



**DOSSIERS DE LA DREES**

**Méthodologie**

**n° 51 • mars 2020**

# Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées

Mélina Ramos-Gorand (Chercheuse associée, Université de Lorraine,  
Université de Strasbourg, CNRS, BETA, 54000, Nancy, France)



# **Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées**

Mélina Ramos-Gorand (Chercheuse associée, Université de Lorraine,  
Université de Strasbourg, CNRS, BETA, 54000, Nancy, France)

**Retrouvez toutes nos publications sur : [drees.solidarites-sante.gouv.fr](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr)**

---

**Retrouvez toutes nos données sur : [data.drees.sante.gouv.fr](https://data.drees.sante.gouv.fr)**

## Sommaire

■ PRÉAMBULE.....	6
■ INTRODUCTION.....	7
■ MESURER LES BESOINS ET L'ACTIVITÉ : ÉLÉMENTS MÉTHODOLOGIQUES .....	14
Approcher les besoins par la reconnaissance administrative de la dépendance .....	14
L'offre en aides à domicile et auxiliaires de vie sociale (AVS).....	15
235 millions d'heures d'accompagnement en 2011 .....	16
2,80 milliards d'euros de financements publics.....	21
L'offre en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) .....	22
26 millions d'heures d'accompagnement en 2011 .....	23
780 millions d'euros de financements publics .....	24
L'offre en infirmiers libéraux .....	26
115 millions d'heures d'accompagnement en 2011 .....	26
2,29 milliards d'euros de financements publics.....	26
L'offre en EHPAD .....	27
332 millions d'heures d'accompagnement en 2011 .....	28
6,6 milliards de financements publics.....	30
Bilan national.....	35
■ QUELLE GÉOGRAPHIE DE L'ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL DE LA DÉPENDANCE ? .....	39
Temps passé par les professionnels auprès des personnes.....	39
Ensemble des professionnels.....	39
L'adéquation entre l'activité réalisée et les besoins recensés, selon le type de professionnels .....	41
Les aides à domicile et auxiliaires de vie sociale : une géographie différente du recours aux services à la personne.....	43
Infirmiers libéraux et SSIAD : la spécificité du littoral méditerranéen est confirmée.....	45
EHPAD : une répartition presque homogène entre les territoires.....	46
Une substitution entre professionnels confirmée : un accompagnement qualitativement différencié selon les départements .....	47
Les disparités géographiques se réduisent en considérant l'offre dans sa globalité.....	47
Des systèmes spatialement différenciés d'accompagnement ? .....	47
Une remise en cause de l'équité territoriale ? .....	48
Une inégalité d'accompagnement en fonction du lieu où réside la personne ?.....	49
Des conseils départementaux inégalement financeurs .....	51
La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pilote le dispositif financier visant à rétablir l'équité territoriale.....	52
Coût de l'accompagnement de la dépendance : solidarité nationale ou solidarités locales ?.....	53
Quelles différences entre territoires sont créées par la décentralisation ? .....	54
■ CONCLUSION .....	57
■ BIBLIOGRAPHIE.....	58
Annexe 1 Bilan des sources.....	60

# SYNTHÈSE

---

Ce document propose de quantifier, à l'échelle départementale, l'activité des aides à domicile, infirmiers libéraux et aides-soignants des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ainsi que des professionnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ce document croise plusieurs sources afin d'estimer, à la fois en temps passé auprès des personnes et en termes de financements publics, la part des différents acteurs de l'accompagnement, répondant ainsi à un besoin de connaissance transversale. Ce Dossier de la DREES vise à documenter deux problématiques : celle de l'adéquation de l'offre aux besoins, et celle de l'équité de l'accompagnement sur les territoires.

On estime à environ 708 millions les heures passées par des professionnels directement auprès de personnes âgées en 2011, dans le cadre de l'accompagnement de leur dépendance : ils interviendraient en moyenne 50 heures par mois, soit 11 heures par semaine, rapportées aux 1,2 million de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). La moitié de ces heures est réalisée en EHPAD. 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 (SSIAD). Le financement public afférent à l'accompagnement médico-social des personnes âgées dépendantes, à domicile et en établissement, pris 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 sur le champ retenu<sup>1</sup>.

Les acteurs professionnels sont présents de manière différenciée sur le territoire. Un pays hétérogène comme la France implique des besoins spatialement variés, l'objet des politiques publiques étant de proposer une offre adaptée. L'étude met en évidence l'existence de systèmes spatialement différenciés d'accompagnement, héritage historique. La plupart des départements présentent une réponse quantitativement comparable au regard des besoins tels qu'ils sont ici mesurés, la répartition de l'activité des professionnels serait donc globalement équilibrée dans les territoires. Il n'en existe pas moins d'importantes inégalités. Celles-ci sont d'abord quantitatives : 37 à 95 % des besoins départementaux recensés sont couverts. Elles sont également qualitatives : par exemple, les soins d'hygiène, lorsqu'ils sont effectués par des aides à domicile et non par des infirmiers, impliquent une technicité variable de l'intervention, une lourdeur administrative, des restes à charge supérieurs et un temps d'accompagnement moindre. La disponibilité ou non des professionnels de santé à proximité crée donc des disparités entre personnes aux besoins similaires. En conséquence de ces substitutions, la part du financement assuré par la sécurité sociale et celle assurée par les conseils départementaux varient localement : c'est aussi un enjeu économique et politique. L'étude montre que, davantage que la décentralisation, c'est la régulation ou non de la localisation de l'offre par les pouvoirs publics qui est déterminante dans l'équité d'accès à celle-ci.

Cette étude fait suite à un travail de doctorat de géographie, soutenu en 2015, intégralement financé par la DREES.

---

<sup>1</sup> Le champ considéré nous conduit à écarter nombre de postes de la prise en charge publique inclus dans le *Compte de la dépendance* (Renoux et al, 2014) : la prise en charge publique de la perte d'autonomie y est estimée à 21,1 milliards d'euros en 2011. Elle est évaluée à 23,5 milliards en 2014 (Roussel, 2017).

## ■ PRÉAMBULE

Cette publication synthétise une recherche doctorale en géographie, intégralement financée par la DREES, et conduite entre 2010 et 2015.

L'étude globale de l'offre professionnelle à destination des personnes âgées dépendantes a été mobilisée, notamment par le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge. Ceci nous conduit à proposer une version réécrite et plus courte de ces travaux, afin d'en diffuser la méthodologie et les limites sans contraindre à la lecture du mémoire de doctorat.

Les travaux sont conduits relativement à l'année 2011, et n'ont, jusqu'à ce jour, pas fait l'objet d'une actualisation. Cependant, quelques limites méthodologiques soulignées par le jury de thèse ont été prises en compte dans cette nouvelle rédaction, ce qui explique des différences mineures avec le mémoire.

Des transformations ont marqué le secteur étudié depuis 2011, du fait notamment de la mise en application de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de sa population. Par ailleurs, certaines enquêtes mobilisées dans le cadre de ce travail, mais pas toutes, ont été reconduites depuis. Cependant, les principaux résultats obtenus donnent à voir des tendances et des écarts structurels entre territoires, qui sont encore d'actualité.

Un travail d'actualisation de ces résultats devrait être réalisé en 2021, prenant notamment en compte les exploitations des enquêtes EHPA 2019, VQS 2014 et Care 2015-2016.

Cette recherche doctorale a fait l'objet de plusieurs publications dans des collections de la DREES :

- Mélina Ramos-Gorand, 2013, « Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux », *Dossier Solidarité Santé* n°36, DREES, janvier ;
- Mélina Ramos-Gorand et Sabrina Volant, 2014, « Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2011 », *Études et Résultats*, n°891, DREES, Septembre ;
- Mélina Ramos-Gorand, 2016, « Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain - Entre contraintes et expression du choix des personnes âgées », *Les Dossiers de la DREES*, n°10, DREES, décembre.

## ■ INTRODUCTION

Le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus devrait doubler dans les cinquante prochaines années (Blainpain et Buisson, 2016). Les situations de dépendance concerneront probablement un nombre croissant de personnes (Lecroart *et al.*, 2013). Au-delà d'une réalité démographique, dans un contexte de contraintes financières, c'est un sujet politique et citoyen, puisqu'il est admis en France une responsabilité des pouvoirs publics dans l'accompagnement de ces personnes.

Souvent associée et parfois assimilée au vieillissement des personnes, la dépendance au grand âge est entendue comme le développement d'incapacités et d'états polyopathologiques 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 ?

Cette étude vise à documenter deux problématiques majeures du champ : celle de l'adéquation de l'offre locale aux besoins et celle de l'équité de l'accompagnement sur les territoires. L'étude se restreint à la France métropolitaine, hors Corse.

D'abord, les choix méthodologiques sont présentés : sources retenues, méthodes d'estimation pour chacun des sous-champs du nombre d'heures passées auprès des personnes âgées et des financements publics afférents. Les hypothèses sont explicitées, cette première partie détaille également les travaux de corroboration statistique conduits. Dans une seconde partie, les résultats sont présentés par lieux de vie, par acteurs et financeurs, et déclinés par département. La lecture de la première partie, si elle est utile pour comprendre les enjeux de la recherche, n'est pas indispensable à la compréhension des résultats exposés par la suite.

### Le champ de l'étude

#### Une restriction à l'aide apportée par des professionnels aux personnes âgées dépendantes

Le champ se restreint à l'aide apportée aux personnes âgées dépendantes. Sont considérées comme dépendantes les personnes qui sont éligibles, à ce titre, à une aide solvabilisée par les pouvoirs publics, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) (encadré 1).

Le besoin d'aide, pour une personne dépendante, peut consister en un appareillage ou des aménagements lui permettant une meilleure autonomie ou, et c'est le plus fréquent, 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). Ainsi, fin 2011, les plans d'aide des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie, qui s'adresse aux personnes âgées en situation de dépendance, prévoient quasi-systématiquement le recours à de l'aide humaine (Couvert, 2017).

Le document se focalise sur l'accompagnement **professionnel** de la dépendance. D'abord, parce que les aidants « proches »<sup>2</sup> s'inscrivent dans un cadre et dans des logiques différentes de l'offre professionnelle. Ensuite, parce que, par l'autorisation d'ouverture de structures et services, par la formation des professionnels, par la solvabilisation de l'aide, les pouvoirs publics disposent de marges de manœuvre plus importantes concernant l'activité professionnelle. La mesure de l'activité des aidants est de surcroît très problématique.

---

<sup>2</sup> Famille, amis, voisins...

## Encadré 1 • L'APA et les mesures de la dépendance

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une prestation de droit, universelle. Prestation en nature, elle vise 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, il est modulé selon les ressources du ménage.

La grille Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources, ou grille AGGIR « *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). 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. En fonction des modalités choisies, six GIR sont distingués par ordre inverse de gravité. La grille n'identifie pas combien la dépendance est liée aux pathologies rencontrées, à la fragilité économique et sociale, ou à l'environnement. Face à des pratiques d'évaluation parfois différentes entre les territoires, la CNSA a construit en 2016, en collaboration avec plusieurs conseils départementaux, un référentiel d'évaluation multidimensionnelle.

La grille AGGIR pourrait insuffisamment prendre en compte les maladies neuro-dégénératives, 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* ».

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 réglementaire pour l'évaluation par les équipes pluridisciplinaires des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), qui attribuent la prestation de compensation du handicap (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.

Enfin, les indicateurs de Katz et Colvez ont récemment été expertisés (Brunel et Carrere, 2017). Nettement plus restrictifs, ils sont confrontés aux définitions du GIR, les auteurs montraient notamment que seules 15 % des personnes dépendantes au sens de l'une des trois mesures le sont au titre des trois.

### Une restriction aux professionnels médico-sociaux et soignants

Le cœur de notre champ correspond aux établissements et services sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées tels qu'ils sont définis dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF). Il s'agit de structures qui « *accueillent des personnes âgées ou 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). Plus précisément, ce sont :

- des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), dont les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qui représentent 80 % des places fin 2015, comme quatre ans auparavant (Muller, 2017b) ;
- des établissements d'hébergement temporaire et d'accueil de jour ;
- des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), en mode prestataire ou mandataire, et, par extension, des aides à domicile en emploi direct<sup>3</sup> ;
- des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), combinant SSIAD et SAAD.

Les infirmiers libéraux interviennent auprès des personnes âgées pour apporter une aide similaire aux SSIAD, parfois proche de l'aide apportée par des aides à domicile. En effet, les soins personnels aux personnes âgées,

<sup>3</sup> Les auxiliaires de vie sociale sont, dans la suite du texte, assimilées aux aides à domicile.



comprenant la toilette, l'habillage et les repas, sont réalisés pour plus de moitié par des infirmiers ou aides-soignants, 40 % par des aides à domicile<sup>4</sup> (enquête HSM, Insee-DREES, 2008). Théoriquement, l'aide apportée n'est pas similaire. 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)<sup>5</sup>. Les titulaires du brevet d'études professionnelles (BEP) Carrières sanitaires et sociales 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 être assurée soit par un infirmier libéral, soit, sous contrôle de l'infirmier coordinateur, par un aide-soignant d'un SSIAD. Cependant, des substitutions et glissements des tâches sont constatés par les pouvoirs publics, par exemple par le Conseil économique, social et environnemental du Rhône (2011). Ainsi, « 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). C'est pourquoi les **infirmiers libéraux sont inclus dans le champ** de l'étude, dans le cadre des **soins d'hygiène** qu'ils réalisent<sup>6</sup>.

Les aides à domicile, auxiliaires de vie sociale, aides-soignants, infirmiers et professionnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) proposent, du fait de leur complémentarité, un accompagnement global et gradué aux personnes âgées dépendantes. C'est en tout cas ce qui est attendu du système de prise en charge. Afin de rendre compte de l'offre dans sa globalité, sont ainsi inclus dans le présent document tous les acteurs ou structures qui interviennent directement et régulièrement auprès des personnes âgées dépendantes, 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.

### Lieux de vie : considérer le domicile et les établissements d'hébergement pour personnes âgées

Plus la dépendance des personnes âgées augmente, plus leur taux d'institutionnalisation est important. Mais à niveau de dépendance similaire, mesurée par le GIR, certains sont à domicile et d'autres en établissement (tableau 1). En effet, si l'entrée en établissement est guidée par la dépendance ou 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 » peuvent également influencer (Weber, 2011).

**Tableau 1 • 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	18 000	122 680	152 220	404 860	697 760
Nombre en établissement	107 020	194 240	85 780	108 300	495 340
Nombre total	125 020	316 920	238 000	513 160	1 193 100
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 en 2011, 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.

**Source** > DREES (bénéficiaires de l'aide sociale départementale, EHPA 2011).

Le fait que certaines personnes soient en établissement et d'autres à domicile à un niveau similaire de dépendance pourrait être une expression du libre-choix des personnes de leur lieu de vie, principe affirmé dans la loi, ou un marqueur de l'offre disponible sur les territoires. Une évaluation systémique de l'offre conduit ainsi à inclure

<sup>4</sup> Le calcul porte sur les professionnels (plusieurs pouvant intervenir et effectuer des tâches similaires auprès d'une personne). 7 % de ces actes seraient réalisés par d'autres intervenants, notamment paramédicaux (ergothérapeute, kinésithérapeute etc.).

<sup>5</sup> Cette précision va au-delà de la législation ou de la réglementation. En outre aujourd'hui le référentiel métier du nouveau diplôme d'AES ne fait plus cette précision. Enfin, ce n'est pas la prescription qui définit si un acte est un geste de soin ou non, mais son contenu. La prescription permet par contre le remboursement ou non de l'acte. Ce point est notamment abordé en 2018 par le sociologue C. Desjeux dans *Le « soin » pensé au nom des personnes handicapées : quels enjeux éthiques et de pouvoir ?*

<sup>6</sup> Les infirmiers libéraux ou salariés ainsi que les aides-soignants salariés des SSIAD sont dans la suite du texte rassemblés sous le terme générique « infirmiers ».

deux lieux de vie. L'étude est restreinte aux établissements médico-sociaux (principalement les EHPAD), excluant en particulier les services de soins de suite et de réadaptation ou les unités de soins de longue durée non EHPAD (*encadré 2*).

