

Observatoire régional de santé d'Ile-de-France

Les personnes âgées en Ile-de-France

*Evolutions et perspectives
de la prise en charge de la dépendance*

Janvier 2003

Etude réalisée par Florence de MARIA et Philippe PEPIN,
chargés d'études à l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France

Introduction	5
Partie I : La population âgée en Ile-de-France	9
1. Les disparités au sein de la région	11
2. Les projections à l’horizon 2030	19
Partie II : L’offre en services et en structures d’hébergement pour personnes âgées en Ile-de-France	29
1. L’offre en services à domicile	31
- les services d’aide à domicile	
- les services de soins infirmiers à domicile	
2. L’offre en établissement	61
- ensemble des établissements	
- les logements-foyers	
- les maisons de retraite	
- les services de soins de longue durée	
3. L’offre médicalisée	105
Partie III : La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Ile-de-France	109
1. Evaluation du nombre de personnes âgées dépendantes en Ile-de- France entre 2000 et 2030	111
2. La prise en charge des personnes âgées dépendantes au cœur de multiples réformes	125
Conclusion	151
Annexes	161

Introduction

A la demande de la Préfecture de région et du Conseil régional d'Ile-de-France, l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France a réuni les éléments nécessaires à une évaluation des besoins actuels et futurs de prise en charge de la dépendance des personnes âgées dans la région.

La période est particulièrement propice à ce travail de synthèse puisque :

- le recensement de la population de 1999 apporte un éclairage sur la situation démographique et son évolution récente ; à la lumière de ces résultats, l'INSEE a construit des projections démographiques régionales et départementales pour les trente prochaines années ;
- l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), réalisée par l'INSEE entre 1998 et 2001, apporte, pour la première fois, des informations complètes sur la prévalence des handicaps dans la population française ; à partir de cette enquête, la DREES du ministère de la Santé a évalué le nombre de personnes âgées dépendantes en France et a proposé trois scénarios d'évolution de ce nombre pour les prochaines décennies ; en accord avec ses auteurs, l'ORS a appliqué la même méthode à l'Ile-de-France ;
- enfin, concernant l'offre de prise en charge, après plusieurs décennies d'augmentation et de modernisation, elle est aujourd'hui l'objet de profondes évolutions tant à domicile qu'en établissements, avec la mise en place de l'Allocation personnalisée d'autonomie, le renforcement de la formation des aides à domicile, le développement des Centres locaux d'information et de coordination, la reconnaissance des dispositifs de répit pour les aidants, et la réforme de la tarification en vigueur dans les établissements qui accueillent des personnes âgées dépendantes.

L'objectif de ce travail est de mettre à disposition des responsables régionaux et des professionnels un ensemble de données permettant de mesurer les évolutions qu'a connu le secteur depuis vingt ans, d'apprécier la situation actuelle, avec les disparités qui la caractérisent, et, dans le cadre des réformes nationales qui affectent le paysage sanitaire et social, de préparer au mieux la région à la forte augmentation du nombre des personnes âgées qu'elle va connaître au cours des trente prochaines années.

Partie I :

La population âgée en Ile-de-France

La population francilienne est passée de 10 millions d'habitants en 1980 à 11 millions en 2000, enregistrant une progression de 10 % en vingt ans.

Cette population a vieilli puisque, dans le même temps, la population âgée de 60 ans ou plus a progressé de 23 %, passant de 1 430 000 à 1 753 000, celle de 75 ans ou plus a progressé de 22 %, passant de 491 000 à 599 000 et celle de 85 ans ou plus a pratiquement doublé, passant de 95 000 à 188 000 personnes.

Dans l'avenir, tout est possible, mais en maintenant un scénario sans grande rupture démographique pour les trente années à venir, la population francilienne atteindrait 12 millions d'habitants un peu avant 2030, soit à nouveau une augmentation de 10 %, mais en trente ans cette fois.

Pour les effectifs de personnes âgées, les incertitudes sont un peu moindres car les personnes qui auront 60 ans ou plus en 2030 (a fortiori celles qui auront 75 ans ou plus) sont déjà nées en 2000 et la plupart vivent déjà en Ile-de-France.

Selon le scénario tendanciel retenu, la population de 60 ans ou plus augmenterait de 61 % pour atteindre 2 805 000 personnes en 2030, celle de 75 ans ou plus comme celle de 85 ans ou plus pourrait quasiment doubler, pour atteindre respectivement 1 142 000 et 346 000 personnes.

1. Les disparités au sein de la région

Figure 1. Evolution de la population francilienne entre 1968 et 1999

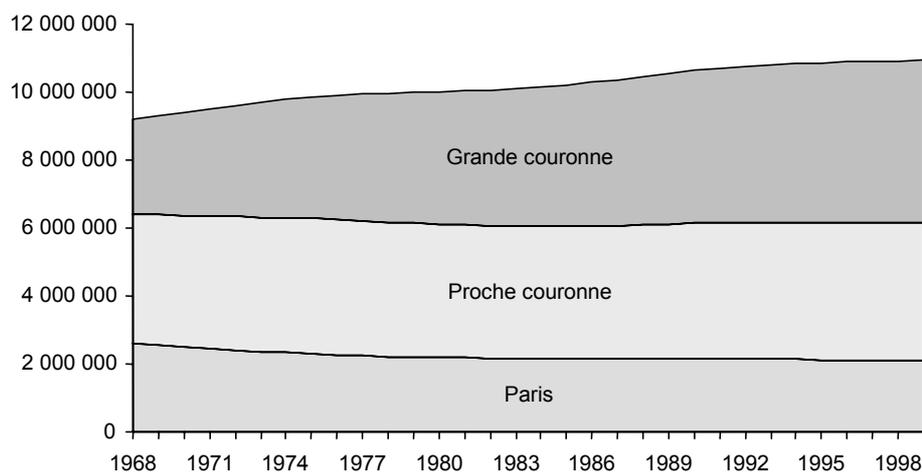


Tableau 1. Population totale sans doubles comptes

	1968	1975	1982	1990	1999
<i>Paris</i>	2 590 771	2 299 830	2 176 243	2 152 423	2 125 246
Hauts-de-Seine	1 461 619	1 438 930	1 387 039	1 391 658	1 428 881
Seine-Saint-Denis	1 249 606	1 322 127	1 324 301	1 381 197	1 382 861
Val-de-Marne	1 121 319	1 215 713	1 193 655	1 215 538	1 227 250
<i>Proche couronne</i>	3 832 544	3 976 770	3 904 995	3 988 393	4 038 992
Seine-et-Marne	604 340	755 762	887 112	1 078 166	1 193 767
Yvelines	854 382	1 082 255	1 196 111	1 307 150	1 354 304
Essonne	673 325	923 063	988 000	1 084 824	1 134 238
Val-d'Oise	693 269	840 885	920 598	1 049 598	1 105 464
<i>Grande couronne</i>	2 825 316	3 601 965	3 991 821	4 519 738	4 787 773
Ile-de-France	9 248 631	9 878 565	10 073 059	10 660 554	10 952 011

Tableau 2. Taux annuel moyen de variation

	1968-1975	1975-1982	1982-1990	1990-1999
<i>Paris</i>	-1,69%	-0,79%	-0,14%	-0,14%
Hauts-de-Seine	-0,22%	-0,52%	0,04%	0,29%
Seine-Saint-Denis	0,81%	0,02%	0,53%	0,01%
Val-de-Marne	1,16%	-0,26%	0,23%	0,11%
<i>Proche couronne</i>	0,53%	-0,26%	0,26%	0,14%
Seine-et-Marne	3,25%	2,32%	2,47%	1,14%
Yvelines	3,44%	1,44%	1,12%	0,39%
Essonne	4,61%	0,98%	1,18%	0,50%
Val-d'Oise	2,80%	1,30%	1,65%	0,58%
<i>Grande couronne</i>	3,53%	1,48%	1,56%	0,64%
Ile-de-France	0,95%	0,28%	0,71%	0,30%

Source : Atlas des Franciliens, Tome 1 - INSEE - IAURIF.

Ralentissement de la croissance démographique francilienne

Avec 10 952 000 habitants au recensement de la population de 1999, l'Ile-de-France regroupe 18,6 % de la population de France métropolitaine.

La stabilisation du poids relatif de la région capitale, amorcée depuis les années soixante se confirme : entre les recensements de 1990 et de 1999, la population francilienne a progressé de 0,3 % par an alors que la croissance nationale a atteint 0,39 %.

Cette croissance est uniquement le fait d'un fort excédent des naissances sur les décès, tandis que la région est largement déficitaire dans ses échanges migratoires avec la province.

Cette croissance démographique modérée s'accompagne par ailleurs de fortes disparités internes (figure 1, tableaux 1 et 2) :

- Paris perd encore quelques habitants entre les deux derniers recensements (- 0,14 % par an), mais la décroissance amorcée au lendemain de la première guerre mondiale semble terminée ;
- la proche couronne conserve un taux de croissance relativement bas (+ 0,14 % par an), avec des disparités au sein des trois départements qui la composent, puisque les Hauts-de-Seine connaissent une reprise démographique et la Seine-Saint-Denis, au contraire, un essoufflement ;
- les départements de grande couronne demeurent les plus dynamiques (+ 0,64 % par an dans l'ensemble et + 1,14 % en Seine-et-Marne), mais leur croissance est très en deçà, cependant, de ce qu'elle était au cours des décennies passées.

Graphique 1. La part des personnes âgées dans la population en 1999

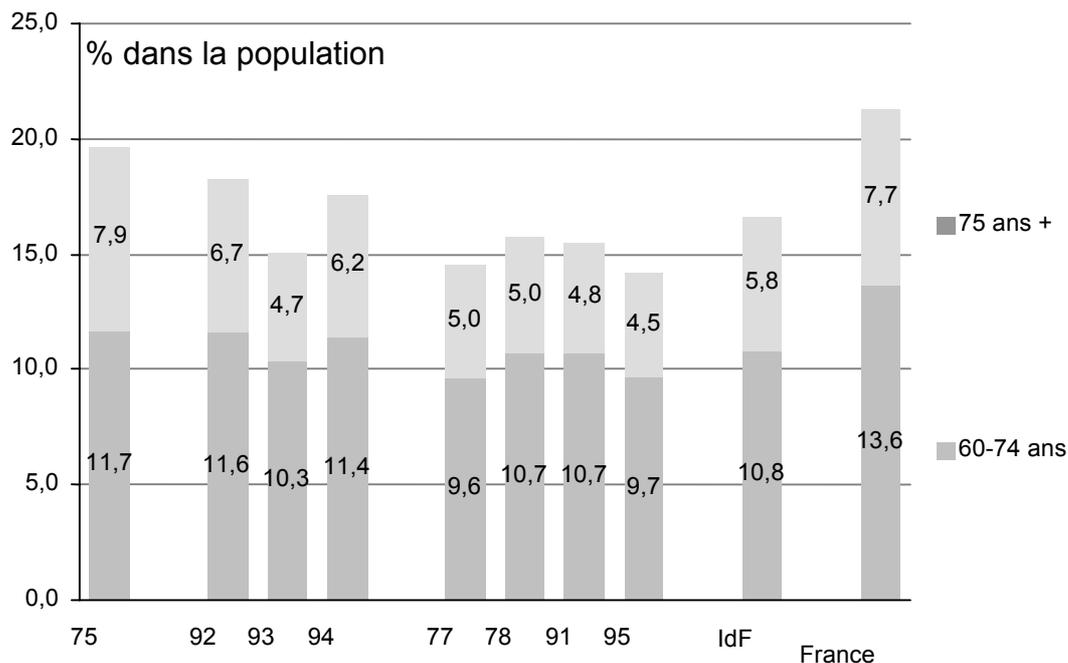


Tableau 3. Nombre de personnes âgées, par tranche d'âges, au recensement de la population de 1999

	60-74 ans		75 ans ou plus		60 ans ou plus	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
<i>Paris</i>	248 547	11,7	168 544	7,9	417 091	19,6
Hauts-de-Seine	165 540	11,6	95 564	6,7	261 104	18,3
Seine-Saint-Denis	143 130	10,3	65 126	4,7	208 256	15,1
Val-de-Marne	140 068	11,4	75 696	6,2	215 764	17,6
<i>Proche couronne</i>	448 738	11,1	236 386	5,9	685 124	17,0
Seine-et-Marne	114 813	9,6	59 093	5,0	173 906	14,6
Yvelines	145 014	10,7	67 606	5,0	212 620	15,7
Essonne	121 427	10,7	54 408	4,8	175 835	15,5
Val-d'Oise	106 718	9,7	49 955	4,5	156 673	14,2
<i>Grande couronne</i>	487 972	10,2	231 062	4,8	719 034	15,0
Ile-de-France	1 185 257	10,8	635 992	5,8	1 821 249	16,6
France	7 939 216	13,6	4 504 911	7,7	12 478 127	21,3

Source : INSEE - RP 1999.

L'Ile-de-France est une région jeune

Au recensement de 1999, les personnes âgées de 60 ans ou plus représentent 21,3 % de la population française et celles de 75 ans ou plus représentent 7,7 % de la population française.

Ces proportions sont nettement inférieures en Ile-de-France, puisque l'on recense 16,6 % de personnes âgées de 60 ans ou plus et 5,8 % de personnes âgées de 75 ans ou plus dans la population francilienne (graphique 1).

La région Ile-de-France est une région jeune, avec toutefois des disparités internes importantes (tableau 3) :

- A Paris, la part des 60 ans ou plus (19,6 %) se rapproche de la moyenne nationale et celle des 75 ans ou plus (7,9 %) dépasse la moyenne nationale de 0,2 point.
- Deux départements de proche couronne, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne ont une proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus de l'ordre de 18 %, soit trois points de moins qu'au niveau national.
- La Seine-Saint-Denis et les quatre départements de grande couronne ont une proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus de l'ordre de 15 %, soit six points de moins qu'au niveau national. Concernant les 75 ans ou plus, leur proportion varie de 4,5 % à 5 % de la population dans ces départements.

Ces disparités départementales recouvrent elles-mêmes de fortes disparités communales, qui tiennent aux caractéristiques des logements offerts, mais aussi à l'attrait actuel ou passé des communes.¹

- A Paris et en proche couronne, les arrondissements et les communes les plus favorisés sont globalement plus âgés que la moyenne.
- En grande couronne, les contrastes sont très importants, les situations extrêmes étant observées dans les villes nouvelles, où la part des personnes âgées de 60 ans ou plus est très faible (8,7 % en moyenne) et dans certaines communes rurales situées aux franges de la région, où la part des personnes de 60 ans ou plus peut atteindre 25 %.

¹ Atlas des Franciliens, Tome 3 - Population et modes de vie, IAURIF - INSEEE Ile-de-France, 2002.

Tableau 4. Les personnes âgées vivant en ménage ordinaire en 1999

	60-74 ans		75 ans ou plus	
	nombre	%	nombre	%
Paris	244 820	98,5	160 893	95,5
Hauts-de-Seine	160 741	97,1	88 317	92,4
Seine-Saint-Denis	139 256	97,3	61 936	95,1
Val-de-Marne	136 066	97,1	69 387	91,7
Seine-et-Marne	112 589	98,1	52 639	89,1
Yvelines	143 094	98,7	59 533	88,1
Essonne	118 843	97,9	47 566	87,4
Val-d'Oise	103 810	97,3	44 718	89,5
Ile-de-France	1 459 219	97,8	584 989	92,0
France	7 839 202	98,3	4 057 174	90,1

Tableau 5. Les personnes âgées vivant seules en ménage ordinaire en 1999

	60-74 ans				75 ans ou plus			
	Hommes nombre	Femmes nombre	2 sexes nombre	%	Hommes nombre	Femmes nombre	2 sexes nombre	%
Paris	28 045	62 226	90 271	36,9	17021	70 961	87 982	54,7
Hauts-de-Seine	12 148	32 067	44 215	27,5	7258	34 689	41 947	47,5
Seine-Saint-Denis	9 569	24 153	33 722	24,2	5155	23 301	28 456	45,9
Val-de-Marne	8 364	24 822	33 186	24,4	5681	25 950	31 631	45,6
Seine-et-Marne	6 009	15 205	21 214	18,8	4097	17 943	22 040	41,9
Yvelines	7 114	20 082	27 196	19,0	4234	20 429	24 663	41,4
Essonne	5 648	15 823	21471	18,1	3558	16 455	20 013	42,1
Val-d'Oise	5 322	15 038	20 360	19,6	3108	15 750	18 858	42,2
Ile-de-France	82 219	209 416	291 635	25,2	50 112	225 478	275 590	47,1
France	483 748	1 173 868	1 657 616	21,1	322 128	1 398 518	1 720 646	42,4

Source : INSEE - RP 1999.

Plus de la moitié des Parisiens de 75 ans ou plus vivent seuls

Les personnes âgées vivent très majoritairement en ménage ordinaire² (tableau 4).

Au niveau national, seulement 2 % des 60-74 ans vivent en collectivité et cette proportion n'atteint pas 10 % chez les 75 ans ou plus.

En Ile-de-France, les 60-74 ans sont un peu plus nombreux à vivre en collectivité (car la région recense près de la moitié des 60-74 ans vivant en foyers de travailleurs). En revanche, moins de 8 % des Franciliens de 75 ans ou plus, soit deux points de moins qu'au niveau national, vivent en collectivité (6 % en maison de retraite et 1,3 % à l'hôpital, en services de soins de longue durée).

Les disparités départementales sont importantes au sein de la région (et en partie liées à l'offre en maisons de retraite) : 12 % des 75 ans ou plus recensés en Essonne vivent en collectivité contre moins de 5 % à Paris.

La région se caractérise aussi par le fait que les personnes âgées vivant en ménage ordinaire sont plus souvent seules qu'en province (tableau 5) : c'est le cas de 25 % des 60-74 ans et de 47 % des 75 ans ou plus en Ile-de-France, alors que ces proportions sont respectivement de 21 % et 42 % au niveau national. Cette population âgée vivant seule est très majoritairement féminine : en Ile-de-France, sur les 275 590 personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules, 225 478 (82 %) sont des femmes.

Là encore, les disparités sont importantes au sein de la région, puisque pour les 60-74 ans, la proportion de personnes vivant seules varie du simple au double entre l'Essonne (18 %) et Paris (37 %). Concernant les 75 ans ou plus, les disparités sont un peu moins fortes, mais 55 % des personnes âgées de 75 ans ou plus recensées dans un ménage ordinaire à Paris vivent seules.

² Le recensement distingue deux grandes catégories de population : la population des ménages et la population dite hors ménage (composée essentiellement de la population vivant en collectivité, de la population vivant en établissement n'ayant pas d'adresse personnelle et de la population des habitations mobiles y compris les mariners et les sans-abri). La définition du ménage correspond au concept de « ménage-logement ». On appelle ménage l'ensemble des occupants d'un même logement (occupé comme résidence principale), quels que soient les liens qui les unissent. Il peut se réduire à une personne seule.

2. Les projections à l'horizon 2030

Figure 2. Population francilienne de 1968 à 2000 et projections 2001-2030

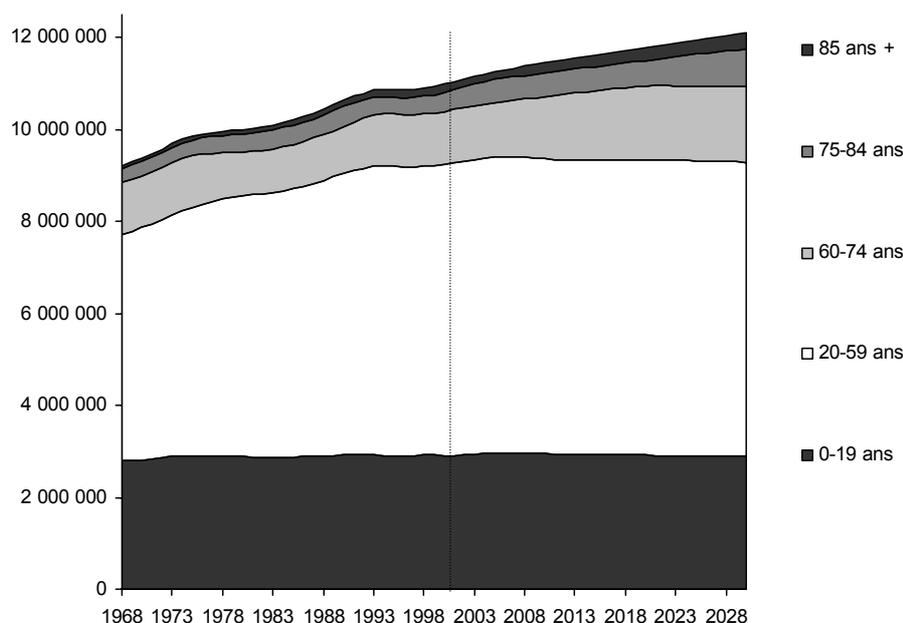


Tableau 6. La population francilienne en 1968, 2000 et 2030 (projections)

	Ile-de-France		1968		Ile-de-France		2000		2030	
	Nombre	%	France	%	Nombre	%	France	%	Nombre	%
85 ans +	62 599	0,7	0,8	188 456	1,7	2,1	345 940	2,9	3,8	
75-84 ans	302 942	3,3	3,8	410 550	3,7	4,9	796 404	6,6	9,3	
60-74 ans	1 127 643	12,2	13,3	1 155 034	10,5	13,5	1 662 577	13,7	18,0	
20-59 ans	4 939 716	53,6	48,4	6 338 900	57,8	53,8	6 394 650	52,9	47,6	
0-19 ans	2 790 349	30,3	33,8	2 885 849	26,3	25,7	2 896 448	23,9	21,3	
Tous âges	9 223 249	100,0	100,0	10 978 789	100,0	100,0	12 096 019	100,0	100,0	

Source : INSEE - Estimations localisées de population de 1968 à 2000 et projections de population de 2001 à 2030 selon les hypothèses ci-dessous.

- **Fécondité** : maintien de la fécondité régionale à son niveau de 1999 (1,8 enfants par femme en France métropolitaine, soit le niveau moyen observé depuis un quart de siècle).
- **Mortalité** : baisse de la mortalité au rythme observé au cours des 30 dernières années en France métropolitaine.
- **Migrations** : maintien des comportements migratoires moyens de la période 1982-1999.

Entre 11,5 et 12,5 millions de Franciliens en 2030³

En prolongeant les tendances récentes de la fécondité et de la mortalité et en maintenant les comportements migratoires de la période 1982-1999, **la population francilienne devrait atteindre 12 millions d'habitants un peu avant 2030** (figure 2 et tableau 6), regroupant environ 18,5 % de la population d'une France métropolitaine qui comptera près de 64 millions d'habitants.

Ce scénario « tendanciel » a été retenu dans la suite de ce rapport, mais il ne constitue qu'un avenir possible pour l'Ile-de-France. Selon que la fécondité augmente ou baisse légèrement (l'indice conjoncturel de fécondité remonte à 2,1 ou baisse à 1,5 enfants par femme à l'horizon 2015), la population francilienne pourrait atteindre 12,5 millions ou tout juste 11,5 millions d'habitants en 2030. Un maintien des comportements migratoires de la période 1990-1999 (moins favorables à l'Ile-de-France que ceux de la période 1982-1990) limiterait également la croissance à 11,8 millions d'habitants en 2030.

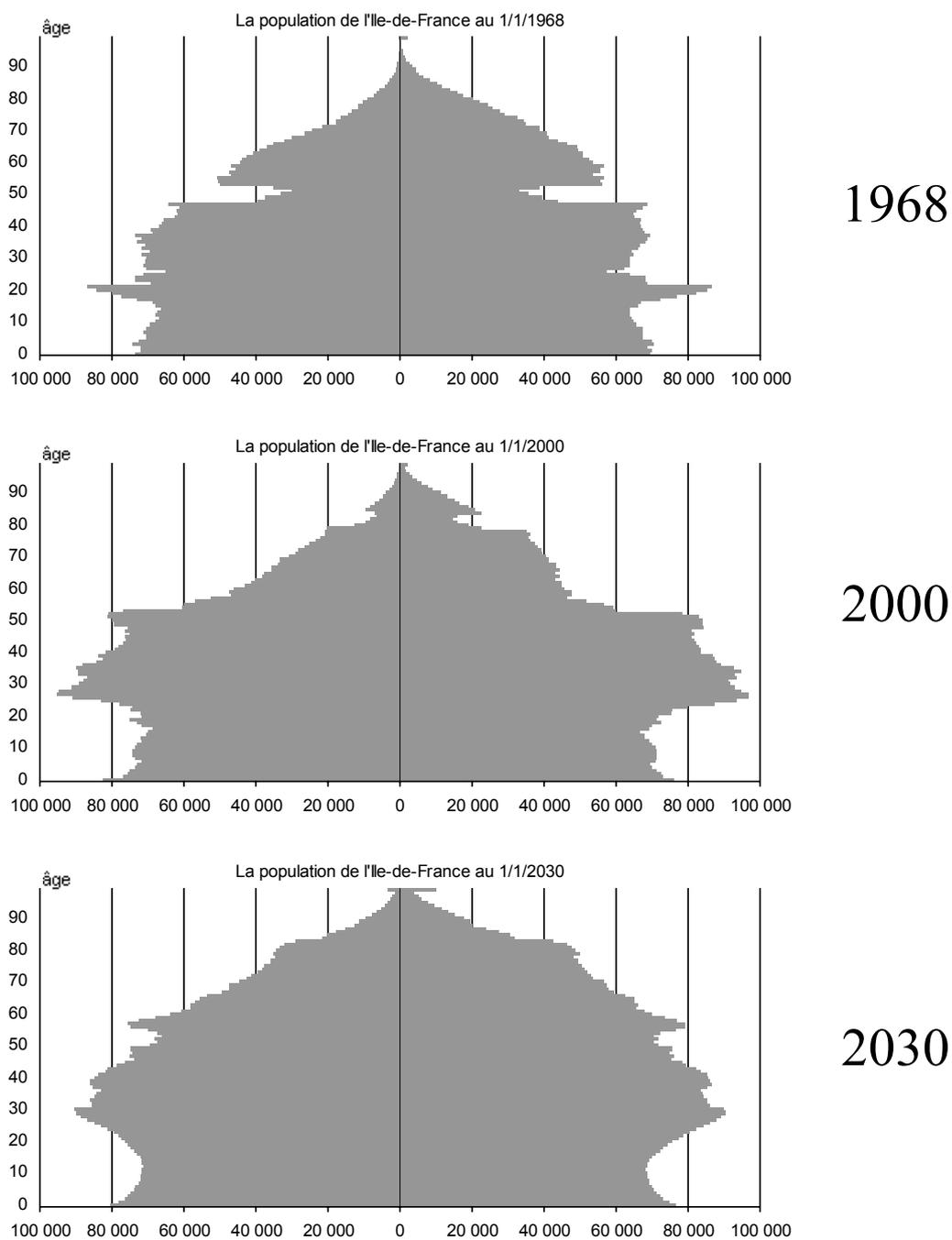
Ce qui devrait caractériser l'Ile-de-France durant ces trente prochaines années, ce n'est pas sa croissance, beaucoup moins prononcée que dans les « grandes » régions du sud (Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Aquitaine), mais son vieillissement modéré dans le contexte de fort vieillissement de la population française.

En effet, l'Ile-de-France, qui est aujourd'hui la région la plus jeune de France avec le Nord-Pas-de-Calais, devrait accentuer cette particularité en augmentant de moins de quatre ans la moyenne d'âge de sa population d'ici 2030 (passant ainsi de 36 ans à un peu moins de 40 ans), alors que dans le même temps, l'âge moyen de la population de France métropolitaine augmentera de cinq ans pour approcher les 44 ans.

Certaines régions (Champagne-Ardenne, Lorraine) pourraient voir leur population vieillir de plus de sept ans, mais la région Limousin resterait la plus âgée de France avec une moyenne d'âge supérieure à 49 ans et 40 % d'habitants âgés de 60 ans ou plus (contre 31 % en France et 23 % en Ile-de-France).

³ OMALEK L., « Projections régionales de population pour 2030 : l'impact des migrations » in *INSEE PREMIERE*, n°805, septembre 2001.

Figure 3. **Pyramide des âges de la population francilienne en 1968, 2000 et 2030**



Source : INSEE - ELP pour 1968 et 2000, projections de population pour 2030 (hypothèses en page 20).

Le vieillissement moins prononcé de l'Ile-de-France s'explique par la fécondité relativement élevée des Franciliennes, mais surtout par les échanges de population que la région entretient avec la province, qui se traduisent, en simplifiant, par l'arrivée d'étudiants et de jeunes actifs et le départ de personnes âgées (même si ces départs ont tendance à diminuer légèrement). Entre 1990 et 1999, 101 000 personnes âgées de 60 ans ou plus en 1990 ont quitté la région pour s'installer en province, alors qu'elles ont été seulement 38 000 à faire le chemin inverse.

D'ici 2030, l'Ile-de-France devrait donc continuer de vieillir moins vite que la France et conforter sa place de région la plus jeune de France. Mais la région ne sera pas épargnée par le vieillissement général de la population francilienne résultant de la baisse de la natalité, qui creuse le bas de la pyramide des âges depuis le début des années soixante-dix et de l'allongement de la durée de vie des personnes âgées qui en élargit le sommet.

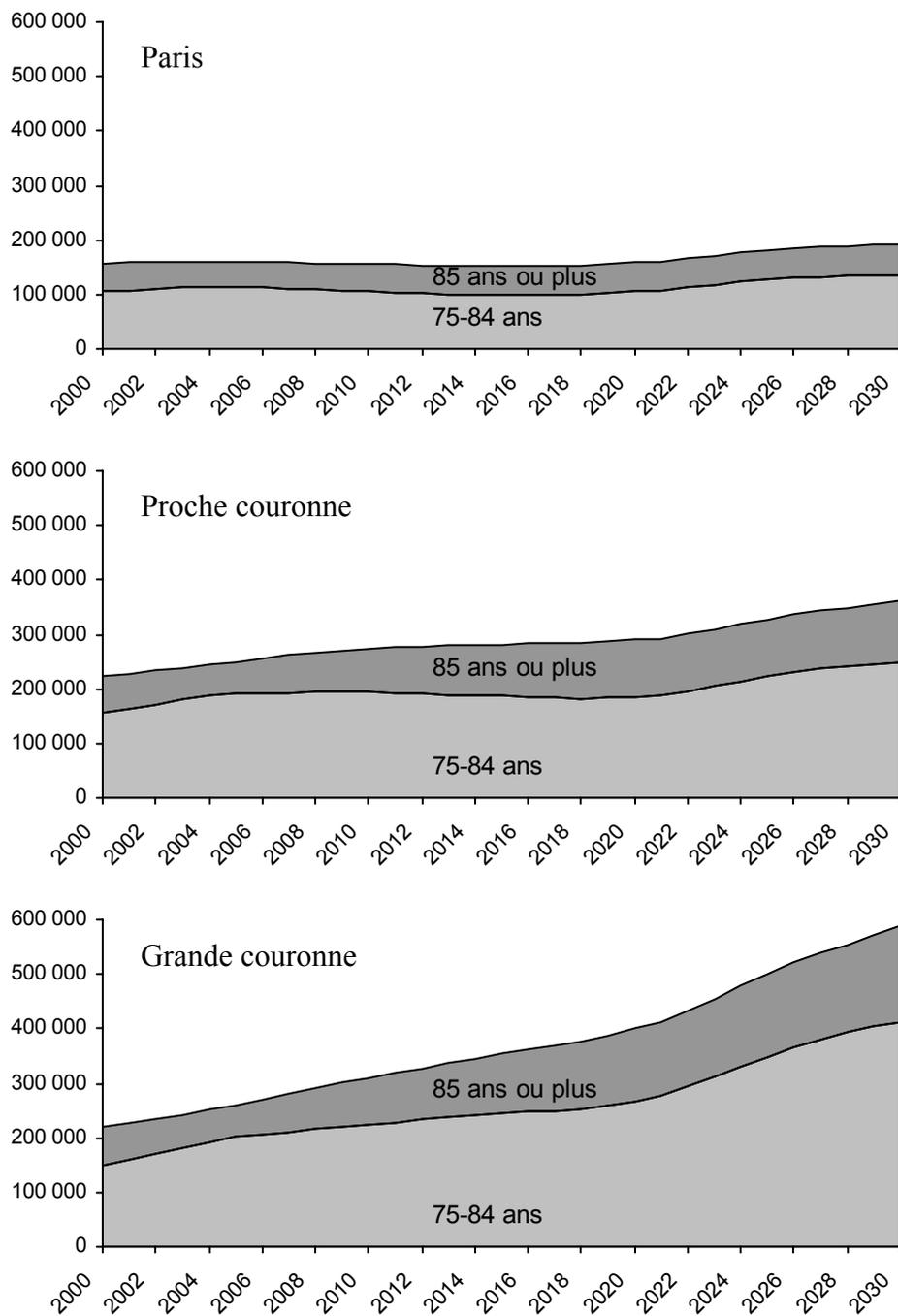
En 2000, la pyramide des âges de la population francilienne présente deux caractéristiques qui vont simultanément contribuer à ce vieillissement dans les années à venir (figure 3) :

- les générations pleines du baby boom vont, à partir de 2005, franchir le seuil des 60 ans et progressivement accroître le poids des « plus de 60 ans » dans la population ;
- le déficit de naissances qui a caractérisé les années 1915 à 1920, en raison de la première guerre mondiale, a des répercussions, en 2000, sur les effectifs des personnes âgées de 80 à 84 ans. Ce creux dans la pyramide des âges qui était encore plus visible en 1968 (personnes âgées d'environ 50 ans cette année là) va progressivement se décaler vers des âges plus élevés puis disparaître. Les générations suivantes, qui vont les remplacer, sont beaucoup plus nombreuses.

Compte tenu de la situation démographique actuelle de l'Ile-de-France, et avec le jeu d'hypothèses présenté dans les pages précédentes,

- l'effectif des Franciliens âgés de **60 ans ou plus** passerait de 1 754 000 en 2000 à **2 805 000 en 2030** (soit une hausse de 61 %),
- celui des Franciliens âgés de **75 ans ou plus** passerait de 599 000 à **1 142 000 en 2030** (soit une hausse de 95 %),
- celui des Franciliens de **85 ans ou plus** passerait de 188 000 à **346 000 en 2030** (soit une hausse de 88 %).

Figure 4. Projections de population âgée de 75 ans ou plus en Ile-de-France 2000-2030



Source : INSEE - projections départementales de population de 2000 à 2030 (hypothèses identiques à celles retenues plus haut pour le niveau régional).

D'ici 2030, la population âgée augmente peu à Paris...

Les projections démographiques à l'horizon 2030 réalisées par l'INSEE pour chaque département francilien avec les mêmes hypothèses qu'au niveau régional (prolongement des tendances récentes de la fécondité et de la mortalité, et maintien des comportements migratoires de la période 1982-1999), montrent que la forte augmentation de la population âgée francilienne au cours des trente prochaines années va s'accompagner d'une profonde modification de sa répartition géographique.

En 2000, un peu moins de 600 000 personnes âgées de 75 ans ou plus vivent en Ile-de-France (figure 4) : 157 000 à Paris, 222 000 en proche couronne et 219 000 en grande couronne. En 2030, elles devraient être presque deux fois plus nombreuses (1 142 000), la moitié vivant en grande couronne, l'autre moitié dans le centre de la région (Paris et proche couronne).

Plusieurs facteurs contribuent à une stabilisation du nombre de personnes âgées dans Paris, et en premier lieu les échanges migratoires que la capitale entretient avec l'extérieur, favorables à un rajeunissement de la population, puisqu'ils se traduisent par l'arrivée de jeunes, étudiants et actifs, et le départ de retraités vers la province (même si ce phénomène tend à diminuer légèrement).

De fait, la population des **Parisiens** âgés de **75 ans ou plus** devrait rester quasiment stable jusqu'en 2020 (un peu moins de 160 000), puis légèrement augmenter pour atteindre un effectif de l'ordre de **193 000 en 2030**.

Cette stabilisation apparaît d'autant plus remarquable dans le cadre d'une étude sur les besoins des personnes âgées, qu'en raison du vieillissement des classes creuses nées pendant la première guerre mondiale, la partie la plus âgée de cette population, celle de 85 ans ou plus, diminue légèrement entre 2000 et 2010.

Les hypothèses concernant le comportement migratoire des Parisiens âgés sont fondamentales dans ces projections. En retenant des taux de départ de Parisiens âgés moins importants (tels qu'ils ressortent de la dernière période inter-censitaire), la croissance de l'effectif des personnes âgées de 75 ans ou plus demeure très modérée pour les trente prochaines années, et leur effectif dépasserait à peine 200 000 personnes en 2030.

