

ASSEMBLÉES

Art. 13. — L'assemblée générale se compose des représentants de toutes les organisations adhérentes.

Toute organisation peut se faire représenter à l'assemblée générale par deux délégués mandatés régulièrement à cet effet.

Les organisations qui n'auraient aucun délégué présent à l'assemblée, pourront s'y faire représenter par le délégué d'une autre organisation adhérente, muni d'un pouvoir régulier, sans cependant que ce délégué puisse représenter plus de deux organisations autres que celle qu'il représente.

L'assemblée générale se réunit au moins une fois par an, et chaque fois qu'elle est convoquée par le conseil d'administration, à la demande d'un dixième de ses membres ou de son bureau.

Son ordre du jour est réglé par le conseil d'administration.

Son bureau est celui du conseil.

Elle entend les rapports sur la gestion du conseil d'administration, sur la situation financière et morale de l'Union.

Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant, délibère sur les questions mises à l'ordre du jour et pourvoit au renouvellement des membres du conseil d'administration.

Le rapport annuel et les comptes sont adressés chaque année à tous les membres de l'Union.

TITRE V

EXERCICE FINANCIER. — RESSOURCES DE L'UNION

Art. 14. — L'exercice financier commence le 1er janvier et finit le 31 décembre de chaque année. Par exception, le premier exercice financier comprendra le temps à courir de la constitution de l'Union au 31 décembre 1937.

Art. 15. — Les ressources annuelles de l'Union se composent :

1° Des cotisations versées par les organisations adhérentes;

2° Des subventions qui pourront lui être accordées;

3° Des intérêts et revenus des biens et valeurs qu'elle possède.

TITRE VI

MODIFICATION DES STATUTS ET DISSOLUTION

Art. 16. — Les statuts ne peuvent être modifiés que sur la proposition du conseil d'administration ou du dixième des membres dont se compose l'assemblée générale, soumise au bureau au moins un mois avant la séance.

L'assemblée doit se composer du quart au moins des membres en exercice. Si cette porportion n'est pas atteinte, l'assemblée est convoquée de nouveau mais à quinze jours au moins d'intervalle, et cette fois elle peut valablement délibérer, quel que soit le nombre des membres présents.

Dans tous les cas, les statuts ne peuvent être modifiés qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

Art. 17. — L'assemblée générale appelée à se prononcer éventuellement sur la dissolution de l'Union et convoquée spécialement à cet effet, doit comprendre au moins la moitié plus un des membres en exercice.

Si cette proportion n'est pas atteinte, l'assemblée est convoquée de nouveau mais à quinze jours au moins d'intervalle, et cette fois elle peut valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Dans tous les cas, la dissolution ne peut être votée qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

Art. 18. — En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'assemblée générale délibérant ainsi qu'il est dit sous l'article 17, désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Union.

Cette assemblée détermine souverainement les conditions de l'emploi qui sera fait de l'actif net, après payement des charges de l'Union et des frais de sa liquidation.

L'actif net de l'Union ne peut faire l'objet d'une répartition entre ses membres.

Art. 19. — Un règlement intérieur fixera les conditions et les détails d'application des présents statuts.

Circulaire relative à la constitution des dossiers de demandes de subvention de premier établissement.

Paris, le 24 novembre 1936.

Le ministre de la santé publique à MM. les préfets.

A de trop fréquentes reprises il a été observé que les installations d'équipement sanitaire subventionnées par l'Etat restaient inutilisées ou insuffisamment utilisées, en raison de cette circonstance que les organismes ou les collectivités qui en avaient eu l'initiative s'étaient insuffisamment renseignés sur les besoins que l'organisation nouvelle était appelée à satisfaire, ou manquaient des ressources de nature à permettre d'en réaliser l'exploitation rationnelle.

Il m'est apparu qu'il y avait là un véritable gaspillage des deniers publics, et que, étant donnée la limitation extrême des crédits mis à ma disposition, il importait d'en assurer l'utilisation dans des conditions de rendement optimum.