### **Encadré 2 • SSR et USLD non EHPAD exclus de l'étude, logements-foyers assimilés au domicile**

Parfois considérés comme proches des EHPAD, les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) ne sont pas des lieux de vie, mais des lieux d'hospitalisation, dans l'attente d'un retour à domicile, d'une orientation vers un EHPAD ou un autre service hospitalier, par exemple de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). D'ailleurs, la durée moyenne de séjour pour les patients âgés est inférieure à 40 jours et les personnes âgées de 70 ans ou plus représentent la moitié des séjours en 2011 (Coquelet, 2015). Les unités de soins de longue durée (USLD) non EHPAD, qui représentent 5 % des places, sont également exclues de l'analyse.

Les logements-foyers ont été transformés en résidences autonomie par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de sa population de décembre 2015. En 2011, ces 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 (GIR) 6, 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. Les résidents des logements-foyers et petites unités de vie non EHPAD sont solvabilisés par l'APA à domicile. C'est pourquoi ces structures sont ici assimilées au domicile, y compris lorsqu'elles disposent de crédits d'assurance maladie.

### **Deux mesures communes : le nombre d'heures auprès des personnes et les financements publics afférents**

La multiplicité des acteurs et des structures impose le recours à diverses bases de données, administratives ou issues d'enquêtes, élaborées par plusieurs organismes : DREES, Insee, Assurance maladie et caisses de retraite complémentaire. Les sources mobilisées, annuelles ou quadriennales, sont dans leur grande majorité disponibles pour l'année 2011. Une présentation succincte de chacune des sources figure à l'*annexe 1*.

Pour la première fois, les résultats sont ventilés par département.

Les bases de données présentées remplissent des objectifs différents, sur des champs hétérogènes. Le choix **d'unités de mesure communes est un enjeu méthodologique majeur** face à la dispersion des données. Il permet de rendre comparables des offres de nature différente.

### **Nombre d'heures passées auprès des personnes âgées dépendantes**

Le nombre d'heures passées auprès des personnes est un indicateur immédiatement interprétable. Par ailleurs, il permet d'éviter les doubles comptes et d'agrèger facilement les offres ou les niveaux géographiques, ce qui serait plus difficile avec un nombre d'intervenants, par exemple.

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 et conduit à faire certaines hypothèses. 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. Cette difficulté est contournée par la mobilisation d'autres enquêtes. 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. 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. **Or, ces temps sont non négligeables.** Surtout, ils sont indispensables à la production de l'aide et **caractéristiques des différents modes de production.** Exclure ces éléments pourrait donner une vision tronquée de la quantité de ressources consommées.

C'est pourquoi ce premier indicateur est complété par un second, celui des financements publics afférents.

## Financements publics

Une étude du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie avait proposé, afin de visualiser l'articulation entre les différents segments de l'offre de soins à destination des personnes âgées d'utiliser : « *l'euro d'assurance maladie dépensé. [Cet indicateur] 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)* » (HCAAM, 2010).

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'un auxiliaire de vie. Les modalités de prise en charge par l'Assurance maladie et les 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.**

Cet indicateur, de prime abord mieux renseigné que les données relatives au nombre d'heures, permet en outre d'évaluer la part assumée par les différents acteurs publics dans le financement de l'accompagnement médico-social des personnes âgées dépendantes, et ce, au niveau local, ce qui est novateur.

Le rapport Charpin sur les perspectives démographiques et financières de la dépendance (2011) offre un ordre de grandeur national, en évaluant à 24 milliards d'euros les financements publics d'accompagnement de la dépendance, reposant pour l'essentiel sur l'Assurance maladie et les conseils départementaux (*tableau 2*). Sont inclus, dans les comptes relatifs aux personnes âgées dépendantes, les financements dédiés à la prévention et à l'hébergement en GIR 5 et 6.

Par ailleurs, le périmètre 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*<sup>7</sup> »<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> 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 2 • Financement public des soins, de la dépendance et de l'hébergement des personnes dépendantes en 2010**

GIR			En M€	En points PIB
GIR 1 à 4	Santé	<b>ONDAM* médico-social et unités de soins de longue durée (USLD)</b>	<b>8 710</b>	<b>0,45</b>
		Soins de ville et hôpital	5 000	0,26
	Dépendance	<b>APA</b>	<b>5 300</b>	<b>0,27</b>
		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
	<b>Total GIR 1 à 4</b>			<b>21 710</b>
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
<b>Total GIR 5 et 6</b>			<b>1540</b>	<b>0,08</b>
Autre	Dépendance et Hébergement	Aides fiscales (taux réduit de TVA, etc.) et financements CNSA	580	0,03
<b>Total GIR 1 à 6</b>			<b>23 830</b>	<b>1,22</b>
<i>Dont santé</i>			14 010	0,72
<i>Dont dépendance</i>			7 450	0,38
<i>Dont hébergement</i>			1 790	0,09
<i>Dont autres</i>			580	0,03

\* 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 financements retenus dans l'étude sont grisés.

**Champ** > France entière.

**Source** > Rapport Charpin, 2011, p. 31. Ce tableau s'appuie sur les calculs du groupe « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées ».

Ce champ est donc plus large que celui retenu dans ce dossier, qui exclut :

- les soins de ville et hôpital, relevant du sanitaire et non du médico-social ;
- les financements afférents aux personnes évaluées en GIR 5 et 6, celles-ci n'étant pas dépendantes au sens de la loi (6 % de l'ensemble) ;
- les aides au logement, attribuées dans un cadre de lutte contre la pauvreté ;
- les 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, qui plus est au niveau local (16 % des financements pour les GIR 1 à 4).

## Des données départementales, mais quel territoire de référence ?

Le domicile de secours est une notion définie dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF). Il permet de désigner la collectivité qui est débitrice des prestations légales d'aide sociale. Le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois dans un département.

À domicile, le département du domicile de secours est considéré comme le département du lieu de vie de la personne. 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 étant sans effet sur celui-ci (CASF, article L122-2). Le département du domicile de secours n'est donc pas toujours celui de l'établissement, puisqu'une personne sur sept a changé de département lors de son entrée en EHPAD (Ramos-Gorand, 2013).

Alors qu'il n'y a pas d'ambiguïté à domicile, une alternative existe pour les résidents en EHPAD concernant le département considéré comme référence pour l'analyse. Il est possible de se fonder sur le département de l'établissement, ou sur les départements des domiciles de secours des personnes. Le sens de la mesure en est transformé.

Dans le premier cas, les résultats montrent l'offre disponible sur chaque circonscription territoriale, comme si leurs limites respectives étaient infranchissables. Cette option est intéressante si est recherchée 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 le second cas, la problématique est celle de l'accompagnement des personnes d'un département, qu'elles aient ou non quitté celui-ci. Les résultats sont présentés en seconde partie selon les deux approches (*encadré 3*).

En termes financiers, les conseils départementaux financent l'APA en établissement 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. Le versement de dotations globales, directement aux établissements, pourrait conduire à moins différencier les personnes selon leur domicile de secours. De ce fait, les financements au titre de l'APA en établissement seront retenus selon ce qui est observé, c'est-à-dire les montants réellement versés par les départements. Les financements de l'assurance maladie seront ventilés selon les domiciles de secours des personnes.

### Encadré 3 • Les pondérations en établissements

Pour que les données soient localement utilisables, des pondérations sont calculées afin de garantir une représentativité par département de l'enquête EHPA, conduite par la DREES relativement à 2011 : plus le nombre de répondants est faible dans un département, plus les poids attribués aux EHPAD répondants sont importants.

Les résultats sont représentatifs par département, par catégorie d'établissement, par statut juridique, en fonction des capacités autorisées des structures et des effectifs présents au 31 décembre 2011. Après pondération départementale, les 322 000 résidents renseignés sont représentatifs de 570 000 personnes. Nous disposons, pour eux, du département d'implantation de l'établissement et de leur domicile de secours, permettant de ventiler les heures passées par les professionnels et les financements publics selon les deux approches.

## ■ MESURER LES BESOINS ET L'ACTIVITÉ : ÉLÉMENTS MÉTHODOLOGIQUES

Aucune source unique de données ne permet à ce jour d'obtenir une mesure globale de l'activité des professionnels de l'accompagnement de la dépendance des personnes âgées, qui plus est à l'échelle locale. Il en découle qu'aucune étude quantitative et exhaustive sur le territoire national n'a pour l'instant intégré l'ensemble de ces acteurs. Pour chacun d'eux, est détaillée dans cette première partie la méthodologie utilisée pour chiffrer l'activité et les financements publics correspondant. Auparavant, nous proposons une mesure des besoins.

### Approcher les besoins par la reconnaissance administrative de la dépendance

---

Afin d'éclairer la problématique d'équité territoriale, l'activité mesurée devra être mise en regard des besoins. Aucune enquête épidémiologique de grande ampleur ne permet cependant d'évaluer précisément les besoins au niveau départemental. Si utiliser une limite d'âge est l'approche la plus simple, les inégalités sociales de santé, qui ont une importante traduction spatiale, conduisent à privilégier une évaluation plus fine, permettant de tenir compte d'un niveau de dépendance.

Cependant, le besoin est subjectif et relatif puisqu'il se transforme sous l'influence de divers facteurs, au premier rang desquels figure le temps. Par ailleurs, 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. Cette estimation est délicate, puisqu'elle nécessite un travail normatif. Dans le cadre de cette étude, nous utilisons 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 au sens de la loi, ouvrant droit à la perception de certaines allocations. Le GIR peut être transformé en un nombre de points, déterminés légalement (CASF, annexe 3.6). Les points peuvent être sommés, reflétant un niveau de besoin sur un territoire.

Un GIR 1 correspond à 1 000 points, quand un GIR 4 équivaut à 420 points. Les points-GIR précédemment obtenus peuvent donc être « convertis » en heures d'aide humaine théoriquement nécessaires pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie : 1 000 points GIR correspondent à un emploi à plein temps<sup>9</sup>. Conformément au temps de travail légal, un ETP représente 1 607 heures par an. Ainsi, les 750 millions de points-GIR impliqueraient un besoin d'aide humaine de 1 203 millions d'heures. Sans permettre une mesure optimale des besoins locaux, nous disposons ainsi d'un *proxy* pour évaluer ceux-ci au niveau départemental. Il n'est pas possible de vérifier que l'accompagnement est conforme aux besoins individuels, mais cela permet de déterminer si la **réponse aux besoins est conforme à la manière dont ils sont administrativement reconnus**.

En EHPAD, l'enquête EHPA 2011 (DREES) détaille pour chaque résident son niveau de dépendance, permettant un décompte national 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. 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. 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 concernées. En France métropolitaine, le GMP est de 639 en 2011<sup>10</sup>. 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.

---

<sup>9</sup> Selon les ratios d'encadrement préconisés en EHPAD par le plan Solidarité Grand âge 2007-2012. La norme retenue n'est pas discutée par la suite.

<sup>10</sup> GMP calculé uniquement à partir des bénéficiaires classés en GIR 1 à 4.

Cette mesure présente deux intérêts. D'abord, elle est similaire à domicile et en EHPAD, et permet de disposer d'un indicateur départemental unique des besoins. Ensuite l'évaluation des besoins peut être pondérée par l'ampleur de la dépendance, puisque les GIR reflètent un besoin d'aide. Cette mesure est actuellement la plus fine à l'échelle locale.

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<sup>11</sup>.

Cet indicateur contient cependant deux biais :

D'abord, il existe du **non-recours à l'APA à domicile**. En effet, le nombre de personnes âgées dépendantes et leurs besoins sont moins bien évalués à domicile qu'en EHPAD, car certaines personnes dépendantes ne sollicitent pas cette prestation de droit et ne sont pas incluses dans les fichiers de gestion de celle-ci. Ce non-recours existe à domicile uniquement, et est évalué entre 20 et 28 % (Warin, 2010c ; Renoux, *et al.* 2014). Il pourrait être d'autant plus important que la dépendance est limitée. 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 les données disponibles ne permettent pas actuellement d'estimer dans quelles mesures (Ramos-Gorand, 2016).

Ensuite, la **mesure dépend directement de la grille AGGIR**. Or, certaines situations de dépendance seraient moins reconnues, notamment celles liées à un début de pathologie neuropsychiatrique, alors qu'une dépendance physique serait mieux prise en compte. *In fine*, le besoin mesuré peut être différent du besoin ressenti.

Ainsi, la mesure des besoins retenue est en partie sous-évaluée ou mal-évaluée, en lien avec l'hétérogénéité des besoins des personnes, avec le non-recours à l'APA à domicile et les biais de la grille AGGIR. Elle se lit ainsi : **les besoins administrativement reconnus comme relevant de la dépendance, au sens de la grille AGGIR et en 2011**. Davantage qu'un nombre, cette mesure permet de disposer d'un ordre de grandeur, et est établie principalement à des fins de comparaisons interdépartementales.

## L'offre en aides à domicile et auxiliaires de vie sociale (AVS)

Trois modes permettent de recourir aux professionnels dans le cadre de l'APA à domicile.

En mode prestataire, l'intervenant est salarié de la structure. Celle-ci recrute, encadre, forme les professionnels et prévoit les interventions. Elle peut prendre la forme juridique d'association, de centre communal d'action sociale (CCAS) ou d'entreprise.

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). Ces démarches sont facilitées par la possibilité d'utiliser le chèque emploi service universel (CESU).

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, en 2011, 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.

<sup>11</sup> À domicile, les bénéficiaires de l'APA sont considérés comme habitants du département.

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.

Les rapports sur *les emplois dans les services à domicile aux personnes âgées, approche d'un secteur statistiquement indéfinissable* (Aldeghi et Loones, 2010) et sur *la connaissance statistique des emplois dans les services à la personne* (Conseil national de l'information statistique, 2012) 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 aides à domicile peuvent exercer selon plusieurs statuts : être salariés d'un service prestataire, ou être employés par un particulier, *via* ou non l'intermédiaire d'une structure mandataire.
- Les producteurs de données sont pluriels, avec des objectifs de gestion davantage que de meilleure connaissance de l'activité exercée à domicile, notamment du fait de la pluralité des institutions publiques validant le droit d'exercer aux structures. Ainsi, aucune institution ne possède de fichier administratif exhaustif sur l'activité.

De plus, ce champ ne fait pas l'objet d'une enquête exhaustive relative à l'activité des structures, aux personnes accompagnées et au personnel. La DARES effectue un travail sur les données de la Direction générale des entreprises, relatives aux services à la personne<sup>12</sup>. Les données relatives à 2011 et aux années proches sont cependant partielles, et ne peuvent pas être restreintes au seul champ de l'aide aux personnes âgées.

## 235 millions d'heures d'accompagnement en 2011

### *Une première estimation à partir des DADS*

Le recensement départemental proposé s'appuie d'abord sur des sources administratives compilées par l'Insee : les données des déclarations annuelles de données sociales (DADS)<sup>13</sup>. Il s'agit d'une formalité obligatoire pour toutes les entreprises relevant du régime général de la sécurité sociale ou des collectivités publiques. Les DADS Grand Format incluent 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'aide à domicile et à l'accueil ou l'accompagnement sans hébergement d'adultes handicapés ou de personnes âgées (catégorie 8810B de la nomenclature NAF révision 2 de 2008). Mais le champ retenu reste plus large que le champ souhaité, incluant l'accompagnement des personnes en situation de handicap, mais aussi d'autres professions. Le biais lié au handicap serait mineur, excepté sur le champ des particuliers employeurs<sup>14</sup>. Quant aux professions, nous limitons celles qui sont conservées dans le champ aux :

- aides à domicile, aide-ménagères et travailleuses familiales (catégorie 563B de la nomenclature PCS 2003, niveau 3, en 412 postes) ;
- employés de maison et personnels de ménage chez des particuliers (catégorie 563C de la même nomenclature)<sup>15</sup> ;
- 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, puisqu'elles représentent respectivement 96,0 %, 3,7 % et 0,3 % des professionnels inclus.

D'après les DADS, plus de la moitié des salariés du champ retenu sont employés par des particuliers. Les organismes privés spécialisés et les groupements de droit privé emploient moins du tiers des salariés du secteur.

<sup>12</sup> Les services renseignent sur la base de données nOva les Tableaux statistiques annuels (TSA), qui décrivent leur activité.

