

Observatoire régional de santé d'Ile-de-France

Les personnes âgées dépendantes en Essonne

A domicile et en établissements

Septembre 2004

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

Remerciements

Cette étude n'aurait pu être réalisée sans la contribution active des membres du comité de pilotage en charge de l'élaboration du schéma gérontologique départemental 2005-2010, en particulier Madame Villedieu, Directrice des Interventions Sociales et de la Santé, Madame le Docteur Hamon, Adjointe du Directeur, Madame le Docteur Merville, Adjointe du Chef de service du Pôle médico-social, et Madame Righelli, Chargée de mission, et sans l'étroite collaboration entre l'ORS et les différents services du Conseil Général de l'Essonne, Madame Fricault, Chef de service, et Madame Kerbouc'h pour le service Gestion des ressources, Madame Prévotel, Chef de service Etablissements, Madame Cohença, Chef de service Aide sociale, ainsi que Madame Serer et toute l'équipe de la Classothèque.

Notre reconnaissance va tout particulièrement aux membres des équipes médico-sociales et à leurs responsables pour leur disponibilité et leur attention, Madame le Docteur Macé et l'équipe nord-est, Madame Boonroy, Madame Cluzel, Madame Lepage, Madame Quiniou, Madame Reyt et Madame Ruault ainsi que Madame le Docteur Mercier et les équipes nord-ouest et sud, Madame Bleteau, Madame Foucault, Madame Marecaux, Madame Martrou, Madame Maouch et Madame Trout, Madame Amanville, Madame Fernandez, Monsieur Griffoul, Madame Heyart, Madame Métier et Madame Nobs, sans oublier leurs assistantes, Madame Giambelluco et Madame Rousseau.

Nous associerons à ces remerciements l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées essonniens qui ont participé à l'enquête et permis la réalisation de cette étude.

Nous exprimons notre reconnaissance à Mademoiselle Brouard, Epidémiologiste, dont la vigilance et la pertinence des observations nous ont soutenus et éclairés.

Enfin, nous n'oublierons pas non plus Monsieur Chardon, Statisticien à l'ORS et Madame Dalbarade-Morvan, Chargée d'études à l'ORS, pour leur aide précieuse.

Introduction	5
Méthode	9
Chapitre I : Aspects démographiques	17
Chapitre II : L'offre de prise en charge	25
Chapitre III : La population âgée dépendante	31
Chapitre IV : La population âgée dépendante à domicile	41
1. De l'aide potentielle à l'aide effective	45
2. Quelle adéquation avec le besoin en aide ?	57
Chapitre V : La population âgée dépendante en établissements	61
1. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées	63
2. Les personnes âgées accueillies dans les établissements	73
3. Le cas particulier des logements-foyers	81
Conclusion	87
Notes	93
Annexes	

Introduction

Contexte de la demande

En quelques années, les modalités de prise en charge de la dépendance des personnes âgées ont considérablement évolué. En effet, depuis 1997, plusieurs dispositifs ont été mis en place, notamment :

- une prestation unique destinée aux personnes âgées qui « ont besoin d'aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante ou qui nécessitent une surveillance régulière »¹ ;
- des mesures relatives à l'aide à domicile et à l'aide aux aidants ;
- la réforme de la tarification en vigueur dans les établissements qui accueillent des personnes âgées dépendantes.

De plus, l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (INSEE 1998-2001), apporte - pour la première fois en France - des informations complètes sur la prévalence de la dépendance dans la population française.

Dans le même temps, la prise en charge des problèmes psychiques des personnes âgées, et notamment les maladies de type Alzheimer, constitue une part croissante dans la prise en charge de la dépendance. Au niveau national, ce constat s'est traduit par la définition d'un programme d'actions pour les personnes souffrant de maladies de type Alzheimer (2001).

Tout au long de ce document, les **maladies de type Alzheimer** sont à considérer au sens large : maladies neurodégénératives, mais aussi démences vasculaires et mixtes.

En Essonne, le schéma gérontologique arrive à échéance fin 2004. Dès lors, le Conseil Général a entamé les travaux préparatoires à la mise en œuvre du nouveau schéma, avec la réalisation d'un état des lieux suivi d'une phase opérationnelle.

Dans ce contexte, le Conseil Général de l'Essonne a sollicité l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France afin de disposer d'une étude statistique sur la prise en charge des Essonniens âgés dépendants vivant à domicile ou en établissements, portant notamment sur les points suivants :

- l'offre actuelle en structures d'hébergement et son évolution prévisible,
- la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou affections apparentées,
- les caractéristiques des personnes âgées susceptibles d'être accueillies en établissements,
- le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes,
- la situation des personnes âgées dépendantes ayant de faibles ressources.