Tableau 7. Projections de population âgée en Ile-de-France entre 2000 et 2030

	75 ans ou plus			85 ans ou plus		
	2000	2030	progression	2000	2030	progression
<i>Paris</i>	157 358	193 349	+ 22,9 %	52 346	58 995	+ 12,7 %
Hauts-de-Seine	90 039	131 274	+ 45,8 %	28 299	42 793	+ 51,2 %
Seine-Saint-Denis	60 755	108 522	+ 76,6 %	16 722	30 377	+ 81,7 %
Val-de-Marne	71 383	121 296	+ 69,9 %	22 449	38 610	+ 72,0 %
<i>Proche couronne</i>	222 177	361 092	+ 62,5 %	67 470	111 780	+ 65,7 %
Seine-et-Marne	55 869	168 195	+ 201,1 %	17 638	44 904	+ 154,6 %
Yvelines	64 161	164 568	+ 165,5 %	20 407	53 032	+ 159,9 %
Essonne	51 507	134 999	+ 162,1 %	16 467	42 930	+ 160,7 %
Val-d'Oise	47 189	120 141	+ 154,6 %	14 132	34 299	+ 142,7 %
<i>Grande couronne</i>	218 726	587 903	+ 168,8 %	68 644	175 165	+ 155,2 %
Ile-de-France	598 261	1 142 344	+ 90,9 %	188 460	345 940	+ 83,6 %

Source : INSEE - projections départementales de population de 2000 à 2030 (hypothèses identiques à celles retenues plus haut pour le niveau régional).

...le reste de la région vieillit

Les autres départements de l'Ile-de-France vont connaître une croissance plus importante de leur population âgée (tableau 7).

Cette croissance va être particulièrement forte dans les départements de **grande couronne**, où selon les hypothèses retenues, l'effectif des personnes âgées de **75 ans ou plus** devrait augmenter de 170 % en trente ans, passant de 218 700 en 2000 à près de **590 000 en 2030**.

Chaque année, l'effectif des personnes âgées de 75 ans ou plus vivant dans ces quatre départements devrait augmenter de plus de 10 000 personnes (un peu moins en début de période, en raison du vieillissement des classes creuses nées pendant la première guerre mondiale qui entraîne une légère baisse de l'effectif des 85 ans ou plus entre 2000 et 2005).

Le vieillissement rapide que vont connaître les départements de grande couronne est la conséquence de leur passé démographique récent : ces départements ont accueilli un grand nombre de personnes jeunes (souvent des couples avec enfants) au cours des décennies passées. Ces arrivées de population jeune, qui ont alimenté la croissance de ces départements - et qui les font figurer aujourd'hui parmi les départements les plus jeunes de France - vont progressivement participer à leur vieillissement.

En grande couronne, c'est le département de Seine-et-Marne qui devrait connaître la plus forte augmentation de la population âgée de 75 ans ou plus : l'effectif devrait tripler d'ici 2030.

Les départements de **proche couronne** présentent une situation intermédiaire entre Paris et la grande couronne, avec une population âgée de **75 ans ou plus** en augmentation de 63 % sur les trente prochaines années, passant de 222 200 en 2000 à **361 000 en 2030**.

Là encore et pour les mêmes raisons que dans le reste de la région, le début de période (2000-2008) sera marqué par une légère baisse de l'effectif des 85 ans ou plus.

En proche couronne, la plus forte croissance du nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus devrait être observée en Seine-Saint-Denis.

Partie II :

L'offre en services et en structures d'hébergement pour personnes âgées en Ile-de-France

Cette seconde partie présente une analyse détaillée des dispositifs de prise en charge des personnes âgées en Ile-de-France et de leur évolution entre 1980 et 2001.

Elle retrace vingt ans d'évolution de l'offre régionale de prise en charge de la dépendance des personnes âgées à domicile et en établissements.

1. L'offre en services à domicile

En Ile-de-France, 92 % des personnes de 75 ans ou plus vivent à domicile, et, à ce titre, pourraient être concernées par les dispositifs concourant au maintien à domicile (cette proportion se situe légèrement au-dessus de la moyenne nationale).

Elles sont ainsi près de 600 000 à demeurer à domicile, y compris en logements-foyers au sens du dernier recensement de la population⁴.

En cas de difficultés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, le maintien de la personne âgée dans son cadre de vie n'est alors rendu possible que par l'intervention de concours extérieurs, qu'il s'agisse d'aide informelle apportée par l'entourage - et surtout la famille - ou d'aide professionnelle.

De nombreux métiers et services relèvent actuellement de cette aide professionnelle à domicile. De nature, de statuts et de modes de financement très divers, les services professionnels viennent souvent compléter une prise en charge familiale, voire s'y substituer.

Le maintien à domicile des personnes âgées repose sur deux dispositifs : les services d'aide à domicile (et principalement la prestation d'aide ménagère) et les dispositifs de soins à domicile.

⁴ INSEE - RP 1999, où les personnes vivant dans des logements-foyers sont intégrées à la population demeurant à domicile (capacité des logements-foyers en 1999 : 29 000 places).

Evolution de la prise en charge financière de l'aide ménagère et encadrement juridique des services d'aide à domicile

A sa création, en 1954, « l'aide ménagère est une prestation d'aide sociale à la charge de l'Etat attribuée sous conditions de ressources et versée en nature ou en espèces (sous forme d'une allocation représentative de services ménagers) ». A partir de 1967, se développe un financement par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), pour ses ressortissants, qui s'inscrit dans le cadre de la promotion de l'action sociale extra légale qui lui a été confiée*. Par la suite, les autres régimes de retraite et les caisses de retraite complémentaire se sont engagés sur un financement au profit de leurs ressortissants.

Les services d'aide à domicile - dont relève la prestation d'aide ménagère - ont été, depuis 1981, et surtout depuis 1987, au cœur de différentes mesures instaurées dans le cadre de la politique de l'emploi**. La loi du 31 décembre 1991*** institue un statut d' « organisme agréé de services aux personnes » pour les services d'aide à domicile. Cet agrément simple concerne les services dont l'activité est l'aide aux tâches domestiques, l'assistance aux personnes âgées ou handicapées afin de leur permettre d'effectuer les actes de la vie quotidienne et les services rendus aux familles. Il a été complété par un **agrément qualité** en 1996****, **obligatoire pour les services s'adressant à des personnes âgées (70 ans ou plus), handicapées ou dépendantes**, et à des enfants de moins de trois ans.

* En application des dispositions des Ordonnances de 1967 et du Code de la Sécurité sociale.

** cf. les services d'auxiliaires de vie créés en 1981, les mesures Séguin en 1987 (exonération de charges : loi n°87-39 du 27 janvier 1987) et les mesures Aubry en 1991 (réductions fiscales : loi n°91-1405 du 31 décembre 1991).

*** Loi n°91-1405 du 31 décembre 1991, relative à la formation professionnelle et à l'emploi.

**** Loi n°96-63 du 29 janvier 1996, en faveur du développement des emplois de services aux particuliers, et circulaire d'application du 6 août 1996.

Prise en charge financière de l'aide ménagère sous conditions

Le nombre de personnes âgées qui recourent à une aide ménagère est difficilement quantifiable. En effet toute personne peut engager une aide ménagère moyennant finances. Sous certaines conditions (administratives, médicales, de ressources), les personnes peuvent obtenir la prise en charge d'une partie ou de la totalité des frais engagés.

Cette prise en charge émane de leur département, des caisses de retraite, d'assurances et/ou de mutuelles. Suivant les organismes, ces aides sont ou ne sont pas cumulables entre elles.

- Au niveau du Département, différentes prises en charge peuvent contribuer au financement d'une aide ménagère pour les personnes de 60 ans ou plus : celle dite d'aide ménagère qui intervient dans le cadre de l'aide sociale départementale pour les personnes dont les ressources sont inférieures au minimum vieillesse, mais aussi l'Allocation compensatrice pour tierce personne* (ACTP) obtenue avant 60 ans - la tierce personne étant alors l'aide ménagère - ou la Prestation spécifique dépendance** (PSD) remplacée par l'Allocation personnalisée d'autonomie*** (APA) depuis le 1^{er} janvier 2002.

- Au niveau des caisses de retraite, la prestation d'aide ménagère servie s'inscrit dans le cadre de leur action sociale extra-légale.

* Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

** Loi n°97-60 du 24 janvier 1997.

*** Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001.

Les services d'aide à domicile : l'aide ménagère

Les services d'aide à domicile proposent toutes sortes de prestations qui ne s'adressent pas aux seules personnes âgées.

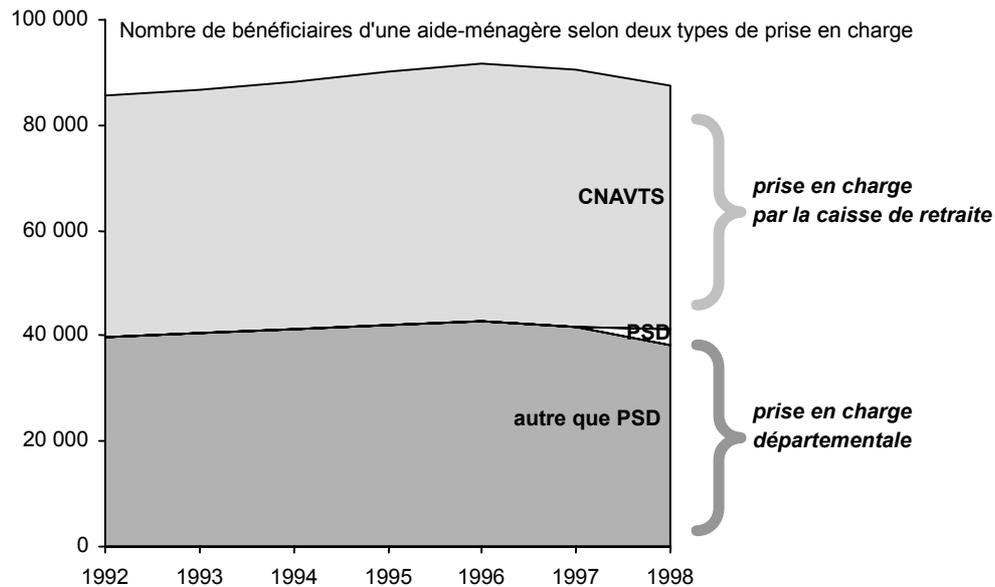
Toutefois, les personnes âgées de 60 ans ou plus, qui recourent principalement à la prestation d'aide ménagère, représentent plus de 80 %⁵ des bénéficiaires des services d'aide à domicile en France.

Selon les termes de la Convention collective des organismes d'aide ou de maintien à domicile signée en 1983⁶, la personne chargée de l'aide a pour mission d'accomplir un travail matériel, moral et social contribuant au maintien à domicile de la personne âgée, laquelle souffre généralement d'une incapacité, momentanée ou permanente, ne lui permettant pas d'accomplir seule les actes essentiels de la vie quotidienne (entretien courant du logement, courses, repassage, préparation des repas, et toutes tâches domestiques). En pratique, elle contribue souvent aux soins sommaires d'hygiène et de toilette courante de la personne dépendante. Par contre, elle ne dispense aucun acte de nature médicale, à la différence des services de soins infirmiers à domicile. Ses tâches ne se limitent pas à des travaux ménagers. L'aide ménagère doit permettre à la personne âgée de conserver son indépendance, d'entretenir des relations sociales avec l'extérieur, de rompre éventuellement son isolement. Elle peut, sans se substituer à la personne, l'assister dans ses démarches administratives.

⁵ DUTHEIL N., « Les services d'aide à domicile en 1998 et 1999 » in DREES, *Etudes et résultats*, novembre 2000.

⁶ Art.1.5 de la Convention collective des organismes d'aide ou de maintien à domicile du 11 mai 1983.

Figure 5. Evolution du nombre de Franciliens bénéficiaires de la prestation d'aide ménagère 1992-1998, selon deux types de prise en charge (*)



(*) Estimation pour l'année 1992 du nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère départementale dans le Val-de-Marne, pour l'année 1996 du nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère départementale et de l'ACTP dans les Hauts-de-Seine, et pour l'année 1998 du nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère départementale dans les Hauts-de-Seine

Sources : CNAVTS, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Exploitation ORS Ile-de-France.

A propos du désengagement de la Caisse nationale d'assurance vieillesse

« La branche retraite et la Sécurité sociale en général ont considéré depuis de nombreuses années qu'elles avaient une légitimité certaine pour jouer un rôle important dans les réponses à apporter face à la problématique de la prise en charge de la dépendance. Les évolutions récentes et, en particulier, celles liées à l'adoption de la loi du 24 janvier 1997 instaurant la Prestation spécifique dépendance ont conduit à une autre approche.

En conséquence, la branche retraite de la Sécurité sociale, qui a été pionnière grâce à sa politique d'action sociale pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, est amenée à se consacrer non plus à la prise en charge de la grande dépendance dans laquelle elle s'était investie au cours des années écoulées, mais dans la prévention de la dépendance où il y a beaucoup à faire pour le mieux-être immédiat et futur des personnes âgées. »

HERMANGE P. (Directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, Paris), « Répondre aux besoins des personnes âgées » in CFES, *Les dossiers de la Santé de l'homme*, n°32, novembre-décembre 1997, p.2.

Baisse du nombre de Franciliens bénéficiaires d'une prise en charge financière au titre de l'aide ménagère suite à la mise en place de la Prestation spécifique dépendance (PSD)

En 1998, 87 000 Franciliens ont bénéficié d'une prestation d'aide ménagère prise en charge par leur département ou par la Caisse nationale d'assurance vieillesse pour les travailleurs salariés (CNAVTS) relevant du régime général en Ile-de-France.

L'évolution de ce nombre entre 1992 (année des premiers agréments de services aux personnes) et 1998 est caractérisée par deux périodes distinctes (figure 5) :

- une progression régulière d'environ 1 500 bénéficiaires de plus par an entre 1992 et 1996,
- suivie d'une légère diminution à partir de 1997.

Cette baisse est consécutive à la mise en place d'une prestation départementale spécifique pour la prise en charge de la dépendance (PSD) en janvier 1997, qui est attribuée à toute personne de 60 ans ou plus, sous conditions strictes, notamment de ressources et de dépendance lourde (classement en GIR⁷ 1, 2, ou 3).

De fait, certains anciens bénéficiaires d'une aide financière départementale - faute de satisfaire aux conditions exigées - se sont retrouvés démunis de toute prise en charge départementale. Quant à la baisse du nombre de bénéficiaires d'une prise en charge par la CNAVTS, elle traduit un certain désengagement de la branche retraite du régime général d'une action sociale qu'elle garantissait depuis 1970 : à l'inverse du régime spécial des mines, la CNAVTS ne verse plus aucune participation à ses affiliés qui peuvent prétendre à la PSD depuis 1998.

La baisse du nombre de bénéficiaires d'une prise en charge départementale ou d'une prise en charge par la CNAVTS au titre de l'aide ménagère n'a été que partiellement compensée par le nombre de bénéficiaires de la nouvelle prestation (PSD) : le nombre de bénéficiaires a globalement diminué de 4,7 % entre 1996 et 1998. Il est ainsi revenu à son niveau des années 1993-1994.

⁷ cf. annexe n°1 : « AGGIR, GIR et GMP ».

Les différents cadres juridiques pour employer une aide ménagère

Les personnes désirant recourir à une aide ménagère peuvent s'adresser aux organismes de services aux personnes dans deux cadres juridiques différents :

- d'une part le cadre prestataire, où le demandeur bénéficie d'une aide ménagère employée par le service auquel il s'est adressé ; le demandeur n'est donc pas l'employeur de l'aide ménagère ; l'intervention est facturée par le service au demandeur qui bénéficie, dans la plupart des cas, d'une prise en charge financière départementale ou d'une caisse de retraite, etc. ;

- d'autre part le cadre mandataire, où la personne demande à un service de recruter - à sa place - l'aide ménagère qui interviendra à son domicile ; le service prend en charge - en contrepartie de frais de gestion - les formalités administratives d'emploi et d'encadrement de l'aide ménagère ; le demandeur est l'employeur de l'aide ménagère.

Rappelons qu'il existe un autre mode de recrutement, le gré à gré, où le demandeur recrute et emploie directement l'aide ménagère sans passer par l'intermédiaire d'un service professionnel.

Des aides ménagères peu formées à la prise en charge de la dépendance

Aucune formation n'est exigée pour exercer la profession d'aide à domicile.

Il existe toutefois, depuis 1988, un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile* (CAFAD), réservé aux personnes exerçant déjà des fonctions dans un service d'aide à domicile. Ces « généralistes » de l'aide à domicile valident trois unités de formation : techniques de la vie quotidienne, connaissances des personnes aidées à domicile, aide à domicile et accompagnement.

En 1999, la proportion des aides à domicile titulaires du CAFAD est de 9 % au niveau national.**

Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité a lancé en mai 2000 des travaux en vue de la création d'une filière des formations d'aide à domicile. Le comité de pilotage du ministère a d'abord mis au point un référentiel métier comprenant le cadre de l'intervention professionnelle et la description des activités clés de l'intervenant d'aide à domicile désigné jusqu'alors sous les vocables d'« aide à domicile, aide ménagère, auxiliaire de vie, auxiliaire familiale ».

* Arrêté du 30 novembre 1988.

** DUTHEIL N., « Les services d'aide à domicile en 1998 et 1999 » in DREES, *Etudes et résultats*, n°91, novembre 2000.

Plus de 400 services d'aide ménagère prestataires franciliens

Compte-tenu des évolutions qui sont venues affecter les services d'aide à domicile depuis vingt ans et dans l'état des informations disponibles, il paraît difficile de chiffrer la progression du nombre de services proposant la prestation d'aide ménagère entre 1980 et 2002.

En 2002, à la demande du Conseil régional et de la Préfecture de région, l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France a réalisé une enquête auprès des services d'aide à domicile franciliens. Ce recensement a porté sur tous les services qui proposent des aides ménagères dans un cadre prestataire⁸, et qui sont conventionnés par la CNAVTS et/ou leur département.

Rappelons qu'en Ile-de-France, le régime général - dont les prestations vieillesse sont servies par la CNAVTS - représente 91 %⁹ de la population protégée (84,1 % pour la France au 31 décembre 2000).

De plus, près des deux tiers¹⁰ des Français bénéficiaires d'une prise en charge financière au titre de l'aide ménagère en 1998 l'ont été dans le cadre d'une activité prestataire.

426 services prestataires d'aide ménagère conventionnés par la CNAVTS et/ou leur département ont ainsi été recensés et enquêtés dans la région.

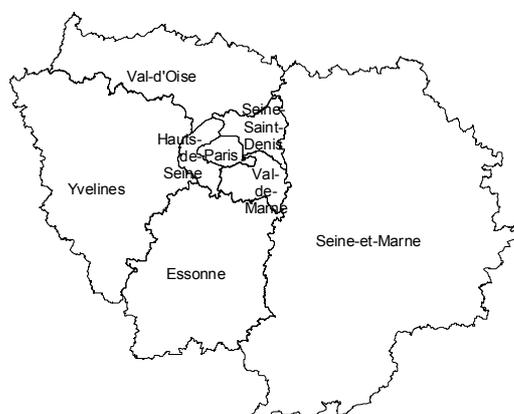
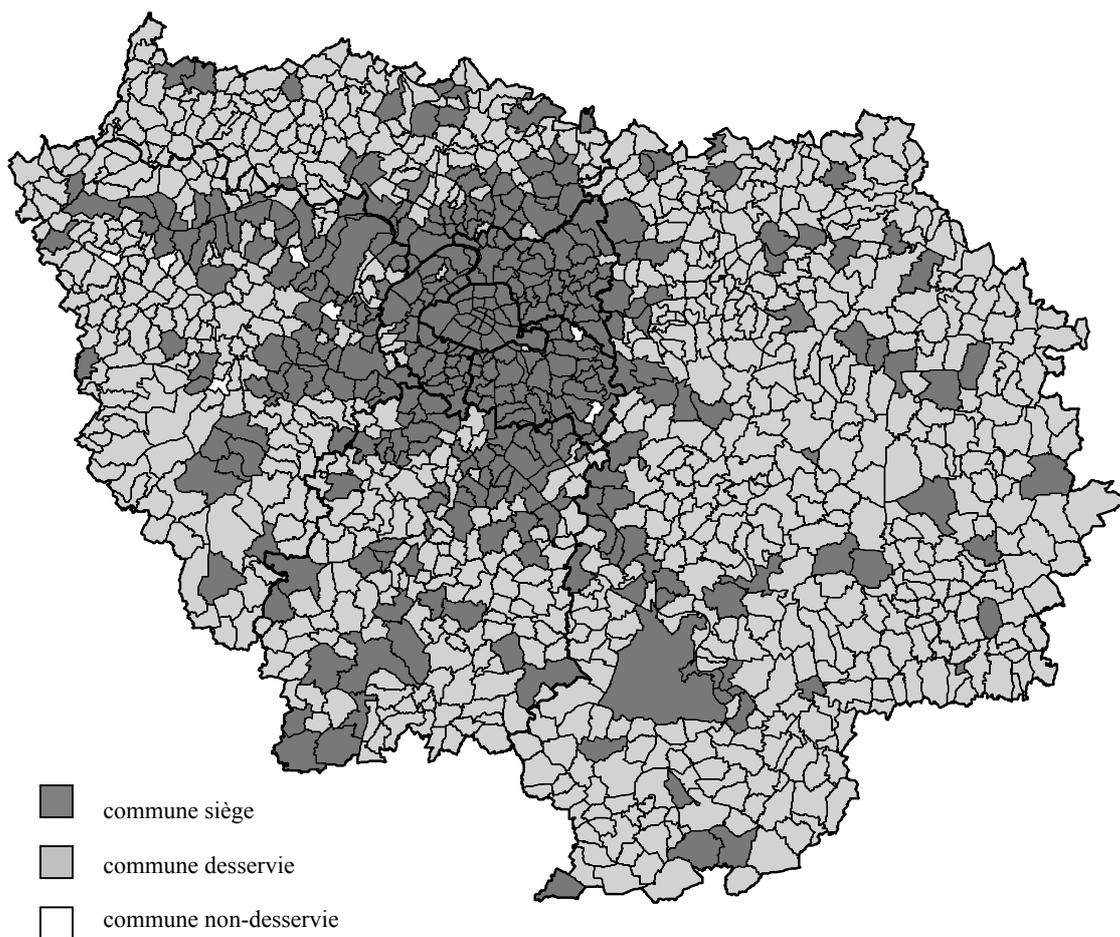
Leurs principales caractéristiques sont présentées dans les pages qui suivent.

⁸ Ce recensement a donné lieu à la publication d'un « Guide des services de soins et d'aide à domicile pour personnes âgées », ORS Ile-de-France, 2002.

⁹ « La population protégée par les régimes de Sécurité sociale » in CNAMTS, *Dossier études et statistiques*, n°53, mai 2002.

¹⁰ DUTHEIL N., « Les services d'aide à domicile en 1998 et 1999 » in DREES, *Etudes et résultats*, n°91, novembre 2000.

Carte 1. Les services prestataires d'aide ménagère conventionnés par la CNAVTS et/ou leur Département en Ile-de-France en 2002 (*)



(*) ou arrondissements pour Paris.

Source : ORS Ile-de-France.

99,5 % des communes franciliennes desservies

La première condition pour pouvoir bénéficier d'une prestation d'aide ménagère est qu'un service intervienne sur sa commune de résidence. En effet, chaque service d'aide ménagère se caractérise par une zone d'intervention géographique. Rappelons que la zone d'intervention géographique n'est pas réglementée pour les services d'aide à domicile, contrairement à celle des services de soins infirmiers à domicile¹¹, inscrite dans leur arrêté de création.

En 2002, les 426 services prestataires d'aide ménagère franciliens conventionnés par la CNAVTS et/ou leur Département d'implantation sont répartis sur 376 communes.

Les 20 arrondissements parisiens, 113 communes de proche couronne et 243 communes de grande couronne disposent d'un ou plusieurs services d'aide à domicile (carte 1).

Si l'on considère la zone d'intervention de chacun, alors la quasi-totalité des communes franciliennes est desservie par un ou plusieurs de ces services. Seules sept communes ne sont pas encore desservies : cinq dans les Yvelines et deux dans le Val-de-Marne (tableau 8).

Toutefois, les zones d'intervention de certains services semblent particulièrement étendues : c'est notamment le cas de trois services de grande couronne dont la zone d'intervention déclarée recouvre l'ensemble d'un département, voire deux.

Tableau 8. Répartition des communes franciliennes d'implantation des services prestataires d'aide ménagère conventionnés par la CNAVTS et/ou leur département et des communes franciliennes non-desservies en 2002

	Nombre de communes* dans le département	Nombre de communes* sièges d'un service d'aide à domicile	Nombre de communes* non-desservies
<i>Paris</i>	20	20	0
Hauts-de-Seine	36	31	0
Seine-Saint-Denis	40	39	0
Val-de-Marne	47	43	2
<i>Proche couronne</i>	123	113	2
Seine-et-Marne	514	65	0
Yvelines	262	72	5
Essonne	196	61	0
Val-d'Oise	185	45	0
<i>Grande couronne</i>	1157	243	5
Ile-de-France	1300	376	7

* ou arrondissements pour Paris.

Source : ORS Ile-de-France.

¹¹ Les services de soins infirmiers à domicile sont l'objet du chapitre suivant.

Figure 6. Répartition des services prestataires d'aide ménagère conventionnés par la CNAVTS et/ou leur département selon le nombre d'employés en équivalent temps plein (*)

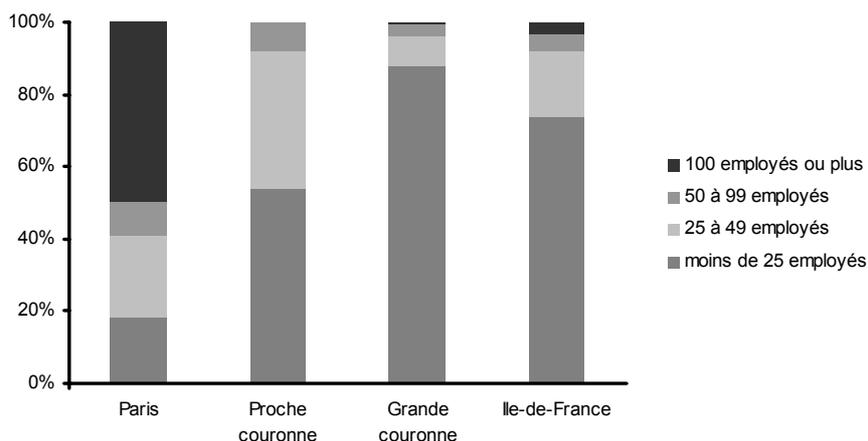
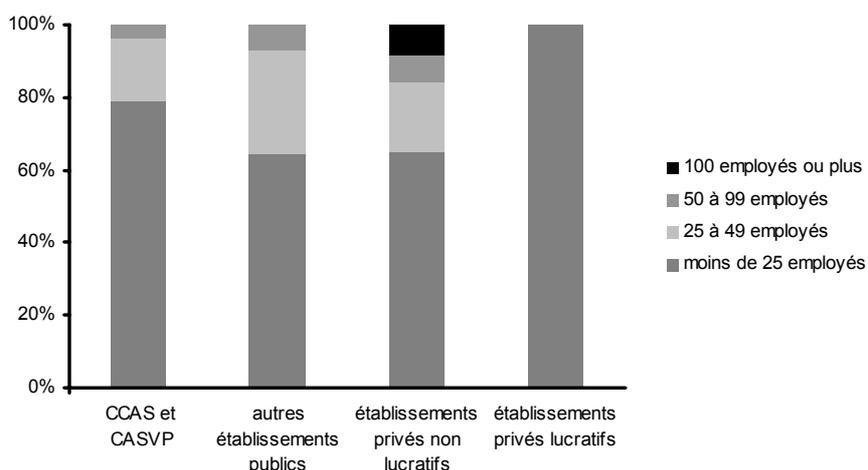


Figure 7. Statut juridique des services prestataires d'aide ménagère conventionnés par la CNAVTS et/ou leur département selon le nombre d'employés en équivalent temps plein (*) ()**



(*) Ces résultats sont obtenus à partir des 379 questionnaires exploitables (89 % des services interrogés).

(**) Les établissements publics sont gérés par les Centres communaux d'action sociale, le Centre d'action sociale de la Ville de Paris, les services municipaux, les communautés de communes, les syndicats intercommunaux, etc. Les établissements privés à but non lucratif comprennent les associations loi de 1901 et d'autres organismes (Croix-Rouge Française, fondations, etc.).

Source : ORS Ile-de-France.

Une majorité de petits services prestataires

Les services prestataires d'aide ménagère sont majoritairement de petite taille : **près des trois-quarts déclarent employer moins de 25 personnes en équivalent temps plein**, un quart de une à cinq.

Cependant, de fortes disparités départementales sont observées entre le centre francilien qui concentre les plus grands services et la périphérie où plus de 85 % des services emploient moins de 25 personnes (figure 6).

- La moitié des services parisiens déclarent employer chacun 100 personnes ou plus (et deux cents personnes ou plus pour six d'entre eux).
- Dans les Hauts-de-Seine et en Seine-Saint-Denis, la proportion entre services de moins de 25 employés et services de 25 employés ou plus est équivalente.
- La grande couronne rassemble une majorité de services de moins de 25 employés, et ce particulièrement en Seine-et-Marne où plus de 89 % des services déclarent employer moins de 25 personnes en équivalent temps plein.

Les trois services de grande couronne couvrant un ou deux départements déclarent employer respectivement sept, vingt et trente-cinq personnes.

Les services prestataires d'aide ménagère se distinguent aussi par leur statut juridique (figure 7).

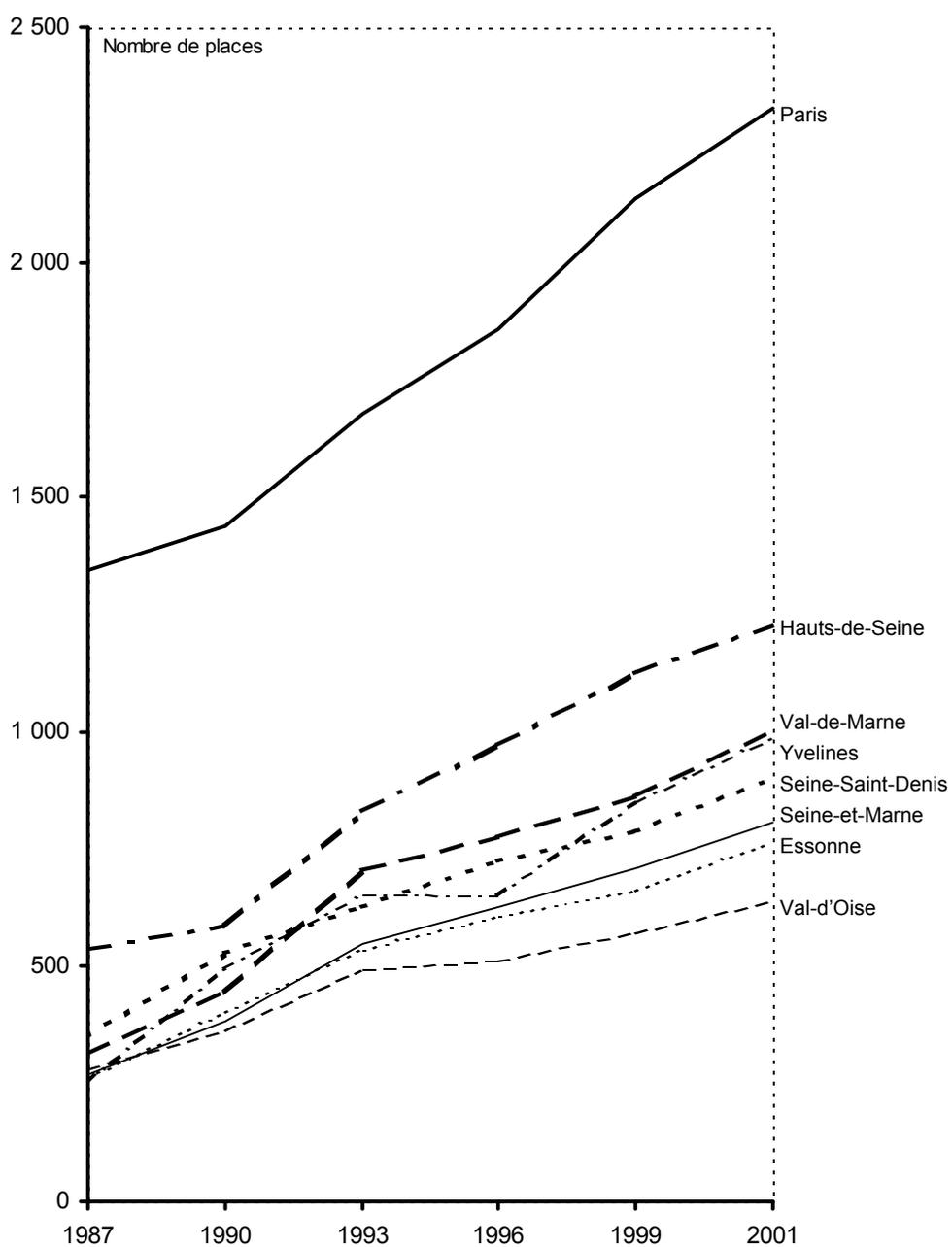
- Le secteur public prédomine : les Centres communaux d'action sociale gèrent à eux seuls 57,5 % de l'ensemble des services. Près de 80 % d'entre eux déclarent employer moins de 25 personnes (31,2 % de 10 à 25 personnes). Trois services dépendent du Centre d'action sociale de la Ville de Paris.
- 38,3 % des services sont rattachés à des établissements privés à but non lucratif, notamment les centres de la Croix-Rouge Française et tous les services employant 100 personnes ou plus.
- Les services relevant du secteur public à but lucratif sont minoritaires et emploient moins de 25 personnes.

Les services de soins infirmiers à domicile

Les dispositifs de soins jouent un rôle essentiel pour assurer les soins indispensables au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes.

Ce chapitre, consacré aux services de soins infirmiers à domicile, s'est appuyé notamment sur les résultats de l'enquête effectuée par l'Observatoire régional de santé auprès des services de soins infirmiers à domicile en 2002, ainsi que sur la recherche action « Recours aux services de soins infirmiers à domicile franciliens » menée par l'UFASSAD, l'URHIF, l'URIOPSS et la FEHAP Ile-de-France entre 1999 et 2000.

Graphique 2. Evolution des capacités en services de soins infirmiers à domicile



Sources : ORS Ile-de-France, CRAM Ile-de-France.

Capacité d'accueil : forte disparité entre Paris et les autres départements

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), désormais dénommés services de soins à domicile, ont été créés en 1978¹². Ils appartiennent à la catégorie des services sociaux et médico-sociaux et relèvent de la compétence de l'Etat. Précisée par décret en 1981¹³, leur création ou extension est soumise à l'accord du Préfet, après avis du Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS).

Les services de soins infirmiers à domicile délivrent, sur prescription médicale, aux personnes malades ou dépendantes, les soins infirmiers médico-techniques ou d'hygiène assurés par des professionnels infirmiers et aides-soignants, ou d'autres soins relevant d'autres auxiliaires médicaux (pédicure par exemple).

Ils permettent d'éviter l'hospitalisation des personnes âgées lors de la phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile, de faciliter le retour à domicile après une hospitalisation et de prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état des personnes ou leur institutionnalisation.

L'Ile-de-France compte 8 650 places en SSIAD (167 services) en 2001, contre 3 618 (97 services) en 1987 (graphique 2).

La capacité francilienne a ainsi été multipliée par 2,4 en quatorze ans.