<sup>13</sup> Depuis 2017, les déclarations sociales nominatives (DSN) remplacent la majorité des déclarations sociales préalablement effectuées dans le cadre des DADS.

<sup>14</sup> Ce biais est expertisé dans le mémoire de doctorat (Ramos-Gorand, 2015).

<sup>15</sup> Dans la mesure où ces personnes, lorsqu'elles sont employées par des services de la catégorie 8810B, peuvent apporter une aide aux personnes âgées dépendantes.



Les salariés relevant d'organismes publics sont tous rattachés à la fonction publique territoriale. Pour 70 % d'entre eux, ils évoluent au sein d'un centre communal d'action sociale (*tableau 3*).

**Tableau 3** • 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.

**Source** > Insee (DADS 2011).

En complément, les DADS renseignent pour chaque salarié ses conditions d'emploi et son nombre d'heures annuel. Les aides à domicile et employés de maison sont peu nombreux à travailler à temps complet dans une seule structure<sup>16</sup> (Marquier, 2010). En effet, 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 4*). Les salariés de particuliers employeurs sont le plus fréquemment en faible temps partiel, réalisant en moyenne quatre fois moins d'heures qu'un salarié de la fonction publique territoriale.

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 rémunéré. 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 relative aux intervenants à domicile (IAD), conduite en 2008, selon laquelle un temps complet correspond à 26 heures de présence chez les personnes (Barrois et Devetter, 2012). Ce 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 %.

<sup>16</sup> Ils peuvent toutefois être employés par plusieurs structures ou compléter leur activité en gré à gré.

**Tableau 4** • Répartition des salariés selon leur condition d'emploi, en fonction du domaine d'emploi, et nombre moyen d'heures annuelles par salarié, en 2011

Domaine d'emploi	Conditions d'emploi					Nombre moyen d'heures annuelles par salarié
	Temps complet	Temps partiel	Faible temps partiel	Autre	Ensemble	
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.

**Source** > Insee (DADS 2011).

La base de données SIASP, incluse en partie dans les DADS Grand Format, se focalise sur les fonctions publiques, et offre des variables complémentaires, en particulier les heures travaillées. Le temps effectif de présence auprès des bénéficiaires peut être comparé au temps de travail total. Les heures salariées obtenues sont proches, corroborant le chiffre. Les heures travaillées précédemment estimées à 75 % des heures salariées, sont en-deçà d'environ 20 %. Cette variable permet une estimation plus fine des heures auprès des personnes. 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 (Jeauneau et Lonnes, 2012), ou à des temps de formation et d'échanges de pratiques plus importants et rémunérés.

### L'apport des données de l'IRCEM

Sur le champ des particuliers employeurs, le biais lié au secteur d'activité pourrait être important, notamment parce que c'est sous cette forme que sont pris en compte les aidants familiaux, très présents dans le champ du handicap. Afin de corriger ce sous-champ, les sources administratives de l'Institut de retraite complémentaire des employés de maison (Ircem), groupe institutionnel de protection sociale à gestion paritaire, sont mobilisées. Cet organisme fournit 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 71 millions d'heures. Pour comparaison, les DADS Grand Format conduisait à estimer cette activité à 128 millions d'heures en 2011, soit un peu moins du double.

Ainsi, un peu moins d'un quart du total des bénéficiaires de l'APA à domicile aurait recours à de l'emploi direct<sup>17</sup>, ce qui est cohérent avec les monographies locales réalisées dans le cadre du même travail de doctorat : 17 % des bénéficiaires de l'APA à domicile 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 (Ramos-Gorand, 2015). Les chiffres de l'Ircem n'incluent pas les congés annuels (10 %) : les données sont directement utilisables. Ces données, plus précises, sont utilisées, pour les particuliers employeurs, à la place des DADS Grand Format. Ainsi, s'ils représentent un nombre de travailleurs important, les salariés de particuliers employeurs ont une activité relativement faible au regard de leurs effectifs, en lien avec le fait que les trois quarts des plans comportant de l'aide humaine prévoient le recours exclusif à des services prestataires (Couvert, 2017).

La combinaison des sources conduit à estimer à 291 millions les heures salariées en 2011 en France métropolitaine hors Corse<sup>18</sup>(tableau 5). 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

<sup>17</sup> Enquête auprès des bénéficiaires de l'APA, réalisée par la DREES.

<sup>18</sup> Les travaux de recherche dont est issue cette étude nécessitaient une continuité territoriale, c'est pourquoi la Corse en était exclue.

salariées pour les autres domaines d'emploi. Ainsi, **234 millions d'heures** d'aide au domicile des personnes âgées dépendantes seraient assurées en 2011 par des aides à domicile et auxiliaires de vie sociale.

**Tableau 5** • 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
<b>Total</b>	<b>DADS, SIASP et IRCEM</b>	<b>290 988 869</b>	<b>234 259 582</b>

**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 à domicile.

**Sources** > Insee (DADS 2011), Ircem (2012).

### Quelques corrections mineures, à l'issue de travaux de corroboration statistique

Ces sources administratives, réalisées à des fins gestionnaires, sont mises en regard de sources complémentaires pour en contrôler la qualité : les enquêtes relatives aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, réalisées annuellement par la DREES auprès des conseils départementaux, ainsi que l'enquête « Remontées Individuelles APA », fondée sur les fichiers de gestion de l'APA d'une soixantaine de conseils départementaux en 2011.

L'enquête annuelle relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale renseigne le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile et les montants consacrés à l'allocation. Cette enquête recense, pour 2011, 687 000 bénéficiaires en France métropolitaine hors Corse, correspondant à un budget de 2,804 milliards d'euros<sup>19</sup>. Les 234 millions d'heures, rapportées aux bénéficiaires, correspondent à une moyenne de 28 heures par mois et par personne, pour un coût horaire pour les départements de près de 12 €.

L'enquête Remontées Individuelles (RI), soutenue par la CNSA et l'Assemblée des départements de France (ADF) est réalisée par la DREES en 2012, et permet d'expertiser au niveau local la qualité des données. Les données de 45 départements, relatives aux bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement au 31 décembre 2011 sont exploitables. Les comparaisons réalisées ci-après portent sur ces 45 départements communs.

Les données administratives 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 attribuées ne seraient cependant pas utilisées (Gucher *et al.*, 2011). Le nombre d'heures effectives obtenu précédemment doit donc être inférieur ou équivalent à celui constaté dans l'enquête RI.

Selon RI, 29,8 heures mensuelles seraient en moyenne attribuées aux bénéficiaires de l'APA, tous GIR confondus. 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 % environ. Si la sous-consommation des plans d'aide était supérieure à 10 %, ce chiffre national serait alors légèrement surévalué.

La comparaison, pour chacun des 45 départements, conduit à effectuer deux redressements mineurs.

Le nombre d'heures mensuel par bénéficiaire obtenu précédemment (DADS, SIASP et Ircem) varie entre 10,5 et 45,7 heures. Selon RI, les conseils départementaux attribuent entre 21 et 45 heures. Or, le non-recours partiel variant entre 10 et 20 %, les heures mensuelles effectives auraient dû varier entre 16,8 et 40,2. Les neuf départe-

<sup>19</sup> 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 234 millions d'heures (tableau 5).

tements en-deçà ou au-delà de ces valeurs, dont six sont présents dans RI, y sont ramenés. 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 6*). Le tarif moyen obtenu, entre 16 et 17 €, est supérieur à celui présenté précédemment à partir des données DADS, SIASP et IRCEM, d'environ 15 €.

Les premier et dernier déciles sont corrigés, c'est-à-dire lorsque les montants moyens à la charge du conseil départemental sont 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 7*).

**Tableau 6 • Tarifs horaires selon le type d'emploi**

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 tarif horaire médian 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 à domicile en 2011, hors mandataire.

**Source** > DREES (Remontées individuelles, 2011).

**Tableau 7 • Conséquence des redressements sur le nombre d'heures national**

Source	Nombre d'heures
DADS, SIAP et IRCEM	234 259 582
Premier redressement, selon RI	233 120 717
Second redressement, selon les coûts horaires	234 790 367

**Lecture** > Le premier redressement diminue à 233 millions le nombre d'heures.

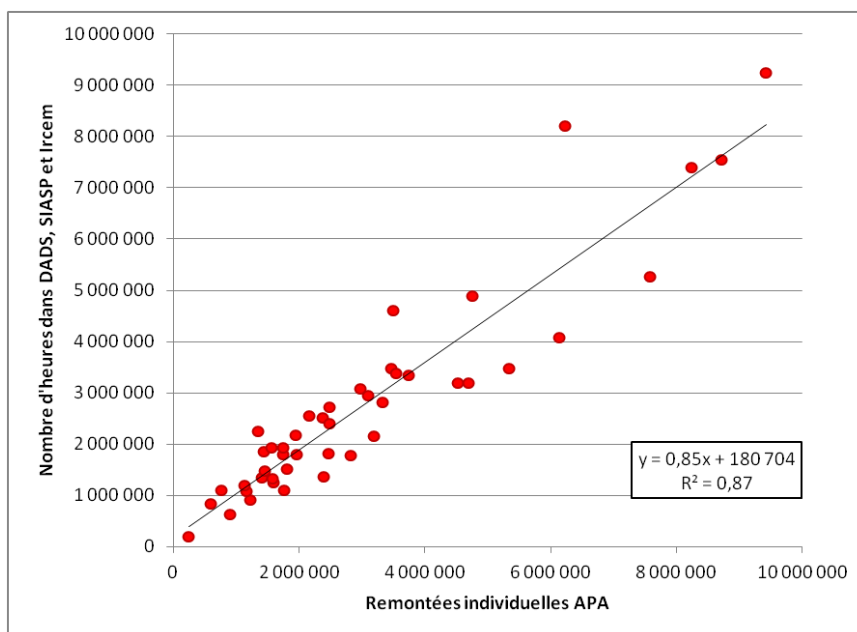
**Champ** > France métropolitaine hors Corse, en 2011.

**Sources** > DREES (Remontées individuelles, 2011), Insee (DADS 2011), Ircem (2012).

La corrélation départementale entre les heures RI et le nombre d'heures précédemment calculé est de 87 % (*graphique 1*). 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. Les données redressées sont également mises en regard des montants bruts d'APA à domicile. La corrélation de 91 % atteste de leur qualité (*graphique 2*). Ainsi, nous retenons, après les deux redressements, une activité au niveau national de **235 millions d'heures**.

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 subventionné 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. En conséquence, et à l'inverse, 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 de se déplacer pour moins de deux heures (Ramos-Gorand, 2015). 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 les temps de transport dans les espaces ruraux et urbains est à relativiser : la difficulté à se garer en ville et la circulation rendent les déplacements de courte distance parfois longs.

**Graphique 1 • Heures effectives auprès des personnes et heures notifiées dans les plans d'aide APA à domicile, en 2011**

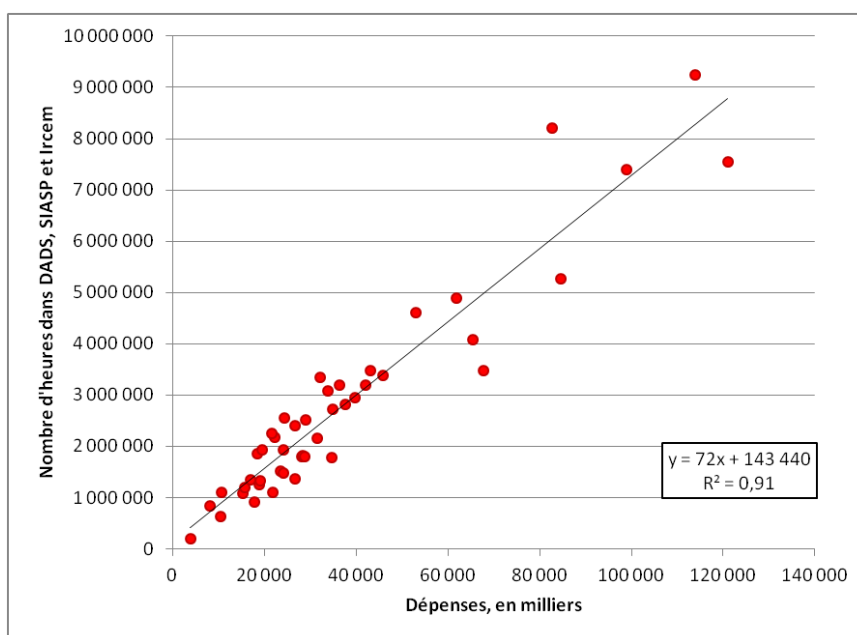


**Lecture** > Chaque point représente un département, positionné sur le graphique en fonction du nombre d'heures notifiées de l'APA selon l'enquête RI, et des données d'activité effective obtenues par les sources Insee et Ircem.

**Champ** > France métropolitaine hors Corse, en 2011.

**Sources** > DREES (Remontées individuelles, 2011), Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Ircem (2012).

**Graphique 2 • Corrélation entre le nombre d'heures effectives auprès des personnes et les financements au titre de l'APA à domicile des conseils départementaux, en 2011**



**Lecture** > Chaque point représente un département, positionné sur le graphique en fonction du montant de l'APA à domicile 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 (Remontées individuelles, 2011), Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Ircem (2012).

**2,80 milliards d'euros de financements publics**

Les caisses de retraite participent à l'accompagnement à domicile. La Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), qui regroupe la plupart des assurés, a ainsi consacré 312 millions d'euros en 2011 à l'aide au maintien à domicile (Cnav, 2012). Les financements au titre de l'aide-ménagère, aide sociale en nature financée par des

conseils départementaux, seraient inférieurs de 20 % à 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 à domicile : le financement public de l'aide à domicile pour les personnes âgées est assuré à 90 % par cette dernière, unique prestation à solvabiliser celles-ci 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 à domicile, c'est-à-dire préalablement 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 recensés en 2011 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 par les conseils départementaux pour l'aide humaine. La part de l'aide humaine est supposée homogène sur le territoire.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, votée le 28 décembre 2015, réforme l'allocation personnalisée d'autonomie, en prévoyant notamment le relèvement des plafonds légaux, c'est-à-dire des montants maximaux pouvant donner lieu à un financement par l'APA. Cette réforme concerne en premier lieu les bénéficiaires dont le plan d'aide était au plafond et dont la consommation d'aide dépassait le volume notifié dans leur plan. Analysant les données de facturation d'un SAAD, Fontaine et Gramain avancent que cette catégorie de bénéficiaires concernerait un client sur cinq. Ils montrent surtout que « *l'enjeu principal du relèvement des plafonds réside probablement dans ses effets indirects, c'est-à-dire dans les modifications de comportement induites par cette nouvelle norme légale* » (Fontaine et Gramain, 2017). Ainsi, l'analyse de l'activité des aides à domicile, en termes de nombre d'heures auprès des personnes et de financements pourrait utilement être reconduite après mise en place de cette réforme.

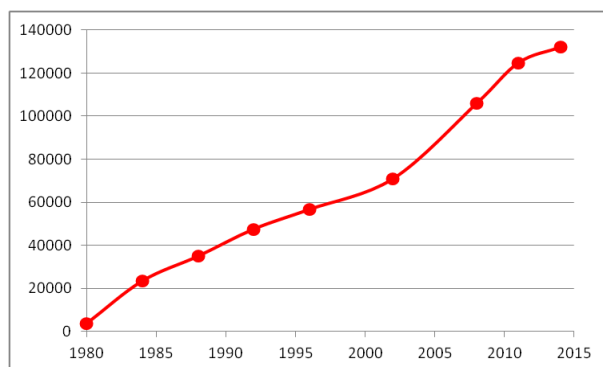
## **L'offre en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)**

---

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). Jusqu'à la fin des années 2000, leur création était validée par le comité régional d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS). 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 depuis 2010 (JORF, 2009). Les places autorisées en SSIAD progressent continuellement depuis les années 1980 (*graphique 3*).