Rappelons qu'en 1995, l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France avait déjà réalisé une enquête auprès de l'ensemble des établissements de l'Essonne, dont les résultats ont contribué à l'élaboration du premier schéma gérontologique départemental 1999-2004.

Méthode

Une étude statistique pour une meilleure connaissance des personnes âgées dépendantes vivant en Essonne

Pour répondre à la demande formulée par le Conseil Général de l'Essonne, l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France a réalisé une étude statistique, avec comme objectif final d'arriver à mieux connaître les personnes âgées dépendantes vivant en Essonne, qu'elles demeurent à domicile ou en établissement.

Au préalable, l'ORS s'est efforcé de résoudre des questions méthodologiques fondamentales.

Quel outil pour appréhender la dépendance des personnes âgées, en particulier celles demeurant à domicile ?

La difficulté majeure consistait à déterminer l'outil d'évaluation de la dépendance à partir duquel il était possible d'obtenir des informations en population âgée générale.

Après réalisation d'une synthèse bibliographique sur le sujet, la grille AGGIR - bien que controversée (notamment en matière de dépendance psychique et de dépendance à domicile) - s'est imposée comme l'outil d'évaluation. (Annexe 1)

Où trouver l'information sur cette dépendance ?

La grille AGGIR a été définie comme référence nationale d'évaluation de la dépendance des personnes âgées lors de l'instauration en 1997 d'une prestation unique destinée à mieux répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes. C'est pourquoi l'étude porte sur les personnes âgées bénéficiant de cette aide, qui, depuis 2002, est l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

L'avantage de cette approche réside dans le fait que les Conseils Généraux ont la charge de servir l'APA, et que pour ce faire, ils recueillent quelques informations sur les demandeurs, et surtout, tout un ensemble de données sur les personnes admises à l'APA (les bénéficiaires).

Au final, deux approches simultanées...

L'étude statistique réalisée par l'ORS a privilégié deux approches : une analyse des caractéristiques des bénéficiaires de l'APA et une enquête par questionnaire menée auprès des structures d'hébergement sur le modèle de celle précédemment réalisée par l'ORS en 1995. Les modalités de ces deux approches sont précisées dans les paragraphes qui suivent.

Afin que l'étude soit en adéquation avec les objectifs définis par le Conseil Général de l'Essonne, ces travaux ont été complétés par des éléments démographiques actuels et prospectifs et par une description des principales caractéristiques de l'offre de prise en charge départementale et son devenir possible.

L'exécution complète de l'étude a duré treize mois - d'août 2003 à août 2004.

...et une analyse statistique

L'étude des résultats a été menée avec le logiciel SPSS. Des tests du χ^2 de Pearson et t de Student sont notamment utilisés. Les intervalles de confiance ont été calculés et sont indiqués dans les tableaux pour les principaux résultats. La valeur de 5 % a été retenue comme seuil de signification.

Une analyse des caractéristiques des bénéficiaires de l'APA

L'objectif est de disposer d'un ensemble d'informations sur les personnes âgées dépendantes, celles-ci étant appréhendées à partir de l'analyse des caractéristiques des bénéficiaires de l'APA.

Toute l'information relative aux personnes âgées dépendantes demeurant à domicile est basée sur cette exploitation.

Pour les personnes âgées dépendantes résidant en établissements, cette approche ne constitue qu'un élément de réponse très succinct. C'est pourquoi, elle est complétée par une enquête en établissements.

Nécessité d'un échantillon

Selon les données communiquées par le service Gestion des ressources du Conseil Général, environ 7 000 personnes âgées bénéficient de l'APA² en Essonne, et presque autant vivent en établissements (49 %) qu'à domicile (51 %).

Pour chacune, il existe un dossier informatisé au niveau du Conseil Général, réalisé à partir des dossiers d'APA remplis par les demandeurs et des plans d'aide pour les demandeurs de l'APA à domicile. Néanmoins, certains éléments qualitatifs - particulièrement importants pour l'étude (tel que le réseau familial et social pour les bénéficiaires de l'APA à domicile) - ne font pas l'objet d'une saisie informatique.

C'est pourquoi, l'ORS a proposé de constituer un échantillon à 10 % à partir de la base de données APA disponible au niveau des services du Conseil Général.

Cependant, il n'était pas possible de procéder à un tirage aléatoire simple de dossiers, du fait de contraintes logistiques au niveau des services du Conseil Général (changement d'outil de gestion informatique pour le traitement des dossiers APA en juillet 2003 avec des difficultés d'accès à l'ensemble des dossiers traités sous l'ancien système). L'ORS a alors proposé que l'échantillon soit construit à partir des dossiers ayant fait l'objet d'une décision favorable entre novembre et décembre 2003 (entre 300 et 400 dossiers faisant l'objet d'une décision par mois).