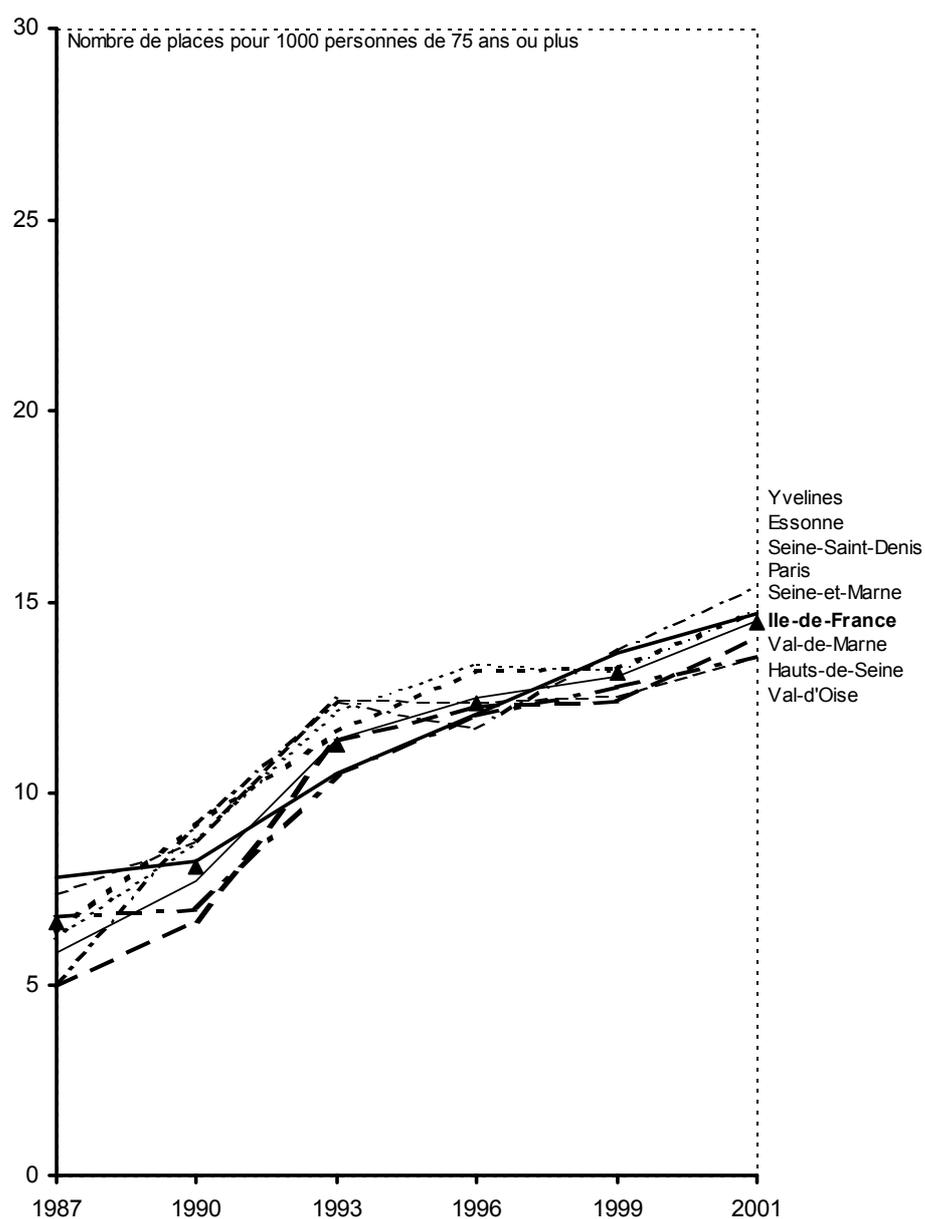
C'est la périphérie qui a le plus profité de ce développement, puisque les capacités ont triplé dans trois départements de grande couronne sauf dans le Val-d'Oise.

En proche couronne, elles ont été multipliées par 2,6, et à Paris par 1,7.

¹² Loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 modifiant et complétant la loi n°75-535 du 30 juin 1975 et la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970.

¹³ Décret n°81-88 du 8 mai 1981 et circulaire n°81-8 du 1er octobre 1981.

Graphique 3. Evolution des taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile (*)



(*) Nombre de places en services de soins infirmiers à domicile rapporté à la population âgée de 75 ans ou plus.

Sources : ORS Ile-de-France, CRAM Ile-de-France, INSEE.

Progression régulière du taux d'équipement francilien entre 1987 et 2001

La création de places nouvelles a permis une augmentation sensible du taux d'équipement régional entre 1987 et 2001, sans toutefois rattraper le niveau national (graphique 3).

En effet, avec un **taux d'équipement moyen de 14,4 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus au 31 décembre 2001**, la région Ile-de-France reste en deçà du taux national (15,6 places au 1^{er} janvier 2001¹⁴).

L'offre est bien répartie dans la région, puisque les taux varient de 13,6 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus (Val-d'Oise) à 15,4 (Yvelines).

Mis à part la Seine-Saint-Denis, les départements de proche couronne ont un taux inférieur au taux régional.

En revanche, Paris et les départements de grande couronne, sauf le Val-d'Oise, ont un taux d'équipement plus élevé.

¹⁴ « Accueil des personnes âgées. Etablissements, services et lits ou places installés au 1^{er} janvier 2001 - Taux d'équipement », in DRASS/DREES, *STATISS 2002 Les régions françaises*, juin 2002, pp.36-37.

Tableau 9. Répartition des communes franciliennes d'implantation des services de soins infirmiers à domicile, des autres communes franciliennes desservies, des communes franciliennes non-desservies en 2001, et rapprochement avec la population des 75 ans ou plus

	Nombre de communes* dans le département	Population des 75 ans ou plus	Nombre de communes* d'implantation	Nombre d'autres communes* desservies	Population des 75 ans ou plus concernée et part en %	Nombre de communes* non-desservies			
						jusqu'à 100 habitants de 75 ans ou plus	de 101 à 500 habitants de 75 ans ou plus	de plus de 500 habitants de 75 ans ou plus	
<i>Paris</i>	20	168 544	15	5	168 544	100 %	0	0	0
Hauts-de-Seine	36	95 564	26	9	93 168	97,5 %	0	0	1
Seine-Saint-Denis	40	65 126	24	8	54 108	83,1 %	0	2	6
Val-de-Marne	47	75 696	16	30	75 300	99,5 %	0	1	0
<i>Proche couronne</i>	123	236 386	66	47	222 576	94,2 %	0	3	7
Seine-et-Marne	514	59 093	19	459	56 360	95,4 %	30	6	0
Yvelines	262	67 606	23	216	62 275	92,1 %	16	4	3
Essonne	196	54 408	19	134	48 668	89,5 %	31	8	4
Val-d'Oise	185	49 955	12	156	48 115	96,3 %	15	1	1
<i>Grande couronne</i>	1157	231 062	73	965	215 418	93,2 %	92	19	8
Ile-de-France	1300	635 992	154	1017	606 538	95,4 %	92	22	15

* ou arrondissements pour Paris.

Sources : ORS Ile-de-France, INSEE - RP 1999.

90 % des communes franciliennes desservies par un SSIAD

*L'autorisation de création d'un SSIAD comprend le nombre de places autorisées, au regard des besoins estimés **sur l'aire géographique sur laquelle le service est autorisé à intervenir**. Ainsi, à chaque service correspond une zone géographique déterminée, inscrite dans l'arrêté de création. Cette zone comprend en général le lieu d'implantation du service auquel peuvent être rattachées quelques communes environnantes.*

Les 167 services franciliens recensés en 2001 sont implantés dans 154 communes différentes et interviennent sur 1017 communes environnantes.

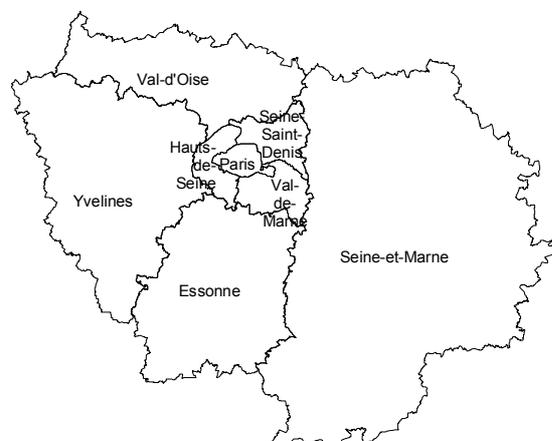
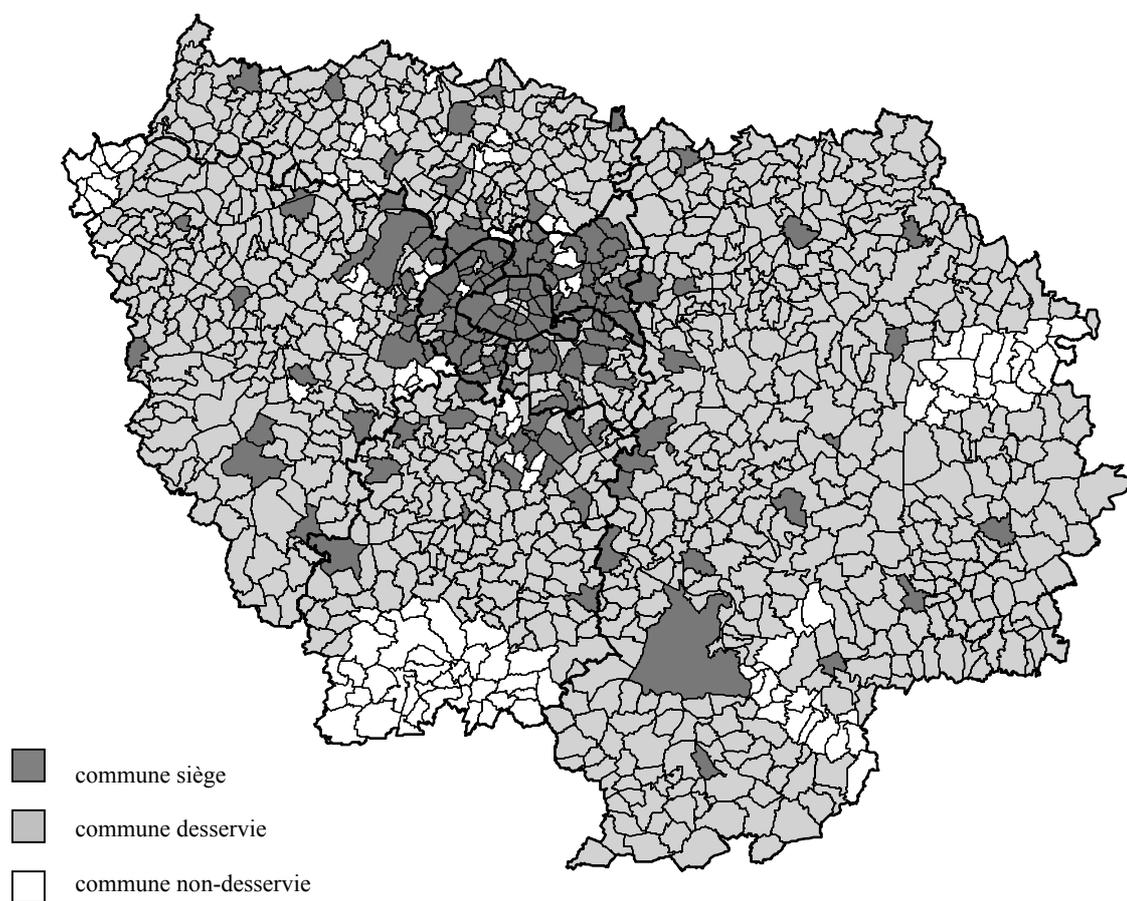
Ainsi, 129 communes franciliennes ne sont pas encore desservies par un service d'aide ménagère, parmi lesquelles 71,3 % comptent au plus 100 habitants de 75 ans ou plus, et 11,6 % plus de 500 (tableau 9).

Les 1171 communes franciliennes où peuvent intervenir les SSIAD rassemblent 95 % de la population francilienne âgée de 75 ans ou plus.

Ces Franciliens ont donc la possibilité de recourir à ce type de service, sous réserve de places disponibles au niveau du SSIAD concerné.

Un peu moins de 5 % de la population francilienne âgée de 75 ans ou plus habite une commune qui n'est pas desservie par un SSIAD francilien.

Carte 2. Les services de soins infirmiers à domicile en Ile-de-France en 2001 (*)



(*) ou arrondissements pour Paris.

Source : ORS Ile-de-France.

La situation se présente différemment selon les départements.

A Paris, l'ensemble des arrondissements est desservi (carte 2).

Cet objectif n'est pas loin d'être atteint en proche couronne.

Dans les Hauts-de-Seine, seuls l'Est et le Sud de la commune de Puteaux ne sont pas desservis.

Huit communes ne le sont pas encore en Seine-Saint-Denis, parmi lesquelles six recensent entre 1 200 et 3 300 habitants de 75 ans ou plus¹⁵. Rappelons qu'il s'agit d'un département où existent des centres de santé municipaux très actifs, qui mettent en place des SSIAD.

Dans le Val-de-Marne, seule la commune d'Ablon-sur-Seine (396 habitants de 75 ans ou plus) n'est pas incluse dans le périmètre d'action d'un service.

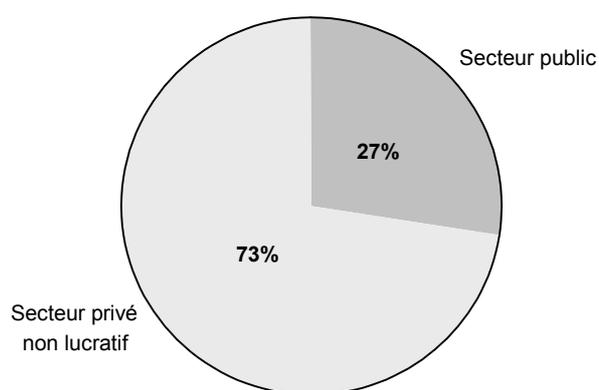
En grande couronne, le maillage complet reste un objectif à plus long terme - 92 % des communes non-desservies sont en grande couronne - et ce notamment pour les parties Est et Sud de Seine-et-Marne, le nord des Yvelines et le Sud de l'Essonne.

Ce sont les zones rurales, où les déplacements sont plus longs, qui sont les moins bien desservies. Un service implanté dans de telles zones doit rassembler obligatoirement un grand nombre de communes, voire plusieurs cantons, ce qui rend nécessaire une phase de négociation souvent assez longue.

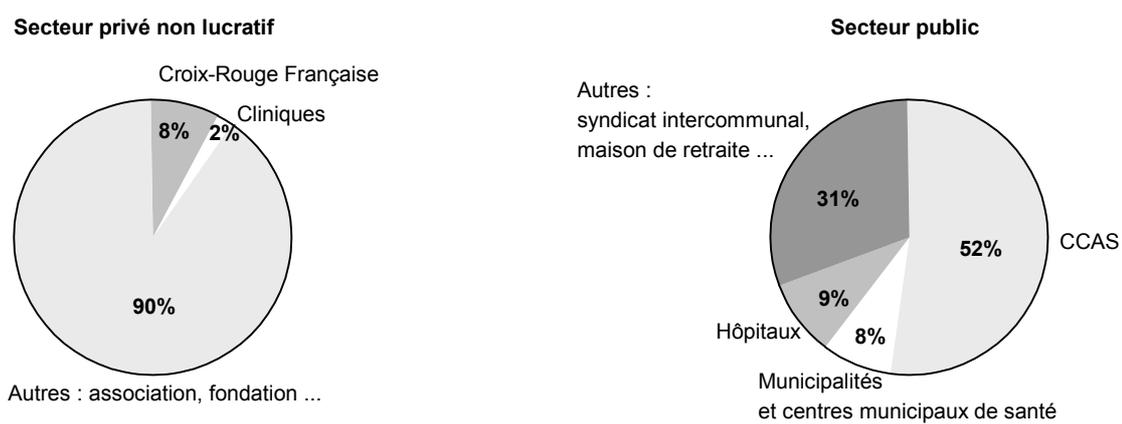
¹⁵ INSEE - RP 1999.

Les services de soins infirmiers à domicile en Ile-de-France en 2001

- Figure 8. Les secteurs d'activité



- Figure 9. Les gestionnaires par secteur d'activité



Source : ORS Ile-de-France.

Le secteur associatif majoritaire

En 2001, plus des deux tiers de l'offre francilienne en services de soins infirmiers à domicile est gérée par le secteur privé à but non lucratif (figure 8). Il s'agit essentiellement d'associations (figure 9).

Quant aux services de soins infirmiers publics, ils dépendent principalement de Centres communaux d'action sociale.

Les disparités départementales sont importantes.

A Paris, 99,6 % des capacités en SSIAD relèvent de structures privées à but non lucratif.

En proche couronne, le secteur public - avec 45,5 % des capacités en SSIAD - est proche du secteur privé non lucratif.

Si les Centres communaux d'action sociale gèrent la moitié des capacités en SSIAD du secteur public (52 %), la part des municipalités et centres municipaux de santé n'est pas négligeable (13 %). Elle reflète surtout l'engagement des centres municipaux de santé de Seine-Saint-Denis, qui à eux seuls représentent 9 % des capacités en SSIAD publics de proche couronne.

La Croix-Rouge Française, organisme privé à but non lucratif, n'est présente que dans les Hauts-de-Seine, où sept antennes rassemblent 15,7 % des capacités en SSIAD privés non lucratifs de proche couronne.

Le secteur privé non lucratif est majoritaire en grande couronne avec 70,7 % des capacités en SSIAD. De 78 % à 94 % en Essonne, dans le Val-d'Oise et en Seine-et-Marne, il ne représente néanmoins que 36 % des capacités en SSIAD dans les Yvelines.

En effet, outre les entités juridiques traditionnelles évoquées précédemment, d'autres, tels les hôpitaux publics ou privés, sont aussi autorisés à dispenser des soins à domicile, en marge des libéraux. Or dans le département des Yvelines, quatre SSIAD - dépendant de centres hospitaliers publics - se partagent plus de 18 % des capacités en SSIAD départementales.

A noter enfin, au sein du secteur privé non lucratif, la présence de sept antennes de la Croix-Rouge Française (quatre en Seine-et-Marne) qui regroupent 7,2 % des capacités en SSIAD privés non lucratifs de grande couronne.

Figure 10. Répartition des services de soins infirmiers à domicile selon le nombre de soignants salariés (infirmières et aides-soignantes confondues) en équivalent temps plein (*) ()**

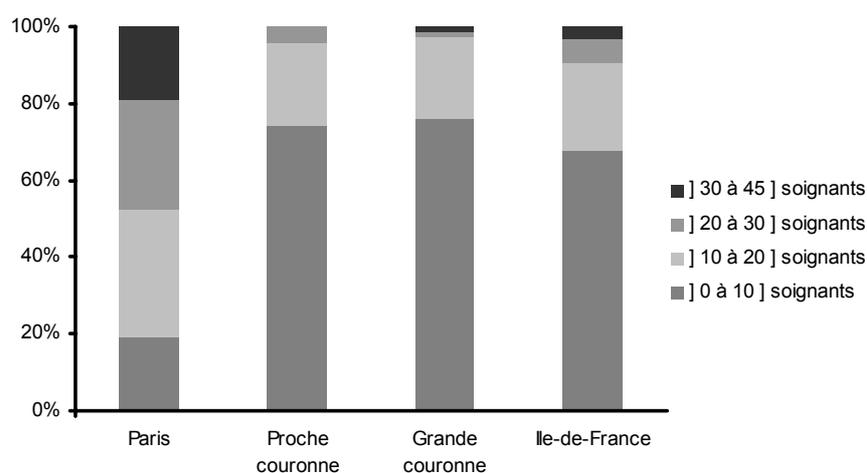


Tableau 10. Répartition des services de soins infirmiers à domicile selon deux types de soignants, en fonction de leur nombre en équivalent temps plein (ETP) (*)

nombre de SSIAD		selon le nombre d'aides-soignants en ETP						
		aucune	] 0-5 ]	] 5-10 ]	] 10-20 ]	] 20-30 ]	] 30-40]	total
selon le nombre d'infirmières (**) en ETP	aucune	0	27	15	1	0	0	43
	] 0-5]	0	27	54	22	1	0	104
	] 5-10]	0	0	4	5	2	1	12
	] 10-20]	0	0	0	1	2	0	3
	total	0	54	73	29	5	1	162

(*) Ces résultats sont obtenus à partir des 162 questionnaires exploitables (97 % des services interrogés).

(**) Ces résultats, qui s'appuient sur les déclarations des SSIAD lors de l'enquête effectuée par l'Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France en 2002, ne tiennent pas compte du nombre, en équivalent temps plein, d'infirmières chargées de la coordination du SSIAD. Le personnel soignant considéré est ainsi composé du nombre, en équivalent temps plein, d'infirmières qui dispensent effectivement des soins à domicile ainsi que de celui des aides-soignantes.

Source : ORS Ile-de-France.

Une majorité de petits services de soins infirmiers à domicile

Les soins servis par les services de soins infirmiers à domicile sont assurés par l'intermédiaire d'un personnel diplômé.

Il s'agit essentiellement d'infirmières et d'aides-soignantes¹⁶.

En ce qui concerne le personnel qui dispense les soins à domicile, les SSIAD sont majoritairement de petite taille : **plus des deux tiers déclarent employer, au maximum, dix soignants salariés en équivalent temps plein.**

Cependant de fortes disparités départementales sont observées entre Paris et les autres départements franciliens (figure 10).

Paris concentre les plus grands services : plus de 80 % d'entre eux déclarent employer chacun plus de dix soignants (et plus de trente pour quatre services parisiens).

En proche couronne comme en grande couronne, ce sont les services employant dix soignants au plus qui sont majoritaires - trois sur quatre environ -. Moins de 5 % en emploient plus de vingt.

En ce qui concerne le nombre d'infirmières intervenant à domicile en équivalent temps plein (tableau 10), plus d'un quart des SSIAD déclarent ne pas en employer à cet effet exclusif (même s'ils disposent d'infirmière coordinatrice). Ils ont recours aux aides-soignantes pour dispenser les soins : plus de six sur dix en emploient cinq au plus et un seul plus de dix.

Près des deux tiers (64 %) des SSIAD emploient cinq infirmières au maximum avec, en moyenne, huit aides-soignantes.

Seuls 2 % des services emploient plus de dix infirmières avec, en moyenne, vingt-deux aides-soignantes.

¹⁶ « En France, 90 % des aides-soignants sont des femmes ». ROUMIGUIERES E., « 330 000 aides-soignants en 1999 » in DREES, *Etudes et Résultats*, n°54, mars 2000.

Tableau 11. SSIAD - degré de professionnalisation du personnel soignant en 2001

	Ratio des infirmières* employées dans les SSIAD en équivalent temps plein	Ratio des aides-soignantes* employées dans les SSIAD en équivalent temps plein
<i>Paris</i>	29,8 %	70,2 %
Hauts-de-Seine	29,7 %	70,3 %
Seine-Saint-Denis	29,2 %	70,8 %
Val-de-Marne	28,8 %	71,2 %
<i>Proche couronne</i>	29,2 %	70,8 %
Seine-et-Marne	28,6 %	71,4 %
Yvelines	28,3 %	71,7 %
Essonne	27,2 %	72,8 %
Val-d'Oise	26,4 %	73,6 %
<i>Grande couronne</i>	27,6 %	72,3 %
Ile-de-France	28,6 %	71,4 %

* Ces ratios, qui s'appuient sur les déclarations des SSIAD lors de l'enquête effectuée par l'Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France en 2002, ne tiennent pas compte du nombre, en équivalent temps plein, d'infirmières chargées de la coordination du SSIAD. Le personnel soignant considéré est ainsi composé du nombre, en équivalent temps plein, d'infirmières qui dispensent effectivement des soins à domicile ainsi que de celui des aides-soignantes.

Source : ORS Ile-de-France.

71 % des SSIAD ont recours au secteur libéral pour compléter leur personnel soignant

L'infirmière libérale peut intervenir à plusieurs niveaux pour l'aide à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, dans le cadre libéral de son exercice, mais aussi dans le cadre d'une convention avec un SSIAD. En effet, en cas d'absence d'infirmières salariées ou de difficultés de recrutement, certains SSIAD passent convention avec le secteur libéral.

En 2001, 70,9 % des SSIAD franciliens déclarent avoir conclu de telles conventions.

Des soins dispensés majoritairement par des aides-soignantes

« **La toilette est toujours la grande porte d'entrée dans la dépendance.** »¹⁷ La demande pour la toilette et l'habillage est omniprésente. Elle ressort de besoins divers : présentation de soi pour les sorties, vie au domicile avec une aide, incapacité à se lever et s'habiller, dépendance physique totale.

D'après l'enquête HID, le besoin d'aide à la toilette touche 71 % des Français dépendants de 60 ans ou plus vivant à domicile. Et en 1999¹⁸, 94 % des demandes franciliennes concernent des soins de toilette.

Or, cet acte apparemment simple est à l'origine d'un débat quant aux professionnels compétents pour l'assurer. Aucune homogénéité n'existe dans les pratiques.

De fait, à l'heure actuelle, les toilettes des personnes dépendantes sont réalisées par des infirmières libérales avec une facturation à l'acte auprès de l'assurance maladie, par des infirmières libérales ou salariées dans le cadre de SSIAD ou d'hospitalisation à domicile, par des aides-soignantes dans le même cadre, mais aussi par des aides à domicile, des auxiliaires de vie ou des assistantes de vie dans le cadre prestataire ou mandataire.

Le décret du 26 mars 2002¹⁹ prévoit que toute aide à domicile - nouvellement dénommée auxiliaire de vie sociale - « pourra faire seule la toilette, seulement si cette dernière est assimilée à un acte de la vie quotidienne et n'a fait l'objet d'aucune prescription médicale - mais, par principe, cet acte demeure de la compétence de l'infirmière ».

Afin de mieux apprécier le degré de professionnalisation des SSIAD franciliens, le nombre d'infirmières employées en équivalent temps plein (hors infirmière coordinatrice) a été rapproché du nombre d'aides-soignantes salariées en équivalent temps plein (tableau 11). Le rôle des aides-soignantes apparaît comme prépondérant puisqu'elles représentent **71,4 % du personnel soignant**. Ainsi, face à une population âgée en fort besoin de toilette, l'exécution de cet acte échoit en grande partie aux aides-soignantes au niveau des services de soins infirmiers à domicile.

¹⁷ LAROQUE G., « La toilette des personnes âgées dépendantes » in *Gérontologie et société*, n°89, juin 1999.

¹⁸ « Recours aux Services de Soins Infirmiers à Domicile Franciliens », UFASSAD, URHIF, URIOPSS et FEHAP Ile-de-France, octobre 2001.

¹⁹ Décret n°2002-410 et arrêté du 26 mars 2002.

Quatre fois plus de demandeurs que de places disponibles²⁰

En Ile-de-France, une étude de la DRASS réalisée en 1996 auprès des bénéficiaires de soins infirmiers à domicile, permet de situer à plus de deux ans la durée moyenne de prise en charge²¹.

Compte-tenu de cette durée, la capacité « disponible » en SSIAD, en 2000, peut être estimée à un peu plus de 4 000. Ce chiffre est à rapprocher du nombre estimé de demandeurs franciliens pour cette même année : environ 16 000. Ainsi, une demande a une chance sur quatre d'être satisfaite.

Près de 4 500 demandes ont été acceptées en 2000, ce qui représente un taux d'acceptation de 28 %. **Deux tiers des refus sont motivés par l'absence de places dans le service.** Une orientation est proposée à plus de 80 % des refusés, le plus souvent vers l'aide à domicile et le secteur infirmier libéral.

L'effectif de la population faisant appel aux SSIAD est de fait largement supérieur à l'effectif accepté. C'est pourquoi la notion de fréquentation des SSIAD ne peut être assimilée aux seules demandes de prise en charge : à l'heure actuelle, **recevoir et ré-orienter constitue le principal mode de traitement de la demande.** Sachant que « l'allongement de la durée de prise en charge dans des services pleinement occupés a pour effet de limiter les possibilités d'accueil de nouvelles personnes âgées dépendantes, alors qu'il existe une demande forte de nouvelles prises en charge »²², le phénomène ne peut que s'accroître.

²⁰ « Recours aux Services de Soins Infirmiers à Domicile Franciliens », UFASSAD, URHIF, URIOPSS et FEHAP Ile-de-France, octobre 2001.

²¹ Cette durée étant calculée depuis la première entrée. Dans le détail, 38 % des patients sont pris en charge depuis moins d'un an, 23 % depuis un à moins de deux ans, 14 % depuis deux à trois ans et 16 % depuis quatre ans ou plus.

²² DREES. Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2000. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, La Documentation Française, 2001, p. 136.

Un tiers des demandeurs sont très dépendants²³

En 2000, près de 95 % des demandeurs franciliens ont plus de 60 ans et près de 80 % plus de 75 ans. L'âge moyen des personnes recourant aux SSIAD est de 80-82 ans pour les hommes, 84-85 ans pour les femmes. Face à cette population très âgée, se pose la question de leur niveau d'incapacité.

Avant toute mise en œuvre, l'infirmière coordinatrice du SSIAD se rend au domicile de la personne afin de déterminer un plan de soins infirmiers, indispensable pour la prise en charge par les caisses de Sécurité sociale. Celui-ci décrit non seulement les besoins fondamentaux non-satisfaits de la personne et les solutions proposées pour y faire face, mais aussi l'évaluation globale de l'autonomie de la personne - où se retrouvent les éléments essentiels de la grille AGGIR -.

Ainsi, l'incapacité est décrite à partir d'une grille de huit items évaluant les difficultés rencontrées par les personnes pour réaliser les actes de la vie quotidienne : assure sa toilette corporelle / s'habille / mange ses repas préparés / assure l'hygiène liée à l'élimination / se lève, se couche, s'assoit / se déplace à l'intérieur du domicile / se déplace à l'extérieur / prépare ses repas.

Parmi les demandeurs franciliens, quatre profils d'incapacité se rencontraient en 1999 :

- **13 % des personnes présentent une dépendance physique totale (les huit actes considérés sont irréalisables) ;**
- **20 % des personnes ont une incapacité totale à assurer l'hygiène et l'habillement (de plus une aide est souvent nécessaire pour se déplacer) ;**
- 38 % des personnes ont besoin d'aide pour se déplacer ou assurer l'hygiène et l'habillement ;
- 20 % des personnes sont partiellement autonomes.

Ainsi, la population recourant aux SSIAD se situe très majoritairement dans l'incapacité d'accomplir seule une grande partie des actes de la vie quotidienne.

²³ « Recours aux Services de Soins Infirmiers à Domicile Franciliens », UFASSAD, URHIF, URIOPSS et FEHAP Ile-de-France, octobre 2001.

2. L'offre en établissement

Avec l'avancée en âge et l'augmentation des incapacités, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible ou souhaité, la personne âgée peut être accueillie dans un établissement d'hébergement et/ou de soins.

Ce chapitre présente l'évolution de l'offre francilienne depuis vingt ans dans les établissements sociaux et médico-sociaux, et dans les établissements sanitaires.

Ensemble des établissements d'hébergement

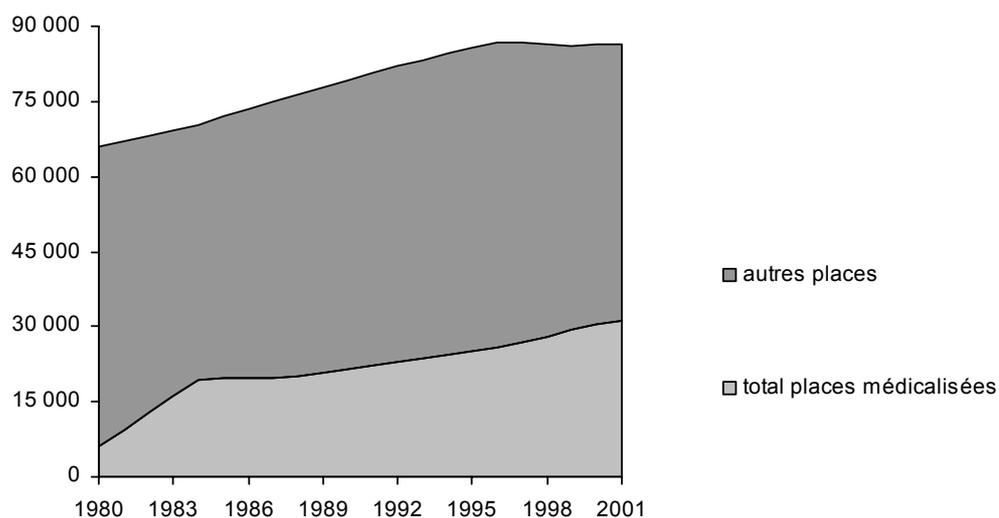
Ce chapitre est consacré à une analyse globale des capacités d'accueil offertes par l'ensemble des établissements d'hébergement : logements-foyers, maisons de retraite, services de soins de longue durée et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Evolution du nombre de places en structures d'hébergement pour personnes âgées en Ile-de-France

Figure 11. - par type de structure



Figure 12. - les places médicalisées (*) dans l'offre totale



(*) places de sections de cure médicale dans les maisons de retraite, les hospices, les logements-foyers, ensemble des places des EHPAD et lits des services de soins de longue durée.

Source : ORS Ile-de-France .

Progression de 31% de l'offre totale d'hébergement et de 27% de l'offre d'hébergement médicalisé en vingt ans

En vingt ans, l'offre d'hébergement pour personnes âgées, toutes structures confondues, a progressé de 31 % en Ile-de-France, passant de 66 100 places en 1980 à 86 600 places en 2001.

La progression a été régulière jusqu'en 1996 (création d'environ 1000 à 2000 places chaque année), pour laisser place à une quasi-stagnation de l'offre depuis cinq ans (figure 11).

Les évolutions, très variables selon le type d'établissement et le département considérés, sont détaillées plus loin dans ce rapport.

Ces vingt années sont marquées surtout par la médicalisation de l'hébergement (figure 12).

En effet, entre 1980 et 2001, le nombre de lits de soins de longue durée (autrefois lits de long séjour) est passé de 5 500 en 1980 à 9 900 en 2001 et celui des sections de cure médicale de 660 à 20 000.

Il ne s'agit pas de création de lits, mais le plus souvent de la transformation de lits existants en lits médicalisés, permettant la prise en charge des personnes âgées ayant besoin de soins.

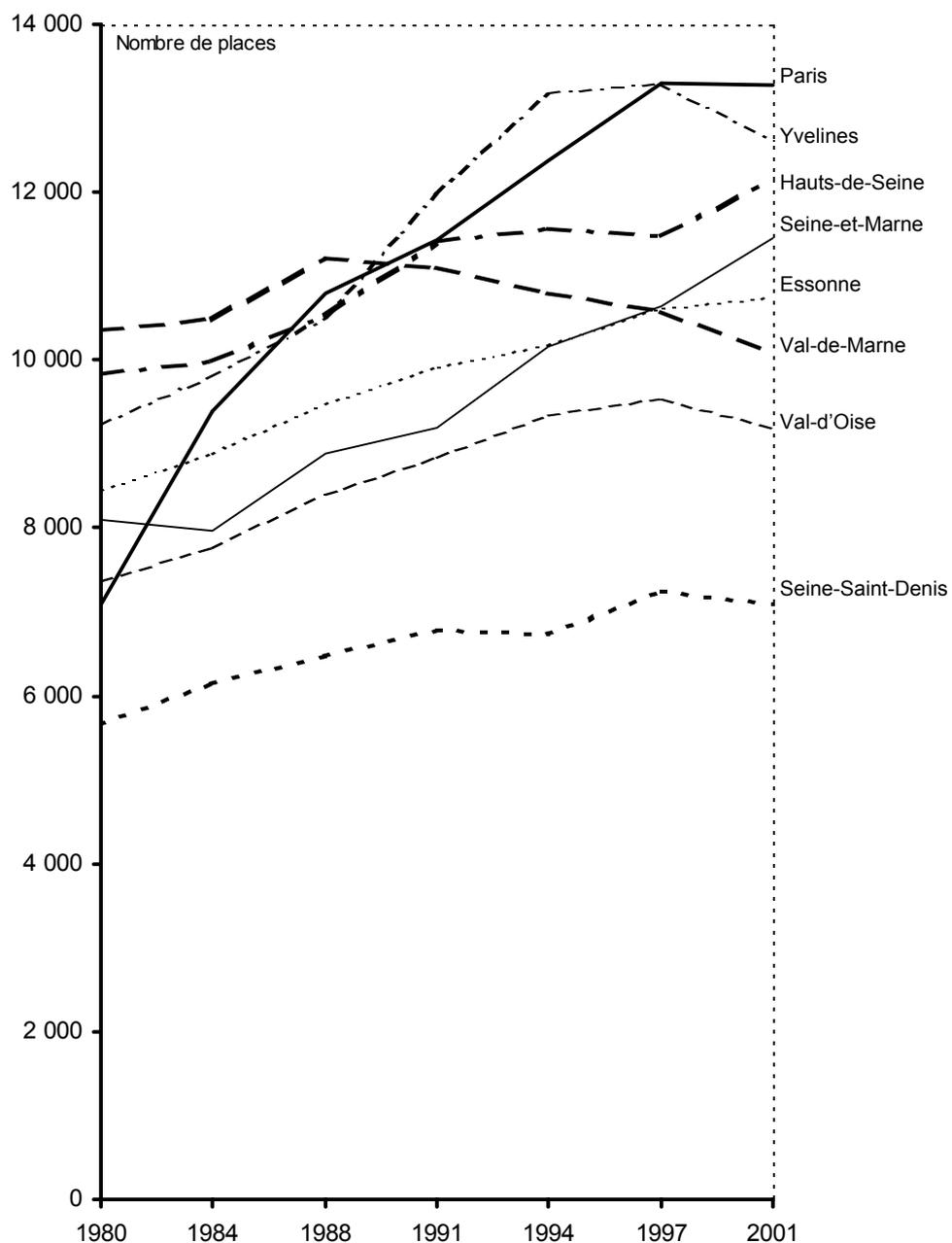
La transformation des hospices²⁴ (qui ont totalement disparu en cours de période) a été notamment l'occasion de créer des services de soins de longue durée et des maisons de retraite publiques avec section de cure médicale.

Mais en parallèle, de nombreuses maisons de retraite (de tous statuts) et quelques logements-foyers se sont également dotés de sections de cure médicale.