Je vous prie de vouloir bien dorénavant ne me transmettre de dossiers comportant une demande de subvention de premier établissement qu'en y joignant un rapport détaillé contresigné par l'inspecteur départemental d'hygiène, en attendant que l'organisation du comité de coordination des services et institutions d'hygiène et d'assistance sociales lui permette d'intervenir utilement. Ce rapport indiquera les éléments statistiques les plus détaillés sur les besoins locaux, l'existence d'autres organismes, leur activité.

A ces indications devra être joint un devis comportant les recettes et dépenses éventuelles de l'exploitation, y compris les charges d'intérêt et d'amortissement du capital, et les ressources garanties aux organismes exploitants pour faire face au déficit éventuel.

HENRI SELLIER.

MINISTÈRE DES TRAVAUX PUBLICS

Concessions minières.

Par arrêté en date du 23 novembre 1936, a été acceptée la renonciation de la Compagnie des mines de Bert et Montcombroux à la concession de mines de houille de Montcombroux (Allier).

Par arrêté en date du 23 novembre 1936, a été acceptée la renonciation de la Compagnie des mines de Bert et Montcombroux à la concession de mines de houille de Bert (Allier).

de Lorraine, tant qu'ils travailleront dans le même établissement ou dans un établissement qui était rattaché précédemment à une caisse minière d'Alsace et de Lorraine.

Dans ce cas, l'exploitant de l'établissement est tenu de verser la cotisation patronale prévue par les statuts de la caisse de retraites des ouvriers mineurs d'Alsace et de Lorraine.

Art. 3. — Les ouvriers qui n'auront pas usé de la faculté prévue à l'article 1er auront le choix entre:

1° Le remboursement, sans intérêts, des cotisations qu'ils ont versées, tant à leur caisse minière qu'à l'union des caisses minières d'Alsace et de Lorraine;

2° Le versement à la caisse nationale des retraites pour la vieillesse (section générale) d'un capital égal aux cotisations ouvrières et patronales avec intérêts, en vue de la constitution d'une rente différée à l'âge prévu par les statuts de la caisse à laquelle ils appartenaient.

Ces remboursements ou versements seront effectués par les soins de la caisse de retraites des ouvriers mineurs d'Alsace et de Lorraine.

Art. 4. — Les employés, assurés volontaires des anciennes caisses minières à la date du 31 décembre 1935 et qui, dans le délai de trois mois après la publication du présent décret, n'auront pas usé de la faculté prévue aux statuts de la caisse de retraites des ouvriers mineurs d'Alsace et de Lorraine de demeurer assurés facultatifs à ladite caisse, pourront opter entre les deux modalités prévues à l'article précédent.

Art. 5. — Le président du conseil, le ministre du travail, le ministre des travaux publics et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 21 novembre 1936.

ALBERT LEBRUN.

Par le Président de la République:

Le président du conseil,
LÉON BLUM.

Le ministre du travail,
JEAN LEBAS.

Le ministre des travaux publics,
ALBERT BEDOUCE.

Le ministre des finances,
VINCENT AURIOL.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Circulaire concernant la coordination des services et institutions d'hygiène et d'assistance sociales (troisième circulaire).

Rectificatif au *Journal officiel* du 25 novembre 1936: page 12224, 1re colonne, 38e ligne, au lieu de: « Paris, le 24 novembre 1936 », lire: « Paris, le 26 novembre 1936 ».

Circulaire relative à l'application des lois sociales aux pupilles de l'assistance publique.

Rectificatif au *Journal officiel* du 22 novembre 1936: page 12129, 1re colonne, 8e ligne, au lieu de: « l'application de la législature », lire: « l'application de la législation ».

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE ET DE LA GUERRE

Légion d'honneur.

Le Président de la République française,

Vu la loi du 16 août 1920;

Vu la loi du 26 décembre 1923;

Vu le décret du 1er août 1936;

Sur le rapport du ministre de la défense nationale et de la guerre,

Décrète:

Art. 1er. — La date de prise de rang dans le grade de chevalier de la Légion d'honneur de M. Tatin (Félicien), ancien soldat au 57e rég. d'infanterie, fixée au 3 octobre 1935, par le décret du 1er août 1936, est reportée au 7 novembre 1929.

Art. 2. — Le ministre de la défense nationale et de la guerre et le grand chancelier de la Légion d'honneur sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 31 octobre 1936.

ALBERT LEBRUN.