Une procédure complexe et de longue durée pour recueillir les données de l'échantillon

Au cours du mois de janvier 2004, le service « Gestion des ressources » a procédé à une extraction de la base de données APA pour les mois concernés, qu'il a transmise à l'ORS. En raison de contraintes liées au fonctionnement du nouveau logiciel de gestion des dossiers APA (ANIS), certaines données, bien que saisies, ne peuvent être restituées. L'information manquante porte essentiellement sur des renseignements administratifs.

Dès lors, afin de disposer de l'ensemble des données nécessaires à l'analyse, l'ORS a recueilli - sur place - les informations manquantes, directement à partir des dossiers « papier » disponibles au niveau des équipes médico-sociales pour les bénéficiaires de l'APA à domicile et du service de l'Aide sociale pour les bénéficiaires de l'APA en établissements.

Au final, 388 dossiers d'APA à domicile et 332 dossiers d'APA en établissements ont pu être examinés, soit les dossiers de 720 bénéficiaires au total.

La phase de collecte des informations APA a ainsi donné lieu à une étroite collaboration entre l'ORS et les services du département en charge de l'APA, qu'il s'agisse du service Gestion des ressources, des équipes médico-sociales ou du service de l'Aide Sociale. Le recueil a eu lieu pendant les mois de mars et d'avril 2004.

Un échantillon représentatif

La répartition par âge, sexe et type d'APA de la population de l'échantillon (tableau 1) n'est statistiquement pas différente de celle de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA.

Il en est de même de la répartition par niveau de dépendance (GIR) selon le type d'APA ainsi que de la répartition par tranche de montant du plan d'aide selon le niveau de dépendance pour l'APA à domicile. Il n'y a donc pas lieu de procéder à un redressement.

Tableau 1. Comparaison de l'échantillon à la population de référence* : répartition par tranche d'âge des bénéficiaires de l'APA selon le sexe et le type d'APA (Essonne, 2003)

En %	60-74 ans			75-84 ans			85 ans ou plus			
	ECH	REF	P**	ECH	REF	P**	ECH	REF	P**	
APA à domicile										
Hommes (avec un effectif total de 107 pour ECH)	24%	25%	NS	43%	44%	NS	33%	31%	NS	
Femmes (avec un effectif total de 281 pour ECH)	15%	15%	NS	40%	38%	NS	45%	47%	NS	
APA en établissements										
Hommes (avec un effectif total de 92 pour ECH)	22%	27%	NS	42%	38%	NS	36%	35%	NS	
Femmes (avec un effectif total de 240 pour ECH)	7%	8%	NS	34%	29%	NS	59%	63%	NS	

* La population de référence est constituée de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA.

** NS indique une probabilité de χ^2 supérieure à 5 %, soit un écart non significatif entre les personnes de l'échantillon et la population de référence.

Sources : Conseil Général de l'Essonne, ORS Ile-de-France.

Une enquête qualitative auprès des équipes médico-sociales (EMS)

Afin de compléter cette approche et de mieux cerner les difficultés relatives à la prise en charge des personnes âgées vivant à domicile en Essonne, une enquête d'opinion a été menée par l'ORS auprès de l'ensemble des membres constituant les EMS. Ce sont eux qui sont chargés de se rendre au domicile des demandeurs de l'APA (à domicile) pour établir un plan d'aide. Les principaux aspects retenus

dans le cadre de cette exploration ont porté sur l'adéquation entre les besoins en aide et la prise en charge proposée par l'APA. Les axes de développement de la prise en charge ont aussi fait l'objet d'un point particulier. Sur les seize travailleurs sociaux sollicités, quatorze ont répondu au questionnaire qui leur a été transmis au mois de janvier 2004. Il est consultable en Annexe 2.

Une enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées

L'objectif est de disposer d'un ensemble d'informations actualisées sur la situation de l'offre en structures d'hébergement et la population accueillie, avec quelques informations portant notamment sur la prise en charge des maladies de type Alzheimer.

L'enquête est menée auprès de l'ensemble des établissements pour personnes âgées du département, soit 142 établissements totalisant 10 593 places installées au 31 décembre 2003.³

La conception du questionnaire

Afin de se conformer à la réponse faite en juin 2003 au cahier des charges émanant du Département de l'Essonne, deux types de questionnaires ont été élaborés par l'ORS entre septembre et octobre 2003 et soumis au Conseil Général (Annexe 3) : l'un portant sur l'établissement, le second sur les caractéristiques des résidents hébergés. Ces questionnaires ont été réalisés à partir de questionnaires déjà existants⁴, ceci dans un souci constant de cohérence et afin de permettre d'éventuelles comparaisons dans l'avenir.