Au total, seulement 9,3 % des places d'hébergement étaient médicalisées en 1980 (6 100 sur 66 000 places), contre 36,2 % en 2001 (31 300 sur 86 600 places).

²⁴ Dans la suite de ce document, les hospices sont comptabilisés avec les maisons de retraite.

Graphique 4. Evolution des capacités totales d'hébergement (logements-foyers, maisons de retraite, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et services de soins de longue durée)



Source : ORS Ile-de-France.

Des évolutions départementales contrastées

Entre 1980 et 2001, la capacité d'accueil en hébergement collectif est passée de 66 100 à 86 600, soit un accroissement de 31% (graphique 4).

C'est à Paris que la croissance a été la plus forte (création de 6 200 places sur la période, soit environ 300 places par an en moyenne). Tous les types de structure ont participé à la progression de l'offre parisienne.

La Seine-et-Marne et les Yvelines sont, après Paris, les départements qui ont connu les plus fortes progressions sur l'ensemble de la période : de 8 100 places en 1980 à près de 11 500 en 2001 en Seine-et-Marne (soit + 41 %) et de 9 200 à 12 600 dans les Yvelines (soit + 37 %).

Les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis, l'Essonne et le Val-d'Oise ont connu une progression de leur capacité comprise entre 23 et 27 %.

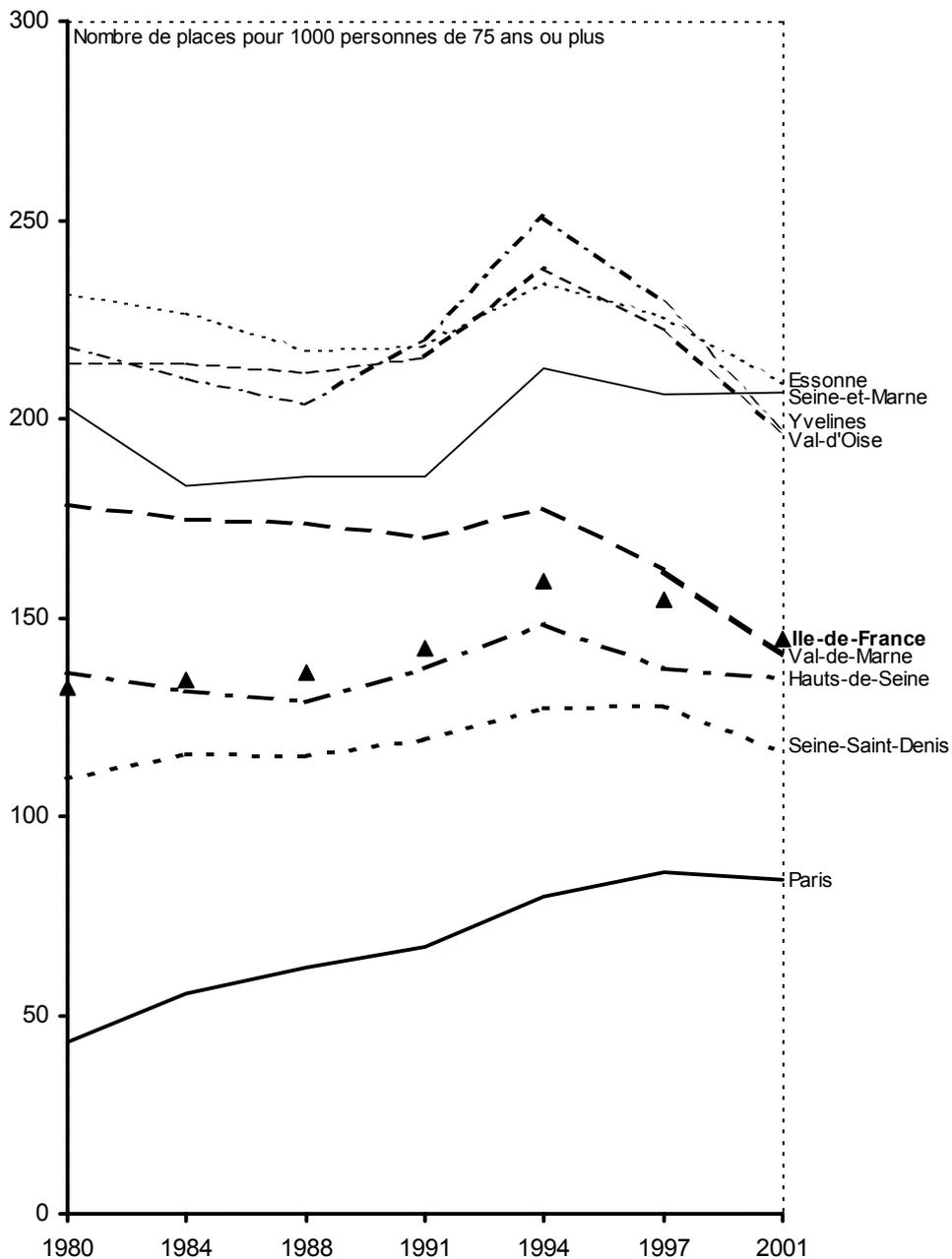
Le Val-de-Marne est le seul département qui a connu une baisse - légère - de son offre d'hébergement pour personnes âgées : -2,6 % au cours des vingt dernières années.

Celle-ci s'explique, en partie, par la fermeture ou la transformation de plus de 2 000 lits d'hospices dans ce département.

Depuis 1994, chaque département francilien compte plus de 10 000 places, sauf la Seine-Saint-Denis (7 086 places en 2001) et le Val-d'Oise (9 195 places en 2001).

Mais ces comparaisons entre départements ne sont pertinentes que lorsqu'elles sont rapportées à la population âgée, comme le montre le paragraphe suivant.

Graphique 5. Evolution des taux d'équipement (*) (logements-foyers, maisons de retraite, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et services de soins de longue durée)



(*) Nombre de places en établissements d'hébergement rapporté à la population âgée de 75 ans ou plus.

Sources : ORS Ile-de-France, INSEE.

Des taux d'équipement élevés en grande couronne

Entre 1980 et 2001, l'offre d'hébergement pour personnes âgées a progressé de 31 % en Ile-de-France.

Dans le même temps, la population des Franciliens âgés de 75 ans ou plus a progressé d'un peu moins de 20 %, de sorte que le taux d'équipement calculé en rapportant le nombre de places à la population âgée de 75 ans ou plus a légèrement progressé, passant de 132 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus en 1980 à 145 en 2001.

Globalement, le taux d'équipement régional est resté stable pendant la décennie 80, il a légèrement progressé au début des années 90 en raison d'une diminution (passagère) de la population âgée de 75 ans ou plus et il baisse depuis le milieu des années 90, conséquence de la reprise de la croissance des 75 ans ou plus conjuguée à une légère diminution des capacités d'accueil.

Par rapport au taux national (158 places d'hébergement pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus au 1^{er} janvier 2001²⁵), l'Ile-de-France se situe en retrait.

Les différences entre départements sont très nettes (graphique 5) :

- Avec **84 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus, Paris** reste toujours bien en deçà de la moyenne nationale. Toutefois l'écart à cette moyenne se réduit régulièrement depuis 1980. Rappelons qu'un certain nombre de Parisiens âgés trouvent un accueil dans des établissements situés hors de Paris et gérés par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ou par le Centre d'action sociale de la Ville de Paris. En prenant en compte ces possibilités d'hébergement pour les Parisiens, le taux atteint 101 places pour 1000 Parisiens de 75 ans ou plus²⁶.
- Les départements de **proche couronne** se situent un peu en deçà de la moyenne régionale offrant **de 116 à 141 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus**.
- Quant aux départements de **grande couronne**, ils se situent bien au-dessus de la moyenne nationale, offrant **de 195 à 209 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus**.

²⁵ « Accueil des personnes âgées. Etablissements, services et lits ou places installés au 1^{er} janvier 2001 - Taux d'équipement », in DRASS/DREES, *STATISS 2002 Les régions françaises*, juin 2002, pp.36-37.

²⁶ cf. annexe n°2 : « Places gérées par l'AP-HP ou le CASVP ».

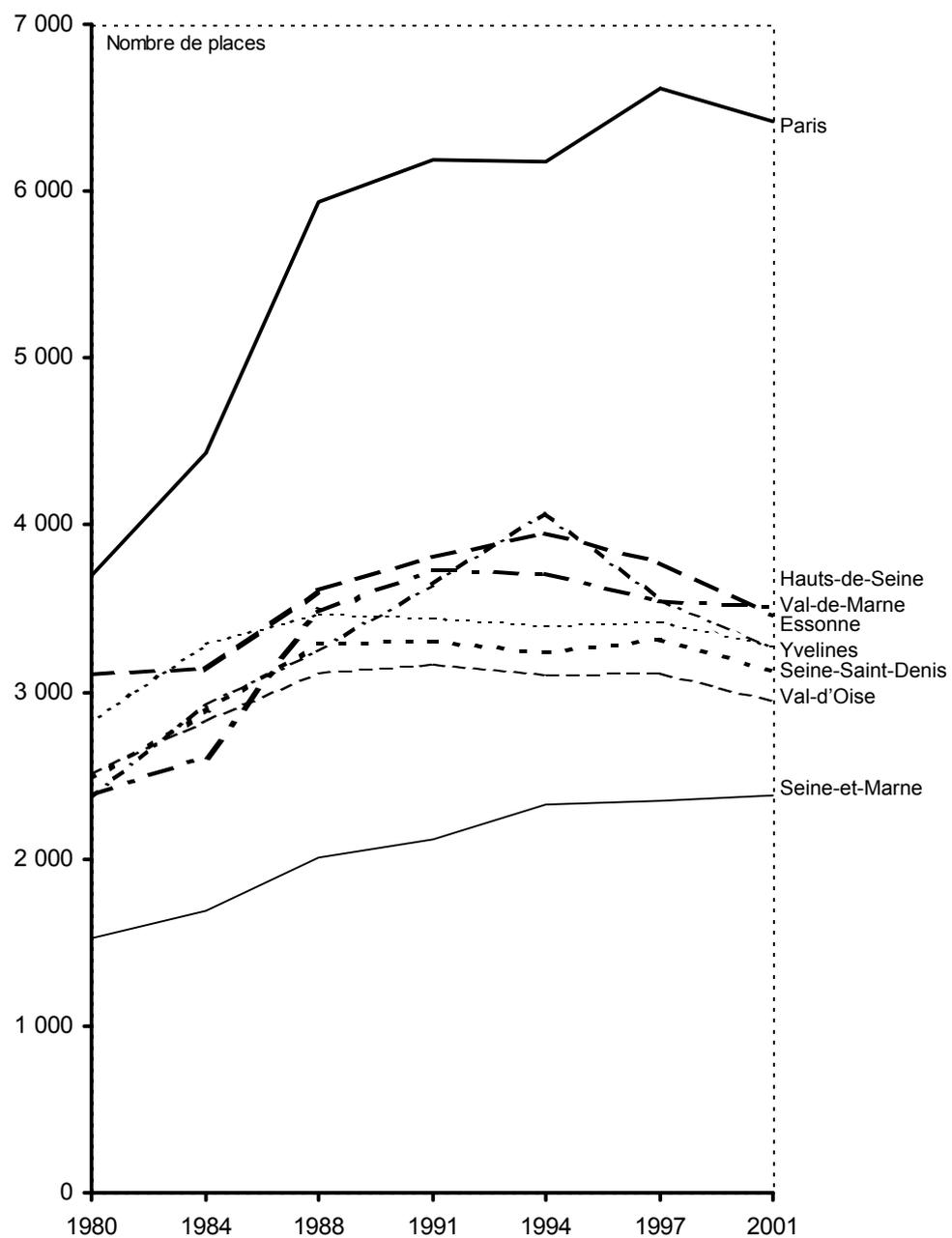
Les logements-foyers

Les logements-foyers (parfois appelés résidences pour personnes âgées) sont des studios ou des deux pièces indépendants au sein d'immeubles qui peuvent offrir différents services collectifs.

Il s'agit d'une formule intermédiaire entre le domicile et l'hébergement collectif, destinée à accueillir des personnes âgées pouvant mener une vie suffisamment autonome.

Il est à noter, cependant, que l'augmentation de la dépendance chez les personnes âgées accueillies en logements-foyers est à l'origine d'une médicalisation progressive de certains d'entre eux depuis vingt ans.

Graphique 6. Evolution des capacités en logements-foyers



Source : ORS Ile-de-France.

Capacité d'accueil stable depuis 10 ans

En 1980, l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France recensait dans la région un peu moins de 21 000 places réparties dans 344 logements-foyers.

En 2001, 478 logements-foyers proposent 28 400 places.

L'augmentation de l'offre a été très forte pendant la décennie 1980, beaucoup plus modérée depuis, et l'on observe même une baisse sensible de l'offre régionale depuis 5 ans : de 30 105 places en 1996 à 28 400 en 2001 (graphique 6).

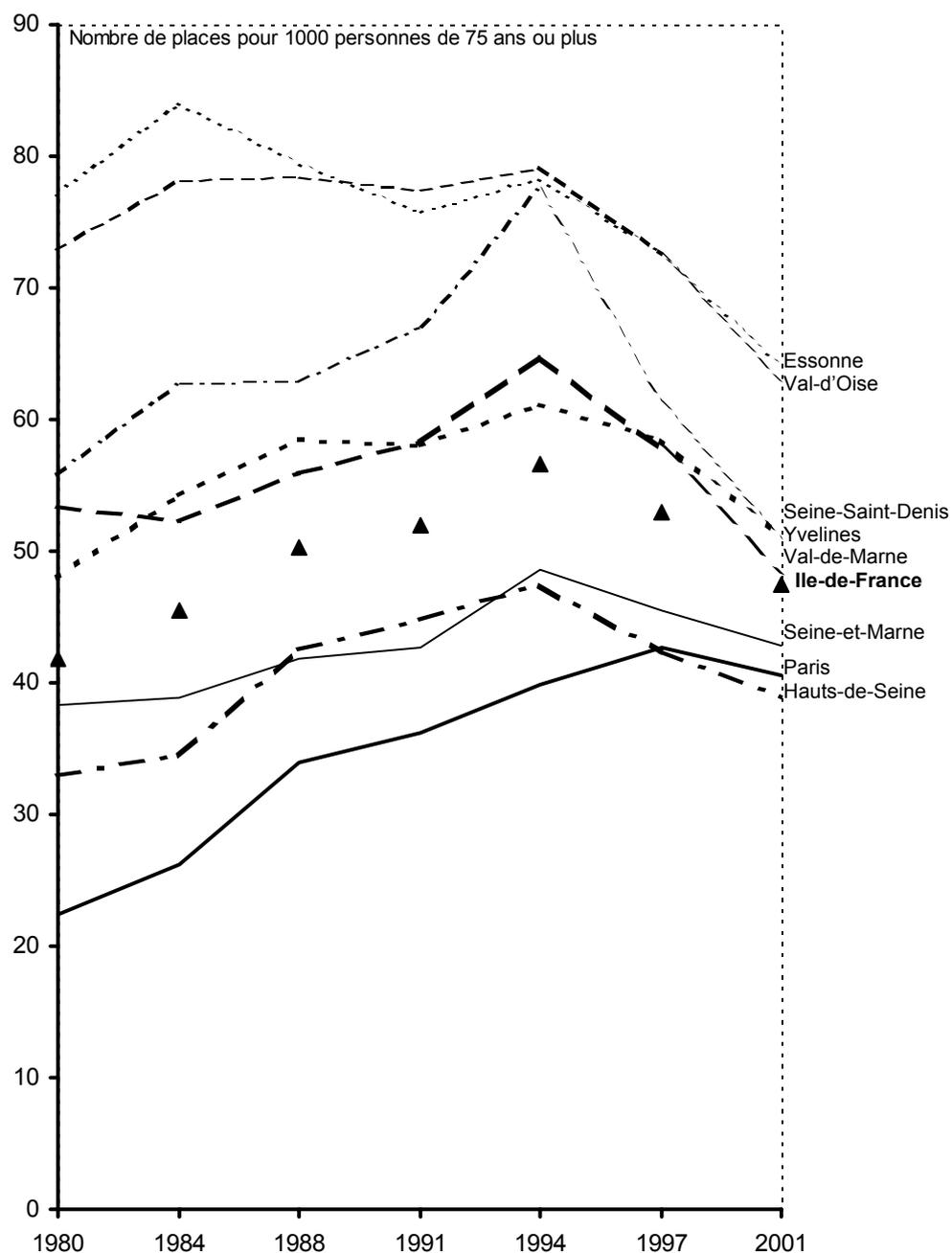
Les capacités ont beaucoup progressé à Paris (+ 73,5 %) et dans l'Ouest de la région : + 47 % dans les Hauts-de-Seine et + 38 % dans les Yvelines. Toutefois, c'est dans ces trois départements que la baisse est la plus marquée en fin de période.

La progression est également importante et beaucoup plus régulière en Seine-et-Marne (+ 55,5 %), néanmoins ce département reste le moins pourvu des départements franciliens.

Dans les autres départements, les capacités ont connu une croissance plus modérée.

En 2001, chaque département francilien compte entre 3 000 et 3 500 places en logements-foyers, sauf la Seine-et-Marne (2 380 places) et Paris (6 420 places).

Graphique 7. Evolution des taux d'équipement en logements-foyers (*)



(*) Nombre de places en logements-foyers rapporté à la population âgée de 75 ans ou plus.
Sources : ORS Ile-de-France, INSEE.

Taux d'équipement : diminution des écarts départementaux

Au niveau régional, l'augmentation du nombre de personnes âgées conjuguée à une diminution du nombre de places conduit à une baisse sensible du taux d'équipement en logements-foyers qui retrouve, en 2001, son niveau du milieu des années 1980.

C'est ainsi qu'en **2001**, la région **Ile-de-France** dispose de **47 places en logements-foyers pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus**. Ce taux, bien qu'en forte baisse, demeure beaucoup plus élevé que la moyenne française, de 37 au 1^{er} janvier 2001²⁷.

Depuis le milieu des années 1990, les taux ont baissé dans tous les départements franciliens, mais plus fortement dans les mieux équipés (notamment dans les Yvelines) avec, pour conséquence, une légère réduction des disparités de l'offre dans la région (graphique 7).

En 2001, les taux les plus bas s'observent dans les Hauts-de-Seine (39 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus), à Paris (41) et en Seine-et-Marne (43).

Les plus élevés s'observent en Essonne et dans le Val-d'Oise (respectivement 64 et 63).

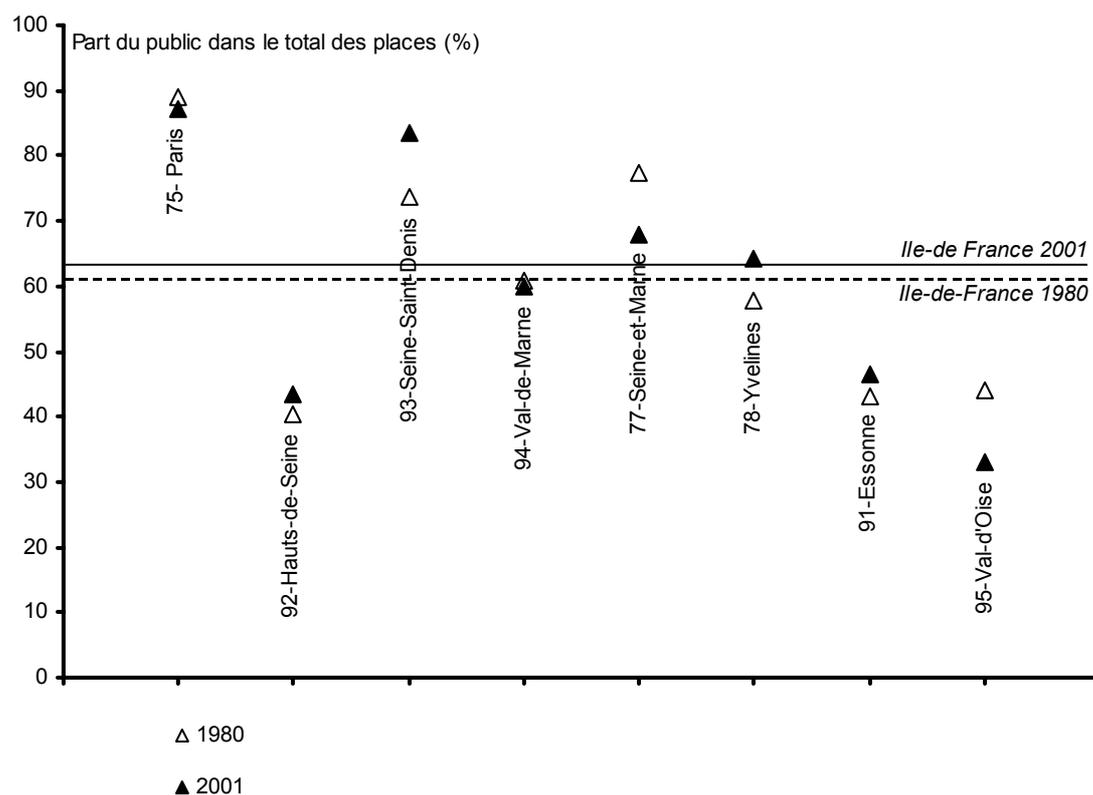
Les trois autres départements franciliens (Seine-Saint-Denis, Yvelines et Val-de-Marne) disposent d'environ 50 places en logements-foyers pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus.

Rappelons qu'un certain nombre de Parisiens âgés trouvent un accueil dans les résidences-services et logements du Centre d'action sociale de la Ville de Paris situés hors de Paris. En prenant en compte ces possibilités d'hébergement pour les Parisiens, le taux d'équipement de ce département en logements-foyers se rapprocherait de la moyenne régionale, avec 44 places pour 1000 personnes de 75 ans ou plus²⁸.

²⁷ « Accueil des personnes âgées. Etablissements, services et lits ou places installés au 1^{er} janvier 2001 - Taux d'équipement », in DRASS/DREES, *STATISS 2002 Les régions françaises*, juin 2002, pp.36-37.

²⁸ cf. annexe n°2 : « Places gérées par l'AP-HP ou le CASVP ».

Figure 13. Logements-foyers - part du secteur public



Lecture du graphique : En Ile-de-France, 63,5 % des places en logements-foyers sont gérées par le secteur public en 2001. Cette proportion était de 61,4 % en 1980. A Paris, ces proportions sont respectivement de 87,2 % en 2001 et de 88,9 % en 1980.

Source : ORS Ile-de-France.

Un secteur public majoritaire

Sur l'ensemble de la région Ile-de-France, la proportion de places d'hébergement en logements-foyers de statut public est comparable en 2001 à ce qu'elle était en 1980, de l'ordre de 60 % (figure 13).

Près des deux tiers de l'offre francilienne en logements-foyers est gérée par le secteur public.

Le secteur privé est essentiellement celui à but non lucratif (près de 10 000 places en 2001).

Le secteur privé à but lucratif ne représente que 800 places dans la région.

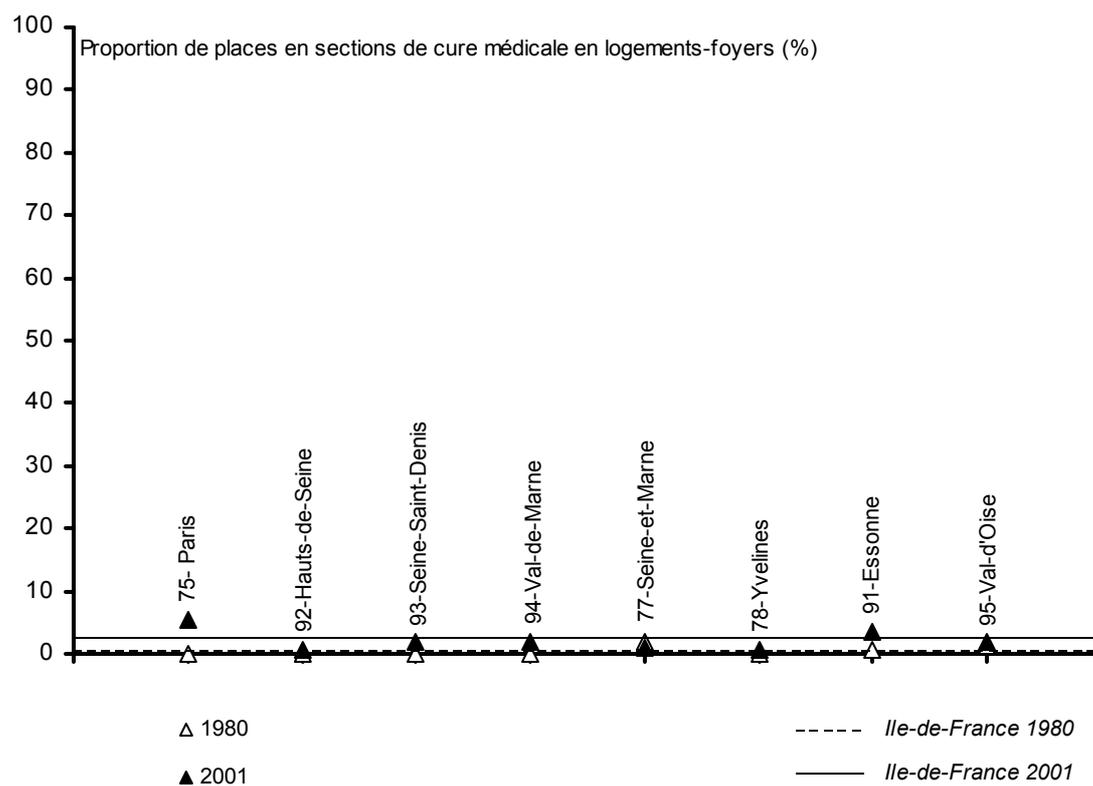
Les disparités départementales sont importantes :

Le secteur public prédomine à Paris (87,2 %) où la plupart des logements-foyers sont gérés par le Centre d'action sociale de la Ville de Paris.

En Seine-Saint-Denis, la part du secteur public est également élevée (83,5 %).

Inversement dans le Val-d'Oise, les Hauts-de-Seine et l'Essonne, c'est le secteur privé qui prédomine avec respectivement 66,9 %, 56,7 % et 53,5 % des capacités totales.

Figure 14. Sections de cure médicale dans les logements-foyers



Lecture du graphique : En Ile-de-France, 2,5 % des places en logements-foyers sont médicalisées en 2001. Cette proportion était de 0,4 % en 1980. A Paris, ces proportions sont respectivement de 5,3 % en 2001 et de 0 % en 1980.

Source : ORS Ile-de-France.

Médicalisation des logements-foyers franciliens : de grosses disparités départementales

Dès le début des années 1980, certains responsables de logements-foyers ont choisi de créer des sections de cure médicale dans leurs établissements afin de pouvoir assurer à leurs résidants une prise en charge médicale et leur éviter ainsi, le plus souvent possible, une hospitalisation ou un transfert en maison de retraite.

En 2001, les places médicalisées représentent **2,5 % des places offertes** dans les logements-foyers franciliens.

C'est beaucoup plus qu'en 1980 (elles ne représentaient alors que 0,4 % de l'offre), mais cette proportion est stable ou même en légère baisse depuis dix ans ce qui signifie que, dans le contexte actuel de fermeture ou de diminution des capacités des logements-foyers franciliens, les places médicalisées sont aussi nombreuses que les autres à disparaître.

Par rapport à la moyenne nationale, où la proportion de places médicalisées atteint 4,8 % dans les logements-foyers au 1^{er} janvier 2001²⁹, l'Ile-de-France se situe très en deçà.

De plus, les différences sont importantes dans les départements de la région (figure 14) :

- la proportion de places médicalisées est inférieure à 1 % dans les établissements des Yvelines et des Hauts-de-Seine,
- alors qu'elle atteint 3,4 % en Essonne,
- et 5,3 % à Paris.

²⁹ « Accueil des personnes âgées. Etablissements, services et lits ou places installés au 1^{er} janvier 2001 - Taux d'équipement », in DRASS/DREES, *STATISS 2002 Les régions françaises*, juin 2002, pp.36-37.

Les maisons de retraite

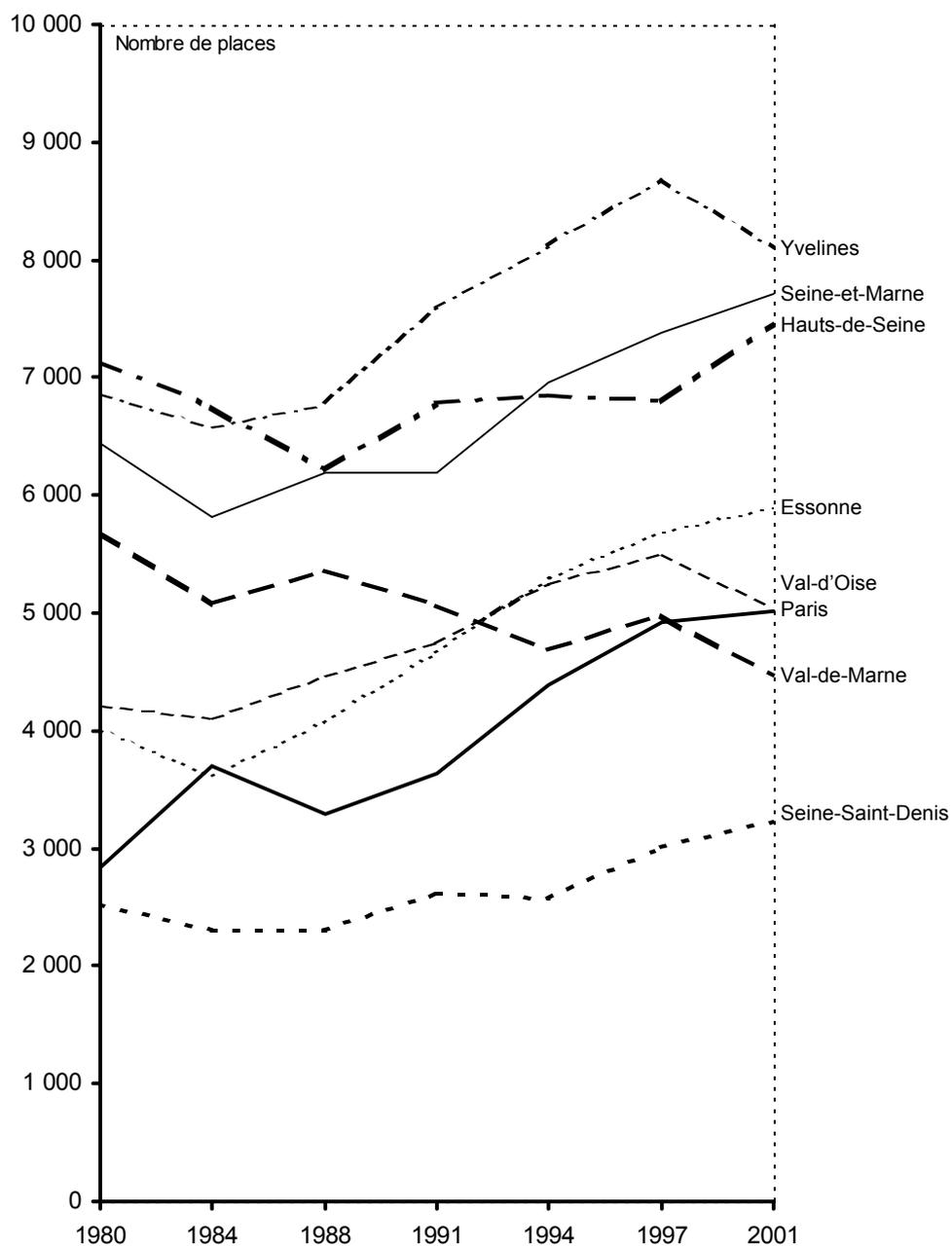
Les maisons de retraite sont des institutions sociales ou médico-sociales qui, à titre principal, assurent de manière collective l'hébergement des personnes âgées, et ce dans le cadre d'une prise en charge globale.

Depuis les années 1980, ces institutions ont été amenées à se médicaliser afin de répondre à la demande d'une population de plus en plus âgée et de plus en plus dépendante.

L'appellation « maison de retraite » utilisée ici rassemble non seulement les maisons de retraite elles-mêmes, publiques et privées, mais prend en compte également les hospices, encore nombreux dans les années 1980 avec plus de 12 000 places offertes.

Cette catégorie inclut également des établissements moins traditionnels, tels les MAPAD, les appartements collectifs, les cantous et les petites unités de vie.

Graphique 8. Evolution des capacités en maisons de retraite (hospices compris)



Source : ORS Ile-de-France.

Capacité d'accueil : de fortes disparités départementales

En 1980, la région comptait près de 40 000 places réparties au sein de 470 établissements. En 2001, ce sont 46 900 places qui sont proposées par 588 maisons de retraite.

Ainsi, en vingt ans, le nombre de places offertes en maisons de retraite (hospices compris) a augmenté de 18 %.

Après une légère baisse liée à la transformation des hospices, l'offre régionale n'a cessé de croître (graphique 8).

Cette augmentation est surtout sensible dans les quatre départements de grande couronne (+ 24 %).

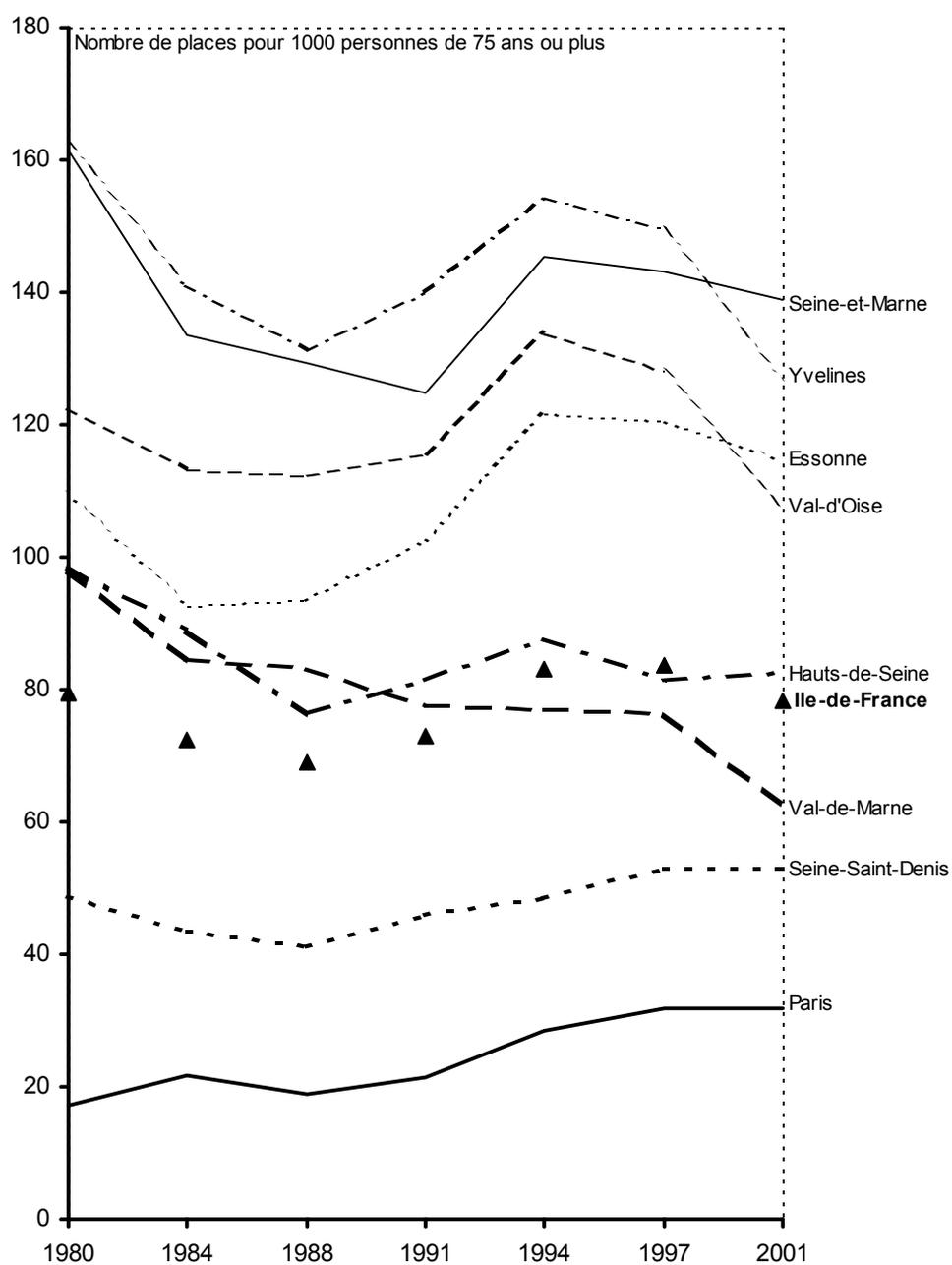
Paris connaît certes une forte progression (+ 77 %), mais sa capacité était particulièrement faible en 1980 (2 839 places), puisque à peine supérieure à celle de la Seine-Saint-Denis (2 520 places), département le moins bien pourvu de toute cette période.