### Graphique 3 • 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.

**Source** > DREES (*Comptes nationaux de la santé*).

### 26 millions d'heures d'accompagnement en 2011

L'enquête SSIAD de 2008, conduite par la DREES en 2009, renseigne sur leur activité, leur patientèle et leurs salariés. La répartition du personnel soignant selon la fonction exercée et le taux d'encadrement sont notamment renseignés (*tableau 8*). 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 8 • Personnel salarié et taux d'encadrement, au 31 décembre 2008**

Fonction exercée	Personnel salarié		Équivalent temps plein (ETP)		Encadrement en ETP pour 100 places installées
<b>Personnel administratif</b>	<b>6 320</b>	<b>18,7 %</b>	<b>4 060</b>	<b>16,7 %</b>	<b>3,8</b>
<b>Personnel soignant, dont</b>	<b>27 413</b>	<b>81,3 %</b>	<b>20 243</b>	<b>83,3 %</b>	<b>19,1</b>
- 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
<b>Total</b>	<b>33 733</b>	<b>100,0 %</b>	<b>24 303</b>	<b>100,0 %</b>	<b>22,9</b>

**Lecture** > Le personnel administratif représente 16,7 % des effectifs salariés en ETP.

**Champ** > France entière, en 2008.

**Source** > 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.

Afin de tenir compte de l'augmentation du nombre de structures entre 2008 et 2011, les données de l'enquête sont complétées par une extraction du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) de la DREES, qui recense l'ensemble des structures ouvertes fin 2011. Le répertoire fournit, pour chaque SSIAD, outre la commune d'implantation, la répartition des places entre personnes âgées et personnes en situation de handicap (*tableau 9*). La localisation de la structure est communale. La déclinaison départementale des résultats est donc aisée, conduisant cependant à faire l'hypothèse qu'un SSIAD donné exerce sur le territoire départemental où il est implanté uniquement.

Excluant les places réservées aux personnes en situation de handicap, 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 par place installée est supposé stable depuis cette date : 22 000 ETP de professionnels soignants accompagneraient ainsi la dépendance des personnes âgées en 2011 (*tableau 10*). 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.

**Tableau 9 • 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.

**Source** > DREES (enquête SSIAD 2008, base Finess historisée du 31 décembre 2011).

**Tableau 10 • 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.

**Source** > DREES (enquête SSIAD 2008, base Finess historisée du 31 décembre 2011).

L'enquête dite SSIAD Tarification (DREES – DGCS – CNSA), conduite en 2012, contient quelques informations utiles relatives aux temps de transport, qui doivent, comme pour les aides à domicile, être exclus. L'enquête 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. Les temps de transport sont supposés homogènes quel que soit le département.

L'activité effective des SSIAD auprès de personnes âgées dépendantes est évaluée à **25,8 millions d'heures au cours de l'année 2011**<sup>20</sup>.

## 780 millions d'euros de financements publics

Les SSIAD disposent d'une dotation globale, versée par les organismes de Sécurité sociale, à hauteur de 1,5 milliard d'euros en 2011.

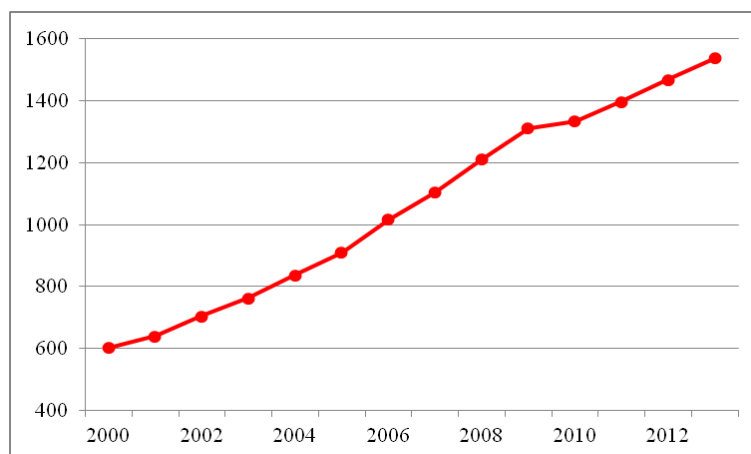
L'enquête SSIAD Tarification renseigne la répartition par SSIAD et permet donc de calculer par département l'enveloppe budgétaire. La dotation globale de fonctionnement permet de déduire un financement par place. Pour 10,7 % d'établissements, la donnée est manquante ou aberrante, elle est redressée par imputation aléatoire, selon la région d'implantation, le statut juridique et la période d'ouverture du SSIAD. La région est mobilisée puisque l'Agence régionale de santé est autorité de tarification. Le statut juridique est 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.

Les dotations globales de fonctionnement en 2012 sur le champ des SSIAD ouverts en 2011 s'élevaient à 1,475 milliard d'euros. Les *Comptes nationaux de la santé*, comptes satellites des comptes nationaux publiés annuellement par la DREES, affichent cependant pour 2011 un budget de 1,398 milliard (*graphique 4*). Ce décalage pourrait être lié à l'augmentation annuelle des budgets des structures, qui explique, avec les nouvelles créations, l'augmentation des crédits d'assurance maladie consacrées aux SSIAD depuis 2 000. Un coefficient de redressement de 0,948 est uniformément appliqué, afin de pallier la différence entre les budgets relatifs à 2011 et à 2012 (*schéma 1*).

<sup>20</sup> Les DOM sont à présent exclus du chiffrage.



**Graphique 4** • Financements d'assurance maladie pour les SSIAD, en millions d'euros, en France, entre 2000 et 2013

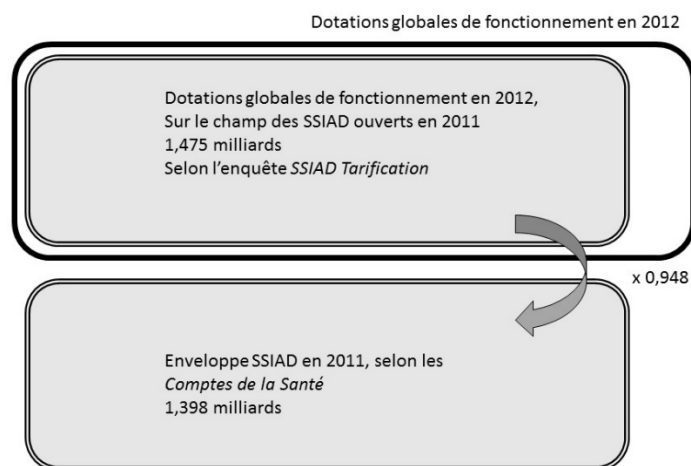


**Lecture** > Les points représentent les financements, en millions d'euros, pour une année donnée. Près de 1 400 millions ont ainsi été consacrés aux SSIAD en 2011.

**Champ** > France entière.

**Source** > DREES (*Comptes nationaux de la santé*).

**Schéma 1** • Application du coefficient de redressement aux SSIAD



**Lecture** > Il faut multiplier les dotations globales obtenues pour 2012 sur le champ des EHPAD ouverts en 2011 par 0,948 pour obtenir le chiffre présenté dans les *Comptes de la santé* en 2011.

**Champ** > France entière.

**Sources** > DREES (*Comptes nationaux de la santé*) ; DREES-DGCS-CNSA (enquête SSIAD Tarification).

L'enquête SSIAD Tarification renseigne de plus les dotations dédiées à l'accompagnement des personnes en situation de handicap, pour chaque SSIAD. Étant donné le faible nombre de places, les dotations dédiées à ce public représentent une faible part des dotations globales de fonctionnement, d'environ 8 %. Le budget dédié aux personnes âgées est de 1,279 milliard en 2011 après exclusion des budgets personnes handicapées et application du coefficient de redressement. Nous considérons qu'il n'existe pas de subventions croisées entre les différents types de places autorisées.

Il s'agit à présent, comme sur le champ de l'aide à domicile, de restreindre le champ à l'aide humaine hors personnel médical et administratif. 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.

En définitive, les financements consacrés aux SSIAD s'élèveraient en 2011, à **780 millions d'euros** sur le champ ciblé.

## L'offre en infirmiers libéraux

L'étude se restreint aux actes infirmiers de soins (AIS), c'est-à-dire aux soins d'hygiène ou de nursing<sup>21</sup>. 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 ont une cotation de 3, et la « séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention » une cotation de 4, 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 », a une cotation de 3,1. En 2011, les actes infirmiers de soins, après cotation, correspondent à 54 % de l'activité des infirmiers libéraux. Cette part de l'activité a peu évolué : en 2014, les AIS correspondaient à 53 % de l'activité des infirmiers libéraux.

L'Assurance maladie publie, annuellement, des données départementales relatives au nombre d'actes réalisés par les infirmiers libéraux, et au nombre de coefficients. Les données diffusées sont issues d'une source administrative, le Système national d'information inter-régime de l'Assurance maladie (SNIIR-AM), mais ne concernent que le régime général.

## 115 millions d'heures d'accompagnement en 2011

Le temps passé par les professionnels est extrapolé à partir du nombre de 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). L'Inspection générale des finances considère que 23 000 coefficients correspondent à une durée d'activité de 11 heures par jour, 365 jours par an. On fixe donc à présent qu'un coefficient AIS correspond à une intervention de 8 minutes.

Les 665 millions d'actes infirmiers de soins, après application de la cotation correspondent à 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 (tous actes confondus), 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 alors 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.

Afin d'inclure l'ensemble des régimes d'assurance maladie, 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 ainsi évaluée à **115 millions d'heures par an**.

## 2,29 milliards d'euros de financements publics

En 2011, un coefficient d'AIS est rémunéré 2,65 €. D'après le nombre de coefficients, l'Assurance maladie consacre pour les actes infirmiers de soins 1,76 milliard d'euros pour le régime général, et 2,29 milliards, tous régimes, par l'application du même coefficient de 1,30. Ces estimations conduisent à des montants très proches de ceux affichés dans les *Comptes nationaux de la santé* (tableau 11).

<sup>21</sup> Complémentaires aux actes médico-infirmiers (AMI).

**Tableau 11** • 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 nationaux de la santé	1 080
Montant total	Comptes nationaux de la santé	5 829
Montant excluant le transport	Comptes nationaux 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 nationaux de la santé* 2011).

L'utilisation départementale des données conduit à considérer le recours au régime général de l'assurance maladie comme équivalent dans l'ensemble des départements.

## L'offre en EHPAD

Les EHPAD sont le principal mode d'accueil en établissements d'hébergement pour personnes âgées, rassemblant 80 % des places (Volant, 2014a). Ils ont pour caractéristique d'héberger des personnes, en chambre, dans un établissement médicalisé. Depuis la réforme qualitative et tarifaire de 1997, trois types de prestations, solvabilisées par les résidents, le conseil départemental et l'Assurance maladie sont distinguées (CASF, article L313-12). Les services d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement sans lien direct avec la dépendance sont à la charge des personnes accueillies. Les conseils départementaux, via l'APA en établissement, 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 (*tableau 12*).

**Tableau 12** • 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 %

**Champ** > France entière. La totalité de la rémunération des personnels de direction est imputée à la section tarifaire hébergement.

**Source** > Annexe 3-2 du Code de l'action sociale et des familles, ajouté par le décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

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 à nuancer. L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) souligne 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). Par exemple, 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).

Seconde hypothèse, la pertinence de l'affectation des professions dans les sections tarifaires. Bien qu'elle reste la référence, elle paraît aujourd'hui limitée. L'Igas, recommande 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). C'est également le cas du *Rapport de la concertation Grand âge et autonomie*, remis par D. Libault en mars 2019 (Libault, 2019), ou du *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales du Sénat sur le financement de la dépendance* (Bonne et Meunier, 2019).

### 332 millions d'heures d'accompagnement en 2011

Pour chaque salarié de chaque établissement, EHPA 2011 collecte les caractéristiques personnelles comme l'âge, le sexe, la fonction principale exercée et l'équivalent temps-plein (ETP ; Volant, 2014a et 2014b). Le taux d'encadrement, soit le rapport entre le nombre d'ETP et le nombre de places installées, est passé de 54 % à 57 % entre 2011 et 2015 (Muller, 2017b). Ceci est à lier notamment à l'augmentation de la dépendance moyenne des résidents accueillis : le Gir moyen pondéré (GMP) passe ainsi de 634 à 649 en EHPAD (Muller, 2017a, tableaux complémentaires, F\_ter).

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. Les médecins sont exclus, puisque relevant exclusivement du soin et non de l'accompagnement médico-social. Le personnel d'encadrement est, comme au domicile, non comptabilisé (tableau 13). La sous-traitance, l'interim et les heures supplémentaires sont exclues du champ (encadré 4).

Les deux principales fonctions en EHPAD, aide-soignant et agent de service, représentent respectivement 32 et 27 % du nombre total d'ETP en 2011. Les ETP sont inclus, au prorata de leur rattachement aux sections tarifaires dépendance et soins. Par exemple, 30 % des ETP des aides-soignants sont rattachés à l'accompagnement au titre de la section tarifaire dépendance, et 70 % aux soins.

**Tableau 13** • ETP et rattachement aux sections tarifaires selon la fonction exercée

Catégorie de personnel	Fonction	ETP (%)	Tarif (%)
Direction	Directeur		H
	Médecin-directeur		
	Directeur adjoint, attaché de direction, économiste		
	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		
<i>Éducatif, pédagogique, social et d'animation</i>	Éducateur spécialisé		H
	Moniteur-éducateur		
	AMP non assistant de soins en gérontologie	3,4	D(30)/S(70)
	AMP assistant de soins en gérontologie		
	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		
<i>Médical</i>	Médecin coordonnateur		S
	Médecin spécialiste en gériatrie, rééducation / réadaptation fonctionnelle ou psychiatrie		
	Autre spécialiste		
	Médecin titulaire d'un autre diplôme		
	Médecin généraliste		
<i>Psychologue, personnel paramédical ou soignant</i>	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
<i>Agent service</i>	Agent de service hospitalier ou agent de service général	26,7	H(70)/D(30)

**Note** > Pour garantir la comparabilité du champ retenu en établissement avec celui retenu à domicile, les infirmiers diplômés d'État sont inclus, bien qu'ils soient intégralement rémunérés sur la section tarifaire « soins ».

**Champ** > EHPAD, France entière, en 2011, selon les pondérations nationales. 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.

**Source** > DREES (EHPA 2011).

#### **Encadré 4 • La sous-traitance, l'intérim et les heures supplémentaires sont exclus du champ**

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. 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, 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, représentant cette année-là moins de 0,1 % des heures recensées. Cette activité, marginale, n'a pas été enquêtée de manière détaillée pour 2011.

Enfin, les données disponibles ne permettent pas de comptabiliser les heures supplémentaires rémunérées effectuées par les salariés. Selon la DARES, dans le secteur d'activité de l'administration publique, de l'enseignement, de la santé humaine et de l'action sociale, elles sont de 8,4 heures par trimestre et par salarié (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 le champ des professionnels financés par les sections soins et dépendance. Il s'agit cependant d'une hypothèse forte, et d'un nombre d'heures limité ; les heures supplémentaires sont exclues.

L'enquête EHPA 2011, dont les taux de réponse départementaux oscillent entre 35 et 92 %, est redressée afin d'être représentative par département et par statut juridique.

Les établissements renseignent à la fois des données agrégées, sous forme du nombre d'équivalents-temps pleins, et de données individuelles, avec une description des personnels par fonction exercée et temps de travail. Obtenir un nombre d'ETP au titre des sections tarifaires dépendance et soins nécessite l'utilisation des données individuelles. Pour quelques établissements, la qualité des données est estimée insuffisante. 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.

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. 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 sur le champ étudié sont donc évaluées, pour 2011, à **332 millions**.

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. En complément, un calcul est fait selon le département du domicile de secours du résident, pour analyser 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. Il s'agit de répartir le personnel de manière à affecter, à chaque résident, un quota de personnel pondéré selon son GIR. Les données sont ensuite sommées selon le département d'origine des résidents, après exclusion des temps passés auprès des résidents en GIR 5 et 6, qui ne sont pas dépendants au sens de la loi.

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.