Néanmoins, compte-tenu des nombreuses sollicitations auxquelles les établissements doivent faire face depuis la vague de chaleur d'août 2003 et des informations pouvant être recueillies dans le cadre de l'analyse des dossiers d'APA en établissements, l'ORS a proposé un ajustement de l'enquête.

Pour le Conseil Général, il s'est agi de se prononcer entre :

- la poursuite de l'enquête en établissements avec les deux questionnaires distincts (établissement et individuel)
- ou la réalisation de l'enquête en établissements avec un seul questionnaire plus approfondi et l'exploitation des dossiers d'APA en établissements pour documenter les données individuelles.

C'est cette dernière option qui a été retenue.

Un questionnaire établissement plus détaillé a ensuite été élaboré, discuté puis validé par le Conseil Général au début de l'année 2004 (Annexe 4), ce qui a décalé la mise en œuvre de l'enquête sur le terrain - initialement prévue en novembre 2003 - à la fin du mois de janvier 2004.

Le contenu du questionnaire

Les points abordés par le questionnaire s'articulent autour de deux thématiques :

- *des données sur l'établissement*, notamment sa médicalisation, l'organisation de la prise en charge des malades Alzheimer ainsi que les moyens en personnel ; certaines informations administratives, déjà disponibles au niveau de l'ORS, n'ont pas fait l'objet d'interrogations au niveau du questionnaire ;
- *des données sur la population accueillie*, afin d'établir le type de population âgée actuellement hébergée dans les établissements essonniers, en particulier l'origine géographique des résidents et leur niveau de dépendance.

Plusieurs dispositions pour améliorer la fiabilité des réponses

L'enquête repose sur les déclarations des établissements. Or, des difficultés de compréhension pour certaines questions peuvent limiter la fiabilité des réponses et, en conséquence, la validité des interprétations qui leur sont données. Néanmoins, plusieurs dispositions ont été prises afin de limiter au maximum l'incidence de ces problèmes.

Tout d'abord, un effort particulier a été entrepris pour que le plus grand nombre possible d'établissements acceptent de répondre à l'enquête. Ceci a été fait grâce à l'étroite collaboration entre l'ORS et les services du département, qui s'est concrétisée notamment par l'envoi à chaque établissement d'une lettre de présentation de l'étude signée par le Président du Conseil Général en accompagnement de chaque questionnaire. Ce courrier explicitait les enjeux de l'étude et insistait sur la nécessité d'informer le Conseil d'établissement. De plus, les représentants du CODERPA-91 et du CORERPA, les fédérations d'établissements implantées en Essonne, ainsi que l'AP-HP et le Centre d'action sociale de la Ville de Paris - qui gèrent des établissements en Essonne - ont également été informés de la réalisation de l'étude.

Les efforts ont également porté sur la conception même du questionnaire.

Par exemple, l'ordre des questions à l'intérieur du questionnaire a été longuement et soigneusement étudié.

Enfin, l'ORS a mis en place un contact téléphonique au service des établissements.

Quatorze établissements pour la phase de test

Une phase de test du questionnaire a été réalisée entre janvier et février 2004 afin de vérifier - en grandeur réelle - la fiabilité du questionnaire et de le modifier en fonction des résultats.

Dans ce cadre, un échantillon représentatif des établissements essoniens - en terme de statut juridique, de capacité moyenne et de localisation géographique - a été constitué. Quatorze établissements ont été sélectionnés : cinq logements-foyers, huit maisons de retraite ainsi qu'un service hospitalier de soins de longue durée.

Douze établissements (soit 86 %) ont répondu au questionnaire-test transmis par voie postale. Leurs réponses ont donné lieu à quelques remaniements du questionnaire, une rubrique étant manifestement peu adaptée aux logements-foyers. Puis deux versions du questionnaire ont été retenues : une version « allégée » pour les logements-foyers et la version initiale pour les autres types d'établissements. (Annexe 5)

Tableau 2. Participation des établissements essonniens à l'enquête ORS 2004

	nb total de structures	taux de réponse
Logements-foyers	47	74,5 %
Maisons de retraite*	86	61,6 %
Services de soins de longue durée	9	88,9 %
Ensemble des établissements	142	67,6 %

* y compris les structures d'hébergement temporaire.

Source : ORS Ile-de-France.

La plupart des questionnaires ont été complétés par des cadres de direction (président ou directeur pour 77 % des questionnaires, adjoint ou attaché de direction ou d'administration pour 18 %) parfois avec la participation des cadres de santé (médecin coordonnateur, surveillante du service). Les 5 % restants ont été remplis par des cadres de santé ou assistante ou secrétaire.

Tableau 3. Comparaison des répondants à l'ensemble des établissements : répartition par statut juridique, selon le type d'établissement

En %	public	privé	P*
Logements-foyers			
Etablissements répondants	60%	40%	NS
Ensemble des établissements	51%	49%	
Maisons de retraite			
Etablissements répondants	29%	71%	NS
Ensemble des établissements	22%	78%	

* NS indique une probabilité de χ^2 supérieure à 5 %, soit un écart non significatif entre les établissements répondants et les non répondants.