Seul le département du Val-de-Marne, où ont été fermés ou transformés de nombreux hospices, a connu une baisse de sa capacité d'accueil (- 22 %) par rapport à son niveau de 1980.

En 2001, trois départements franciliens comptent entre 7 400 et 8 200 places en maisons de retraite, quatre se situent autour de 5 000 places.

Un seul, la Seine-Saint-Denis, offre moins de 3 500 places.

Graphique 9. Evolution des taux d'équipement en maisons de retraite (*) (hospices compris)



(*) Nombre de places en maisons de retraite rapporté à la population âgée de 75 ans ou plus.
Sources : ORS Ile-de-France, INSEE.

Un sous-équipement du centre de la région par rapport à la périphérie

Les évolutions parallèles du nombre de personnes âgées et des capacités offertes ont maintenu le taux d'équipement régional autour de 70-80 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus pendant la période 1980-2001. Ce taux reste cependant bien en deçà de la moyenne nationale qui, au 1^{er} janvier 2001, était de 101 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus³⁰.

Par ailleurs, la relative stabilité du taux francilien recouvre des disparités départementales importantes (graphique 9).

Paris, qui comptait 17 places en maison de retraite pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus en 1980, en compte désormais 32, soit une hausse de 84 % de son taux d'équipement. Cette hausse ne suffit cependant pas à combler le déficit parisien en maisons de retraite ; Paris demeure le département francilien le moins bien équipé en 2001.

Toutefois, rappelons qu'un certain nombre de Parisiens âgés trouvent un accueil dans les maisons de retraite du Centre d'action sociale de la Ville de Paris situés hors de Paris. En prenant en compte ces possibilités d'hébergement pour les Parisiens, l'écart entre le taux d'équipement parisien et le taux régional se réduit avec 40 places pour 1000 Parisiens âgés de 75 ans ou plus³¹.

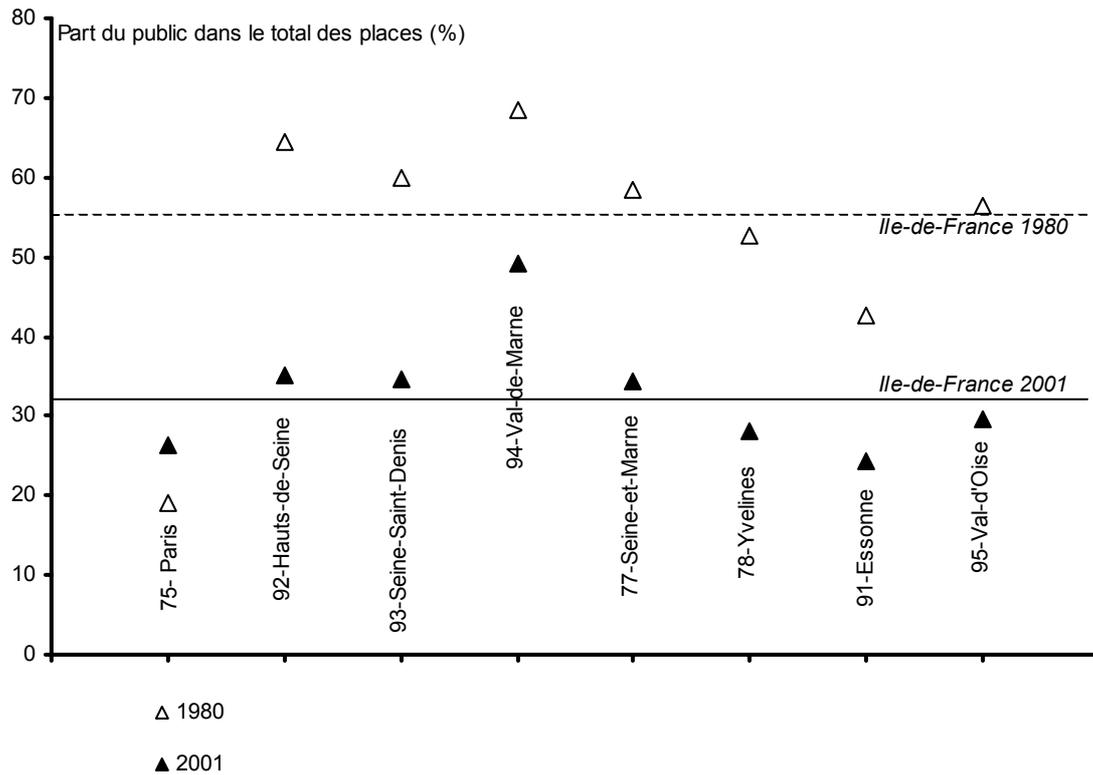
L'offre est également faible en proche couronne, notamment en Seine-Saint-Denis (53 places pour 1000 personnes de 75 ans ou plus). Elle est un peu plus importante, mais en baisse, dans le Val-de-Marne et les Hauts-de-Seine.

L'offre est, en revanche, importante en grande couronne, mais en légère baisse depuis 1994 en raison de l'augmentation de la population âgée dans ces départements : les taux varient de 107 dans le Val-d'Oise à 139 en Seine-et-Marne.

³⁰ « Accueil des personnes âgées. Etablissements, services et lits ou places installés au 1^{er} janvier 2001 - Taux d'équipement », in DRASS/DREES, *STATISS 2002 Les régions françaises*, juin 2002, pp.36-37.

³¹ cf. annexe n°2 : « Places gérées par l'AP-HP ou le CASVP ».

Figure 15. Maisons de retraite - part du secteur public



Lecture du graphique : En Ile-de-France, 32,2 % des places en maisons de retraite sont gérées par le secteur public en 2001. Cette proportion était de 55,4 % en 1980. A Paris, ces proportions sont respectivement de 26,3 % en 2001 et de 19,1 % en 1980.

Source : ORS Ile-de-France.

Secteur public et secteur privé : essor du privé lucratif

En 1980, c'est le secteur public qui prédomine avec 55 % des capacités d'accueil, mais, en 2001, il ne représente plus que 32 %. Il a en effet perdu près de 7 000 places, alors que le secteur privé en gagnait 14 000 pendant la même période.

Pour l'ensemble de la France, le secteur public reste majoritaire, puisqu'en 1996 il gérait 43 % des places en maisons de retraite³².

La transformation des hospices en maisons de retraite ou en services de soins de longue durée explique - dans une certaine mesure - la baisse de la capacité d'accueil des maisons de retraite publiques, puisque cette transformation s'est accompagnée d'une diminution du nombre de places dans le cadre de la modernisation de l'offre. En parallèle, le secteur privé à but lucratif a développé de nombreux projets de maisons de retraite dans la région.

Ces deux phénomènes font l'objet de deux points particuliers dans les pages suivantes.

Paris est le seul département où la capacité des maisons de retraite publiques excède celle de 1980 (figure 15), en raison de la création de plusieurs maisons d'accueil par le Centre d'action sociale de la Ville de Paris. Néanmoins le secteur public n'a jamais été majoritaire dans ce département : en 2001, sa part est de 26 %.

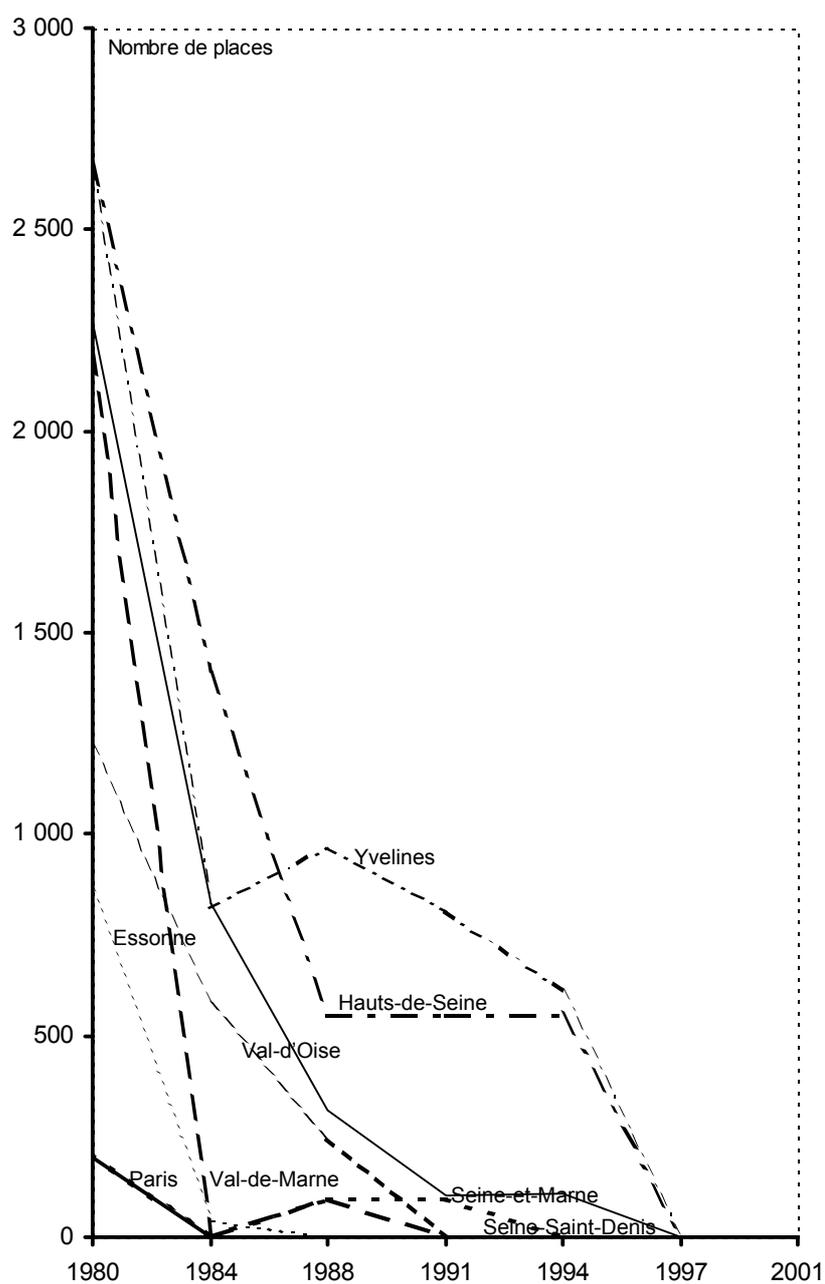
Dans tous les autres départements, les maisons de retraite publiques ont vu leur capacité diminuer, sauf en Essonne où une reprise - relative - est observée depuis 1994 (+ 11 % entre 1994 et 2001).

En proche couronne, le secteur public était majoritaire en 1980 avec 60 à 68 % des places selon le département. Il ne représente plus, en 2001, que 35 à 49 % de l'offre.

Il en est de même, en grande couronne où le secteur public a cessé d'être majoritaire. En 2001, sa part varie de 24 % en Essonne, département le moins pourvu en établissements publics, à 34 % en Seine-et-Marne.

³² SESI, Enquête EHPA 1996.

Graphique 10. Evolution de la capacité des hospices en Ile-de-France



Source : ORS Ile-de-France.

Disparition des hospices

En 1980, la région comptait encore plus de 60 hospices, dont la majorité étaient localisés en grande couronne, notamment en Seine-et-Marne (19 hospices). Ils offraient environ 12 000 places, 7 000 réparties en grande couronne et 5 000 en proche couronne.

Une grande partie de ces capacités correspondait à des établissements de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, notamment en proche couronne.

On peut citer par exemple :

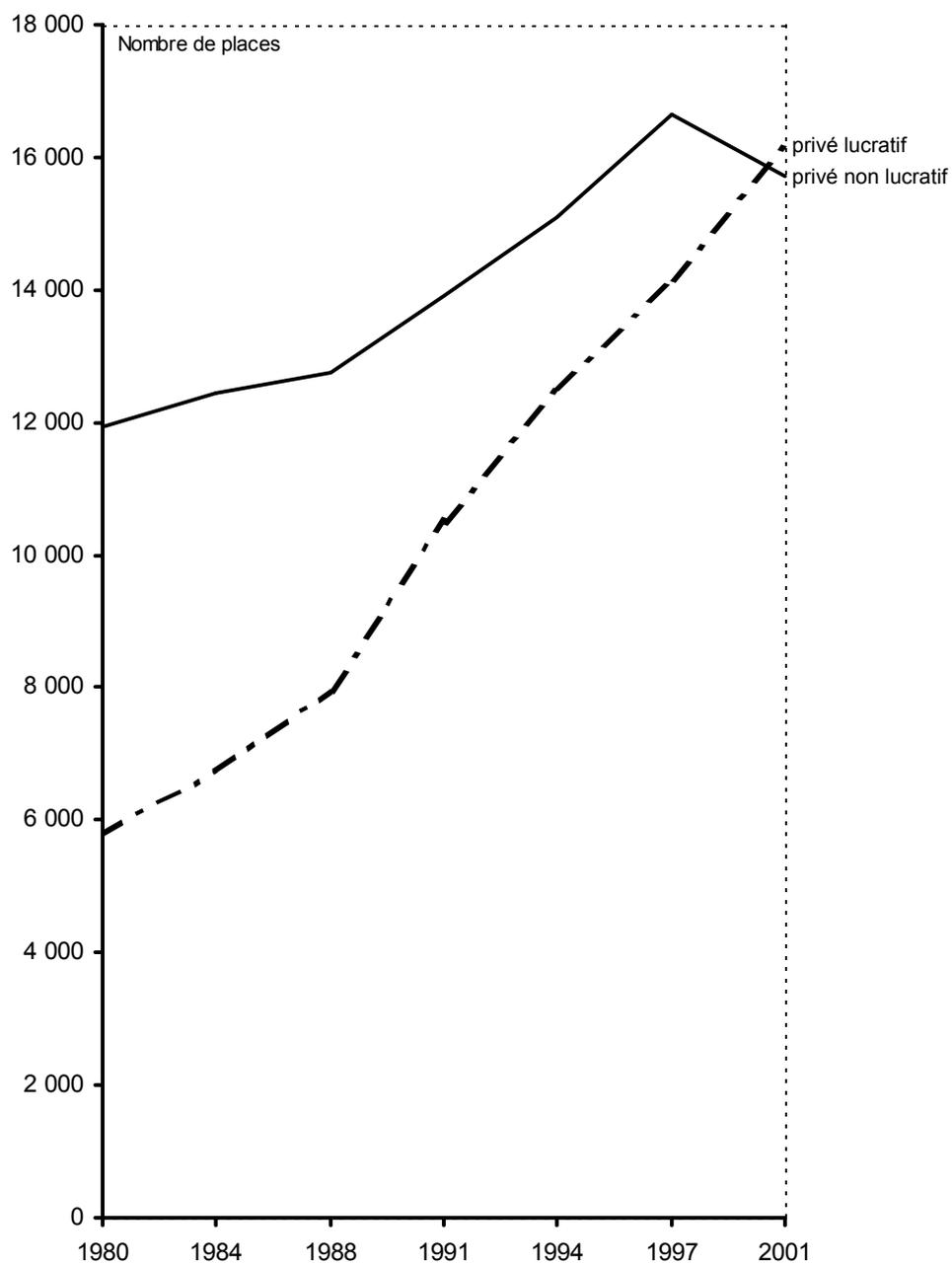
- Corentin Celton à Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine) : 900 places environ en 1980 ;
- Charles Foix à Ivry (Val-de-Marne) : 500 places ;
- Paul Brousse à Villejuif (Val-de-Marne) : 500 places.

Mais de nombreux autres hôpitaux disposaient également d'hospices, soit de capacité moyenne (entre 50 et 200 places) situés au sein de centres hospitaliers et hôpitaux locaux, soit de capacité importante (1 000 places) dans quelques établissements publics spécifiques tels que l'hospice des Petits Prés à Plaisir (Yvelines) et la Maison de Nanterre (Hauts-de-Seine).

C'est entre 1980 et 1984 que l'on observe la diminution la plus forte du nombre d'hospices puisqu'en 1984, ils ne sont déjà plus que 24 (graphique 10).

Les trois derniers hospices franciliens ont fermé entre 1994 et 1997.

Graphique 11. Evolution des capacités des maisons de retraite du secteur privé



Source : ORS Ile-de-France.

Développement des maisons de retraite privées

Les maisons de retraite du secteur privé non lucratif (associations, fondations, congrégations) sont passées d'une capacité totale de 12 000 places en 1980 à près de 16 000 en 2001, soit une augmentation d'un tiers (graphique 11). Leur capacité s'est véritablement accrue entre 1988 et 1997 (+ 31 %).

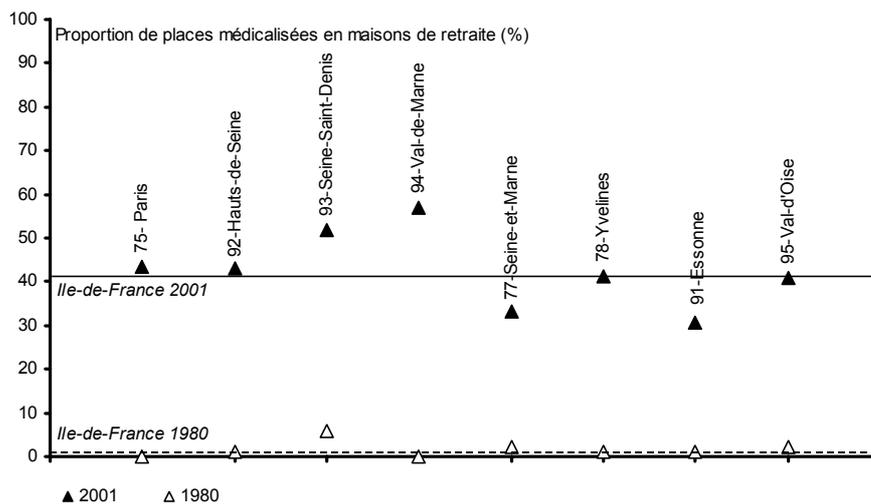
Mais ce sont les maisons de retraite du secteur privé à but lucratif qui ont connu l'essor le plus important, puisque leur capacité d'accueil a presque triplé entre 1980 et 2001 : de 5 800 à 16 100 places. Là aussi, l'accroissement est plus marqué à partir de 1988 (+ 102 %), mais il était déjà perceptible entre 1980 et 1988 (+ 38 %).

Tous les départements ont connu ces évolutions, mais avec des intensités très différentes et des caractéristiques propres à chacun d'entre eux.

- A Paris, le secteur non lucratif gère actuellement 2 300 places. S'il reste le secteur majoritaire du département, sa croissance a toutefois été faible (+ 5 %) au regard de celle du secteur lucratif (+ 1463 %), dont la capacité - très faible au départ - a été multipliée par seize en vingt ans, réduisant de fait l'écart entre les secteurs privés lucratif et non lucratif.
- Il en est de même dans les Hauts-de-Seine, avec une réduction d'écart entre secteurs plus importante, du fait d'un écart moindre à la base conjugué à une hausse de 244 % des capacités d'accueil du secteur lucratif entre 1980 et 2001. Actuellement le secteur privé non lucratif offre 2 500 places contre 2 300 dans le secteur privé lucratif.
- La Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne sont les deux départements où le secteur privé offre le moins de places. La situation a néanmoins évolué différemment : en Seine-Saint-Denis, c'est le secteur lucratif qui s'est le plus développé, alors que dans le Val-de-Marne, c'est le secteur non lucratif.

Tous secteurs privés confondus, c'est la grande couronne qui cumule les hausses les plus importantes (+ 88 %) sur la période, avec un essor considérable du secteur lucratif dont la capacité d'accueil a presque triplé. Si le secteur non lucratif a peu évolué dans les Yvelines et la Seine-et-Marne, le secteur lucratif s'est considérablement développé, dépassant, depuis 1994 pour les Yvelines et depuis 1997 pour la Seine-et-Marne, le secteur non lucratif. En Essonne, où le secteur lucratif était déjà supérieur au non lucratif en 1980, l'écart s'est encore accentué entre ces deux secteurs.

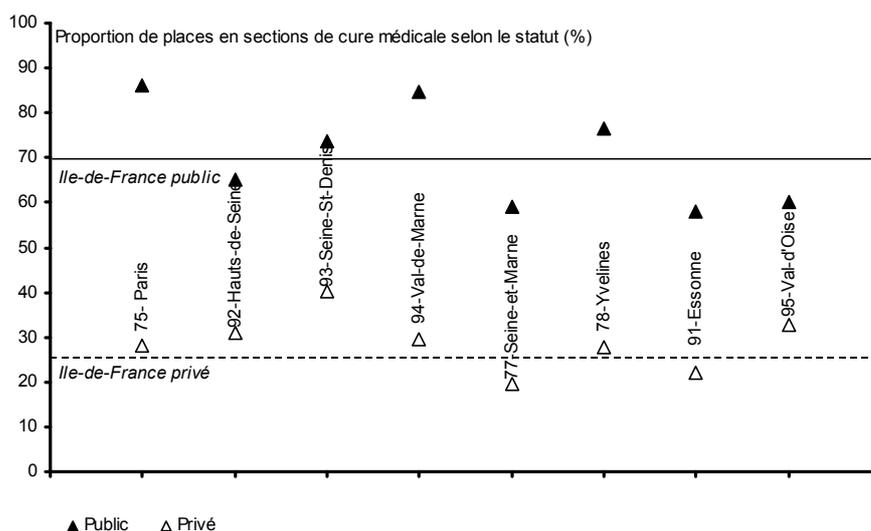
Figure 16. Sections de cure médicale dans les maisons de retraite



Lecture du graphique : En Ile-de-France, 41,3 % des places en maisons de retraite sont médicalisées en 2001. Cette proportion était de 1,5 % en 1980. A Paris, ces proportions sont respectivement de 43,4 % en 2001 et de 0 % en 1980.

Source : ORS Ile-de-France.

Figure 17. Sections de cure médicale selon les secteurs en 2001



Lecture du graphique : En Ile-de-France, le secteur public compte 69,9 % de places médicalisées en maisons de retraite, le secteur privé 27,7 %. A Paris, ces proportions sont respectivement de 86,1 % et de 28,3 %.

Source : ORS Ile-de-France.

Deux fois et demi plus de sections de cure médicale dans les maisons de retraite publiques

Alors qu'en 1980, les places médicalisées en maison de retraite étaient au nombre de 581, en 2001, la région en compte 19 367 représentant 41 % de l'ensemble des places en maisons de retraite. Cette proportion de places médicalisées se situe au-dessus de la moyenne française (36 % au 1^{er} janvier 2001³³).

C'est en Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne que la médicalisation des maisons de retraite est la plus développée avec plus de la moitié des places en sections de cure médicale (figure 16).

Paris, les Hauts-de-Seine, les Yvelines et le Val-d'Oise se situent au niveau de la moyenne régionale, tandis que la Seine-et-Marne et l'Essonne comptent moins de places en sections de cure médicale.

Ces différences départementales s'expliquent en partie par la répartition des secteurs public et privé, car les sections de cure médicale sont inégalement représentées dans chacun de ces secteurs (figure 17).

En moyenne, les sections de cure médicale sont 2,5 fois plus nombreuses dans les maisons de retraite publiques : elles y représentent 70 % des places, contre 28 % dans le privé. Dans les maisons de retraite publiques, la proportion de places médicalisées est ainsi majoritaire dans tous les départements, qui comptent de 6 à 9 places médicalisées sur 10 (7 en Seine-Saint-Denis, 8 dans le Val-de-Marne).

La médicalisation des places en maisons de retraite privées non lucratives est moindre (42 %). Toutefois, hormis la Seine-et-Marne, plus d'un tiers des places sont médicalisées, avec un maximum de 5 places sur 10 en Seine-Saint-Denis, dans le Val-de-Marne, les Yvelines et le Val-d'Oise.

Quant au secteur privé lucratif, il est très peu médicalisé (14 %), avec des taux de médicalisation variables selon les départements, compris entre 3,2 % (Val-de-Marne) et 24,3 % (Seine-Saint-Denis).

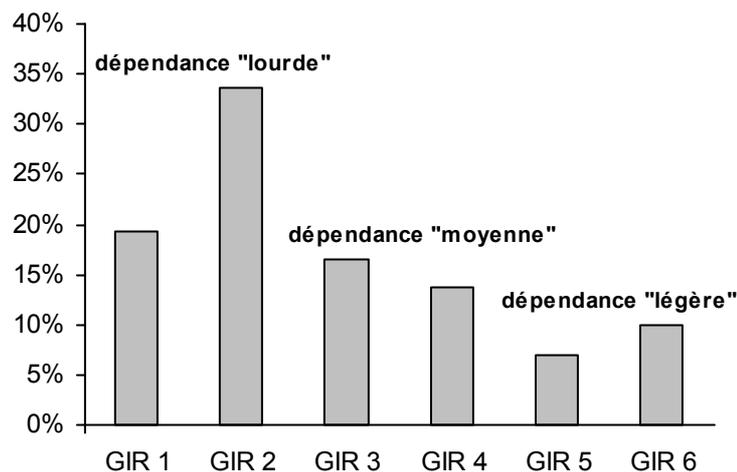
³³ « Accueil des personnes âgées. Etablissements, services et lits ou places installés au 1^{er} janvier 2001 - Taux d'équipement », in DRASS/DREES, *STATISS 2002 Les régions françaises*, juin 2002, pp.36-37.

Tableau 12. Répartition des résidents des maisons de retraite franciliennes selon leur degré de dépendance et leur âge en 2000

	dépendance « lourde » (GIR 1 et 2)		dépendance « moyenne » (GIR 3 et 4)		Dépendance « légère » (GIR 5 et 6)		Ensemble	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
nombre de résidents	23 773	50,4 %	14 699	31,2 %	8 651	18,4 %	47 123	100 %
âge :								
-75 ans	1 702	7,2 %	2 044	13,9 %	1 579	18,3 %	5 325	11,3 %
75 ans+	22 071	92,8 %	12 655	86,1 %	7 072	81,7 %	41 798	88,7 %

Source : Enquête AGGIR-Morbidité-Soins (AMS) en maisons de retraite, DRASS, Service Etudes et Statistiques, novembre 2002.

Figure 18. Répartition des résidents âgés de 75 ans ou plus dans les maisons de retraite franciliennes selon leur degré de dépendance en 2000



Source : Enquête AGGIR-Morbidité-Soins (AMS) en maisons de retraite, DRASS, Service Etudes et Statistiques, novembre 2002.

La moitié des résidants sont très dépendants

Fin 2000, la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile-de-France a réalisé une enquête sur un échantillon de personnes âgées résidant en maisons de retraite franciliennes, afin de disposer d'informations homogènes et pertinentes sur les caractéristiques des résidants des maisons de retraite, notamment leur niveau d'incapacité³⁴.

La population des maisons de retraite franciliennes est essentiellement féminine (77,8 %), très âgée (âge moyen : 85,9 ans) - 69 % des femmes ont 85 ans ou plus -, et sans conjoint (92 %).

50,4 % des personnes relèvent des GIR 1 et 2³⁵, 81,6 % des GIR 1 à 4 (tableau 12).

De plus, les trois-quarts (74,8 %) des résidants déments appartiennent aux GIR 1 et 2.

Parmi les femmes, 53 % sont très dépendantes (GIR 1 et 2), et 49,7 % sont démentes.

Les hommes, en moyenne plus jeunes que les femmes, sont dans l'ensemble moins dépendants (41 % relèvent des GIR 1 et 2) et moins déments (36,1 %).

Concernant les personnes de 75 ans ou plus - qui représentent plus de 85 % des résidants - 52,8 % relèvent des GIR 1 et 2 et 83,1 % des GIR 1 à 4 (figure 18).

³⁴ Enquête AGGIR-Morbidité-Soins (AMS) en maisons de retraite, DRASS, Service Etudes et Statistiques, novembre 2002.

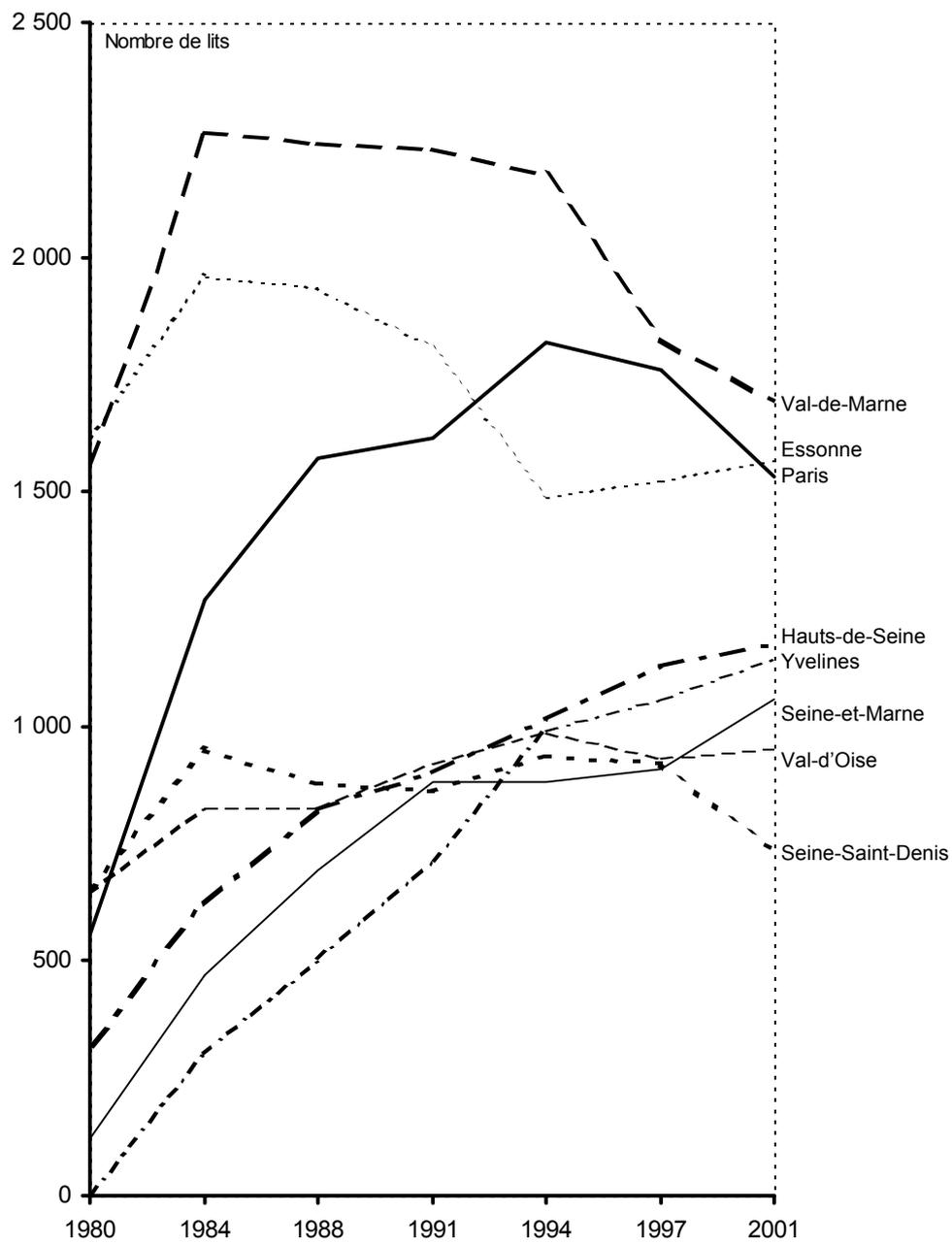
³⁵ cf. annexe n°1 : « AGGIR, GIR et GMP ».

Les services de soins de longue durée

Instaurés par la loi hospitalière de 1970³⁶, les services ou unités de soins de longue durée - anciennement dénommés services de long-séjour - ont pour vocation l'accueil des personnes ayant perdu leur autonomie de vie et nécessitant une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Ces services ne sont pas destinés uniquement aux personnes âgées, mais ces dernières constituent une part importante de leur clientèle.

³⁶ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Graphique 12. Evolution des capacités en services de soins de longue durée



Source : ORS Ile-de-France.

Capacité d'accueil : diminution des lits de l'AP-HP

Entre 1980 et 2001, le nombre d'établissements franciliens avec des services de soins de longue durée a été multiplié par quatre (de 19 à 79 établissements), et la capacité a presque doublé (de 5 475 à 9 855 lits, graphique 12). Cependant, depuis 1988, ces services se caractérisent par une quasi-stagnation de leur capacité (+ 4 %).

Deux faits expliquent ce ralentissement :

- la fermeture de lits gérés par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris dans le centre de la région,
- compensée - en partie seulement - par l'augmentation de l'offre dans certains départements de grande couronne.

Si les services de soins de longue durée étaient essentiellement des services gérés par l'AP-HP en 1980 (85 % du total), ils ne sont plus que 51 % dans ce cas aujourd'hui.

Cette diminution s'explique pour partie par le plan stratégique gériatrique de l'AP-HP (1996-2000) dont l'un des axes était la fermeture de 450 lits, notamment dans le Val-de-Marne et en Essonne, afin d'améliorer la qualité de l'offre (« humanisation ») des établissements.

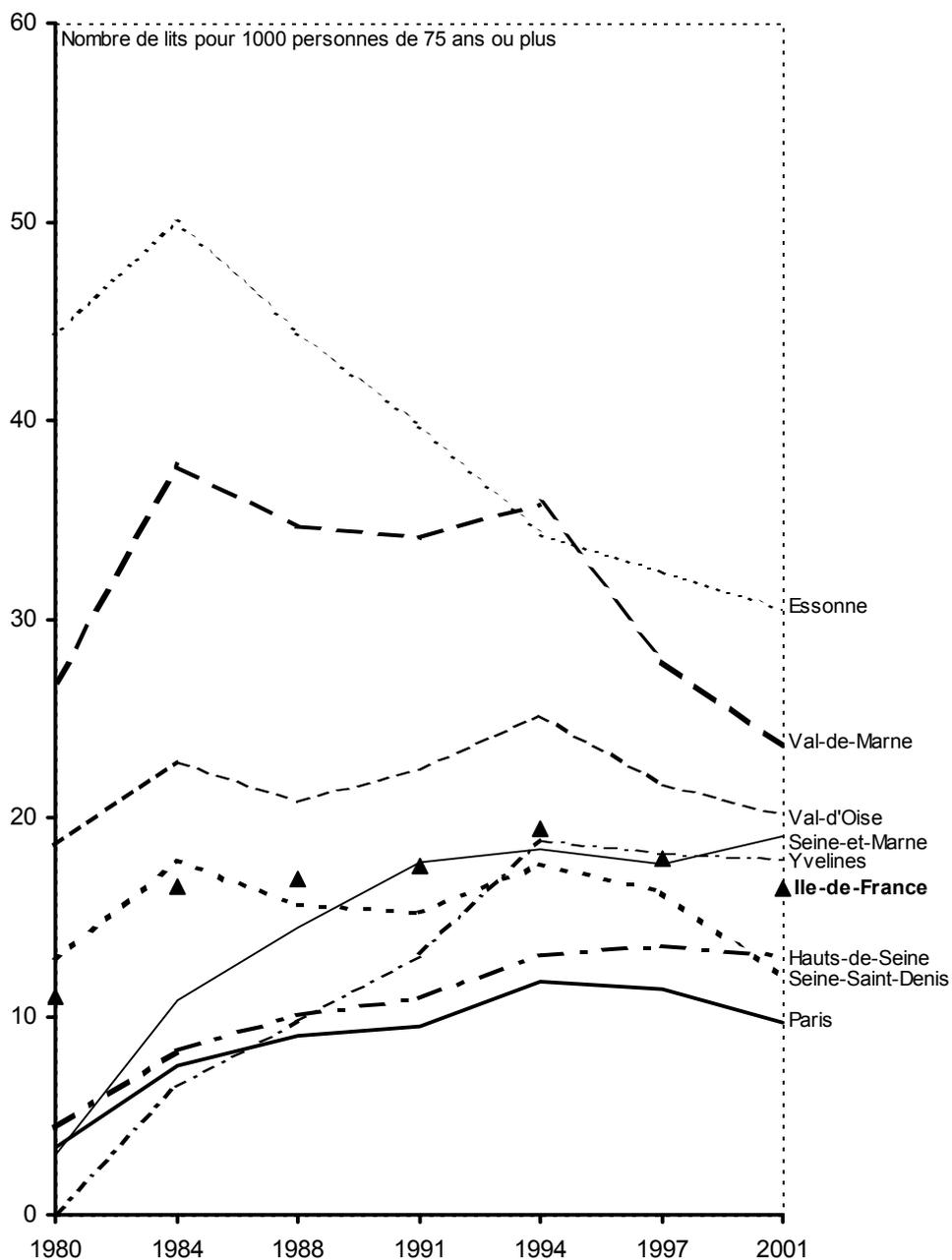
La part de l'AP-HP est restée importante à Paris (90 % des 1 400 lits), où un service de soins de longue durée de plus de 100 lits a ouvert en 2000 (hôpital Bretonneau).