### **6,6 milliards de financements publics**

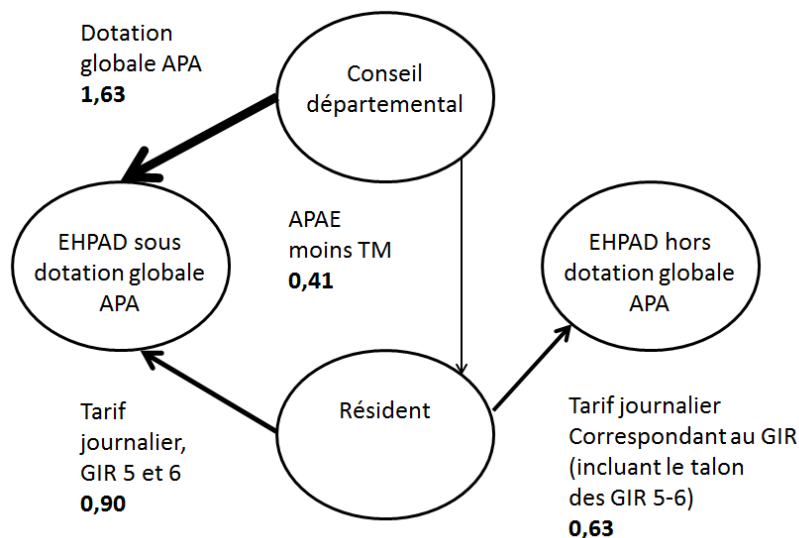
Le tarif hébergement, à charge exclusive des résidents, est ici exclu, puisque ne relevant pas de la solvabilisation de l'accompagnement médico-social professionnel par une institution publique. Pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale couvrant les frais d'hébergement, la solvabilisation départementale s'effectue au titre de la précarité et non de la dépendance, justifiant l'exclusion de ce pan des financements publics.

#### *La dépendance, 1,6 milliard*

Les financements publics relatifs à l'APA en établissement sont connus exhaustivement et par département : ils sont collectés par l'enquête annuelle auprès des conseils départementaux. Ainsi, 2,01 milliards d'euros ont été

versés par les conseils départementaux pour l'accompagnement de la dépendance en établissement pour l'année 2011 en France métropolitaine hors Corse. Comme à domicile, la législation prévoit une participation financière des bénéficiaires. 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, le ticket modérateur des résidents en EHPAD est équivalent au tarif dépendance facturé aux GIR 5 et 6 dit « talon », autour de 5 euros par jour, dès lors que les revenus mensuels sont inférieurs à 2 400 €. De plus, dans les EHPAD sous dotation globale (75 % en 2011), la participation des bénéficiaires se restreint également au paiement du tarif « talon » (CASF, article L232-8). La quasi-totalité des bénéficiaires s'acquitte donc uniquement du talon (figure 1).

**Figure 1 • Origine et montant du financement de la section tarifaire dépendance, dans les EHPAD sous et hors dotation globale APA (en milliards d'euros)**



**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.

**Source** > DREES (EHPA 2011, dépenses d'aide sociale départementale en 2011).

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. Cependant, ces autres aides égalent les montants versés, amputés des masses salariales.

Les salaires sont disponibles dans les bases de données Insee précédemment exploitées des DADS et de SIASP. 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 milliard d'euros, correspond à une dépense totale pour les employeurs de 2,52 milliards d'euros<sup>22</sup>, 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. La Direction générale de la cohésion sociale a fait part de chiffres similaires observés sur les sections de cure médicale, *ante* réforme des EHPAD de 1997, dans lesquelles 80 % du budget était affecté à la rémunération du personnel, et 20 % aux autres frais.

Le montant retenu est celui des données de l'enquête relative aux dépenses d'aide sociale départementale, amputé de 20,2 %. Cette déclinaison est une fois encore supposée homogène sur le territoire.

<sup>22</sup> Les cotisations employeurs dans les EHPAD privés sont estimées à 41,7 % du salaire brut (taux de cotisations moyen), et à 49,8 % dans les EHPAD publics non rattachés à un hôpital, et 51,7 % dans les EHPAD hospitaliers.

Les sommes versées par les conseils départementaux sont relatives au précédent lieu de vie des bénéficiaires, et ne sont pas recalculées selon la localisation de l'EHPAD.

### Le soin, 5 milliards

La dotation de l'Assurance maladie au titre de la section « soins », dite dotation globale de soins annuelle (DGSA), est plafonnée selon la dépendance moyenne des résidents (GMP), la charge en soins médico-techniques qu'ils requièrent (PMP), le nombre de places de l'établissement.

$$\text{Dotation} = \text{valeur du point} \times [\text{GMP} + (2,59 \times \text{PMP})] \times \text{capacité}^{23}$$

Une valeur de point est ensuite incluse. Cette dernière dépend notamment de l'option tarifaire retenue.

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. Ainsi, la dotation globale, au contraire de la dotation partielle, 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. Elle est de fait un transfert implicite de charges des soins de ville et de l'hôpital vers l'enveloppe médico-sociale (Destais, 2013). La répartition des établissements, par option tarifaire et par statut, montre que les EHPAD publics hospitaliers représentent 81 % des établissements avec un tarif global et une pharmacie à usage intérieur, et 67 % de ceux avec un tarif partiel et une pharmacie à usage intérieur (PUI) (tableau 14).

**Tableau 14** • Répartition des établissements, par option tarifaire et par statut, selon les données EHPA

Tarif	Global avec PUI	Global sans PUI	Partiel avec PUI	Partiel sans PUI
Public hospitalier	81 %	5 %	67 %	2 %
Public non hospitalier	7 %	49 %	17 %	40 %
Privé à but lucratif	1 %	14 %	6 %	22 %
Privé à but non lucratif	11 %	33 %	10 %	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).

Quatre valeurs de points existent en 2011, selon l'option tarifaire retenue et la présence ou non d'une pharmacie à usage intérieur. « 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).

$$\text{Tarif global avec PUI} = 13,10 \times [\text{GMP} + (2,59 \times \text{PMP})] \times \text{capacité}$$

$$\text{Tarif global sans PUI} = 12,44 \times [\text{GMP} + (2,59 \times \text{PMP})] \times \text{capacité}$$

$$\text{Tarif partiel avec PUI} = 10,10 \times [\text{GMP} + (2,59 \times \text{PMP})] \times \text{capacité}$$

$$\text{Tarif partiel sans PUI} = 9,55 \times [\text{GMP} + (2,59 \times \text{PMP})] \times \text{capacité}$$

Contrairement à ce que sa terminologie laisse supposer, le « plafond » de dotation est davantage un objectif qu'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, avec pour objectif affiché de réduire les inégalités historiques de dotation.

<sup>23</sup> 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).



Les établissements renseignent l'option tarifaire, la présence d'une PUI, le GMP, le PMP validé par l'ARS et la dotation plafond, permettant de recalculer une dotation plafond théorique. Celle-ci est très proche de la DGSA : elle y est en moyenne égale, et la médiane de la DGSA correspond à 98 % de la dotation théorique. Ainsi, lorsque la DGSA est manquante et que l'ensemble des autres informations est disponible, la dotation théorique est imputée, portant la non-réponse à corriger à 5 %. Une imputation est effectuée par méthode du hot-deck aléatoire pour les 375 établissements non-répondants. Celle-ci dépend de l'option tarifaire, de la présence ou non d'une PUI, du statut et de la taille de l'EHPAD.

La dotation globale est ainsi estimée à 7,35 milliards d'euros pour l'année 2011. Cette même année, les financements au titre des soins en maison de retraite, EHPA et EHPAD, selon les *Comptes nationaux de la santé*, correspondent à 6,91 milliards d'euros. Les données obtenues par EHPA surestiment ce montant de 6,4 %<sup>24</sup> (Zaidman *et al.*, 2014). Les écarts en fonction des statuts juridiques des établissements sont marqués (*tableau 15*).

**Tableau 15** • Dotations globales assurance maladie en EHPAD, par statut juridique, en milliards d'euros, en 2011

Source	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 nationaux de la Santé*.

**Champ** > EHPAD ouverts fin 2011, en France métropolitaine hors Corse (EHPA) ou France entière (Comptes).

**Source** > DREES (EHPA 2011, *Comptes nationaux de la santé 2011*).

En l'absence d'autres données déclinables par département et puisque les ordres de grandeur nationaux sont similaires, les données de l'enquête EHPA sont utilisées sans utiliser de coefficient de redressement.

La DGSA obtenue précédemment couvre un périmètre plus large que celui souhaité, incluant par exemple le matériel médical ou la rémunération de médecins.

Dans un premier temps, **l'effet de l'option tarifaire choisie est neutralisé**, à partir des formules de calcul des dotations plafond précédemment présentées. La nature des dépenses additionnelles prises en charge 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. Les DGSA ainsi obtenues seraient de 6,34 milliards d'euros en 2011, soit 86 % du total des dotations.

$$\text{Tarif partiel sans PUI} = \text{tarif global avec PUI} \times \frac{9,55}{13,10}$$

Dans un deuxième temps, la DGSA est **restreinte à la rémunération de personnels**. Les dotations de l'Assurance maladie incluent en effet du petit matériel et des fournitures (gants, garrots, sondes etc.), ou du matériel médical amortissable (chariot de soins, déambulateur etc.), définis par arrêté du 30 mai 2008 (JORF, 2008a). Comme c'est le cas pour la section tarifaire dépendance, les données DADS et SIASP permettent d'estimer les salaires des personnels de l'établissement. La répartition des postes en fonction des qualifications varie selon le statut : 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 %. Les calculs sont réalisés par statut juridique. 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 16*). La dotation globale, si l'ensemble des établissements était en tarif partiel sans PUI et qu'elle n'incluait que l'aide humaine, serait ainsi de 5,89 milliards d'euros.

<sup>24</sup> Sans compter la Corse pour les données issues de l'enquête EHPA.

La masse salariale est, en moyenne, supérieure à la DGSA pour les EHPAD publics hospitaliers, ce qui est cohérent avec le fait que ce sont principalement ces établissements dont la dotation est supérieure au plafond, et qui sont sous convergence tarifaire. Cela pourrait, à la marge, être lié avec le grand nombre d'établissements sous dotation globale avec pharmacie à usage intérieur, transformés lors de l'étape précédente.

Dans un troisième temps, le **personnel médical et d'encadrement est exclu**. Le montant inclus dans le champ correspond, tous EHPAD confondus, à 93 % de la masse salariale (*tableau 17*).

**Tableau 16** • Dotations globales assurance maladie et rémunérations du personnel en EHPAD, par statut juridique, en milliards d'euros

	Total	Privé lucratif	Privé non lucratif	Public hospitalier	Public non hospitalier
<i>DGSA en tarif partiel sans PUI</i>	6,35	1,05	1,66	1,95	1,70
<i>Masse salariale</i>	5,92	0,95	1,35	2,16	1,43
<i>Part de la masse salariale</i>	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).

**Tableau 17** • Dotations globales assurance maladie selon EHPA et rémunérations du personnel hors personnel médical et d'encadrement, en milliards d'euros

	Total	Privé lucratif	Privé non lucratif	Public hospitalier	Public non hospitalier
<i>DGSA en tarif partiel sans PUI</i>	6,35	1,05	1,66	1,95	1,70
<i>Masse salariale du champ</i>	5,23	0,81	1,19	1,92	1,70
<i>Part de la masse salariale</i>	82 %	78 %	72 %	98 %	77 %

**Lecture** > En EHPAD privé à but lucratif, 78 % de la DGSA est consacré 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).

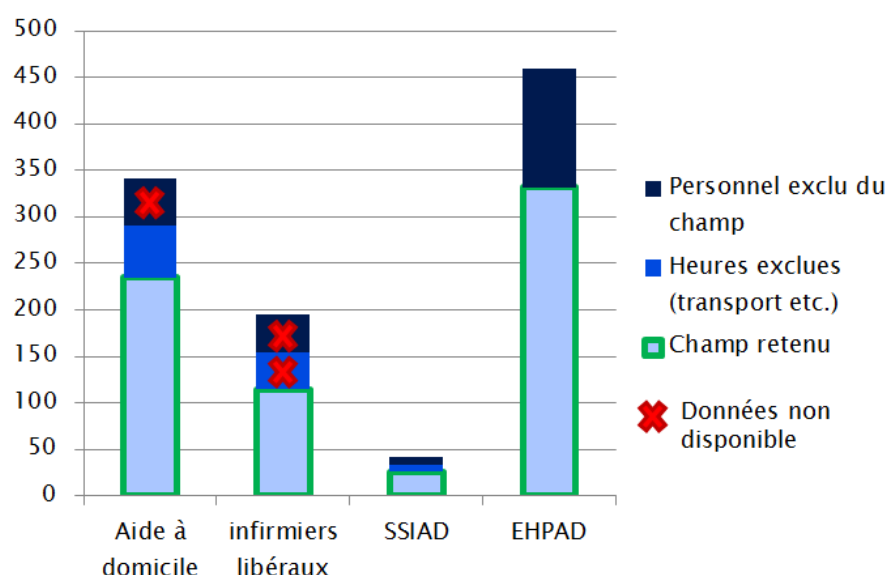
5,23 milliards d'euros permettent de rémunérer, sur des fonds de l'Assurance maladie, les personnels. Ces sommes sont disponibles au niveau national mais aussi pour chaque EHPAD.

Afin d'être comparable avec les données financières des conseils départementaux, la DGSA doit être calculée selon les départements d'origine des résidents. Les dotations sont d'abord rapportées aux résidents, afin de disposer d'un montant pour chacun d'eux, en fonction de la dotation de l'établissement et de son niveau de dépendance individuel. Les montants sont sommés selon le département précédent l'entrée en établissement. Le chiffre national en est inchangé, les sommes départementales sont par contre transformées.

## Bilan national

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 en France métropolitaine, hors Corse. Le personnel exclu du champ, ainsi que les heures exclues (notamment liées aux transports) sont minoritaires au regard du champ retenu (*graphique 5*). Si ces exclusions sont justifiées par le champ de l'étude, et la volonté de se restreindre à l'aide directement apportée aux personnes âgées dans le cadre de l'accompagnement de leur dépendance, l'indisponibilité de plusieurs données a également contraint ce choix.

**Graphique 5** • Nombre d'heures par acteurs (en millions)



**Lecture** > Sur plus de 450 millions d'heures décomptées en EHPAD, 340 millions sont inclus dans le champ.

**Champ** > Nombre d'heures auprès de la population dépendante au cours de l'année 2011.

**Sources** > 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 mesure de l'aide humaine prend tout son sens lorsqu'elle est mise en regard des besoins des personnes âgées dépendantes, tels que précédemment définis. 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.

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). Concernant les moyens humains dédiés, les personnes âgées en EHPAD bénéficient de la moitié des heures (*tableau 18*), alors qu'elles ne représentent que quatre personnes âgées administrativement reconnues dépendantes sur dix. Cependant, si le nombre d'heures est plus important en EHPAD, c'est parce que la dépendance des résidents y est en moyenne nettement plus lourde qu'à domicile. Le degré moyen de dépendance mesuré par le GMP, est de 561 à domicile et de 752 en EHPAD.

Finalement, la répartition de l'aide humaine apportée aux personnes âgées dépendantes en fonction du lieu de vie est similaire à celle attendue après prise en compte 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 (*graphique 6*).

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. Dans ces derniers, la dépendance importante des résidents exigerait un accompagnement par des professionnels plus qualifiés.

**Tableau 18** • 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 financements publics observés	46,8 %	53,2 %	100 %

**Lecture** > 58,4 % 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.

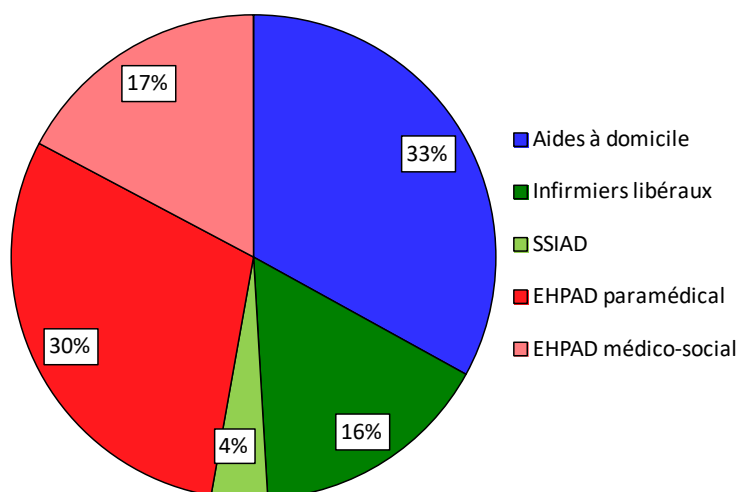
**Sources** > Insee (DADS 2011, SIASP 2011), DREES (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM).