Par le Président de la République:

Le ministre de la défense nationale et de la guerre,
ÉDOUARD DALADIER.

Vu pour exécution:

Le grand chancelier de la Légion d'honneur,
Gl NOLLET.

ETAT-MAJOR GENERAL DE L'ARMEE

Par application des dispositions de l'article 1er de la loi du 8 juillet 1920:

M. le général de brigade Herment, commandant le groupe de subdivisions de Clermont-Ferrand, a été placé, à compter du 28 novembre 1936, dans la 2e section (réserve) du cadre de l'état-major général de l'armée.

INFANTERIE

HONORARIAT

Réserve.

Par décision en date du 24 novembre 1936, et en application de l'article 23 de la loi du 8 janvier 1925, et de l'instruction n° 6919 1/11 du 14 août 1925, les officiers de réserve désignés ci-après sont admis à l'honorariat, à compter du jour de leur radiation des cadres:

Avec le grade de capitaine de réserve honoraire.

M. Rabion (Camille-Urbain).

Avec le grade de lieutenant de réserve honoraire.

M. Fabre (Camille).

TRAIN

Réserve.

Par décret du 22 novembre 1936, sont nommés dans le train, au grade de sous-lieutenant de réserve, les anciens élèves de l'école centrale des arts et manufactures visée à l'article 31 de la loi du 31 mars 1928 dont les noms suivent:

(Rang du 19 octobre 1936.)

M. Le Bouar (Guy-Marie).

(Rang du 20 octobre 1936.)

MM. Brondel (Robert-Edouard-Alfred).
Derreumaux (Robert-Fernand-Marie-Joseph).
Gianinazzi (Robert-Nicolas).
Guillaume (René-Numa-Albert).
Outin (Guy-Julien-Alphonse-Marie-Joseph).
Tougne (Jean-Adrien-Pierre).

Par décision ministérielle du même jour, ces officiers sont affectés à l'école militaire et d'application de la cavalerie et du train (division du train).

Par décision ministérielle du 22 novembre 1936, l'ancien élève de l'école centrale des arts et manufactures désigné ci-après est nommé au grade d'aspirant de réserve, en exécution des dispositions du décret du 29 mai 1936 pour l'application de l'article 2 de la loi du 17 mars 1936 et reçoit l'affectation suivante:

A l'école militaire et d'application de la cavalerie et du train (division du train).

(Rang du 20 octobre 1936.)

M. Juppin (Charles-Jean-Rémy).

SERVICE DE SANTE

SOUS-OFFICIERS DES SECTIONS D'INFIRMIERS MILITAIRES

Armée active.

Par décision en date du 27 novembre 1936, les sous-officiers des sections d'infirmiers militaires dont les noms suivent sont promus au grade de sergent-chef, pour compter du 1er décembre 1936, et sont maintenus dans leur affectation actuelle, savoir:

Les sergents:

2e tour (choix). Pacull (François-Michel), 19e section d'infirmiers militaires.

3e tour (choix). Boussert (Jean-Charles), infirmier breveté, 32e section d'infirmiers militaires.

TROUPES METROPOLITAINES ET TROUPES COLONIALES

PERMUTATION

Armée active.

Par décret du 25 novembre 1936, M. le lieutenant d'artillerie métropolitaine Hollard (M.-P.), du 46e rég. d'artillerie (lieutenant du 1er octobre 1933), a été autorisé à permuter avec M. le lieutenant d'artillerie coloniale Cruau (A.-L.-E.), du 11e rég. d'artillerie coloniale (lieutenant du 1er octobre 1933).

Ces deux officiers prendront rang, dans leur nouvelle arme respective, dans le grade de lieutenant, à la date du 1er octobre 1933.

M. le lieutenant Hollard prendra rang, sur la liste d'ancienneté des officiers de son grade de l'artillerie coloniale, avec le n° 168, entre MM. Simi et Murgier; il sera affecté au 11e rég. d'artillerie coloniale, à Lorient.

M. le lieutenant Cruau prendra, dans la liste d'ancienneté des lieutenants d'artillerie, le n° 448 et se placera entre MM. Grand (M.-J.-A.) et Agostini (P.-E.-M.); il sera affecté au 46e rég. d'artillerie, à Thionville.