Il en est de même en proche couronne (61 % des 3 507 lits), avec toutefois des inégalités entre les départements : si 92 % des lits dépendent de l'AP-HP dans le Val-de-Marne, ils sont moins de 50 % dans les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis (département le moins bien pourvu en services de soins de longue durée de toute la période).

L'Essonne et le Val-d'Oise se caractérisent par une stabilité de leur capacité depuis 1994, avec une offre aux alentours de 1 500 lits pour le premier et de 950 pour le second. Les lits de l'AP-HP, en diminution depuis 1984 dans ces départements, représentent respectivement 66 % et 35 % de leur capacité.

La Seine-et-Marne et les Yvelines ont connu une hausse importante de leur capacité depuis 1980 (respectivement + 780 % et + 1 145 %) et proposent chacun un peu plus de 1 000 lits en 2001. Ce sont les seuls départements franciliens où l'AP-HP n'est pas représentée.

Graphique 13. Evolution des taux d'équipement en services de soins de longue durée (*)



(*) Nombre de lits de soins de longue durée rapporté à la population âgée de 75 ans ou plus.

Sources : ORS Ile-de-France, INSEE.

Taux d'équipement : diminution des écarts départementaux

Le **taux d'équipement francilien** en lits de soins de longue durée a augmenté de moitié entre 1980 et **2001**, passant de 11 à **17 lits pour 1000 personnes de 75 ans ou plus**.

En 2001, le taux francilien se situe à un niveau légèrement inférieur à la moyenne nationale, celle-ci étant de 20 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus³⁷.

La période est caractérisée par deux phases, un fort accroissement - global - du taux d'équipement de 1980 à 1994, suivi d'une baisse (graphique 13).

Paris et les Hauts-de-Seine, moins équipés que la moyenne en 1980, avec respectivement 3 et 5 lits pour 1000 personnes de 75 ans ou plus, le restent en 2001 avec respectivement 10 et 13 lits pour 1000 personnes de 75 ans ou plus.

Rappelons qu'un certain nombre de Parisiens âgés trouvent un accueil dans les services de soins de longue durée des établissements de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris situés en banlieue. En prenant en compte ces possibilités d'hébergement pour les Parisiens, le taux d'équipement de ce département rejoint le niveau régional (17 lits pour 1000)³⁸.

La Seine-et-Marne et les Yvelines, dont les taux étaient aussi inférieurs à la moyenne en 1980, ont rejoint le niveau régional en 1994, et le dépassent légèrement en 2001.

Mieux équipée que la moyenne en 1980, la Seine-Saint-Denis est le seul département dont le taux d'équipement, après une très légère augmentation, soit revenu à un niveau inférieur à son niveau initial en 2001. Il est - de fait - devenu bien inférieur à la moyenne francilienne.

L'Essonne, le Val-de-Marne et le Val-d'Oise, présentent un taux d'équipement supérieur à la moyenne régionale pendant toute la période. Cependant c'est en Essonne et dans le Val-de-Marne que le taux d'équipement en soins de longue durée a le plus baissé depuis 1994.

³⁷ « Accueil des personnes âgées. Etablissements, services et lits ou places installés au 1^{er} janvier 2001 - Taux d'équipement », in DRASS/DREES, *STATISS 2002 Les régions françaises*, juin 2002, pp.36-37.

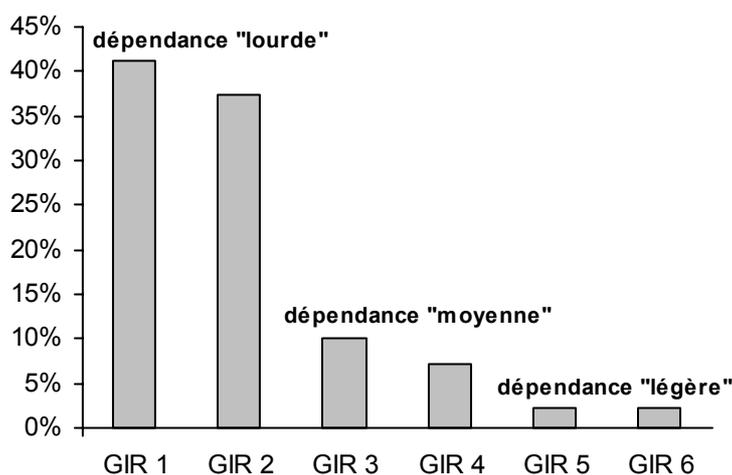
³⁸ cf. annexe n°2 : « Places gérées par l'AP-HP ou le CASVP ».

Tableau 13. Répartition des patients des unités de soins de longue durée selon leur degré de dépendance et leur âge en Ile-de-France en 2000

	dépendance « lourde » (GIR 1 et 2)		dépendance « moyenne » (GIR 3 et 4)		dépendance « légère » (GIR 5 et 6)		Ensemble	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
nombre de patients	6 829		1 637		490		8 956	100 %
âge :								
-75 ans	1 211	17,7 %	410	2,5 %	181	36,9 %	1 802	20,1 %
75 ans+	5 618	82,3 %	1 227	97,5 %	309	63,1 %	7 154	79,9 %

Source : Enquête AGGIR-Morbidité-Soins (AMS) en unités de soins de longue durée, DRASS, Service Etudes et Statistiques, mars 2001.

Figure 19. Répartition des patients de 75 ans ou plus accueillis en unités de soins de longue durée selon leur degré de dépendance en Ile-de-France en 2000



Source : Enquête AGGIR-Morbidité-Soins (AMS) en unités de soins de longue durée, DRASS, Service Etudes et Statistiques, mars 2001.

Trois-quarts des personnes accueillies sont très dépendantes

En avril 2000, la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile-de-France a réalisé une enquête dans l'ensemble des unités de soins de longue durée franciliennes, afin de disposer d'informations homogènes et pertinentes sur les caractéristiques des personnes hospitalisées dans ces services, notamment leur niveau d'incapacité³⁹.

La population hospitalisée dans les services de soins de longue durée franciliens est essentiellement féminine (74 %), très âgée (âge moyen : 83 ans) - 64 % des femmes ont 85 ans ou plus -, et sans conjoint (87 %).

76,2% des personnes relèvent des GIR 1 et 2⁴⁰, 94,5 % des GIR 1 à 4 (tableau 13).

De plus, 86,4 % des patients déments appartiennent aux GIR 1 et 2.

Parmi les femmes, 78 % sont très dépendantes (GIR 1 et 2), et 67 % sont démentes.

Les hommes, en moyenne plus jeunes que les femmes, sont dans l'ensemble moins dépendants (68 % relèvent des GIR 1 et 2) et moins déments (55 %).

Concernant les personnes de 75 ans ou plus - qui représentent près de 80 % des patients accueillis en unités de soins de longue durée - 78,5 % relèvent des GIR 1 et 2 et 95,7 % des GIR 1 à 4 (figure 19).

³⁹ Enquête AGGIR-Morbidité-Soins (AMS) en unités de soins de longue durée, DRASS, Service Etudes et Statistiques, mars 2001.

⁴⁰ cf. annexe n°1 : « AGGIR, GIR et GMP ».

3. L'offre médicalisée

Cette partie présente l'ensemble de l'offre médicalisée pour les personnes âgées en Ile-de-France, en établissement et à domicile.

Les places médicalisées des structures d'hébergement regroupent les sections de cure médicale des logements-foyers et des maisons de retraite, les lits des services de soins de longue durée ainsi que l'ensemble des places en EHPAD.

A domicile, il s'agit des places en services de soins infirmiers à domicile.

Tableau 14. L'offre médicalisée en 2001

Nombre de places ou de lits pour 1000 personnes de 75 ans ou plus.

	Population de 75 ans ou plus en 2000	SCM en logements-foyers	SCM en maisons de retraite	Services de soins de longue durée	EHPAD *	Total structures d'hébergement médicalisées	SSIAD	Total offre médicalisée
<i>Paris</i>	158 289	2,2	13,8	9,7	1,9	27,6	14,7	42,3
Hauts-de-Seine	90 302	0,2	35,5	13,0	0	48,7	13,6	62,3
Seine-Saint-Denis	61 066	1,0	27,4	12,0	0	40,4	14,7	55,1
Val-de-Marne	71 485	0,9	35,5	23,7	6,4	66,5	14,0	80,5
<i>Proche couronne</i>	222 853	0,6	33,3	16,2	2,1	52,2	14,0	66,2
Seine-et-Marne	55 496	0,5	46,0	19,0	5,5	71,0	14,5	85,5
Yvelines	64 003	0,3	52,5	17,9	1,4	72,1	15,4	87,4
Essonne	51 364	2,1	35,2	30,5	0	67,8	14,9	82,7
Val-d'Oise	47 001	1,2	43,7	20,2	5,1	70,2	13,6	83,8
<i>Grande couronne</i>	217 864	1,0	44,9	21,7	2,0	69,6	14,6	84,2
Ile-de-France	599 006	1,2	32,3	16,5	2,3	52,3	14,4	66,7
France** métropolitaine	4 242 475	1,8	36,0	19,7	-	57,5	15,6	73,1

* Selon le décret n°2001-1085 (art.30) du 20 novembre 2001, à compter de la date d'application de la convention pluriannuelle tripartite, les établissements médico-sociaux pour personnes âgées peuvent dispenser des soins **pour la totalité de leur capacité d'hébergement autorisée**. C'est pourquoi, pour le calcul du taux d'équipement médicalisé des EHPAD, c'est la capacité totale de l'établissement qui a été prise en compte.

** Concernant les données de la France métropolitaine, les EHPAD n'ont pas été dissociés des maisons de retraite.

Sources : ORS Ile-de-France, CRAM Ile-de-France, DRASS Ile-de-France, INSEE, « Accueil des personnes âgées. Etablissements, services et lits ou places installés au 1^{er} janvier 2001 - Taux d'équipement », in DRASS/DREES, *STATISS 2002 Les régions françaises*, juin 2002, pp.36-37, INSEE - Estimations localisées de population pour 2000.

Forte croissance de l'offre médicalisée depuis vingt ans

L'offre médicalisée destinée aux personnes âgées a beaucoup augmenté depuis vingt ans, aussi bien à domicile qu'en établissement.

Les **services de soins infirmiers à domicile** ont connu une forte augmentation de leur capacité, multipliée par 2,4 entre 1987 et 2001.

Aujourd'hui, l'Ile-de-France dispose de 14,4 places de soins infirmiers à domicile pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus, soit un taux d'équipement légèrement inférieur à celui observé en France métropolitaine.

De plus, **les disparités départementales sont faibles** au sein de la région, variant de 13,6 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus dans les Hauts-de-Seine et dans le Val-d'Oise à 15,4 dans les Yvelines.

L'offre en places et en lits médicalisés dans les **établissements d'hébergement** a également connu une forte croissance depuis vingt ans (+ 27 % au niveau régional) pour se situer à un niveau légèrement inférieur à la moyenne nationale (52 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus, contre 57,5 en France).

Mais là **les disparités départementales sont importantes**, la périphérie étant globalement beaucoup mieux équipée que le centre de la région : Paris « intra-muros » dispose de 28 places médicalisées pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus, alors que l'offre atteint 70 pour 1000 en grande couronne.

Au total, l'offre régionale se situe un peu au-dessous de la moyenne nationale et se caractérise par des disparités départementales importantes (tableau 14).

Partie III :

La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Ile-de-France

En appliquant à l'Ile-de-France la méthode développée pour la France par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du ministère de la Santé à partir des résultats de l'enquête nationale Handicaps-Incapacités-Dépendance, l'Observatoire régional de santé a pu évaluer les effectifs de personnes âgées dépendantes dans la région et construire des projections sur les trente années à venir.

Afin d'offrir à ces personnes âgées dépendantes une prise en charge plus appropriée aujourd'hui et dans les années à venir, de nombreuses mesures récentes tentent d'améliorer les dispositifs tant à domicile qu'en établissement.

1. Evaluation du nombre de personnes âgées dépendantes en Ile-de-France entre 2000 et 2030

En 2000, environ 118 000 Franciliens âgés de 60 ans ou plus sont dépendants dont 89 000 âgés de 75 ans ou plus (personnes classées dans les groupes iso-ressources 1 à 4 de la grille AGGIR, grille nationale d'évaluation de la dépendance).

Trois scénarios de baisse plus ou moins marquée de la dépendance ont été retenus pour l'avenir. Selon ces scénarios, le nombre de personnes âgées dépendantes de 60 ans ou plus serait compris entre 133 000 et 169 000 en 2030 et celui des 75 ans ou plus serait compris entre 103 000 et 139 000 en Ile-de-France.

Dans le scénario central, 150 000 personnes âgées de 60 ans ou plus seraient dépendantes en 2030 - soit 32 000 de plus qu'aujourd'hui, et 121 000 personnes âgées de 75 ans ou plus seraient dépendantes en 2030 - soit 32 000 de plus qu'aujourd'hui.

La grille AGGIR est la grille d'évaluation de la dépendance utilisée pour l'attribution de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

L'incapacité est décrite à partir d'une grille de huit items évaluant les difficultés rencontrées par les personnes pour réaliser les actes de la vie quotidienne : assure sa toilette corporelle / s'habille / mange ses repas préparés / assure l'hygiène liée à l'élimination / se lève, se couche, s'assoit / se déplace à l'intérieur du domicile / se déplace à l'extérieur / prépare ses repas.

Les personnes sont classées selon six groupes (GIR 1 à GIR 6) d'incapacité décroissante. Pour avoir droit à l'APA, le demandeur doit relever d'un des quatre premiers groupes iso-ressources de la grille AGGIR : classement en GIR 1, 2, 3 ou 4*.

C'est pourquoi, dans la suite de cette étude, les personnes relevant des GIR 1 à 4 seront considérées comme dépendantes.

Afin d'établir une comparaison entre ces quatre groupes et les items de l'enquête HID, des équivalents-GIR ont été élaborés, permettant la détermination de taux nationaux de prévalence de la dépendance.

* cf. annexe n°1 : « AGGIR, GIR et GMP ».

Les apports de l'enquête HID

L'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID)⁴¹, réalisée par l'INSEE, vise à établir, pour la première fois en France, une estimation du nombre de personnes touchées par les divers types de handicaps - y compris ceux liés aux atteintes de l'âge -, à décrire leur situation sociale, relever l'aide dont elles bénéficient et à permettre une évaluation de celle qui leur serait nécessaire.

Elle s'intéresse aux conséquences des problèmes de santé sur l'intégrité physique, la vie quotidienne et la vie sociale des personnes. Ces problèmes de santé peuvent être liés aux atteintes de l'âge, mais ils peuvent aussi avoir des origines accidentelles, être la conséquence de maladies ou provenir de malformations congénitales.

Elle comporte quatre volets de collecte : la première et la troisième vague (fin 1998 et fin 2000) concernent les personnes résidant en institutions socio-sanitaires ou psychiatriques, la deuxième et la dernière vague (fin 1999 et fin 2001) concernent les personnes vivant en domicile ordinaire.

L'enquête a été menée auprès d'un échantillon représentatif de la population française, ce qui lui permet d'apporter des informations sur l'ensemble de la population française, et pas sur les seuls bénéficiaires d'une prestation ou sur les personnes appartenant à une classe d'âges fermée (comme c'est le cas des autres enquêtes de moindre envergure sur le sujet).

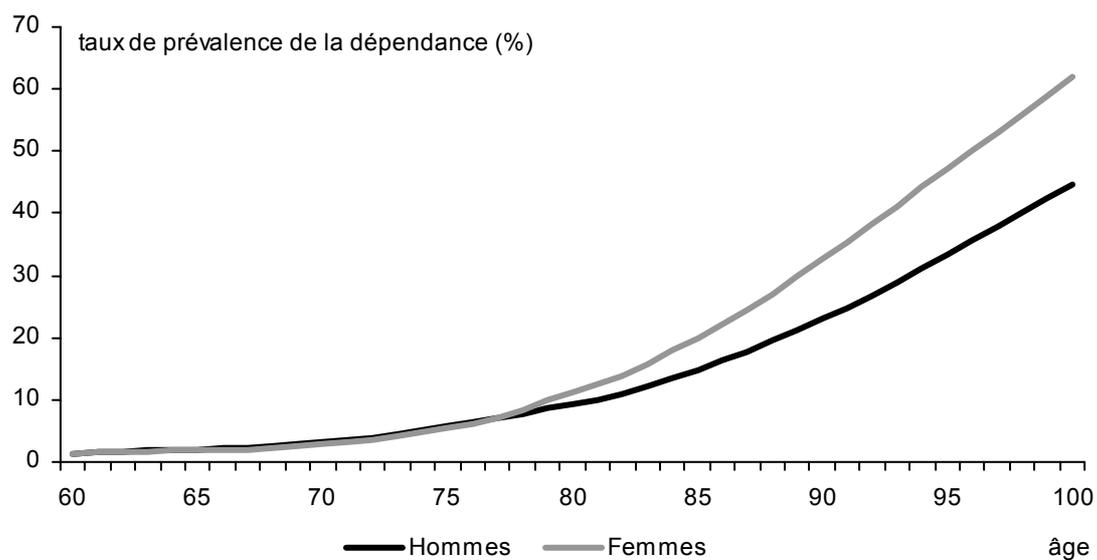
Précisons enfin que l'enquête HID n'a pas privilégié un indicateur de dépendance parmi tous ceux qui existent (indicateurs de KATZ, de COLVEZ, EHPA, grille AGGIR, etc.). Les nombreuses questions se rapportant à tous les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation, hygiène de l'élimination, déplacements, etc.) permettent de reconstruire la plupart des indicateurs « standards » et notamment de reconstruire des équivalents des groupes iso-ressources (GIR) de l'outil AGGIR.

Rappelons que depuis 1997, la grille AGGIR est la grille nationale d'évaluation de la dépendance et qu'elle est notamment utilisée dans le cadre des attributions de l'Allocation personnalisée d'autonomie aux personnes âgées de 60 ans ou plus (cf. encadré ci-contre).

⁴¹ MORMICHE P., « Les personnes dépendantes en institution » in *INSEE PREMIERE*, n°669, août 1999.

Graphique 14. Evolution de la dépendance par sexe et âge à partir de l'enquête HID

Pourcentage de personnes classées en équivalent GIR 1 à 4



Source : INSEE - enquêtes HID. Exploitation DREES.

Un besoin d'aide élevé à partir de 80 ans

A partir des résultats de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé (DREES) a pu établir les taux de prévalence de la dépendance par sexe et âge selon différents indicateurs « standards » de la dépendance et notamment selon la grille AGGIR.⁴²

Cette exploitation de l'enquête, comme d'autres travaux et résultats, montre que les handicaps ne sont pas spécifiques à une classe d'âges donnée et que leur fréquence augmente progressivement avec l'âge (graphique 14).

Si toutefois il fallait désigner un âge à partir duquel la fréquence des handicaps devient importante, il se situerait vraisemblablement entre 75 et 80 ans.

Elle montre également qu'après 80 ans, les femmes déclarent plus de handicaps que les hommes, puisque les taux de prévalence de la dépendance (GIR 1 à 4) sont :

- inférieurs à 10 % jusqu'à 80 ans pour les deux sexes ;
- à 85 ans, ces taux atteignent 15 % chez les hommes et 20 % chez les femmes ;
- à 90 ans, ils atteignent 23 % chez les hommes et 33 % chez les femmes.

⁴² cf. annexe n°1 : « AGGIR, GIR et GMP ».

Pour l'avenir, la DREES a bâti trois scénarios d'évolution de la dépendance entre 2000 et 2040 :

- Le scénario pessimiste considère que le temps passé en dépendance est globalement stable. Dans ce scénario, les gains d'espérance de vie sans dépendance évoluent parallèlement à l'espérance de vie générale.
- Le scénario optimiste considère que le temps passé en dépendance diminue. Dans ce scénario, l'amélioration de l'hygiène de vie et les progrès de la médecine (notamment la prévention des maladies à forte prévalence comme les maladies cardiovasculaires ou ostéo-articulaires) permettent des gains d'espérance de vie sans dépendance plus rapides que les gains d'espérance de vie projetés.
- Le scénario central, moyenne des deux précédents, considère que les taux de prévalence de la dépendance vont baisser à un rythme un peu moins rapide que dans le scénario optimiste.

Les trois scénarios des projections : tous les dix ans, les taux de prévalence de la dépendance sont décalés de...

	Scénario pessimiste		Scénario central		Scénario optimiste	
	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes
60 à 79 ans	1,3 ans	1,4 ans	1,3 ans	1,4 ans	1,3 ans	1,4 ans
80 ans ou +	0,6 an	0,7 an	1,1 ans	1,3 ans	1,7 ans	2,0 ans

Lecture : Dans le scénario pessimiste, on fait l'hypothèse que le taux de prévalence de la dépendance pour les hommes de 60 à 79 ans à un âge A donné est le même que celui qu'il était à l'âge de [A-(1,3 ans)] dix ans plus tôt.

Source : BONTOUT O, COLIN C., KERJOSSE R., « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 » in DREES, *Etudes et résultats*, n°160, février 2002.

812 000 personnes âgées dépendantes en France

En appliquant ces taux de prévalence de la dépendance à la population française, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé a pu estimer :

- à **812 000** le nombre de personnes âgées de **60 ans ou plus** pouvant être classées dans les équivalents GIR 1 à 4 en France,
- et à **610 000** celui de personnes âgées de **75 ans ou plus**.

Appliqués aux effectifs de population âgée issus des projections de population française publiées par l'INSEE en 2001, ces taux de prévalence de la dépendance dessinent une augmentation importante du nombre des personnes âgées dépendantes de **60 ans ou plus** :

- selon le scénario central, le nombre de personnes âgées évaluées en GIR 1 à 4 passerait de 812 000 en 2000 à **1 080 000 en 2030**, soit une hausse de 33 % en trente ans ;
- cette hausse pourrait être limitée à 18 % dans le scénario optimiste,
- mais aller jusqu'à 49 % dans le scénario pessimiste.

Concernant les **75 ans ou plus**, l'augmentation est encore plus marquée puisqu'elle atteint 42 % dans le cas du scénario central (de 610 000 à **868 000 personnes** évaluées en GIR 1 à 4 entre 2000 et **2030**), 22 % dans le cas du scénario optimiste, et 64 % dans le cas du scénario pessimiste.

Après 2030, la hausse du nombre de personnes âgées dépendantes s'accélérerait lorsque les générations nombreuses issues du baby-boom auront plus de 80 ans : entre 2030 et **2040** - soit en 10 ans seulement - le nombre de personnes âgées de **60 ans ou plus** évaluées en GIR 1 à 4 augmenterait à nouveau de près de 200 000 pour atteindre **1 250 000 personnes en France**, selon le scénario central.

Graphique 15. Projections 2000-2030 du nombre de Franciliens dépendants de 75 ans ou plus, selon trois scénarios

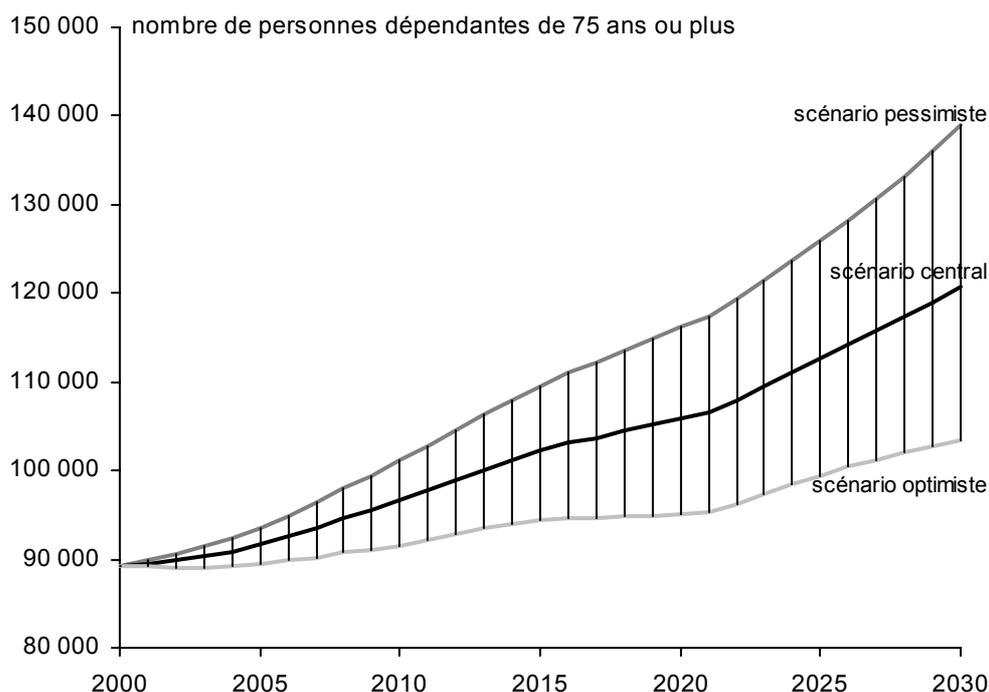


Tableau 15. Projections 2000-2030 de population âgée dépendante, selon trois scénarios

population âgée	scénario	en France			en Ile-de-France		
		2000	2030	progression	2000	2030	progression
60 ans ou plus	- pessimiste		1 209 107	+ 49,0 %		168 690	+ 42,9 %
	- central	811 637	1 079 654	+ 33,0 %	118 033	150 483	+ 27,5 %
	- optimiste		957 379	+ 18,0 %		133 266	+ 12,9 %
75 ans ou plus	- pessimiste		997 663	+ 63,5 %		138 929	+ 55,8 %
	- central	610 050	868 210	+ 42,3 %	89 186	120 721	+ 35,4 %
	- optimiste		745 935	+ 22,3 %		103 505	+ 16,1 %

Sources : INSEE - enquêtes HID 1998 et 1999 et projections démographiques 2002, BONTOUT O., COLIN C., KERJOSSE R., « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 » in DREES, *Etudes et résultats*, n°160, février 2002. Exploitation ORS Ile-de-France.

118 000 personnes âgées dépendantes en Ile-de-France

L'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France a utilisé la méthode développée par la DREES au niveau national pour évaluer le nombre actuel de personnes âgées dépendantes en Ile-de-France et pour déterminer quelle serait son évolution à l'horizon 2030 dans le cadre des scénarios retenus.

Pour l'année 2000, on peut ainsi estimer à 118 000 le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus dépendantes en Ile-de-France, dont 89 000 âgées de 75 ans ou plus.

D'autres exploitations de l'enquête HID corroborent cette estimation du nombre de personnes âgées dépendantes en Ile-de-France, et permettent de préciser que sur les 118 000 personnes dépendantes de 60 ans ou plus, 92 000, soit un peu plus des trois-quarts, vivent à leur domicile.⁴³

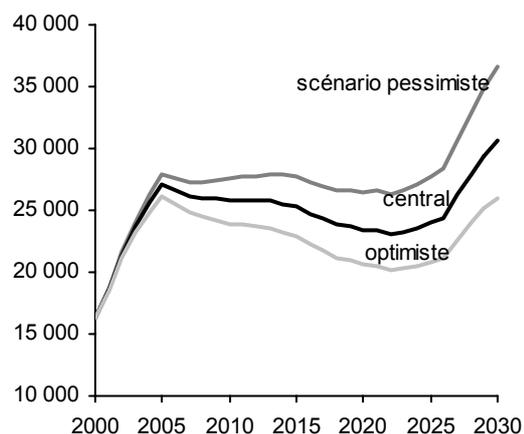
Dans l'avenir, selon le scénario central, la population dépendante de **60 ans ou plus** passerait de 118 000 en 2000 à **150 000 en 2030**, soit une progression de 28 % sur l'ensemble de la période. Dans le cas du scénario optimiste, cette progression ne serait que de 13 % (133 000 personnes en 2030), alors qu'elle atteindrait 43 % (169 000 personnes en 2030) dans le cas du scénario pessimiste.

Concernant les **75 ans ou plus**, l'augmentation de la population dépendante est un peu plus marquée : elle atteint 35 % dans le scénario central (**121 000 en 2030**), 16 % dans le cas du scénario optimiste, et 56 % dans le cas du scénario pessimiste (graphique 15).

L'Ile-de-France, on le voit, devrait connaître une progression du nombre de ses personnes âgées dépendantes un peu moins prononcée que celle observée au niveau national (tableau 15).

⁴³ QUALITE L., « 700 000 Franciliens ont un besoin d'aide lié à leur état de santé » in INSEE, *Ile-de-France à la page*, n°208, février 2002.

Graphique 16. Projections du nombre de Franciliens dépendants de 80-84 ans d'après l'enquête HID, selon trois scénarios, entre 2000 et 2030



Graphique 17. Projections du nombre de Franciliens âgés dépendants d'après l'enquête HID, par classe d'âges, selon le scénario central, entre 2000 et 2030

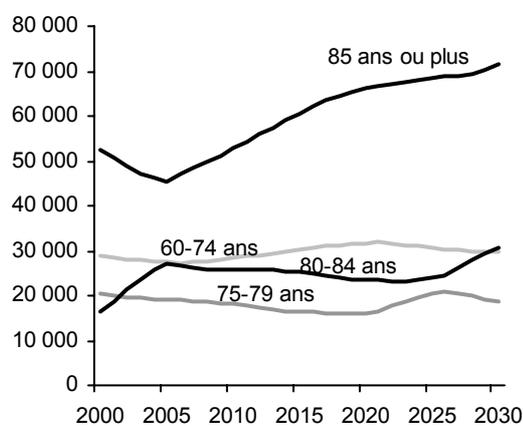


Tableau 16.	2000	2030	<i>progression</i>
60-74 ans	28 847	29 761	+ 3,2 %
75-79 ans	20 618	18 707	- 9,3 %
80-84 ans	16 275	30 567	+ 87,8 %
85 ans ou plus	52 293	71 448	+ 36,6 %

Sources : INSEE - enquêtes HID 1998 et 1999 et projections démographiques 2002, BONTOUT O., COLIN C., KERJOSSE R., « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 » in DREES, *Etudes et résultats*, n°160, février 2002. Exploitation ORS Ile-de-France.

Une hausse concentrée sur les 80 ans ou plus

Ce sont les personnes de 80 ans ou plus qui devraient contribuer majoritairement - voire quasi-exclusivement - à la hausse du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2030.

En effet, cette classe d'âges présente les taux de dépendance les plus élevés et son effectif devrait beaucoup augmenter.

Cette progression est la conjugaison de deux faits :

- une forte augmentation des 80-84 ans (graphique 16), concentrée sur les années 2000-2005, du simple fait que les personnes de cette tranche d'âges, issues des générations creuses nées pendant la première guerre mondiale sont très peu nombreuses en 2000 (environ 125 000, chiffre comparable à l'effectif des Franciliens de 85-89 ans) ; elles seront remplacées au cours des cinq prochaines années par des générations beaucoup plus nombreuses, puisque 283 000 personnes sont âgées de 75-79 ans en 2000 ;
- une augmentation plus modérée des 85 ans ou plus, qui ne débutera qu'après 2005.

Ainsi, dans le scénario central, alors que l'augmentation globale du nombre de Franciliens dépendants de 60 ans ou plus serait de l'ordre de 28 % à l'horizon 2030 (graphique 17),

- le nombre de personnes dépendantes de 80 à 84 ans augmenterait de près de 88 %,
- celui des 85 ou plus de près de 37 %,
- tandis que le nombre des personnes dépendantes de 60 à 74 ans augmenterait de 3 % environ,
- et celui des 75-79 ans diminuerait de 9 %.

En termes d'effectifs (tableau 16),

- le nombre de **personnes âgées dépendantes de 60 ans ou plus** augmenterait d'environ 32 000 personnes d'ici 2030 (**de 118 033 à 150 000 entre 2000 et 2030**),
- mais cette augmentation serait uniquement le fait des **80 ans ou plus (de 68 568 à 102 015 entre 2000 et 2030)**,
- alors que les **60-79 ans** dépendants verraient leur nombre légèrement baisser (**de 49 465 à 48 468 entre 2000 et 2030**), avec pour conséquence un vieillissement de la population dépendante à prendre en charge : les 80 ans ou plus représentent 58 % de la population âgée dépendante en 2000 et cette proportion pourrait atteindre 68 % en 2030.

Figure 20. Projections 2000-2030 du nombre de Franciliens dépendants de 75 ans ou plus (selon le scénario « central »)

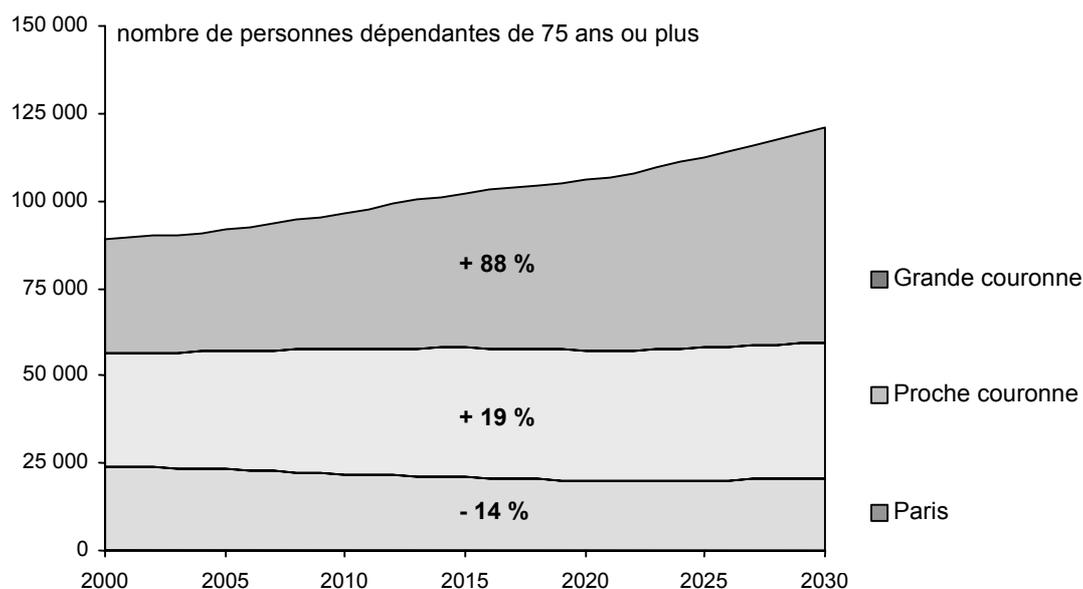


Tableau 17. Projections 2000-2030 de population âgée dépendante en Ile-de-France

Population âgée		2000	2030	évolution
60 ans ou plus	Paris	30 196	25 689	- 15 %
	Proche couronne	43 495	48 665	+ 12 %
	Grande couronne	44 342	76 129	+ 72 %
	Ile-de-France	118 033	150 483	+ 28 %
75 ans ou plus	Paris	24 050	20 587	- 14 %
	Proche couronne	32 563	38 872	+ 19 %
	Grande couronne	32 573	61 262	+ 88 %
	Ile-de-France	89 186	120 721	+ 35 %

Sources : INSEE - enquêtes HID 1998 et 1999 et projections démographiques 2002, BONTOUT O., COLIN C., KERJOSSE R., « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 » in DREES, *Etudes et résultats*, n°160, février 2002. Exploitation ORS Ile-de-France.

Ces projections sont réalisées à partir du scénario « tendanciel » d'évolution de la population régionale décrit en première partie de cet ouvrage et du scénario « central » d'évolution de la dépendance des personnes âgées (présenté dans les pages précédentes de ce chapitre).

Forte hausse en périphérie, baisse à Paris

L'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes ne va pas être homogène au sein de la région (figure 20).

Concernant les personnes âgées de 75 ans ou plus, la progression de 35 % du nombre de personnes âgées dépendantes attendue au niveau régional recouvre en effet de fortes disparités (tableau 17) :

- **une baisse de 14 % dans Paris,**
la baisse devrait être très rapide dans Paris, où le nombre de personnes âgées dépendantes de 75 ans ou plus pourrait passer au-dessous des 20 000 un peu avant 2020 (puis remonter ensuite très légèrement) ;
- **une hausse de 19 % en proche couronne,**
hausse régulière, d'environ 200 personnes dépendantes âgées de 75 ans ou plus chaque année pendant toute la période dans ces trois départements ;
- **une hausse de 88 % en grande couronne,**
très forte hausse du nombre de personnes âgées dépendantes de 75 ans ou plus dans ces départements périphériques (près de 30 000 personnes supplémentaires en 30 ans), mais la progression est modérée jusqu'en 2005, puis de plus en plus rapide.

Rappelons que ces projections infra-régionales d'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes reposent sur un jeu d'hypothèses d'évolution démographique de la population âgée (présentées en première partie) et un jeu d'hypothèses d'évolution de la dépendance des personnes âgées (présentées en début de ce chapitre). Autant d'hypothèses qu'il est possible de faire varier, aboutissant alors à des résultats légèrement différents. Pour simplifier la lecture des résultats, un seul jeu d'hypothèses a été retenu ici, correspondant à une reconduction des évolutions passées.