Les financements publics sont ensuite déclinés en fonction du lieu de vie (domicile ou EHPAD) de la personne et du type de professionnels (*graphique 7*). 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 financements d'Assurance maladie relatifs au secteur médico-social sont définis par l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie, l'ONDAM médico-social, annuellement établi par la loi de financement de la Sécurité sociale. L'écart entre les heures recensées selon le lieu de vie d'une part, et les financements publics afférents de l'autre, est de plusieurs points. Alors que 53 % des heures sont réalisées à domicile, elles représentent 47 % des financements publics. 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 solvabilisation des professionnels est différente. 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, où la plupart des résidents n'ont pas à s'acquitter d'un ticket modérateur en plus du talon GIR 5-6.

**Graphique 6** • Répartition des heures d'accompagnement par type d'acteurs, en 2011

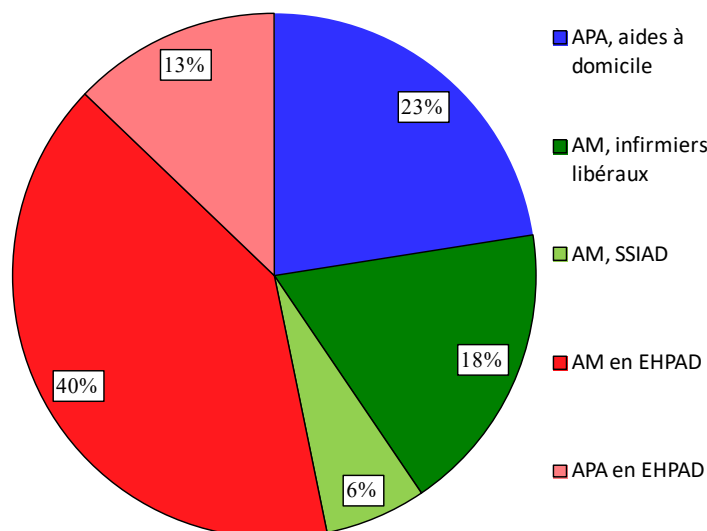


**Lecture** > Les EHPAD assurent 47 % des heures auprès des personnes âgées dans le cadre de l'accompagnement de leur dépendance, au cours de l'année 2011, en leur sein, 30 % des heures sont assurées par du personnel paramédical, comme des infirmiers ou aides-soignants et 17 % par du personnel social 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** > 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 7 • Répartition des financements publics par type d'acteurs, en 2011



**Lecture** > La part des conseils départementaux dans le cadre de l'APA à domicile représente 23 % du total des financements. AM est figuré sur le graphique pour Assurance maladie.

**Champ** > Financements publics pour la population dépendante au cours de l'année 2011.

**Sources** > 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).

Combinant le montant du financement public et les heures d'accompagnement proposées, les coûts horaires moyens sont plus élevés en EHPAD qu'à domicile, avec respectivement 20,0 et 15,5 euros de financements publics par heure (*tableau 19*). Ceci se vérifie pour chacun des financeurs. Ainsi, au total, 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 les conseils départementaux. En moyenne, sans tenir compte du lieu de vie de la personne, une heure d'intervention financée par le conseil départemental représente 12,4 €, 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. En plus du coût réel, les **données financières reflètent les logiques de prise en charge** des prestations par les financeurs publics.

C'est donc surtout la différence entre financement par l'Assurance maladie et par les conseils départementaux, étant donnée la part des heures qu'ils représentent respectivement à domicile et en EHPAD, qui implique des financements plus importants en institution.

**Tableau 19** • Évaluation du coût horaire pour les institutions publiques, par acteur

<i>Champ</i>	<i>Heures, en millions</i>	<i>Financements publics, en millions d'euros</i>	<i>Coût horaire</i>
<i>Aides à domicile et auxiliaires de vie sociale</i>	235	2 804	11,9 €
<i>Infirmiers libéraux et SSIAD</i>	141	3 022	21,4 €
<b>Accompagnement à domicile</b>	<b>376</b>	<b>5 826</b>	<b>15,5 €</b>
<i>Personnel médico-social en EHPAD</i>	121	1 601	13,2 €
<i>Personnel paramédical en EHPAD</i>	211	5 029	23,8 €
<b>Accompagnement en EHPAD</b>	<b>332</b>	<b>6 630</b>	<b>20,0 €</b>
<i>Heures financées par l'Assurance maladie</i>	352	8 051	22,9 €
<i>Heures financées par les conseils départementaux</i>	356	4 405	12,4 €
<b>Ensemble de l'offre</b>	<b>708</b>	<b>12 456</b>	<b>17,6 €</b>

**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 pour les pouvoirs publics. Le coût horaire déduit s'élève à 11,9 €.

**Champ** > Financements publics et heures d'accompagnement pour la population dépendante au cours de l'année 2011.

**Sources** > 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).

# ■ QUELLE GÉOGRAPHIE DE L'ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL DE LA DÉPENDANCE ?

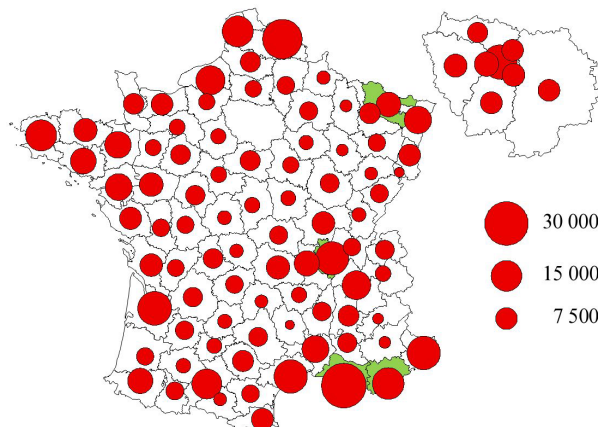
## Temps passé par les professionnels auprès des personnes

### Ensemble des professionnels

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 1*). 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 (en vert, sur la carte).

**Carte 1** • 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.

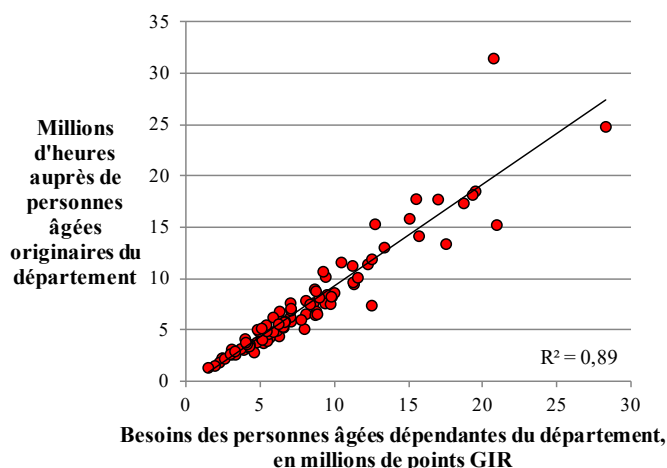
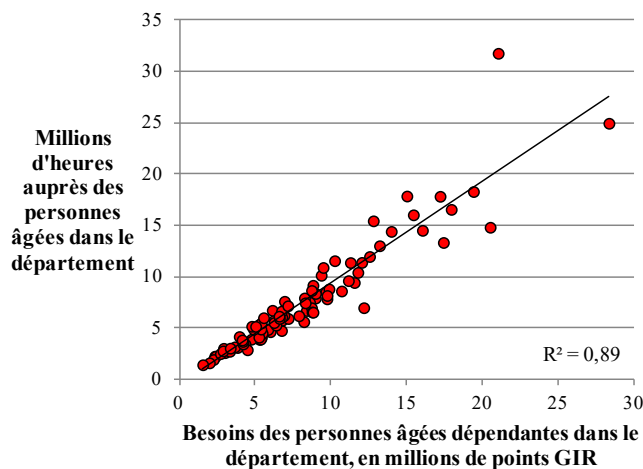
**Source cartographique** > Arctique.

**Sources** > Base de données élaborée en première partie, 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).

Il est logique qu'une population plus importante ou plus dépendante requière davantage d'heures. L'offre doit donc être comparée aux besoins, tels qu'ils ont été précédemment définis, à partir de la grille AGGIR. La corrélation entre les besoins et l'activité approche 90 %. Elle est similaire pour les données se rapportant au département de résidence fin 2011 et celles relatives au département du domicile de secours (*graphique 8*).

Ainsi, l'analyse confirme une **répartition de l'activité des professionnels globalement équilibrée sur les territoires au regard des besoins** des personnes administrativement reconnues dépendantes.

**Graphique 8** • 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'heures. 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 en première partie, 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).

Afin d'en assurer une meilleure compréhension, les points-GIR sont convertis en heures nécessaires aux personnes pour pallier leur dépendance. Il s'agit d'un exercice normatif, qui ne permet pas de tenir compte de la diversité des situations, et considère que les évaluations des GIR sont adéquates. Il est, à présent, possible de rapporter les heures d'activité effectivement réalisées par les professionnels, aux heures théoriques de besoins pour accomplir les actes essentiels de la vie. La mesure est présentée en pourcentages, et peut se lire comme un taux d'équipement localisé (*carte 2*).

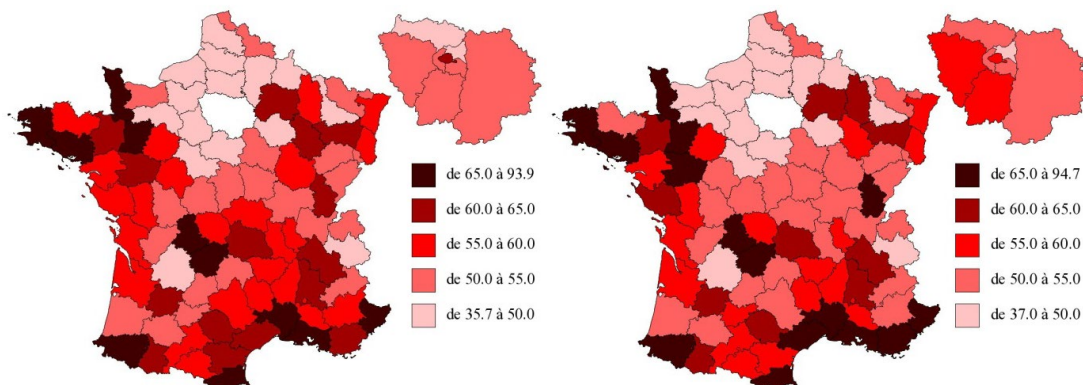
La part des besoins couverts par l'intervention de tous les types de professionnels varie entre 37 et 95 %, considérant le département du domicile de secours comme référence.



## Carte 2 • 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.

**Source cartographique** > Arctique.

**Sources** > Insee (recensement de la population, 2010), base de données élaborée en première partie, 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 (SNIR-AM).

### Dans la moitié des départements, l'offre professionnelle couvre entre 51 et 61 % des besoins théoriques.

Cependant, la couverture des besoins par les professionnels varie 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. Dans le Finistère, le Morbihan et les Alpes Maritimes, l'activité des professionnels permettrait de répondre à plus de 70 % des besoins. À l'opposé dans la distribution, dans trois départements, l'activité des professionnels est inférieure ou égale à 40 % des besoins tels que définis : la Seine-Saint-Denis, les Ardennes et l'Aisne.

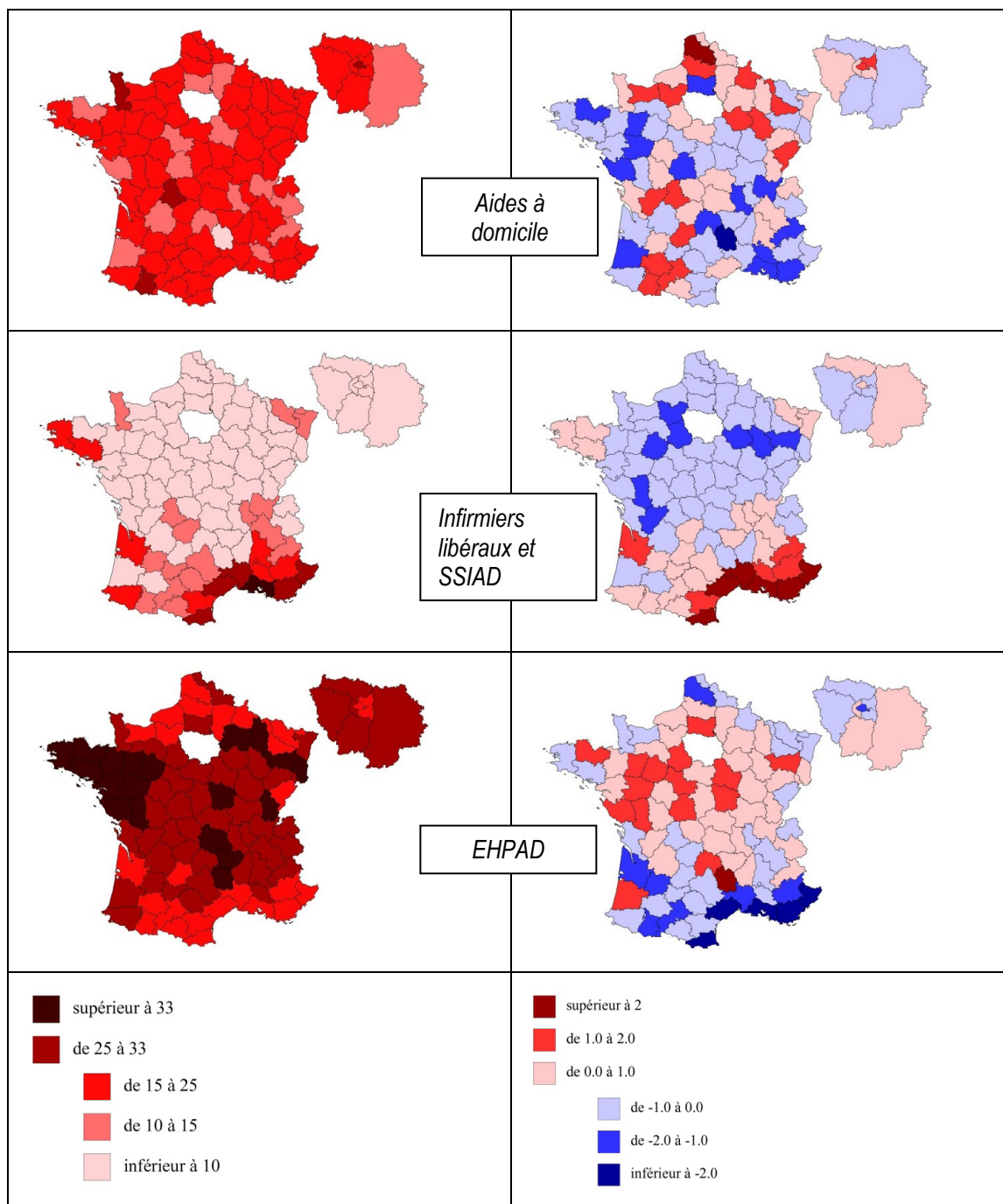
### L'adéquation entre l'activité réalisée et les besoins recensés, selon le type de professionnels

Si l'étude permet d'agrèger, dans chaque département, l'ensemble de l'offre professionnelle afin de proposer une vision d'ensemble, l'intérêt de ces travaux réside également dans la possibilité d'analyser chaque type d'offre de manière indépendante. C'est pourquoi, à partir de deux indicateurs communs pour faciliter leurs comparaisons, sont à présent menées des analyses selon le type de professionnels et le lieu de vie.