Source : ORS Ile-de-France

Près de 7 établissements sur 10 ont répondu à l'enquête.

Un premier envoi postal a été adressé fin mars 2004 aux établissements. Un second, à titre de relance, a été réalisé en avril 2004.

Puis les établissements non répondants ont fait l'objet d'une relance téléphonique.

Les questionnaires ont été réceptionnés jusqu'au début du mois de juillet 2004.

Sur les 142 établissements sollicités, 96 se sont manifestés, soit 68 % (tableau 2) :

- 91 ont participé à l'enquête,
- cinq en ont été exclus car réservés exclusivement à l'hébergement des membres de leur Congrégation religieuse.

Cette participation est assez proche de celle de 1995. Elle peut être jugée satisfaisante compte tenu de la forte sollicitation des établissements par d'autres organismes en cette période post-canoniale.

Les établissements répondants et non répondants sont comparables

Les tests montrent que les logements foyers et les maisons de retraite répondants et non répondants sont comparables en terme de statut juridique. (tableau 3)

Ces tests étaient inutiles pour les services de soins de longue durée, huit établissements sur neuf ayant répondu au questionnaire.

Chapitre I

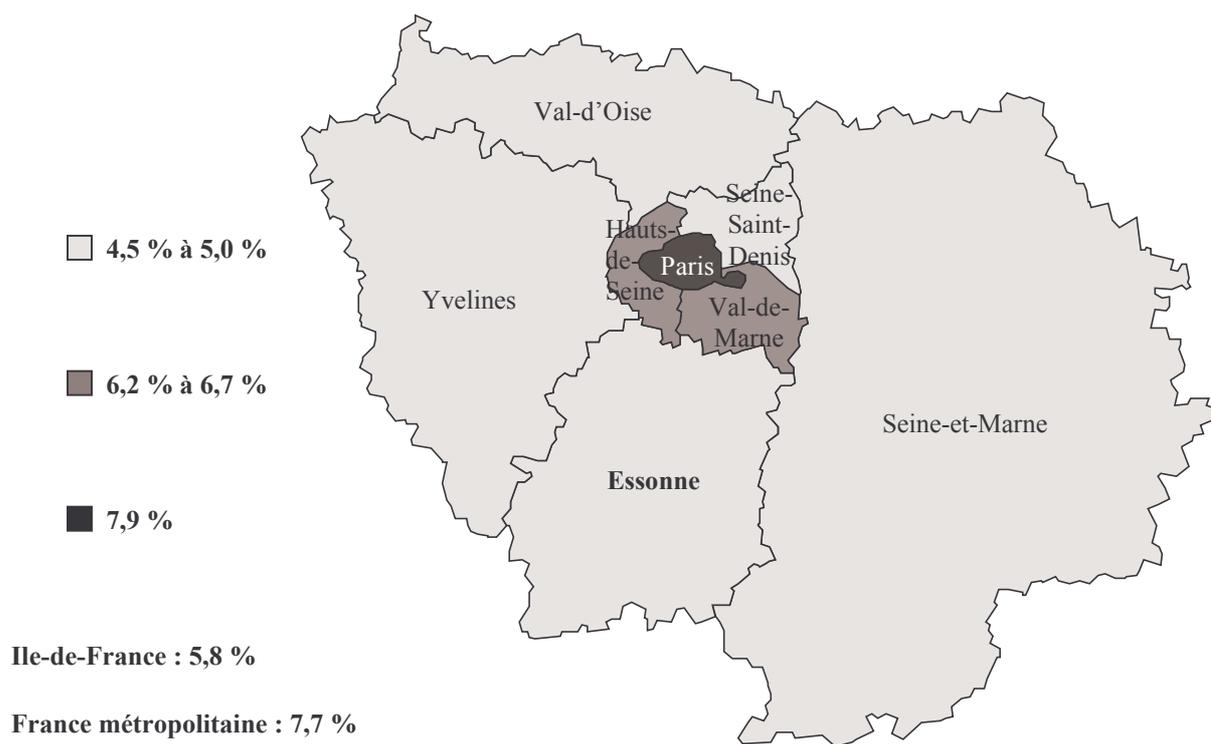
Aspects démographiques

Les données démographiques présentées dans ce rapport proviennent de l'INSEE.