2. La prise en charge des personnes âgées dépendantes au cœur de multiples réformes

Depuis 1997, le législateur tente de doter la prise en charge de la dépendance des personnes âgées d'un cadre spécifique, et ce par :

- *l'instauration d'une prestation unique (Prestation spécifique dépendance remplacée par l'Allocation personnalisée d'autonomie en 2002), destinée aux personnes âgées qui « ont besoin d'aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou qui nécessitent une surveillance régulière » ;*
- *une mise en cohérence des dispositifs existants avec cet objectif, tant à domicile, avec des mesures relatives à l'aide à domicile et à l'aide aux aidants, qu'en institution, avec la réforme de la tarification en vigueur entreprise dans les établissements qui accueillent des personnes âgées dépendantes.*

Du 1^{er} janvier 1997 au 31 décembre 2001, une prestation spécifique dépendance transitoire...

La Prestation spécifique dépendance (PSD) est une prestation destinée aux personnes âgées de 60 ans ou plus, dont les ressources sont inférieures à un certain plafond, vivant à domicile ou en établissement, et très dépendantes, c'est-à-dire relevant des groupes iso-ressources 1 à 3, degrés de dépendance les plus élevés de l'outil national AGGIR.* En tant que prestation d'aide sociale, elle donne lieu à récupération sur succession.

A domicile, elle est réservée à la rémunération d'une aide à domicile.

En établissement, elle doit servir à prendre en charge les prestations propres « d'aide à la dépendance ».

...pour une prise en charge de la dépendance inadaptée au regard des besoins.**

- La prise en charge demeure partielle : la PSD n'est attribuée que lorsque la dépendance devient lourde (GIR 1 à 3), donc quasi-irréversible. Or de l'avis des spécialistes, les personnes âgées classées en GIR 4 encourent un risque élevé d'accident domestique, cardiaque ou cérébral, qui sont les trois causes principales d'évaluation en GIR 1 et 2. D'autre part les démences séniles et la cécité sont insuffisamment prises en charge : l'application mécanique de la grille AGGIR peut conduire à les classer en GIR 6, alors que leurs besoins sont supérieurs. De plus, les conditions de ressources strictes restreignent la population éligible et les recours sur succession sont un frein aux demandes. Dans certains départements les effectifs de GIR 3 paraissent anormalement bas, or cette catégorie est la première éligible à la PSD, et le classement en GIR 4 représente le principal motif de rejet des demandes. Ainsi la part des refus d'attribution liés à un niveau de dépendance insuffisant (classement en GIR 4) est restée sensiblement la même pendant toute la période d'attribution de la PSD : 67 % au niveau national.***

- C'est une prestation servie et gérée par les départements : il en résulte de fortes inégalités territoriales, aussi bien dans les conditions de prise en charge à domicile qu'en établissement.

* cf. annexe n°1 : « AGGIR, GIR et GMP ».

** « La prise en charge des personnes âgées dépendantes », Séminaires de questions sociales de la promotion « Nelson Mandela » (1999-2001), pp.10-11. Ecole nationale d'administration.

*** KERJOSSE R., « La prestation spécifique dépendance au 30 septembre 2001 » in DREES, *Etudes et résultats*, n°159, février 2002.

Depuis le 1^{er} janvier 2002, une allocation de solidarité nationale...

L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une allocation destinée aux personnes âgées de 60 ans ou plus, demeurant à domicile ou en établissement, dépendantes, c'est-à-dire relevant des quatre premiers groupes (GIR 1 à 4) de la grille AGGIR utilisée au niveau national.*

Cette allocation est versée selon un barème unique sur tout le territoire français.

Elle n'est soumise à aucune condition de ressources et ne fait pas l'objet d'un recouvrement sur succession.

A la différence de la PSD, l'APA à domicile ne se limite pas à la rémunération d'une aide à domicile. Sa vocation est aussi de prendre en charge les frais d'accueil de jour, d'accueil temporaire, d'aides techniques (fauteuil roulant, lit médicalisé...) pour la part non prise en charge par l'assurance maladie, d'adaptation du logement, les services rendus par les accueillants familiaux agréés, ainsi que les prestations propres à enrayer l'enfermement dans la dépendance : soutien psychologique, groupe d'écoute et de parole, socialisation, transport et loisirs et toutes autres dépenses concourant à l'autonomie du bénéficiaire.

La mise en œuvre de l'APA en établissement se conjugue avec la réforme de la tarification, puisqu'elle est destinée à couvrir le montant du tarif dépendance de l'établissement appliqué à l'allocataire.

...dont le fonctionnement est remis en cause.

Afin d'assurer le financement de l'APA en 2003, un projet de décret, dévoilé début 2003 par le Secrétaire d'Etat aux personnes âgées, prévoit de revoir à la baisse le montant de l'APA octroyée à domicile. Cette mesure s'appliquerait aux nouveaux allocataires et aux bénéficiaires actuels. D'autres projets de loi relatifs à l'allongement du délai d'obtention de l'APA et au contrôle de son utilisation à domicile devraient suivre. De plus, le rétablissement du recours sur succession est envisagé.

* cf. annexe n°1 : « AGGIR, GIR et GMP ».

Une seule prestation pour prendre en charge les conséquences de la dépendance à domicile et en établissement

Dans l'attente d'une loi instituant « une prestation autonomie » et afin de permettre à toute personne dépendante d'assumer individuellement le financement du coût de l'aide nécessaire pour vivre avec cette dépendance, le législateur instaure en 1997 une prestation provisoire : la Prestation spécifique dépendance⁴⁴ (PSD).

En 1999, 7 300 Franciliens bénéficient de cette prestation, dont 55 % à domicile⁴⁵ (contre 52 % au niveau national⁴⁶). Le montant moyen mensuel de la prestation est alors de 3 400 Frs à domicile et de 1 800 Frs en établissement en France (respectivement 519 et 275 euros). Ces montants sont proches de ceux attribués au 30 septembre 2001⁴⁷ : 3 600 Frs à domicile et 2 000 Frs en établissement (respectivement 549 et 305 euros).

Objet de très vives critiques (cf. encadré ci-contre) et d'un « Livre Noir⁴⁸ », la PSD a été remplacée par l'Allocation personnalisée d'autonomie⁴⁹ (APA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002.

Au 30 septembre 2002, cinq départements franciliens déclarent verser l'APA à près de 29 000 bénéficiaires⁵⁰ (dont 53 % à domicile). A cette date, au niveau national, le montant moyen mensuel de la prestation est de 500 euros à domicile et de 370 euros en établissement.⁵¹

Les conséquences de la mise en place de l'APA sont nombreuses, notamment :

- à domicile, en termes d'augmentation de la demande en aides à domicile mais aussi en dispositifs d'aide aux aidants familiaux ;
- en établissement, où l'APA est indissociable de la réforme de la tarification.

⁴⁴ Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997.

⁴⁵ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, « Bénéficiaires d'aide sociale année 1999 », in CRAMIF, *Indicateur statistique Ile-de-France*, 2001, pp.226-227.

⁴⁶ BORREL C., « La prestation spécifique dépendance au 31 décembre 1999 » in DREES, *Etudes et résultats*, n°56, mars 2000.

⁴⁷ KERJOSSE R., « La prestation spécifique dépendance au 30 septembre 2001 » in DREES, *Etudes et résultats*, n°159, février 2001.

⁴⁸ « Le Livre Noir de la PSD » présenté par le Comité national des retraités et personnes âgées et 24 organisations représentatives de l'aide à domicile et de l'accueil en établissement, juin 1998.

⁴⁹ Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001.

⁵⁰ Données DRASS Ile-de-France, 2003.

⁵¹ KERJOSSE R., « L'Allocation personnalisée d'autonomie au 30 septembre 2002 » in DREES, *Etudes et résultats*, n°205, décembre 2002.

Diverses mesures pour favoriser le maintien à domicile

Des mesures relatives à l'aide à domicile :

L'exonération totale des cotisations patronales de Sécurité sociale pour l'emploi d'une aide à domicile étendue au cadre prestataire⁵²

Depuis 1999⁵³, le dispositif d'exonération totale des cotisations patronales de Sécurité sociale pour l'emploi d'une aide à domicile s'adresse non seulement aux particuliers employeurs mais aussi aux associations agréées (sous certaines conditions).

Renforcement de la formation des aides à domicile

Avec l'entrée en vigueur de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) au 1^{er} janvier 2002⁵⁴, aide qui élargit le champ d'action de la Prestation spécifique dépendance (PSD), les services d'aide à domicile, déjà très sollicités, doivent faire face à une augmentation de la demande : au 3^{ème} trimestre 2002, au niveau national, 90 % du montant de l'APA était consacré à des aides en personnels.⁵⁵

Dans ce cadre et dans un contexte de difficultés de recrutement de personnels qualifiés - en 1999, seulement 9 % des aides à domicile sont titulaires du Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD) au niveau national⁵⁶ - l'Etat engage une vaste réforme du champ de l'aide à domicile, traduite par une première mesure visant à rendre plus attractifs les métiers qui en relèvent. A cette fin, un **diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale** (DEAVS) a été créé en mars 2002⁵⁷, en remplacement de l'ancien CAFAD.

⁵² cf. partie II chapitre 1 : encadré sur « les différents cadres juridiques pour employer une aide ménagère ».

⁵³ Loi n°98-1194 (art.5) du 23 décembre 1998.

⁵⁴ Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001.

⁵⁵ KERJOSSE R., « L'Allocation personnalisée d'autonomie au 30 septembre 2002 », in DREES, *Etudes et résultats*, n°205, décembre 2002.

⁵⁶ DUTHEIL N., « Les services d'aide à domicile en 1998 et 1999 » in DREES, *Etudes et résultats*, n°91, nov. 2000.

⁵⁷ Décret n°2002-410 et arrêté du 26 mars 2002.

Par rapport au CAFAD, l'accès au DEAVS est élargi puisqu'il peut être préparé soit par voie de formation initiale, soit par voie de formation continue. Il n'est donc plus exigé du candidat qu'il soit en situation d'emploi. Le programme est renforcé, à la fois en volume horaire (500 heures théoriques et 560 de stage), mais aussi en contenu (11 modules à valider). Le but est de permettre au candidat d'acquérir les compétences pour intervenir auprès de l'ensemble des publics fragiles (familles, enfants, personnes âgées, personnes malades et personnes handicapées), quel que soit le degré de dépendance.

Concernant les compétences attribuées à l'auxiliaire de vie sociale, une circulaire⁵⁸ est venue rappeler en août 2002 qu'elle n'intervenait pas dans le champ sanitaire. Ainsi - et par principe - la toilette reste la compétence de l'infirmière.

De plus, les personnes justifiant de trois ans d'expérience d'une activité salariée, non salariée ou bénévole - en rapport avec le contenu du diplôme - peuvent demander le bénéfice de la procédure de **validation des acquis de l'expérience** (VAE) instituée en 2002⁵⁹, pour obtenir un ou plusieurs modules du DEAVS. Notons que la première expérience de mise en place de la VAE a porté sur le DEAVS, et qu'en juillet 2002, 28 premiers DEAVS ont ainsi été décernés en France.

Une autre mesure - très attendue - est l'adoption de la convention collective unique de branche et de ses grilles de qualifications et de salaires. Car à ce jour, être titulaire du DEAVS n'est pas associé à une revalorisation salariale.

Enfin, la loi instituant l'APA a aussi créé le **fonds de modernisation de l'aide à domicile**⁶⁰ dont le premier axe d'intervention porte sur la qualification et la professionnalisation des personnels en poste. Il s'agit de favoriser les actions tendant à « la qualification de niveau V des salariés », dont relève le DEAVS. En outre, le fonds soutient financièrement l'accompagnement des salariés dans leur démarche de VAE et les actions qui y concourent (aide au remplacement des salariés en formation, frais de déplacement, etc.).

⁵⁸ Circulaire DGAS/ATTS/4A n°2002-441 du 5 août 2002.

⁵⁹ Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002.

⁶⁰ Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 et circulaire DGAS n°2002/580 du 28 novembre 2002.

Profil de l'aidant familial* : une femme âgée de 50 à 79 ans

L'âge moyen de l'aidant familial est de 71 ans quand il s'agit du conjoint, de 55 ans lorsque c'est l'enfant.

Globalement pour les personnes âgées évaluées en GIR 1 à 4, 79 % de leurs aidants ont entre 50 et 79 ans. De par leur âge relativement élevé, les aidants sont des personnes qui peuvent - elles aussi - présenter des pathologies chroniques, des incapacités ou des handicaps.

Les femmes de 50 à 79 ans, qu'il s'agisse de l'épouse, de la fille ou de la belle-fille, représentent la majeure partie des aidants informels. Les hommes de 50 à 79 ans aident également leur conjointe ou leurs parents âgés dépendants, mais ne représentent qu'un quart des aidants informels.

Si les conjoints aidants sont le plus souvent à la retraite, un certain nombre de couples ainsi que les enfants ont une activité professionnelle. Ils cumulent donc deux rôles : leur profession et l'aide à la personne âgée dépendante. 36 % ont aménagé leurs horaires de travail.

Le temps consacré par les aidants à leur personne âgée dépendante est de l'ordre de cinquante heures par mois avec des variations allant de deux à cent heures par semaine.

* BONTOUT O., COLIN C., KERJOSSE R., « Personnes âgées et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 » in DREES, *Etudes et Résultats*, n°160, février 2002.

Le CLIC est le principal guichet d'information et de coordination mis à la disposition des aidants familiaux.

Les Centres locaux d'information et de coordination, créés en 2000*, sont des « guichets uniques », de proximité, à destination des personnes âgées et de leur entourage, caractérisés par un niveau de labellisation, auquel correspondent des missions bien définies, ainsi qu'une aire d'intervention déterminée.

Le niveau 1 de labellisation correspond aux missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles. Le niveau 2 ajoute au précédent des missions d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé, dont le suivi - en terme de mise en œuvre - n'est pas systématique. Le niveau 3 prolonge le niveau 2 par des missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé.

Selon la configuration locale, le CLIC concerne une population de l'ordre de 7 000 à 10 000 **personnes âgées de 60 ans ou plus** en milieu rural ou d'habitat dispersé et de 15 000 en milieu urbain. Ainsi, les CLIC constituent le principal point d'information et de coordination mis à la disposition des aidants familiaux, dont l'âge moyen est de l'ordre de 61 ans**.

* Circulaires DAS/RV2/2000/310 du 6 juin 2000 et DGAS/AVIE/2C/2001/224 du 18 mai 2001.

** COZETTE E., JOEL ME., GRAMAIN A., COLVEZ A., « Qui sont les aidants ? » in *Gérontologie et Société*, n°89, juin 1999, Fondation Nationale de Gérontologie.

Depuis 1999, Paris dispose de son propre réseau gérontologique.

Ce réseau est constitué de quinze plates-formes gérontologiques locales dénommées «Point Paris Emeraude» (PPE), animées chacune par un opérateur public (Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, autres hôpitaux) ou associatif. Ce réseau assure la mobilisation optimale des ressources existantes en matière d'aide et de soins aux Parisiens âgés.

Des mesures relatives à l'aide aux aidants familiaux :

Dans le cadre d'une réforme de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, diverses mesures ont été prises afin d'adapter les dispositifs aux besoins des aidants familiaux.

Rappelons que dans quatre cas sur dix, l'aide à domicile n'est apportée que par la famille⁶¹, et que les besoins⁶² des aidants familiaux concernent à la fois l'information et l'aide à la décision, le soutien psychologique, la formation, et les formules qui leur procurent un peu de répit.

Mise en place de lieux d'information et de coordination spécifiques aux personnes âgées

« Organiser un maillage cohérent du territoire national à partir des échelons locaux et départementaux »⁶³ est l'objectif poursuivi à travers la mise en place des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), et ce à échéance 2005.

Au nombre de 29 fin 2002 en Ile-de-France, douze CLIC relèvent du premier niveau de labellisation, six du deuxième, huit du troisième, et trois sont en cours de labellisation.

Quatre des quinze « Points Paris Emeraude » (cf. encadré ci-contre) sont devenus CLIC de niveau 1 fin 2002.

En proche couronne, on en dénombre neuf, répartis entre les Hauts-de-Seine (6), la Seine-Saint-Denis (1) et le Val-de-Marne (2). Sept sont labellisés niveau 1, dont tous ceux des Hauts-de-Seine. Aucun n'est de niveau 3. Un second CLIC est en projet en Seine-Saint-Denis.

La grande couronne rassemble seize CLIC, répartis entre la Seine-et-Marne (2), les Yvelines (7), l'Essonne (4) et le Val-d'Oise (3). La moitié relève du niveau 3 de labellisation, dont tous ceux des Yvelines.

⁶¹ BONTOUT O., COLIN C., KERJOSSE R., « Personnes âgées et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 » in DREES, *Etudes et Résultats*, n°160, février 2002.

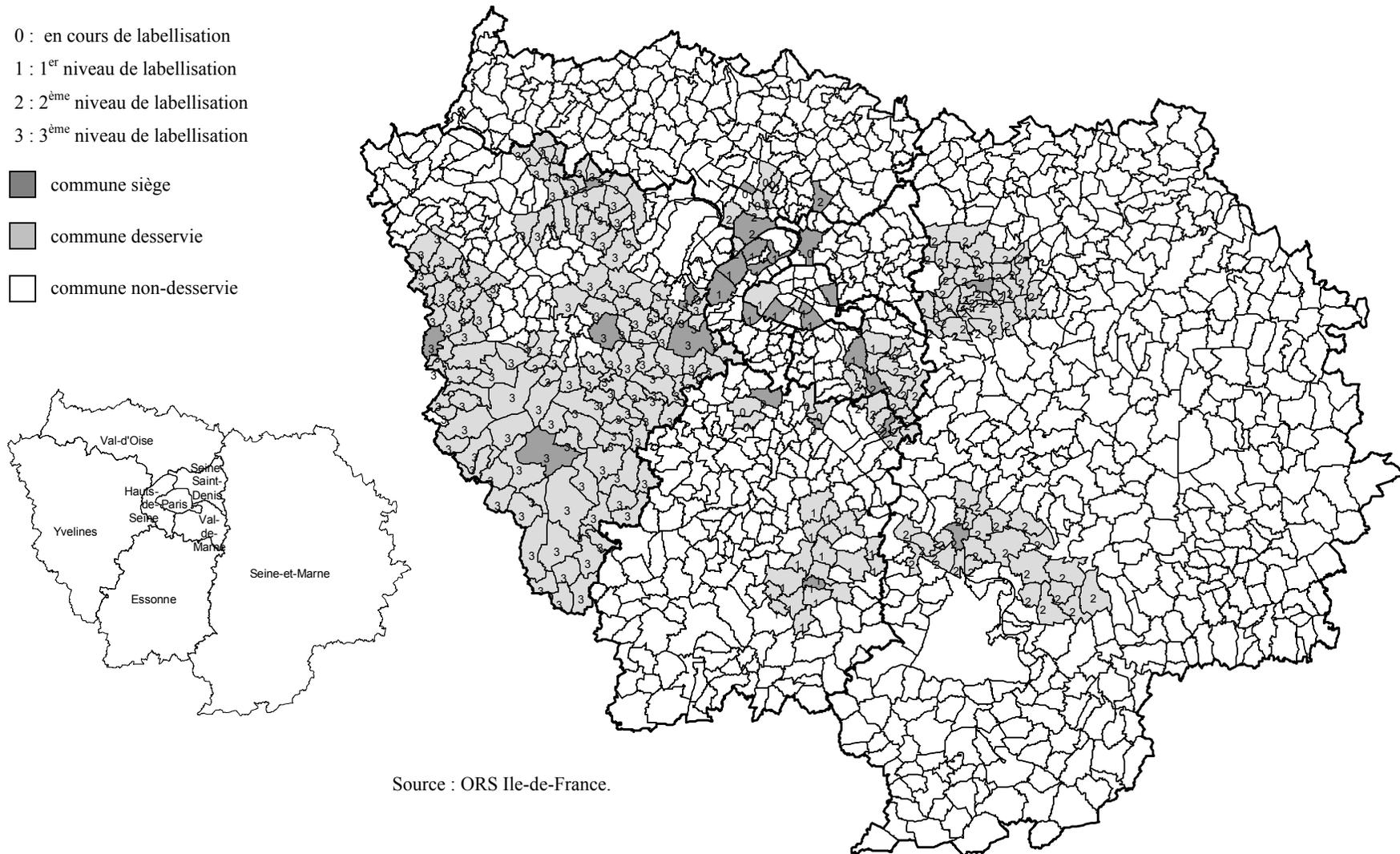
⁶² FIOR S., LALLEMAND D., *Vivre avec la maladie d'Alzheimer*, 2001, Fondation Médéric-Alzheimer, p. 81.

⁶³ Circulaire DGAS/AVIE/2C n°2001/224 du 18 mai 2001.

Carte 3. Bassin de vie des CLIC en Ile-de-France en 2002

- 0 : en cours de labellisation
- 1 : 1^{er} niveau de labellisation
- 2 : 2^{ème} niveau de labellisation
- 3 : 3^{ème} niveau de labellisation

-  commune siège
-  commune desservie
-  commune non-desservie



Source : ORS Ile-de-France.

Les Centres locaux d'information et de coordination se caractérisent par leur zone d'intervention (carte 3), correspondant au « bassin de vie » (canton, groupement de cantons et/ou territoire d'action communale, ville, quartier) qui peut ne pas coïncider avec les frontières départementales. Ainsi, le bassin de vie du CLIC basé à Houdan comprend 51 communes, dont 30 franciliennes et 21 d'Eure-et-Loir.

Les CLIC franciliens, implantés dans 28 communes, interviennent sur 287 communes d'Ile-de-France.⁶⁴ Fin 2002, 1013 communes ne sont donc pas encore desservies par ce type de dispositif (tableau 18). Néanmoins, d'autres lieux - d'information et/ou de coordination - peuvent proposer des services comparables (ou une partie de ces services) dans ces communes.

Si l'on considère que la région francilienne est essentiellement urbaine (seulement 3,9 % de sa population est rurale⁶⁵) et que, selon les textes⁶⁶, un CLIC concerne une population de l'ordre de 15 000 personnes âgées de 60 ans ou plus en milieu urbain, de façon très schématique, la région devrait compter entre 120 et 125 CLIC pour un peu plus de 1 800 000⁶⁷ Franciliens de 60 ans ou plus en 2005, date arrêtée pour la mise en place de ces dispositifs.

Sur 29 CLIC déjà existants, il en reste donc près de 95 à créer entre 2003 et 2005.

A titre indicatif, précisons que, compte-tenu des projections démographiques⁶⁸ de population âgée de 60 ans ou plus à l'horizon 2030, leur nombre devrait être de l'ordre de 140 en 2010, de 165 en 2020 et de 190 en 2030.

Tableau 18. Bassin de vie des CLIC franciliens en 2002

	Nombre de communes* dans le département	Bassin de vie : nombre de communes* franciliennes desservies et part en %	
Paris	20	6	30 %
Hauts-de-Seine	36	6	16,7 %
Seine-Saint-Denis	40	1	2,5 %
Val-de-Marne	47	16	34,0 %
Seine-et-Marne	514	64	12,5 %
Yvelines	262	151	57,6 %
Essonne	196	33	16,8 %
Val-d'Oise	185	10	5,4 %
Ile-de-France	1300	287	22,1 %

* ou arrondissements pour Paris.

Source : ORS Ile-de-France.

⁶⁴ ou arrondissements pour Paris.

⁶⁵ INSEE - RP 1999.

⁶⁶ Circulaire DAS/RV2 n°2000/310 du 6 juin 2000.

⁶⁷ INSEE - projections de population de 2000 à 2030 selon les hypothèses citées en page 20.

⁶⁸ idem.

*Les dispositifs de répit sont définis comme « une aide en terme de soulagement des familles ayant en charge à domicile des personnes dépendantes, sur une base horaire, journalière ou hebdomadaire. Les soins de répit peuvent être donnés à domicile ou à l'extérieur. Il peut s'agir d'une prise en charge de jour et/ou de nuit. C'est un service unique qui bénéficie aussi bien à l'aidant qu'à la personne âgée dépendante. Pour l'aidant, le bénéfice est surtout lié au temps libéré ; pour la personne âgée, le bénéfice est lié aux stimulations liées à la présence d'un tiers, aux activités adaptées à son niveau, et à la présence de professionnels (ou de personnels entraînés) qui peuvent interagir avec eux [...] »**

Les services de répit peuvent prendre plusieurs formes. Il s'agit principalement des dispositifs offrant un **hébergement temporaire** (familles d'accueil agréées par le département, logements-foyers, maisons de retraite, hospitalisations programmées en moyen et long-séjour) et des dispositifs d'**accueil à la journée** (accueils de jour et hôpitaux de jour).

Ces dispositifs participent à l'adaptation progressive de la personne âgée dépendante à un lieu d'hébergement qui pourra devenir ultérieurement définitif.

* ROSENHEIMER L, FRANCIS EM., « Feasible without subsidy ? overnight respite services for people with Alzheimer's disease. » 1992, Jour. Gerontological Nursing, 18(4), 21-29.

Les données de la littérature sur l'avantage tiré par l'aidant du répit de type hébergement temporaire, en terme de santé perçue, de dépression, de fardeau, de détresse psychologique, de modification d'humeur ou de qualité de vie, sont surtout anglophones. Il en est de même des données portant sur l'amélioration des performances de la personne âgée elle-même, en terme d'autonomie fonctionnelle, de troubles du comportement ou de resocialisation.

Cela étant, toutes s'accordent à constater - au mieux - une légère amélioration du niveau de santé de l'aidant, en terme de stress psychologique et de modification de l'humeur. Mais cette amélioration relative reste transitoire, avec une disparition des effets ressentis quinze jours après le retour à domicile du sujet aidé.

Une étude* montre aussi que les aidants qui auraient le plus besoin d'un moment de répit (haut niveau de stress, charge subjective importante) recourent aux services d'hébergement temporaire en cas de crise, et non de façon systématique, ce qui pourrait expliquer pour partie le constat mitigé d'amélioration.

* BRAITHWAITE V., « Institutional respite care : breaking cores or breaking social bonds ? » Gerontologist, 1998, 38(5) : 610-7.

L'accueil à la journée : un dispositif, une diversité de déclinaisons

Les dispositifs d'accueil à la journée permettent d'accueillir des personnes demeurant à domicile pour une ou plusieurs journées par semaine, voire demi-journées, dans des locaux rattachés à un établissement d'hébergement ou dans des locaux autonomes.

Ils ont comme objectifs principaux de préserver, maintenir, voire restaurer l'autonomie des personnes dépendantes et de permettre une poursuite de leur vie à domicile dans les meilleures conditions possibles, tant pour eux que pour leurs aidants. Il s'agit ainsi d'adapter un projet individuel d'aides et de soins, de stimuler les fonctions cognitives, de préserver les contacts sociaux de la personne et de concourir à limiter l'aggravation de la perte d'autonomie.

Ces structures rassemblent, de fait, une variété de modes de prise en charge de la personne âgée dépendante : d'une prise en charge sociale (accueil de jour indépendant ou en établissement) à une prise en charge d'accompagnement (hôpital de jour ou centre de jour de suivi).

Reconnaissance des dispositifs de répit

Depuis le 1^{er} janvier 2002, le recours à un hébergement temporaire et la fréquentation d'un accueil de jour peuvent être pris en charge par l'APA, ce qui devrait induire une augmentation de la demande. En effet, l'APA, octroyée à domicile, ne se limite pas à la rémunération d'heures d'aide à domicile. **Sa vocation est aussi de prendre en charge les frais d'accueil de jour, d'accueil temporaire**, d'aides techniques - pour la part non prise en charge par l'assurance maladie -, d'adaptation du logement, les services rendus par les accueillants familiaux agréés, ainsi que les prestations propres à enrayer l'enfermement dans la dépendance : soutien psychologique, groupe d'écoute et de parole, socialisation, transports et loisirs et toutes autres dépenses concourant à l'autonomie du bénéficiaire.

- Au 31 décembre 2001, la région dispose de 960 places d'hébergement temporaire situées en établissements d'hébergement, soit 1,6 places pour 1000 personnes de 75 ans ou plus (contre 2 au niveau national au 1^{er} janvier 2001⁶⁹).

De fortes disparités départementales sont observées entre le centre francilien, avec des taux compris entre 0,9 (Paris) et 1,4 (Hauts-de-Seine), et la périphérie où les taux dépassent les 2,5 places, sauf dans le Val-d'Oise (1,4). L'Essonne a le taux le plus élevé avec 3,5 places pour 1000 personnes de 75 ans ou plus.

- En ce qui concerne l'accueil à la journée, la région dispose de 693 places d'accueil de jour situées en établissements d'hébergement, soit 1,2 places pour 1000 personnes de 75 ans ou plus en 2001. De fortes disparités départementales sont observées entre le centre francilien, avec des taux inférieurs à une place - seuls les Hauts-de-Seine sont au niveau de la moyenne régionale -, et la périphérie où les taux dépassent les 1,5 places, sauf dans le Val-d'Oise. Le département des Yvelines a le taux le plus élevé : 2,1 places pour 1000 personnes de 75 ans ou plus.

⁶⁹ « Accueil des personnes âgées. Etablissements, services et lits ou places installés au 1^{er} janvier 2001 - Taux d'équipement », in DRASS/DREES, *STATISS 2002 Les régions françaises*, juin 2002, pp.36-37.

Au niveau national, le développement des dispositifs de répit que constituent l'hébergement temporaire et l'accueil à la journée a été défini⁷⁰ dans un cadre précis : la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées (annoncé en octobre 2001).

Il a été décidé, à échéance de quatre ans (2006) :

- la création de 3 000 places supplémentaires d'hébergement temporaire ;
- la création de 7 000 places supplémentaires d'accueil de jour, sous réserve de répondre à un cahier des charges très précis. Il s'agit d'homogénéiser les pratiques et les fonctionnements (le développement de groupes de parole pour les aidants familiaux fait aussi partie de la mission du psychologue qui anime l'accueil de jour).

Précisons que cette mesure concerne tant les accueils à créer que les structures déjà existantes. En Ile-de-France, six accueils de jour sont actuellement en projet (un à Paris et cinq en grande couronne).

Toutefois, aucune indication n'a été donnée quant à la répartition de ces places entre les différentes régions françaises.

Reconnaissance des dispositifs de soutien psychologique

Rappelons que l'APA a vocation à prendre en charge les prestations propres à enrayer l'enfermement dans la dépendance : soutien psychologique, groupe d'écoute et de parole, socialisation, transport et loisirs.

Or le soutien psychologique, au sens large du terme - car il s'agit avant tout d'un besoin d'expression et d'échanges -, apparaît comme l'une des principales attentes des aidants familiaux.

Les associations familiales, telle France Alzheimer qui compte dix antennes en Ile-de-France, jouent un rôle important dans la mise en place de ce type d'aide, les dispositifs de coordination et d'information également, parfois en collaboration avec des centres hospitaliers.

⁷⁰ Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A n°2002-222 du 16 avril 2002.

Le critère retenu pour devenir « établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » (EHPAD) fait référence à la grille AGGIR* qui permet d'évaluer le niveau de perte d'autonomie d'une personne (« GIR ») ou d'un ensemble de personnes (« GIR moyen pondéré », ou « GMP »).

C'est à partir d'un niveau de perte d'autonomie moyen élevé chez ses résidents (GMP égal ou supérieur à 300) que l'établissement doit signer une convention tripartite, et ce quelle que soit sa capacité**.

En dessous de ce seuil, n'en bénéficient que les établissements volontaires.

* cf. annexe n°1 : « AGGIR, GIR et GMP ».

** Décret n°2001-1086 du 20 novembre 2001.

Un seul type d'établissement pour héberger les personnes âgées dépendantes

Le législateur a souhaité que la prise en charge de la dépendance en institution relève d'un seul type de structure : l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Jusqu'en 1996, la tarification en vigueur dans les établissements hébergeant des personnes âgées comportait une ou deux composantes (tarification « binaire » avec un tarif hébergement et un tarif soins) suivant la médicalisation ou non de l'établissement.

Depuis 1997⁷¹, les établissements médico-sociaux et sanitaires qui accueillent des personnes âgées dépendantes - dans une proportion importante (cf. encadré ci-contre) - sont tenus de conclure une convention pluriannuelle avec le Président du Conseil général et l'autorité compétente de l'Etat en matière de tarification des soins, et ce avant le 31 mai 2005 (ou le 31 décembre 2006 pour les logements-foyers).

Ce conventionnement permet à l'établissement d'isoler les charges spécifiques relatives à la prise en charge de la dépendance de ses résidents à travers l'instauration d'un tarif supplémentaire (tarif dépendance). Cette réforme de la tarification en vigueur dans les établissements instaure dès lors une tarification à trois composantes (tarification « ternaire ») pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

C'est donc la perte d'autonomie de la population des résidents et non le statut de l'établissement qui justifie la réforme : elle s'impose à tous les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, et ce quel que soit le statut de l'établissement.

- Appliquée aux établissements sanitaires, la réforme veut redéfinir le champ des soins de longue durée. L'objectif est de distinguer les services relevant d'un véritable séjour sanitaire, des services accueillant des personnes âgées dépendantes, et s'apparentant alors à une prise en charge médico-sociale. Rappelons qu'en 2001, l'Ile-de-France compte 79 services de soins de longue durée accueillant 80 % de personnes âgées de 75 ans ou plus, dont 78 % sont très dépendantes (GIR 1 et 2). Par conséquent, ces établissements sont tous fortement susceptibles de devenir EHPAD.

⁷¹ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997.

Tableau 19. Les premiers EHPAD conventionnés en 2001 en Ile-de-France

	nombre d'EHPAD	dont anciennes maisons de retraite avec section de cure médicale	capacité en section de cure médicale de ces anciennes maisons de retraite en 1999	capacité totale de ces anciennes maisons de retraite en 1999	accroissement de la capacité médicalisée
<i>Paris</i>	3	1	48	124	+ 158 %
Hauts-de-Seine	0	-	-	-	-
Seine-Saint-Denis	0	-	-	-	-
Val-de-Marne	5	4	223	327	+ 47 %
<i>Proche couronne</i>	5	4	223	327	+ 47 %
Seine-et-Marne	4	4	81	305	+ 277 %
Yvelines	1	0	-	-	-
Essonne	0	-	-	-	-
Val-d'Oise	3	2	125	194	+ 55 %
<i>Grande couronne</i>	8	6	206	499	+ 142 %
Ile-de-France	16	11	477	950	+ 99 %

Sources : ORS Ile-de-France, DRASS Ile-de-France.

La réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées a pour principale conséquence une augmentation de l'offre de prise en charge de la dépendance en institution.

- Appliquée aux établissements médico-sociaux, la réforme étend la capacité de dispenser des soins à la totalité de la capacité d'hébergement autorisée et organise la suppression progressive des sections de cure médicale. Rappelons qu'en 2001, 41 % des places en maisons de retraite sont des sections de cure médicale. De plus, en 2000, parmi les 88 % de résidents âgés de 75 ans ou plus, 53 % sont très dépendants (GIR 1 et 2).. De fait, les maisons de retraite sont, avec les unités de soins de longue durée, les établissements les plus susceptibles de devenir EHPAD.

Seize conventions tripartites signées en 2001 en Ile-de-France

En Ile-de-France, au 31 décembre 2001, seize établissements d'accueil pour personnes âgées ont signé une convention tripartite.⁷²

Toutes les conventions concernent des maisons de retraite.

Leur capacité d'accueil est comprise entre 50 et 140 places.

Quatre relèvent du secteur public, cinq du privé non lucratif et sept du privé lucratif.

Onze étaient pourvues de sections de cure médicale. Or, selon les termes du décret du 20 novembre 2001⁷³, à compter de la date d'application de la convention, l'autorisation de dispenser des soins, précédemment obtenue pour certaines places dites « places de section de cure médicale », est étendue à la totalité des places de l'établissement.

Dans ce cadre, le conventionnement a pour effet direct le doublement de la capacité médicalisée représentée auparavant par ces onze établissements (tableau 19).

Cinq EHPAD sont situés dans le Val-de-Marne, quatre en Seine-et-Marne, trois à Paris et dans le Val-d'Oise, un dans les Yvelines. Aucun établissement de l'Essonne, des Hauts-de-Seine et de la Seine-Saint-Denis n'a signé de convention tripartite en 2001.

Au 30 septembre 2002, les établissements d'hébergement franciliens ayant passé une convention pour être EHPAD étaient au nombre de 77, dont 11 dépendants du Centre d'action sociale de la Ville de Paris.⁷⁴

Début 2003, le service de soins de longue durée du centre hospitalier « Les Murets » sis à La-Queue-En-Brie dans le Val-de-Marne est devenu EHPAD.

⁷² Données DRASS Ile-de-France, 2002.

⁷³ Décret n°2001-1085 du 20 novembre 2001.

⁷⁴ Données DRASS Ile-de-France, 2002.