Le premier indicateur choisi reprend la part des besoins couverts, telle qu'elle a été présentée précédemment en agrégeant tous les professionnels, à la *carte 2*. Le nombre d'heures est rapporté aux besoins administrativement reconnus de la population dépendante, en fonction de son domicile de secours. 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 (colonne de gauche de la *carte 3*). Ces cartographies, instructives, sont à considérer avec prudence : 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. La cartographie permet, par types de professionnels, de comparer les départements, mais il est plus compliqué de comparer les types de prise en charge : le nombre d'heures réalisées par les infirmiers est ainsi plus faible que le nombre d'heures réalisées par les établissements dans presque tous les départements.

En complément, une cartographie mesure 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 variables sont standardisées. Les valeurs négatives sont obtenues dans les départements dans lesquels la part de l'aide pour un professionnel est inférieure à la moyenne. Les cartographies des différents acteurs sont ainsi directement comparables (colonne de droite de la *carte 3*).

**Carte 3** • Part de la réponse aux besoins et écart avec la moyenne des départements, par acteur, en 2011



**Champ** > Ensemble des heures à destination de personnes âgées dépendantes en France métropolitaine, en 2011. 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. Cartes de gauche : les heures effectuées par les aides à domicile couvrent entre 15 et 25 % du besoin total théorique 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.

**Source cartographique** > Arctique.

**Source** > Insee (recensement de la population, 2010), base de données élaborée en première partie, 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).

## 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, rend particulièrement instructive la cartographie de la réponse aux besoins par ces intervenants.

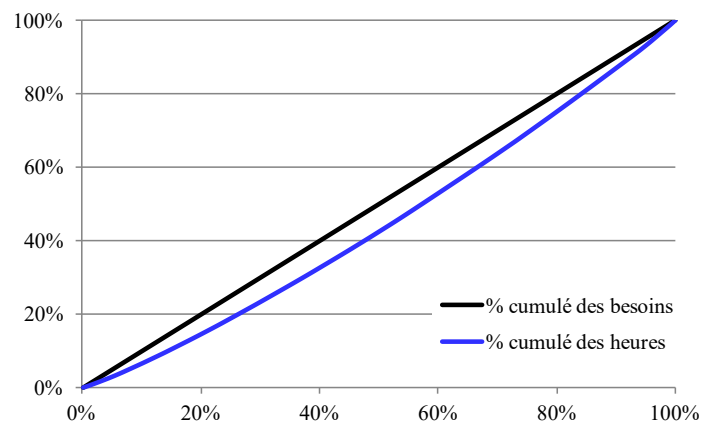
Le premier enseignement est d'abord le nombre important de départements dans lesquels la part du besoin couvert oscille entre 15 et 25 %<sup>25</sup> (carte 3). Dans aucun département, elle ne dépasse le tiers des besoins couverts, et dans seul un département elle couvre moins de 10 %. Cela se confirme sur la seconde carte, à droite, où la majorité des départements affichent des valeurs proches de la moyenne. 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.

Plus généralement, 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 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.

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 9).

### Graphique 9 • 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, hors Corse.

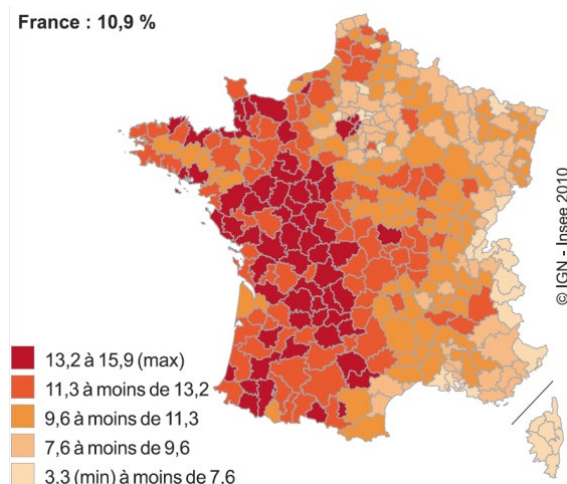
**Sources** > Insee (recensement de la population, 2010), DREES (enquête relative aux bénéficiaires de l'aide sociale, 2011), base de données élaborée en première partie, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), DREES (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM).

La carte de l'activité des aides à domicile comparativement aux besoins est mise en regard du taux de recours des ménages aux services à la personne (y compris hors aide à domicile) 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 4). Les auteurs montrent que ce clivage n'est pas lié uniquement à la structure démographique ou aux

<sup>25</sup> Les besoins sont mesurés au regard de l'ensemble des personnes âgées dépendantes du département, qu'elles vivent à domicile ou soient hébergées en établissement (dans ce dernier cas, c'est le département du domicile de secours qui est pris en compte).

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.

**Carte 4 • 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.

**Cham** > 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).

Les deux cartes ne se superposent pas. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées.

- 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, cela peut notamment être vécu comme une dépossession.
- Par ailleurs, l'APA à domicile 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.
- 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 étant la principale prestation permettant spécifiquement de pallier la dépendance. Les analyses départementales confirment que cette prestation ne peut couvrir à elle seule l'ensemble des besoins tels qu'ils sont estimés dans cette étude.

De fait, 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<sup>26</sup>.

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 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

<sup>26</sup> Sources : Enquête Remontées individuelles 2013 (DREES), moyenne effectuée sur 45 départements répondants. Il s'agit des tarifs reconnus par le Conseil départemental, en prestataire et en gré-à-gré.

des GIR oscillerait entre 82 et 86 %, sans atteindre donc l'ensemble des besoins couverts. L'évolution des montants moyens d'APA entre 2011 et 2017 a récemment été analysée par la DREES : au total, entre 2011 et 2017, le montant moyen par allocation, tous GIR confondus, à la charge des conseils départementaux a légèrement diminué (de 25 euros en moyenne par bénéficiaire). Pour les personnes en GIR 1 et 2, il a augmenté respectivement de 70 euros et 20 euros au cours de la période, tandis qu'il a baissé de 25 euros pour les personnes en GIR 3 et de 40 euros pour celles en GIR 4 (Arnault, 2019).

### **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 deux tiers des 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. 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.

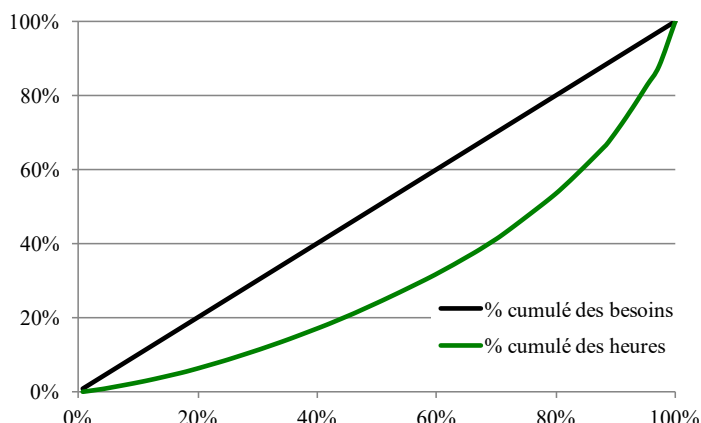
La confirmation est apportée par la carte des écarts à la moyenne : hormis en Bretagne, en Alsace et dans quelques départements franciliens, il existe une coupure nette entre un large Nord de la France et les départements du Sud, en particulier ceux du littoral. Ainsi, dans les départements méditerranéens, 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, les oppositions spatiales sont nettes pour ces intervenants.

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).

L'indice de Gini relatif au nombre d'heures effectué par les infirmiers libéraux atteint 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 sur les actes de soins** (*graphique 10*).

Cette répartition très hétérogène semble spécifique au champ des AIS. En effet, 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 apparaît 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 10** • 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.

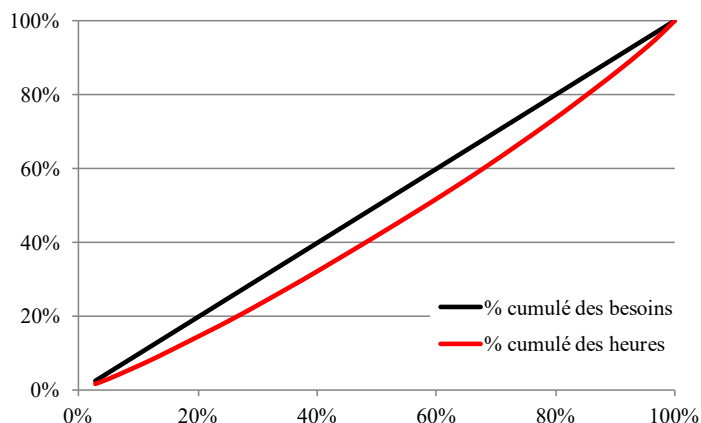
**Champ** > Nombre d'heures auprès de la population dépendante au cours de l'année 2011 par infirmiers libéraux ou des services de soins infirmiers à domicile, hors Corse.

**Sources** > Base de données élaborée en première partie, 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).

**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 11*). En effet, les politiques publiques ont permis une diminution des disparités entre les départements depuis l'après-guerre (Ramos-Gorand et Volant, 2014).

**Graphique 11** • 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, hors Corse.

**Sources** > Insee (recensement de la population, 2010), DREES (enquête relative aux bénéficiaires de l'aide sociale, 2011), base de données élaborée en première partie, 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).

## Une substitution entre professionnels confirmée : un accompagnement qualitativement différencié selon les départements

### Les disparités géographiques se réduisent en considérant l'offre dans sa globalité

L'accompagnement peut être considéré comme d'autant plus homogène que les disparités territoriales se réduisent en considérant l'offre dans sa globalité, par rapport aux besoins reconnus de la population âgée dépendante (tableau 20).

**Tableau 20** • Indice de Gini, selon le type d'acteurs, en 2011

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, hors Corse.

**Sources** > Insee (recensement de la population, 2010), DREES (enquête relative aux bénéficiaires de l'aide sociale, 2011), base de données élaborée en première partie, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), DREES (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012), 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, sur notre champ, nuancer ce constat.

### 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 hétérogène des acteurs permet d'identifier des systèmes spatiaux d'accompagnement : **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. La donnée de référence pour établir la typologie est la part des heures effectuée par chaque acteur dans le total de l'aide humaine. Ainsi, 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.

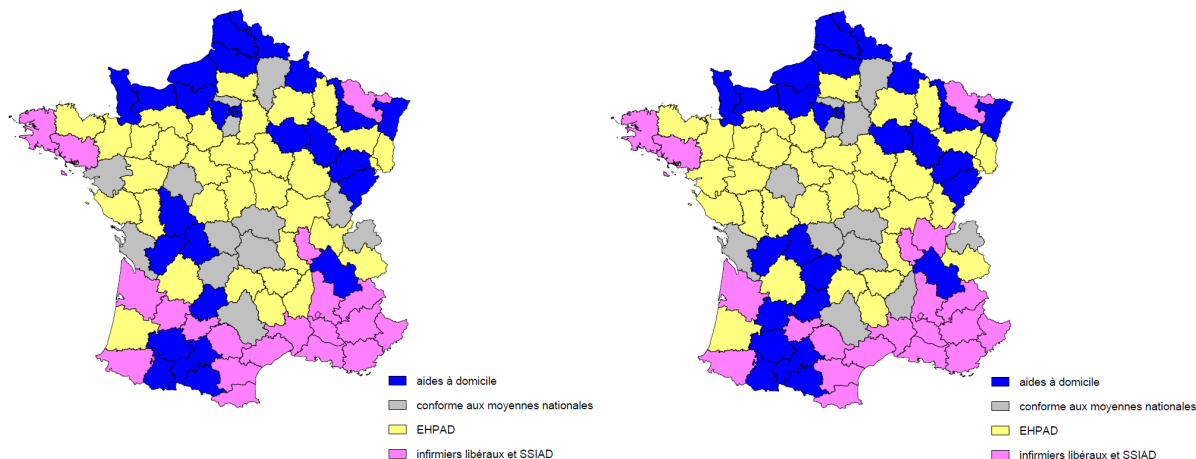
Deux typologies sont présentées ci-après. La première reflète l'offre dominante sur le territoire départemental (carte 5). La seconde reflète l'offre qui accompagne préférentiellement la population âgée originaire du département. Étant donné les faibles différences entre les besoins de la population 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 5 • 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 rose 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 effectuées au cours de l'année 2011 par les professionnels, par rapport aux besoins de la population administrativement reconnue dépendante.

**Source cartographique** > Arctique.

**Sources** > Insee (recensement de la population, 2010), DREES (enquête relative aux bénéficiaires de l'aide sociale, 2011), base de données élaborée en première partie, 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.

### 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).

Dans le cadre de la décentralisation, on considère que le territoire local est plus 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. S'il existe des différences de traitement en fonction du département de résidence (Hege *et al.*, 2014), les inégalités les plus importantes résultent d'un autre phénomène : 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 proportionnel aux besoins sur les territoires. Au-delà de différences entre les personnes âgées dépendantes, cette problématique est un enjeu financier pour les départements.

Surtout, 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.

### Une inégalité d'accompagnement en fonction du lieu où réside la personne ?

La toilette est 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. Ainsi, pour rappel, 53 % des soins personnels à domicile, comprenant la toilette, l'habillage et les repas, sont réalisés par des infirmiers ou aides-soignants contre 40 % par des aides à domicile (HSM 2008 ; DREES, Insee). Plusieurs inégalités en découlent.

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. 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, ou encore de l'aide-ménagère départementale. 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 (CASF). 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 ou d'accidents du travail. 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.

**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 autant 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, alors même qu'elles réalisent moins souvent les toilettes. 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.

Des modes d'accompagnement différents découlent des prises en charge financières elles-aussi différentes : la **répartition différenciée de l'offre sur les territoires conduit à des restes à charge par construction inégaux, à ressources égales**. Ainsi, les remboursements par l'Assurance maladie ne dépendent pas des revenus, contrairement à l'APA, qui applique un ticket modérateur lié aux ressources. 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 milliard d'euros le reste-à-charge des ménages concernant la dépendance, lié au ticket modérateur de l'APA net des rémunérations fiscales (Charpin, 2011).

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, 3,6 millions d'affections de longue durée touchent des personnes âgées de 75 ans ou plus<sup>27</sup>, représentant, elles, 5,7 millions de personnes en 2011<sup>28</sup>. 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. Les restes-à-charge relatifs aux professionnels financés par la Sécurité sociale sont donc nettement plus faibles, à domicile et en établissement.

Le rapport Charpin évalue également les dépenses privées, reportées ci-après pour information :

- 0,7 milliard d'euros pour le soin (ticket modérateur des soins de ville) ;
- 1,5 milliard d'euros pour la dépendance (ticket modérateur de l'APA net des réductions fiscales) ;
- 4,8 milliards d'euros pour l'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).

---

<sup>27</sup> Une personne peut être affectée par plusieurs ALD. Sources : IRDES (Base éco-santé), et notamment la CNAMTS concernant les ALD. Données relatives à la France métropolitaine.

<sup>28</sup> En 2014, 4,06 millions d'affections de longue durée touchent des personnes âgées de 75 ans ou plus. Ces dernières représentent 5,9 millions de personnes la même année en France.

## 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, au niveau national, deux tiers des financements publics reposent sur la Sécurité sociale, cette part varie selon les départements, questionnant l'équilibre entre la solidarité nationale et les solidarités locales sur les territoires.

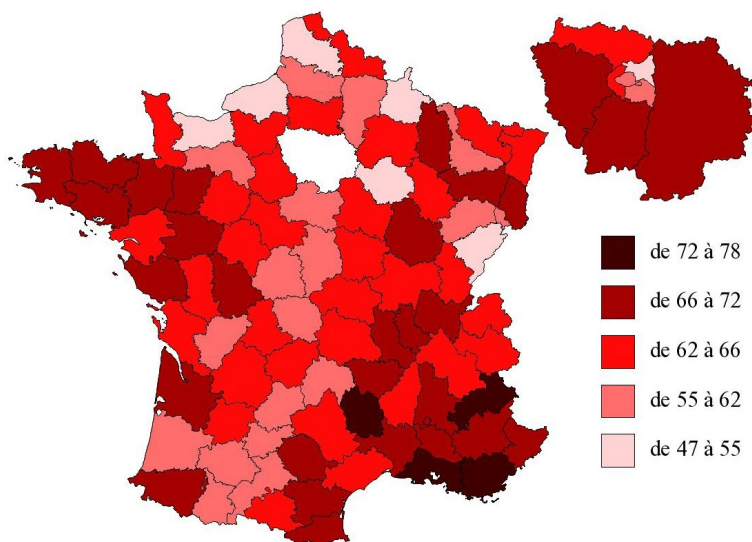
L'inégale répartition des infirmiers libéraux implique que la Sécurité sociale intervient de façon différenciée dans les départements, en finançant une part variable des soins d'hygiène. En corolaire, les départements financent une part variable de la prise en charge de la dépendance.