Il s'agit notamment :

- *du recensement de la population* (RP - 1999) qui, pour la population âgée, surestime légèrement son effectif (l'âge d'une personne pris en compte est celui qu'elle aurait au 31 décembre de l'année du recensement, alors que celui-ci a lieu en mars) ; le recensement fournit non seulement des données démographiques mais aussi des informations socio-économiques et des indications en terme de conditions de logement ;
- *des estimations localisées de population* (ELP au 1^{er} janvier 2001), élaborées à partir d'un rapprochement entre les données du recensement et celles disponibles au niveau des services de l'Etat civil ;
- *des projections de population* (2000-2030), bâties à partir d'un jeu d'hypothèses basées sur la fécondité, la mortalité et les comportements migratoires.

Figure 1. Proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus dans la population en 1999



Source : INSEE - RP 1999.

Tableau 4. Evolution de la population de l'Essonne

	1975		1982		1990		1999	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
moins de 20 ans	317 041	34,4	312 828	31,7	310 640	28,6	307 917	27,2
60 ans ou plus	106 647	11,6	114 835	11,6	140 759	13,0	175 835	15,5
<i>dont 75 ans ou plus</i>	34 020	3,7	41 629	4,2	48 010	4,4	54 408	4,8
Population totale	922 667	100	987 968	100	1 085 108	100	1 134 026	100

Source : INSEE - RP 1975, 1982, 1990 et 1999.

L'Essonne, un département jeune

Comme les autres départements de la grande couronne francilienne, l'Essonne a connu une forte croissance démographique au cours des dernières décennies : sa population, qui était de 479 000 habitants en 1962, atteignait 1 134 000 au recensement de 1999.

L'Essonne a battu des records de croissance pendant les années 1960 et 1970 (avec des taux annuels de croissance démographique proches de 6 %), mais celle-ci est beaucoup plus modérée depuis les années 1980 : + 1,2 % entre 1982 et 1990 et + 0,5 % entre 1990 et 1999. Sur cette dernière période, la croissance démographique est à peine plus élevée que celle de la France métropolitaine (+ 0,4 %).

L'Essonne regroupe aujourd'hui 10,4 % de la population francilienne répartie sur un territoire représentant 15 % de la superficie régionale. La répartition de la population est très inégale au sein du département : le nord est très urbanisé tandis que le sud présente un caractère rural.

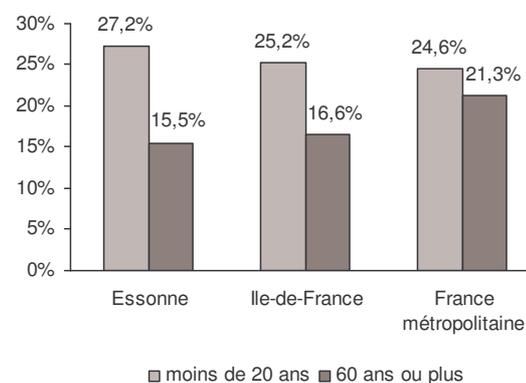
La croissance démographique de l'Essonne, assurée principalement par une arrivée de population jeune (couples avec enfants), a eu pour conséquence de maintenir une structure de population très jeune. En 1975 comme en 1982, les personnes âgées de 60 ans ou plus ne représentaient que 11,6 % de la population totale, soit beaucoup moins que la moyenne nationale.

Depuis, en raison du vieillissement de la population accueillie les décennies précédentes, cette proportion augmente : elle était de 13 % au recensement de 1990 et, en 1999, les 175 000 Essonnais de 60 ans ou plus représentaient 15,5 % de la population totale. (tableau 4)

Les 75 ans ou plus, au nombre de 54 000, représentaient 4,8 % de la population. (figure 1)

Ces proportions restent toutefois inférieures à la moyenne régionale et plus encore à la moyenne nationale. (figure 2)

Figure 2. Structure par âge de la population en 1999



Source : INSEE - RP 1999.

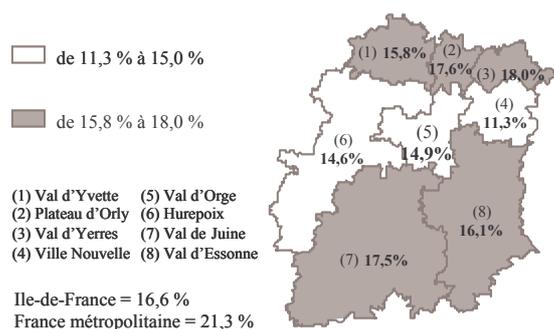
Des disparités entre secteurs gérontologiques

Tableau 5. Effectif des personnes âgées et part dans la population totale selon le secteur gérontologique en Essonne en 1999

	Population totale	60-74 ans		75 ans ou plus	
		effectif	%	effectif	%
<i>Secteurs urbains</i>					
Val d'Yvette	196 931	22 479	11,4	8 634	4,4
Plateau d'Orly	188 477	22 948	12,2	10 231	5,4
Val d'Yerres	163 324	19 225	11,8	10 122	6,2
Ville Nouvelle	201 976	16 259	8,1	6 602	3,3
<i>Secteur intermédiaire</i>					
Val d'Orge	154 034	16 252	10,5	6 721	4,4
<i>Secteurs ruraux</i>					
Val d'Essonne	69 272	7 238	10,5	3 905	5,6
Val de Juine	63 866	7 368	11,5	3 804	6,0
Hurepoix	96 146	9 658	10,1	4 389	4,6
ESSONNE	1 134 026	121 427	10,7	54 408	4,8

Source : INSEE - RP 1999.