Réforme de la tarification en établissement et formation du personnel sont également liées. En effet, le conventionnement des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes - qui étend la capacité de dispenser des soins à la totalité de la capacité d'hébergement autorisée - induit un personnel adapté en effectif et compétent (rappelons que cette réforme comporte un volet qualité indissociable de la démarche de contractualisation sur laquelle elle repose).

Dans ce cadre, l'utilisation des outils de VAE est tout à fait indiquée.

Réforme de la tarification et mise en œuvre de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) sont aussi étroitement liées puisque à partir du 1^{er} janvier 2002, date d'entrée en vigueur de l'APA, les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes percevant l'APA devaient avoir signé la convention tripartite. Pour garantir, dès le 1^{er} janvier 2002, le versement de l'APA aux résidents des établissements soumis à conventionnement mais ne l'ayant pas encore obtenu, la loi du 20 juillet 2001⁷⁵ a instauré un dispositif transitoire de financement. Précisons qu'au troisième trimestre 2002, sur cinq départements franciliens (dont deux ne comportaient aucun EHPAD conventionné au 31 décembre 2001), plus de 13 000 personnes avaient reçu un avis favorable pour 22 000 demandes d'APA en établissement déposées dans ces mêmes départements.⁷⁶

Rappelons enfin que la création de nouvelles structures n'est pas l'objet premier visé par cette réforme, mais il est bien évident que toute demande de création se fera désormais dans ce paysage nouvellement défini, qui veut faire de la dépendance une composante à part entière de la prise en charge des personnes âgées au même titre que l'hébergement et les soins.

⁷⁵ Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001.

⁷⁶ Données DRASS Ile-de-France, 2003.

L'étude coopérative européenne réunit les données de onze cohortes de sujets âgés de 65 ans ou plus, ayant une méthodologie comparable.

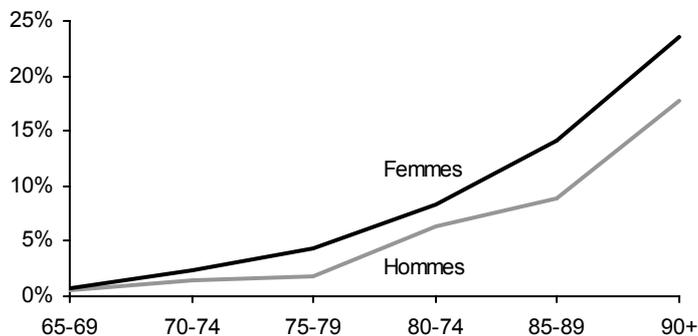
Pour la France, il s'agit d'une cohorte de 4 134 personnes suivies en Gironde et en Dordogne depuis 1988 et jusqu'à au moins 2003, dans le cadre de l'enquête épidémiologique « Personnes Agées QUID » (PAQUID) dont l'objectif général est d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, d'en distinguer les modalités normales et pathologiques, et d'identifier les sujets à haut risque de détérioration physique ou intellectuelle chez lesquels une action préventive serait possible.

Concernant l'étude du vieillissement cérébral et fonctionnel, il s'agit notamment d'estimer la prévalence, l'incidence et les facteurs de risque d'une démence sénile particulière : la maladie d'Alzheimer.

Sources : LOBO A., LAUNER L.J., FRATIGLIONI L, et al., « Prevalence of dementia and major subtypes in Europe : a collaborative study of population-based cohorts » *Neurology* 2000 ; 54 (Suppl 5) : S4-9. INSERM Unité 330.

Graphique 18. Prévalence de la maladie d'Alzheimer selon le sexe et l'âge

En pourcentage de la population totale



Source : DARTIGUES J-F., BERR C., HELMER C., LETENNEUR L., « Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer », *Médecine/Sciences* 2002, 18, pp. 737-43.

Tableau 20. Taux d'incidence de la maladie d'Alzheimer selon le sexe et l'âge

Nombre de nouveaux cas pour 1000 personnes-années

Age	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 ou plus
Hommes	0,9	3,0	6,9	14,8	24,2	20,0
Femmes	2,2	3,8	10,3	27,3	41,5	69,7

Source : DARTIGUES J-F., BERR C, HELMER C, LETENNEUR L., « Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer », *Médecine/Sciences* 2002, 18, pp. 737-743.

Prise en charge de la maladie d'Alzheimer en Ile-de-France

4,4 % des 65 ans ou plus sont atteints de la maladie d'Alzheimer

Selon une étude européenne⁷⁷, la prévalence⁷⁸ de la maladie d'Alzheimer à partir de 65 ans est de 4,4 %. Elle augmente avec l'âge : de 0,6 % entre 65 et 69 ans, elle atteint 22,2 % après 90 ans (graphique 18).

Selon la même étude, le taux d'incidence⁷⁹ de la maladie d'Alzheimer augmente aussi avec l'âge, puisqu'il double pratiquement par tranche d'âge de cinq ans après 65 ans (tableau 20).

A partir du dernier recensement de la population⁸⁰ et des données de prévalence et d'incidence de la maladie d'Alzheimer précitées, on peut estimer à 430 000 le nombre de Français atteints de la maladie d'Alzheimer en 1999. L'incidence annuelle serait de 100 000 nouveaux cas.

Si aucun progrès n'est fait dans la prévention de cette maladie, le nombre total de personnes malades en France en 2010 serait proche de 550 000.

En appliquant ces données aux résultats franciliens du dernier recensement de la population, on peut estimer à **63 452 le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en 1999 en Ile-de-France, et à 16 900 le nombre annuel de nouveaux cas.**

⁷⁷ DARTIGUES J-F., BERR C, HELMER C, LETENNEUR L., « Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer », Médecine/Sciences 2002, 18, pp. 737-743.

⁷⁸ Proportion de malades dans une population donnée, à un instant donné.

⁷⁹ Nombre de nouveaux cas de maladie dans une population non-malade par unité de personnes-temps.

⁸⁰ INSEE - RP 1999.

Tableau 21. Caractéristiques des actions d'aide psychologique, spécifiques aux aidants Alzheimer, identifiées en 2002 en Ile-de-France

Département / Commune	Dénomination	Porteur(s) de l'action	Fréquence	Public	Coût
75 Bondy (Seine-Saint-Denis)	9 ^{ème} arrt. - conseil et écoute aux familles	associatif	sur RDV	tous	gratuit
	11 ^{ème} arrt. - groupe de parole	associatif	mensuel	tous	gratuit
	12 ^{ème} arrt. - soutien aux aidants naturels	PPE (1) et AP-HP (2)	mensuel	habitants du 12 ^{ème} arrondissement	gratuit
	12 ^{ème} arrt. - groupe de parole	PPE et AP-HP	mensuel	habitants du 12 ^{ème} arrondissement	gratuit
	13 ^{ème} arrt. - groupe de parole	centre de prévention	mensuel	tous	payant
	14 ^{ème} arrt. - groupe de parole	associatif et hôpital	mensuel	adhérents de l'association	gratuit
	16 ^{ème} arrt. - groupe de parole	AP-HP	bimensuel	conjointes et enfants des patients suivis à l'hôpital	gratuit
18 ^{ème} arrt. - groupe de parole	PPE et AP-HP	mensuel	habitants du 18 ^{ème} arrondissement	gratuit	
	Bondy (Seine-Saint-Denis) - groupe de parole	CASVP (3)	mensuel	familles des résidents	gratuit
77	Lagny - groupe de parole	associatif et hôpital	mensuel	tous	gratuit
	Provins - groupe de parole	associatif et hôpital	mensuel	tous	gratuit
78	Houdan - groupe d'aide aux aidants familiaux	CLIC (4)	3 semaines	tous	gratuit
	Versailles - espace-parole	associatif	bimensuel	tous	gratuit
	une antenne locale - soutien psychologique	associatif	mensuel	tous	payant
	Versailles - soutien psychologique individualisé	clinique	sur RDV	aidants des patients vus et patients en demande	gratuit
	Versailles - groupe de parole	clinique		aidants des patients vus à la clinique	gratuit
91	Massy - groupe de parole	CEAS (5)	mensuel	tous	gratuit
92	Neuilly - soutien psychologique individualisé	associatif	sur RDV	adhérents de l'association	gratuit
	et antennes - groupe de parole	associatif	mensuel	adhérents de l'association	gratuit
	locales - cycle de rencontres	associatif	mensuel	adhérents de l'association	gratuit
	Rueil-Malmaison - journée d'accueil	CLIC et associatif	bimensuel	tous	gratuit
93	antennes locales - réunions de familles	associatif	mensuel	adhérents de l'association	gratuit
94	Créteil - rencontre des familles « halte-relais »	associatif	bimensuel	tous	gratuit
	Limeil-Brévannes - journée festive « relais passerelle »	associatif et AP-HP	ponctuel	tout aidant et malade	payant
95	Argenteuil - point d'écoute des aidants	CCAS (6)	mensuel	tous	gratuit

(1) Point Paris Emerald

(3) Etablissement du Centre d'action sociale de la Ville de Paris

(5) Centre d'études et d'action sociale

(2) Centre hospitalier de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (4) Centre local d'information et de coordination

(6) Centre communal d'action sociale

en italique : actions sans intervention d'un psychologue

En 2001, la Fondation Médéric Alzheimer a confié aux observatoires régionaux de la santé (ORS) et à leur Fédération nationale (FNORS) la réalisation d'un recueil d'informations dans toutes les régions de France.

L'objectif était de recenser, de façon homogène et coordonnée, toutes les structures et tous les services concourant à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou de syndromes apparentés) ainsi que les dispositifs d'aide aux aidants.

Les résultats qui suivent sont directement issus de ce recueil d'informations.

A domicile, peu de dispositifs d'aide aux aidants

En ce qui concerne les dispositifs de répit, l'Observatoire régional de santé a interrogé 1 131 structures d'hébergement, ce qui a permis de recenser :

- **335 structures d'hébergement qui disposent de places d'hébergement temporaire** pour l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, soit **près d'un établissement sur trois** (29,6 %). Ces établissements se répartissent pour un tiers dans le centre de la région (Paris et proche couronne) et pour les deux tiers restant en grande couronne.
- **18 accueils de jour** (de deux à douze places, huit en moyenne) **et 17 hôpitaux de jour** (de deux à vingt-sept places, quatorze en moyenne), dont onze dépendent de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Ces dispositifs accueillent à la journée les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Huit sont situés à Paris, un en Seine-Saint-Denis, aucun en Seine-et-Marne, et de quatre à six dans les autres départements franciliens. La proche couronne en compte ainsi douze et la grande couronne quinze.

En ce qui concerne le soutien moral, psychologique des aidants familiaux qui ont la charge d'un malade Alzheimer à domicile, différentes initiatives ont été recensées, de dénominations et de modalités de fonctionnement souvent très variées.

Si l'on considère les seules **activités animées par un psychologue** (tableau 21), **23** prestations ont été identifiées **en Ile-de-France**, dont neuf à Paris, et de une à cinq dans les autres départements sauf le Val-de-Marne. Si aucune initiative n'a été recensée dans ce département, deux prestations y ont toutefois été repérées, mais sans l'intervention d'un psychologue (prestations mentionnées en italique dans le tableau 19).

Plus d'un établissement sur trois accueillent les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en Ile-de-France

Parmi les 1 131 structures d'hébergement collectif interrogées en Ile-de-France, 481 déclarent accueillir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, soit plus d'un établissement sur trois (36 %).

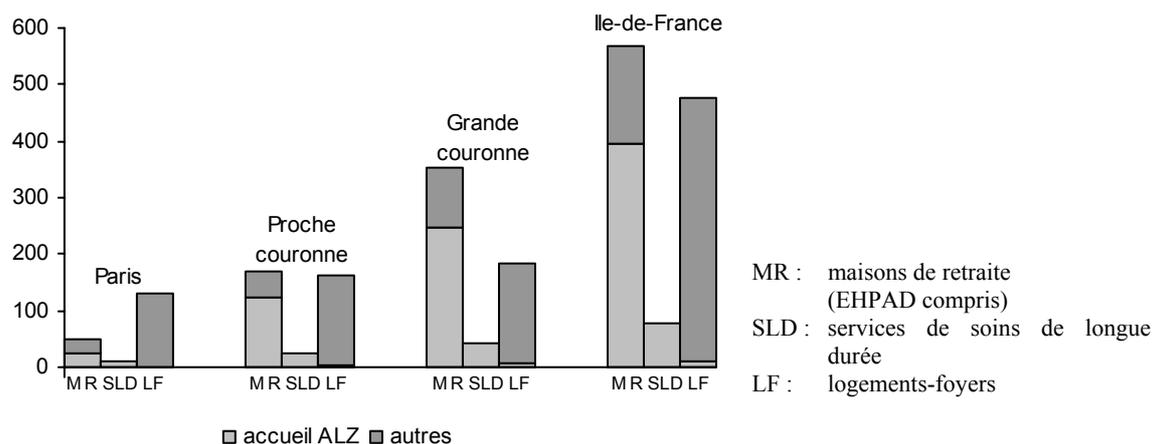
Si on s'intéresse aux types d'établissement (figure 21), on s'aperçoit que 68 % des maisons de retraite franciliennes accueillent les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

A Paris, cette proportion est de 53,1 %.

Elle avoisine les 72 % en proche couronne et en grande couronne.

Dans les services de soins de longue durée franciliens, cette proportion est de 100 %, et de 2,3 % dans les logements-foyers. Ainsi, selon les départements, un à deux logements-foyers déclarent héberger les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Figure 21. Nombre d'établissements d'hébergement franciliens qui accueillent des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, selon le type d'établissement en 2002



Lecture du graphique : A Paris, 26 maisons de retraite sur 49 déclarent accueillir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en 2002.

Source : « Recueil d'informations sur la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et sur les services d'aide aux aidants », Fondation Médéric Alzheimer, FNORS, ORS Ile-de-France, 2002.

Se pose enfin la question de savoir à quelle personne va échoir la coordination entre ces différents dispositifs.

Le plus souvent c'est le médecin de famille - médecin généraliste en exercice libéral - (surtout dans le cadre d'un maintien à domicile), qui a un rôle à jouer, à la fois en tant que coordinateur des dispositifs, mais aussi en tant qu'acteur de prévention de la dépendance. Plus de 12 000⁸¹ sont recensés en Ile-de-France, soit 19 pour 1000 Franciliens âgés de 75 ans ou plus en 2001.

Une étude⁸², réalisée par l'Union régionale des médecins libéraux (URML) d'Ile-de-France en 2000, a montré le rôle pivot du généraliste dans la coordination du maintien à domicile : il apparaît comme « très sensible aux signes de dépendance de ses patients âgés et semble particulièrement bien placé pour faire le point sur les désavantages occasionnés et éventuellement coordonner les intervenants en termes de rééducation et d'aménagement du territoire. Cependant, l'action du praticien doit être soutenue par une formation continue solide : l'accompagnement et la résolution éventuelle des désavantages consécutifs aux déficiences des personnes très âgées supposent une intervention complexe, aux multiples dimensions. Au delà de sa tâche traditionnelle d'intervention, **le généraliste devra dans l'avenir participer à la prévention de la dépendance**, en expliquant et en accompagnant pour mieux prendre en charge la maladie. »

Dans un contexte de mise en place d'une loi d'orientation en santé⁸³, dont les deux axes principaux sont le renforcement de la prévention de la mortalité et de la morbidité évitables et l'amélioration de la qualité de vie des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie en France, le rôle du médecin généraliste par rapport à l'organisation de la prise en charge d'une personne âgée dépendante apparaît incontournable.

⁸¹ « Professionnels de santé libéraux en exercice au 1^{er} janvier 2001 », in DRASS/DREES, *STATISS 2002 Les régions françaises*, juin 2002, pp.56-57.

⁸² URML Ile-de-France, « Personnes âgées et dépendance », 2001.

⁸³ qui devrait être présentée au Parlement en juin 2003.

Conclusion

Les années quatre-vingts ont connu une croissance importante de la population francilienne âgée de 75 ans ou plus (+ 1,5 % par an) conjuguée à une augmentation des capacités d'hébergement collectif (+ 2 % par an). C'est pourquoi, pendant cette période, le taux d'équipement en établissements d'hébergement a peu varié en Ile-de-France, de 132 à 142 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus.

Le début des années quatre-vingt-dix a été marqué par une diminution (passagère) de la population âgée de 75 ans ou plus, alors que les capacités d'accueil en institution continuaient de croître au rythme d'environ 1,5 % par an. Il en est résulté une hausse du taux d'équipement régional qui est passé de 142 à 159 places pour 1000 entre 1991 et 1994.

La croissance de la population francilienne âgée de 75 ans ou plus a repris ensuite. Conjugée à une légère diminution des capacités d'accueil, le taux d'équipement régional a alors baissé jusqu'à 144 places pour 1000 personnes de 75 ans ou plus en 2001.

Il a retrouvé son niveau des années quatre-vingt-dix.

Le développement des services de soins infirmiers à domicile a été continu pendant toute cette période (+ 6,4 % par an), de telle sorte que le taux régional d'équipement en SSIAD a atteint 14 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus en 2001.

Toutefois, qu'il s'agisse des places en établissements d'hébergement ou des places en services de soins infirmiers à domicile, l'Ile-de-France, en 2001, se situe en retrait du niveau national (respectivement 158 et 16 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus en 2001).

De plus, les disparités entre départements restent très marquées, le niveau d'équipement particulièrement bas de Paris contrastant avec les niveaux d'équipement élevés des départements de grande couronne

Qu'en sera-t-il dans les trente prochaines années, alors que la population âgée de 75 ans ou plus devrait connaître une forte croissance et pourrait doubler d'ici 2030 ?

En termes d'effectifs, elle passerait de 599 000 en 2000 à 1 142 000 personnes en 2030.

Cette forte progression de la population âgée francilienne devrait s'accompagner d'une profonde modification de sa répartition géographique.

En 2000, 26 % des personnes de 75 ans ou plus vivent à Paris et 37,5 % en proche couronne, soit 63,5 % dans le centre de la région, contre 36,5 % en grande couronne.

Elles devraient être 49 % à vivre dans le centre de la région (Paris et proche couronne) en 2030, et 51 % en grande couronne, où, selon les hypothèses retenues, l'effectif des personnes âgées de 75 ans ou plus devrait augmenter de 170 % (contre 23 % à Paris et 63 % en proche couronne) entre 2000 et 2030.

Comment répondre aux besoins de prise en charge de ces personnes ?

Pour maintenir le taux régional d'équipement à son niveau actuel (159 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus en 2001), la région devrait disposer de 182 000 places en 2030, ce qui implique la création de 86 000 places supplémentaires en trente ans, soit une croissance de l'ordre de 2,3 % par an de l'offre régionale.

C'est le minimum pour maintenir l'offre globale (offre à domicile et en établissement confondues) à un niveau simplement comparable à celui d'aujourd'hui.

Les travaux prospectifs réalisés par l'ORS sur la population âgée dépendante permettent une évaluation plus pertinente des besoins régionaux de prise en charge de la dépendance d'ici 2030.

En effet, la population âgée dépendante de 75 ans ou plus est celle qui a le plus recours à l'offre de prise en charge de la dépendance, puisqu'en 2000, près des trois-quarts des demandeurs de places en SSIAD étaient dans l'incapacité d'accomplir seuls une grande partie des activités de la vie quotidienne et 96 % des patients de 75 ans ou plus accueillis en unités de soins de longue durée, tout comme 83 % des résidents de 75 ans ou plus des maisons de retraite, étaient dépendants (au sens de l'attribution de l'APA : classement en GIR 1 à 4).

En 2000, on peut évaluer à 89 000, le nombre de Franciliens dépendants âgés de 75 ans ou plus (personnes classées dans les groupes iso-ressources 1 à 4 de la grille AGGIR).

Pour les prendre en charge, la région dispose d'environ 40 000 places médicalisées, qui se répartissent entre :

- d'une part, l'ensemble des places disponibles au niveau des services de soins infirmiers à domicile,
- d'autre part, les sections de cure médicale des maisons de retraite et des logements-foyers, les lits des services de soins de longue durée et la totalité des places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'ensemble de l'offre médicalisée représente un taux global d'équipement de 448 places pour 1000 personnes dépendantes de 75 ans ou plus en 2001.

Perspectives de développement de l'offre régionale de prise en charge des personnes dépendantes de 75 ans ou plus entre 2001 et 2030 en Ile-de-France

Figure 22. - sous l'hypothèse d'un maintien du taux d'équipement médicalisé régional à son niveau de 2001 selon trois scénarios d'évolution de la dépendance des personnes âgées

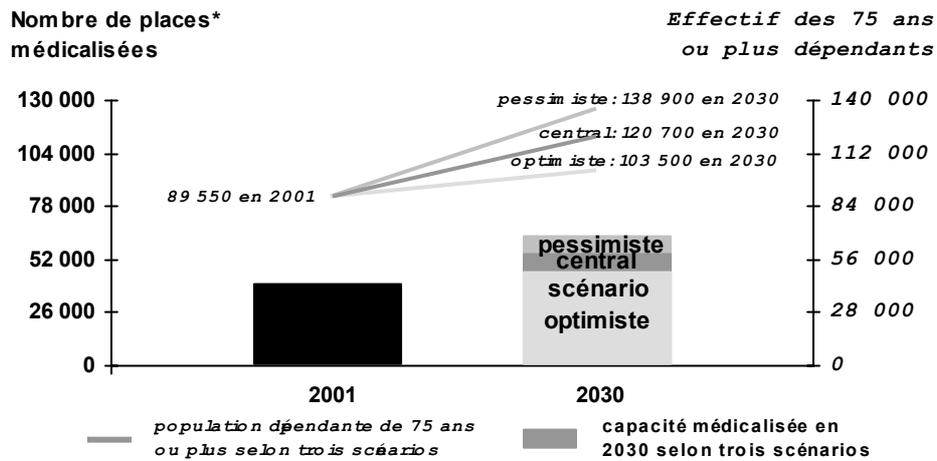
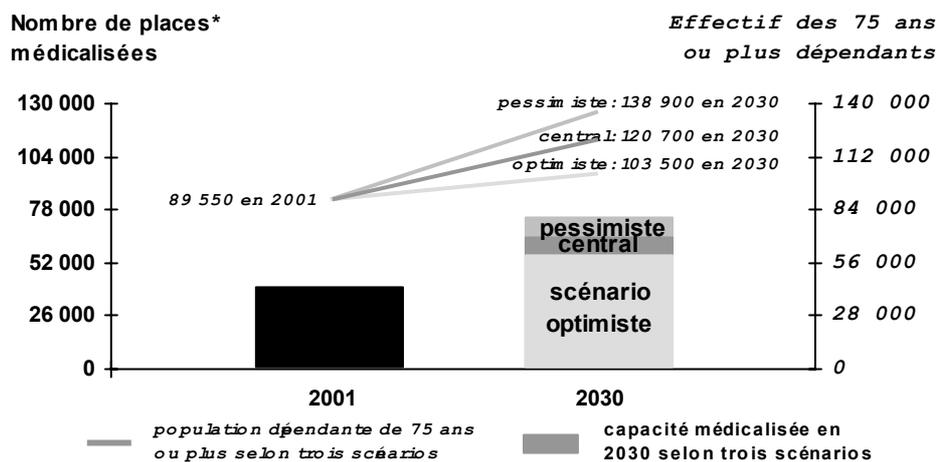


Figure 23. - sous l'hypothèse d'un doublement du taux d'équipement régional en SSIAD et d'un maintien du taux d'équipement régional en établissements d'hébergement médicalisés à son niveau de 2001 selon trois scénarios d'évolution de la dépendance des personnes âgées



* Nombre de sections de cure médicale pour les logements-foyers et les maisons de retraite, nombre de places en SSIAD ou en EHPAD, nombre de lits en services de soins de longue durée pour 1000 personnes dépendantes de 75 ans ou plus.

Sources : ORS Ile-de-France, CRAM Ile-de-France, DRASS Ile-de-France, INSEE - enquêtes HID 1998 et 1999 et projections démographiques 2002, BONTOUT O., COLIN C., KERJOSSE R., « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 » in DREES, Etudes et résultats, n°160, février 2002. Exploitation du scénario central par l'ORS Ile-de-France.

Selon trois scénarios de baisse plus ou moins prononcée de la dépendance retenus d'ici 2030, le nombre de personnes dépendantes de 75 ans ou plus serait compris entre 103 000 et 139 000 en Ile-de-France en 2030. Dans le scénario central, le nombre de personnes dépendantes de 75 ans ou plus serait de 121 000 en 2030.

Rappelons que le développement de certaines pathologies psychiques (maladie d'Alzheimer, notamment) constitue l'inconnue majeure de ces projections à long terme.

Comment répondre à leurs besoins de prise en charge ?

- Les perspectives de développement présentées dans la figure 22 sont minimales : elles maintiennent à l'avenir le taux d'équipement médicalisé à son niveau actuel (448 places pour 1000 personnes dépendantes de 75 ans ou plus en 2001). Selon cette hypothèse et dans le cadre des scénarios de baisse plus ou moins marquée de la dépendance retenus pour les trente prochaines années, le nombre de places à créer serait compris entre 6 000 et 22 000 d'ici 2030.
- Une autre hypothèse - plus volontariste - serait d'augmenter de façon significative l'offre régionale en services de soins infirmiers à domicile qui, selon tous les professionnels du secteur, est insuffisante, de sorte que le taux d'équipement régional en SSIAD double en trente ans, tout en maintenant le taux d'équipement en établissements d'hébergement médicalisés à son niveau actuel. Pour atteindre cet objectif, et toujours dans le cadre des scénarios de baisse plus ou moins marquée de la dépendance envisagés, le nombre de places à créer serait compris entre 16 000 et 36 000 d'ici 2030 (figure 23), dont 11 000 à 18 000 places en SSIAD.

Dans la première hypothèse, le rythme annuel des créations de places médicalisées suivrait celui du nombre des personnes âgées dépendantes de 75 ans ou plus, soit une hausse annuelle comprise entre 0,5 et 1,5 % selon le scénario. Dans la seconde hypothèse, le rythme annuel des créations de places en SSIAD se situerait entre 2,9 et 3,9 %, et l'ensemble de l'offre médicalisée connaîtrait une hausse annuelle comprise entre 1,2 et 2,2 % selon le scénario. Rappelons qu'au cours de la décennie 90, dans un contexte de faible augmentation de la population âgée, l'ensemble de l'offre médicalisée régionale a augmenté de 4,5 % par an et l'offre en SSIAD de 6 % par an.

Les projections de population dépendante utilisées pour élaborer des perspectives de développement de l'offre globale de prise en charge de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2030 sont bâties sur un jeu d'hypothèses, donc discutables.

Il n'a été envisagé, en particulier, aucun scénario de maintien des taux de prévalence de la dépendance et encore moins de scénario accréditant une hausse de ces taux.

Ce choix se justifie car les données sur le sujet (relativement peu nombreuses) montrent que l'augmentation de l'espérance de vie des personnes âgées constatée depuis quelques décennies s'accompagne d'une compression de la morbidité.

Mais il existe une crainte, justifiée, que les années gagnées aux grands âges s'accompagnent parfois de maladies chroniques et/ou invalidantes.

En raison de ces incertitudes, tous les scénarios ne sont pas équiprobables selon l'horizon considéré :

- à l'horizon d'une dizaine d'années, des progrès notables permettant de limiter le développement des démences et notamment de la maladie d'Alzheimer semblent peu envisageables, ce qui peut rendre les scénarios central et pessimiste les plus probables ;
- à l'horizon 2020, en revanche, il est possible que des traitements efficaces permettent de retarder nettement l'entrée dans la dépendance psychique (plus vite que les gains d'espérance de vie), ce qui rendrait le scénario central, voire le scénario optimiste, le plus probable ;
- à un horizon plus lointain, bien sûr, les incertitudes augmentent d'autant que les projections démographiques sur lesquelles sont bâtis ces scénarios sont, elles aussi, perfectibles.

En tout état de cause, une **progression importante du nombre de personnes âgées dépendantes en Ile-de-France apparaît fortement probable.**

Compte-tenu des difficultés actuelles rencontrées par les personnes âgées dépendantes et par leur famille lorsqu'elles doivent mettre en œuvre un plan d'aide à domicile ou intégrer une maison de retraite adaptée à leurs besoins, ces projections rappellent le besoin de poursuivre le développement des dispositifs d'aide à domicile - tant pour les personnes dépendantes que pour leurs aidants - et des structures d'hébergement adaptés à la prise en charge des dépendances physiques et/ou psychiques dans la région.

Face à ces enjeux, et dans un contexte de mise en place d'une loi d'orientation en santé dont un des axes est l'amélioration de la qualité de vie des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, il importe à la région Ile-de-France de s'organiser pour faire face à l'afflux de personnes âgées dépendantes dans les années à venir, afin de leur proposer des réponses en cohérence avec leurs besoins de prise en charge, que ces derniers concernent les dispositifs participant à leur maintien à domicile ou l'accueil en établissement.

Annexes

n°1 : « AGGIR, GIR et GMP »

n°2 : « Places gérées par l'AP-HP ou le CASVP »

Annexe 1⁸⁴ : AGGIR, GIR et GMP

- La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) est un outil multi-dimensionnel de mesure de « l'incapacité à faire », à travers l'évaluation des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués par la personne âgée, tant à domicile qu'en institution.

Elle se présente sous forme d'un tableau de dix variables discriminantes se rapportant à la perte d'autonomie physique et psychique (cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, hygiène de l'élimination, transferts, déplacement à l'intérieur du logement ou de l'institution, déplacement à l'extérieur, communication à distance), et sept variables illustratives se rapportant à la perte d'autonomie domestique et sociale (gestion, cuisine, ménage, transport, achats, suivi du traitement, activités de temps libre).

A chacune de ces variables correspondent trois modalités possibles :

- « A », si la personne effectue seule, habituellement et correctement les actes concernés ;
- « B », si elle les effectue partiellement, ou non habituellement et non correctement ;
- « C », si elle ne les effectue pas.

A partir des réponses données aux huit premières variables discriminantes, un algorithme attribue des points et calcule un score qui détermine le classement de la personne évaluée au sein d'un groupe. Il existe six groupes rassemblant des personnes nécessitant des niveaux d'aides équivalents pour les soins de base et relationnels (« nursing ») - d'où le terme de groupes iso-ressources ou GIR - mais qui peuvent présenter des profils d'incapacités différents.

Cet outil s'est imposé comme grille nationale d'évaluation de la dépendance depuis la loi du 24 janvier 1997⁸⁵. Actuellement, elle est utilisée pour l'attribution de l'Allocation personnalisée d'autonomie⁸⁶ (APA) à domicile et en établissement, et dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

⁸⁴ DREES. Annuaire des statistiques sanitaires et sociales. Edition 2000. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, La Documentation Française, juillet 2001.

⁸⁵ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997.

⁸⁶ Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001.

- Selon les auteurs d'AGGIR, la description des six Groupes Iso-Ressources (GIR) n'a pas vocation à décrire tous les profils possibles des personnes éligibles à un groupe donné, mais vise surtout à montrer la gradation des niveaux de dépendance.
 - Le **GIR 1** comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil et ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
 - Le **GIR 2** est composé de deux sous-groupes :
 - d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées, et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ;
 - d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices.
Le déplacement à l'intérieur est possible, mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou sont faits partiellement.
 - Le **GIR 3** regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle ; ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou sont faits partiellement ; de plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.
 - Le **GIR 4** est composé de deux sous-groupes :
 - d'une part, les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement ; elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage ; la plupart d'entre elles s'alimentent seules ;
 - d'autre part, les personnes sans problème de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

- Le **GIR 5** est composé des personnes autonomes dans leurs déplacements chez elles, qui s'alimentent et s'habillent seules ; elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
 - Le **GIR 6** regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.
- Le GIR Moyen Pondéré d'un établissement, ou GMP, calculé à partir du GIR de chaque résidant, se définit comme la dépendance moyenne des personnes hébergées dans l'établissement.

Il est déterminant pour l'application de la réforme de la tarification des établissements, initiée par la loi du 24 janvier 1997⁸⁷, qui substitue à une tarification binaire (hébergement et soins) une tarification ternaire (hébergement, soins et dépendance), pour les établissements - sanitaires (services de soins de longue durée) ou médico-sociaux - hébergeant des personnes âgées dépendantes, et ce afin de prendre en compte l'état de dépendance des personnes accueillies.

Ainsi, pour pouvoir continuer à héberger des personnes âgées dépendantes, les établissements, dont le GMP est supérieur à 300, sont tenus de conclure une convention pluriannuelle avec le Président du Conseil général et l'autorité compétente de l'Etat en matière de tarification des soins (le Préfet ou le Directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation pour les services de soins de longue durée), et ce avant le 31 décembre 2003.

Les établissements conventionnés sont alors reconnus comme établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et peuvent dispenser des soins pour la totalité de leur capacité d'hébergement autorisée⁸⁸.

⁸⁷ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997.

⁸⁸ Décret n°2001-1085 (art.30) du 20 novembre 2001.

Tableau 22. Répartition des établissements de l'AP-HP et du CASVP selon leur type

	AP-HP	CASVP	
	services de soins de longue durée	logements-foyers	maisons de retraite
<i>Paris</i>	9	118	9
Hauts-de-Seine	2	2	1
Seine-Saint-Denis	1	1	1
Val-de-Marne	5	3	2
<i>Proche couronne</i>	8	6	4
Seine-et-Marne	0	0	0
Yvelines	0	0	0
Essonne	1	1	0
Val-d'Oise	1	0	1
<i>Grande couronne</i>	2	1	1
Ile-de-France	19	125	14

Sources : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Centre d'action sociale de la Ville de Paris.

Annexe 2 : Cas particulier des places situées hors de Paris, gérées par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ou par le Centre d'action sociale de la Ville de Paris

Le département de Paris a la particularité de gérer des établissements qui ne sont pas implantés sur son territoire, mais dans d'autres départements d'Ile-de-France et dans les départements de l'Aisne, de l'Oise, du Pas-de-Calais, des Pyrénées-Atlantiques et du Var. Il s'agit d'établissements gérés par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) ou par le Centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP).

Ces établissements ont pour vocation l'accueil prioritaire des Parisiens âgés, y compris dans leurs établissements situés hors de Paris, en proche ou grande couronne et en province (tableau 22).

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris gère 44 établissements hospitaliers en Ile-de-France, dont 19 proposent des soins de longue durée.

Neuf services de soins de longue durée sont situés à Paris, parmi lesquels un centre hospitalier récent : l'Hôpital Bretonneau (18^{ème} arrondissement) ouvert depuis 2000.

Huit sont situés en proche couronne: deux dans les Hauts-de-Seine, un en Seine-Saint-Denis et cinq dans le Val-de-Marne.

Enfin deux sont situés en grande couronne : un en Essonne et un dans le Val-d'Oise.

Les services de soins de longue durée gérés par l'AP-HP et situés hors de Paris accueillent des Parisiens dans des proportions variant de 20 à 60 % suivant les établissements.

L'AP-HP est absente des départements de Seine-et-Marne et des Yvelines.

Le Centre d'action sociale de la Ville de Paris gère 139 établissements, dont 127 situés à Paris intra-muros. Les autres (12 établissements) se répartissent principalement entre les départements de proche couronne (10), l'Essonne (1) et le Val-d'Oise (1).

Il s'agit en grande majorité de logements-foyers (125) sous forme de résidences-services et de logements, et de maisons de retraite (14) sous forme de résidences-santé et d'établissements d'hébergement temporaire.

Les logements-foyers et les maisons de retraite gérés par le CASVP et situés hors de Paris sont occupés par une très forte proportion (de l'ordre de 90 %) de Parisiens.

C'est pourquoi, afin de réaffecter au département de Paris les places effectivement occupées par les Parisiens dans ces établissements, un redressement peut être opéré selon les modalités qui suivent.

L'AP-HP a transmis à l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France la part des Parisiens âgés hospitalisés dans les hôpitaux par département d'implantation des établissements. La totalité des places gérées par l'AP-HP et situées dans Paris ont été comptées dans Paris (même si environ 10 % des ces places sont occupées par des non-Parisiens). Les places situées dans les départements de l'Oise, du Pas-de-Calais, des Pyrénées-Atlantiques et du Var n'ont pas été prises en compte.

Pour les établissements du CASVP, ce dernier a indiqué à l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France qu'une grande majorité des places qu'il gère dans des établissements situés hors de Paris est occupée par des Parisiens : 87 % pour les logements-foyers et 89 % pour les maisons de retraite. Ces places ont donc été affectées pour environ 90 % dans Paris et pour le reste dans le département d'implantation de l'établissement. Les places situées dans le département de l'Aisne n'ont pas été prises en compte.

On constate que la proportion de Parisiens dans ces établissements a tendance à diminuer. Cette tendance pourrait s'accroître avec l'augmentation importante de la population âgée dans les départements d'accueil de ces établissements.

Ainsi en dix ans, entre 1991 et 2001, la proportion de Parisiens dans les services de soins de longue durée de l'AP-HP est passée de 46 % en 1991 à un peu moins de 40 % en 2001.

De même, la proportion de Parisiens dans les établissements du CASVP situés hors de Paris est passée de pratiquement 100 % à 90 % environ.