Les écarts constatés dans la dépense publique sont moins importants que ceux obtenus par le nombre d'heures : le rapport 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 : la part sécurité sociale 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 6*). 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 peut rééquilibrer la part de la solidarité nationale dans le financement de la dépendance des personnes âgées.

### **Carte 6** • 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. Discretisation par égales étendues.

**Champ** > Dépense publique consacrée à l'aide humaine à la population dépendante au cours de l'année 2011.

**Source cartographique** > Arctique.

**Sources** > Base de données élaborée en première partie, 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).

## La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pilote le dispositif financier visant à rétablir l'équité territoriale

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).

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.

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 ont été attribués aux départements dans le cadre de l'APA en 2011 (CNSA, 2012). 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.

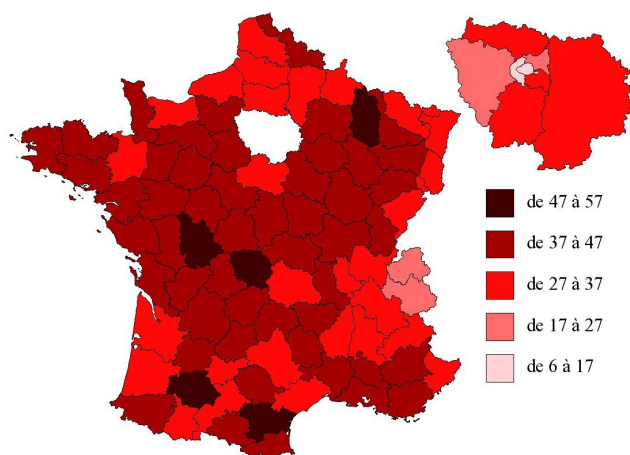
Les critères de répartition des moyens financiers entre les départements, dans un souci de résorption des disparités existantes, étaient en 2011 les suivants<sup>29</sup> :

- nombre de personnes âgées de plus de 75 ans (pondération de 50 %) ;
- potentiel fiscal du département (25 %). 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 %).

Malgré 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, la part des dépenses d'APA assurées par la CNSA est variable entre les départements. Ainsi, dans plus de la moitié des départements, les subventions de la CNSA couvrent entre 17 et 47 % des dépenses brutes d'APA (carte 7). 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.

<sup>29</sup> Le décret 2016-212 du 26 février 2016 relatif à certains concours versés aux départements par la CNSA a transformé en partie ces critères.

## Carte 7 • 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. Discrétisation par égales étendues.

**Champ** > Dépense publique consacrée à l'aide humaine à la population dépendante au cours de l'année 2011.

**Source cartographique** > Arctique.

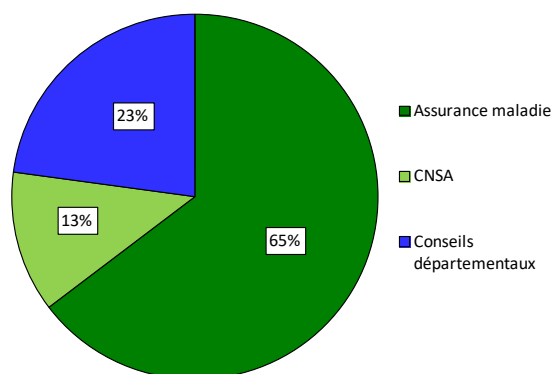
**Sources** > CNSA (concours prévisionnels, 2011), DREES (Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011).

## Coût de l'accompagnement de la dépendance : solidarité nationale ou solidarités locales ?

Trois financeurs sont inclus : la Sécurité sociale, les conseils départementaux, et la CNSA. La dépense publique présentée est 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 (après soustraction des dotations versées par la CNSA) un peu moins d'un quart, et la CNSA 13 % (graphique 13).

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 13 • Part des financeurs, en 2011



**Lecture** > 65 % des dépenses publiques sont assurées par l'Assurance maladie.

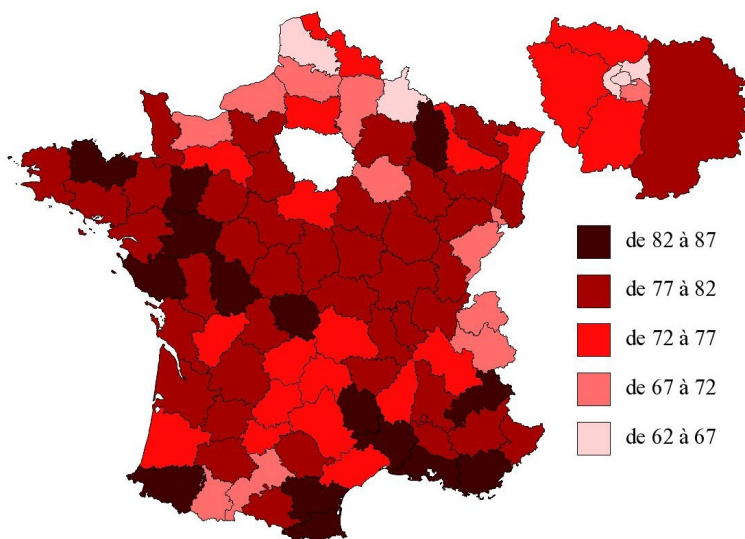
**Champ** > Dépenses publiques pour l'accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées au cours de l'année 2011.

**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 en première partie, 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).

La CNSA attribue une dotation à chaque département. Cependant, celle-ci varie fortement. La part des dépenses afférentes à la dépendance et financées par les institutions nationales en est transformée (carte 8).

Cependant, comme les dispositifs nationaux de péréquation n'incluent pas de déterminants en lien avec les systèmes spatialement différenciés d'accompagnement (cf. supra), ils ne peuvent combler les écarts qui y sont liés.

**Carte 8 • 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. Discrétisation par égales étendues.

**Champ** > Dépense publique consacrée à l'aide humaine à la population dépendante au cours de l'année 2011.

**Source cartographique** > Arctique.

**Sources** > CNSA (concours prévisionnels, 2011), base de données élaborée en première partie, 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).

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'en partie les écarts précédents.

### Quelles différences entre territoires sont créées par la décentralisation ?

L'objectif de la décentralisation est 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). L'observation des pratiques des conseils départementaux montre que « la décentralisation s'organise dans les espaces que le cadre légal laisse de facto aux collectivités territoriales non seulement dans les champs de compétence qu'il décentralise explicitement mais aussi dans ses vides ». Une étude montre ainsi « l'appétence des conseils départementaux pour la définition et la mise en œuvre de politiques qui leur soient propres puisque, pour une bonne partie d'entre eux, ils se saisissent effectivement de ces vides, pour poursuivre des objectifs, dont certains n'ont de sens qu'à l'échelle du département » (Gramain et al., 2015). Ainsi, sans indication légale précise, les pratiques de calcul de l'allocation sont variables selon les départements, ce « choix technique peut alors permettre au conseil départemental de répondre à des objectifs de maîtrise des dépenses, de régulation d'un secteur segmenté ou d'équité territoriale » (Bourreau-Dubois et al., 2015). Ainsi, sont attendues des différences significatives entre les départements, relativement à l'aide à domicile.

Cependant, sur le champ de la dépendance des personnes âgées, et avec les modes de mesure utilisés, ce n'est pas 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 21). Ainsi, la partie de l'offre qui est décentralisée est la plus également répartie au regard des besoins – tels que mesurés ici – sur le territoire.

**Tableau 21 • 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 les professionnels, par rapport aux 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 en première partie, 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.

Trois éléments explicatifs peuvent être avancés pour expliquer cette répartition particulièrement homogène des heures financées par les départements au regard des besoins recensés.

D'abord, l'offre financée par les conseils départementaux est considérée dans sa totalité. Les différences territoriales sont plus importantes en considérant séparément les heures à domicile et en EHPAD. 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, l'action médico-sociale en direction des personnes âgées 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'aide sociale ont augmenté au cours de la dernière décennie, dans un contexte de baisse de la dotation globale de fonctionnement, conduisent les départements à limiter les montants accordés (Leroux I. *et al.*, 2017).

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.

La 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<sup>30</sup> 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.

<sup>30</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite HPST.

Les infirmiers libéraux ont la plus grande liberté d'installation. 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. De même, 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 où l'implantation de ces professionnels était libre. 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

Malgré une répartition de l'offre professionnelle plutôt équilibrée par rapport aux besoins administrativement reconnus, il existe des substitutions entre les acteurs qui ne sont pas sans conséquence sur les accompagnements, et dessinant des systèmes spatialement différenciés de prise en charge professionnelle de la dépendance. Au-delà, certains recourent à une offre plus importante en termes de nombre d'heures ou de dépense publique.

Cette étude, effectuée à l'échelle départementale, pourrait utilement être déclinée à l'échelle locale, après recueil des sources adaptées. 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. Ensuite, il existe d'autres substitutions, qui n'ont pas ici été analysées, avec la famille ou avec d'autres professionnels et institutions, hôpitaux et Caisses de retraite en particulier.

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 travaux sur les substitutions entre conseils départementaux et Assurance maladie dans le financement de la dépendance sont peu nombreux, et inexistant dans leur dimension géographique. La pluralité des financeurs et donc des décideurs est source d'un pilotage particulièrement complexe de l'accompagnement. Les contraintes financières qui pèsent sur les acteurs ajoutent également à cette complexité.

## ■ BIBLIOGRAPHIE

ARNAULT L., 2019, *Montants d'APA à domicile depuis 2011 : une réallocation au bénéfice des plus dépendants*, Études et Résultats n°1118, DREES, juillet.

BARROIS A., DEVETTER F.-X., 2012, *Aides à domicile : un régime temporel non stabilisé qui témoigne d'une professionnalisation inachevée*, Dossiers solidarité santé n°30, DREES, juillet.

BLANPAIN N., BUISSON G., 2016, *Projections de population à l'horizon 2070, deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013*, Insee Première n°1619, novembre.

BONNE B., MEUNIER M., 2019, *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement de la dépendance*, rapport n°428, Sénat, session ordinaire de 2018-2019, avril.

BOURREAU-DUBOIS C., ROQUEBERT Q., GRAMAIN A., *Les disparités départementales dans la mise en œuvre de l'APA à domicile, reflets des choix de politiques locales ?*, Notes Modapa n°3, juin.

BRUNEL M., CARRERE A., 2017, *Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015, premiers résultats de l'enquête CARE « ménages »*, Études et Résultats n°1029, DREES, septembre.

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. TLILLI, remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale, juin.

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.

Conseil économique, social et environnemental régional, Rhône-Alpes, 2011, *Dépendance des personnes âgées*, note du CESER Rhône-Alpes pour le CESE.

COQUELET F., 2015, *Soins de suite et de réadaptation : les personnes de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours*, Études et résultats n°943, DREES, décembre.

Cour des comptes, 2005, *Les personnes âgées dépendantes*, rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés, novembre.

COUVERT N., 2017, *Allocation personnalisée d'autonomie : les aides apportées aux personnes âgées*, Études et Résultats n°1033, DREES, octobre.

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.

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.

DREES, *Comptes nationaux de la Santé*, publication annuelle.

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.

FIZZALA A., 2016, *Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix*, Dossier de la DREES n°1, mars.

FONTAINE R., GRAMAIN A., 2017, *Qu'attendre du relèvement des plafonds légaux de l'allocation personnalisée d'autonomie ? Les enseignements d'une base de facturation d'un SAAD*, Notes Modapa n°5, décembre

- GRAMAIN A., HEGE R., ROQUEBERT Q., 2015, « Écart de mise en œuvre ou politiques publiques locales : l'exemple de l'aide aux personnes âgées dépendantes à domicile », *Pouvoirs locaux*, les Cahiers de la décentralisation, n°105, juin.
- 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.
- Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2010, *Vieillesse, longévité et assurance maladie*, note adoptée le 22 avril.
- JEAUNEAU P., LOONES A., 2012, *L'organisation du métier d'aide à domicile : entre autonomie et isolement professionnel*, Dossier solidarité santé n°30, DREES, juillet.
- JORF, 1993a, Arrêté du 4 juin 2007 relatif au diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale, NOR : MTSA0755861A.
- 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, 2007a, Arrêté du 4 juin 2007 relatif au diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale.
- 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.
- HEGE R., ROQUEBERT Q., TENAND M. et GRAMAIN A., 2014, *La tarification des services d'aide à domicile : un outil au service des politiques départementales ?* Notes Modapa n°2, décembre.
- LECROART A., FROMENT O., MARBOT C., ROY D., 2013, *Projection des populations âgées dépendantes, deux méthodes d'estimation*, DREES, Dossiers solidarité et santé n°43, septembre.
- LEROUX I. (sous la direction de), 2017, *L'aide et l'action sociales en France – édition 2017*, DREES, coll Panoramas de la DREES.
- LIBAULT D., 2019, *Grand âge, le temps d'agir*, Concertation Grand âge et autonomie, mars.
- MARQUIER R., 2010, *Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008*, Études et Résultats n°728, DREES, juin.
- MULLER M., 2017a, *728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 ; premiers résultats de l'enquête EHPA 2015*, DREES, Études et Résultats n°1015, juillet.
- MULLER M., 2017b, *L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre, résultats de l'enquête EHPA 2015*, DREES, Les dossiers de la DREES n°20, 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.
- RAMOS-GORAND M., 2016, *Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain – Entre contraintes et expression du choix des personnes âgées*, Les Dossiers de la DREES n°10, Paris, DREES.
- 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.
- ROUSSEL R., 2017, *Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060*, Études et Résultats n°1032, DREES, octobre.
- 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.
- 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.

## Annexe 1. Bilan des sources

La fragmentation de l'information exige l'exploitation ou l'appui sur une douzaine de sources différentes (tableau 22).

**Tableau 22** • Producteur, champ et nature de l'exploitation des bases de données mobilisées

Exploitation	Producteur	Base	Champ
<i>Bases nécessitant une exploitation</i>	Insee	DADS	Aides à domicile (dénombrement)
	Insee	SIASP	Ensemble des salariés (rémunérations)
	DREES - CNSA	SSIAD Tarification	Aides à domicile, fonction publique territoriale
	DREES	Finess	SSIAD
	DREES - Insee	HSM	Établissements et services médico-sociaux
	DREES	EHPA	Accompagnement à domicile
<i>Bases fournies au département</i>	DREES	Aide sociale	EHPAD
	DREES	Remontées Individuelles	Bénéficiaires de l'aide sociale départementale
	Ircem	Heures de bénéficiaires de l'APA à domicile	Dépenses d'aide sociale départementale
	CNAMTS	Activité libérale	Bénéficiaires de l'APA à domicile
	DREES	SSIAD 2008	Bénéficiaires de l'APA à domicile rémunérant directement un salarié dans ce cadre
	Dares	Heures	Infirmiers libéraux
<i>Chiffres de référence</i>	Rapport Charpin	--	SSIAD
	DREES	IAD	Heures supplémentaires rémunérées
	DREES	<i>Comptes nationaux de la Santé</i>	Financements publics d'accompagnement des personnes âgées dépendantes
	Igas	--	Intervenants au domicile des personnes fragiles

**Lecture** > la base DADS, de l'Insee, a fait l'objet d'une exploitation statistique dans le cadre de cette recherche.

**Champ** > Ensemble des bases de données mobilisées.



## Les dossiers de la DREES

N° 51 • mars 2020

### Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées les propriétés

**Directeur de la publication**  
Fabrice Lenglard

**Responsable d'édition**  
Souphaphone Douangdara

**ISSN**  
2495-120X



Ministère des Solidarités et de la Santé

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

14 avenue Duquesne - 75350 paris 07 SP

Retrouvez toutes nos publications sur [drees.solidarites-sante.gouv.fr](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr) et nos données sur [www.data.drees.sante.fr](http://www.data.drees.sante.fr)