Figure 3. Proportion de population âgée de 60 ans ou plus selon le secteur gérontologique en Essonne en 1999



Source : INSEE - RP 1999.

Dans le cadre de la mise en place du premier schéma départemental des personnes âgées (1999-2004), le territoire de l'Essonne a été découpé en huit zones territoriales dénommées « secteurs gérontologiques » : quatre d'entre eux sont à dominante urbaine, avec chacun entre 160 000 et 200 000 personnes, trois autres - à dominante rurale - comptent chacun moins de 100 000 habitants et le dernier - considéré comme un secteur intermédiaire - regroupe un peu plus de 150 000 personnes. (tableau 5)

La proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus est très variable dans ces secteurs (figure 3) :

- cinq secteurs rassemblent, en proportion, plus de personnes âgées de 60 ans ou plus que la moyenne départementale (entre 15,8 % et 18 % dans ces zones contre 15,5 % en moyenne en Essonne) ; ils se répartissent selon deux axes : un axe nord très urbanisé et un axe sud/sud-est rural ;

- avec une population âgée représentant moins de 15 % de la population totale, les trois autres secteurs, au centre du département, ont un profil plus jeune que la moyenne départementale, en particulier le secteur Ville Nouvelle - le plus peuplé du département - où moins de 12 % de la population est âgée de 60 ans ou plus.

Sur dix Essonnien(ne)s de 75 ans ou plus à domicile, quatre vivent seuls

Tableau 6. Les personnes âgées vivant en ménage ordinaire* en 1999

	60-74 ans		75 ans ou plus	
	effectif	%	effectif	%
Paris	244 820	98,5	160 893	95,5
Hauts-de-Seine	160 741	97,1	88 317	92,4
Seine-St-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	1 159 219	97,8	584 989	92,0
France	7 839 202	98,3	4 057 174	90,1

Tableau 7. Les personnes de 75 ans ou plus vivant seules en ménage ordinaire* en 1999

	Hommes	Femmes	Ensemble	
	effectif	effectif	effectif	%
Paris	17 021	70 961	87 982	54,7
Hauts-de-Seine	7 258	34 689	41 947	47,5
Seine-St-Denis	5 155	23 301	28 456	45,9
Val-de-Marne	5 681	25 950	31 631	45,6
Seine-et-Marne	4 097	17 943	22 040	41,9
Yvelines	4 234	20 429	24 663	41,4
Essonne	3 558	16 455	20 013	42,1
Val-d'Oise	3 108	15 750	18 858	42,2
Ile-de-France	50 112	225 478	275 590	47,1
France	322 128	1 398 518	1 720 646	42,4

* à domicile (y compris en logements-foyers).

Source : INSEE - RP 1999.

Les personnes âgées vivent très majoritairement en ménage ordinaire.⁵

Ainsi, 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 Essonne, la proportion de personnes de 60-74 ans vivant en collectivité est très proche de la moyenne nationale. En revanche, près de 13 % des Essonnien(ne)s de 75 ans ou plus - soit trois points de plus qu'au niveau national et cinq points de plus qu'au niveau régional - résident en collectivité. (tableau 6)

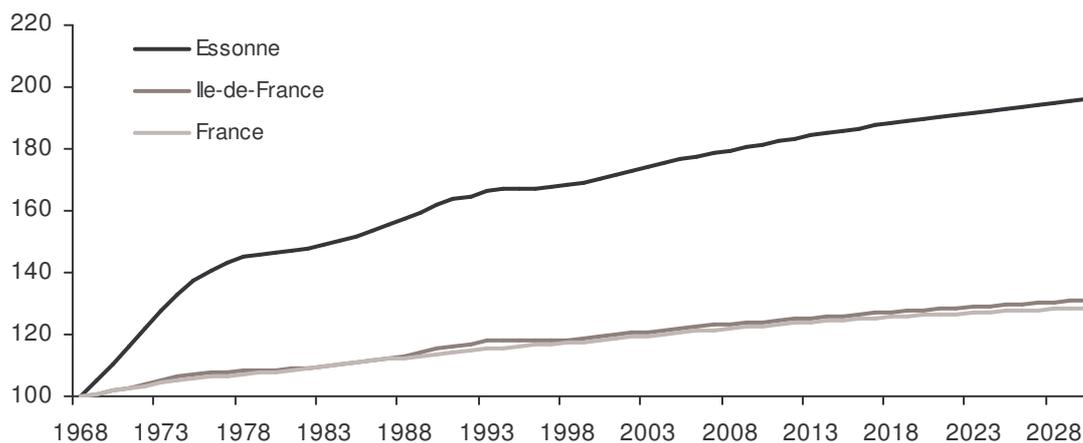
Le fort taux d'équipement du département en établissements d'hébergement pour personnes âgées (140 places pour 1000 personnes de 75 ans ou plus contre 117 au niveau national en 2003⁶) est un élément qui explique en partie cette différence.⁷

A 80 ans ou plus, les Essonnien(ne)s sont encore 81 % à demeurer à domicile.

Parmi les personnes âgées de 75 ans ou plus résidant à domicile⁸, 42 % vivent seules en Essonne, proportion comparable à la moyenne nationale, mais très inférieure à la proportion observée à Paris. (tableau 7)

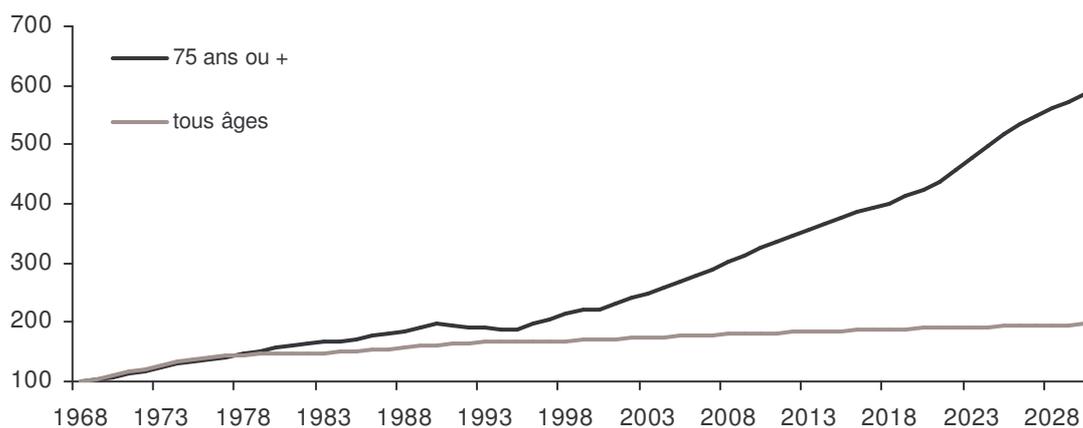
Cette population âgée vivant seule à domicile est très majoritairement féminine (82 %).

Figure 4. Evolution 1968-2000 et projections 2001-2030 de la population de l'Essonne
(base 100 en 1968)



Source : INSEE. Exploitation ORS Ile-de-France.

Figure 5. Evolution 1968-2000 et projections 2001-2030 de la population âgée de 75 ans ou plus en Essonne
(base 100 en 1968)



Source : INSEE. Exploitation ORS Ile-de-France.

Forte augmentation de la population âgée d'ici 2030

Tableau 8. Projections de population âgée en Essonne entre 2005 et 2030

	2005	<i>part dans la pop. totale</i>	2010	<i>part dans la pop. totale</i>	2030	<i>part dans la pop. totale</i>	acc annuel* 2005-2010	acc. annuel* 2005-2030
60-74 ans	127 729	10,8%	148 325	12,2%	182 455	13,9%	+ 3,0 %	+ 1,4 %
75-84 ans	47 675	4,0%	55 245	4,5%	92 069	7,0%	+ 3,0 %	+ 2,7 %
85 ans ou plus	14 065	1,2%	19 821	1,6%	42 930	3,3%	+ 7,1 %	+ 4,6 %
tous âges	1 181 474	100,0%	1 215 771	100,0%	1 312 886	100,0%	+ 0,6 %	+ 0,4 %

* accroissement annuel.

Source : INSEE - Projections de population de 2000 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 trente dernières années en France métropolitaine.
- **Migrations** : maintien des comportements migratoires moyens de la période 1982-1999.

La forte croissance démographique que le département de l'Essonne a pu connaître dans un passé récent est aujourd'hui révolue.

D'ici 2030, l'INSEE prévoit une croissance démographique modérée (légèrement inférieure à celle que le département a connu entre les recensements de 1990 et 1999), qui pourrait porter la population de l'Essonne à 1,3 million d'habitants, contre 1,18 million en 2005 (figure 4). Ce ralentissement de la croissance démographique devrait s'accompagner d'une forte croissance de la population âgée dans le département : l'effectif des personnes âgées de 75 ans ou plus devrait passer de 61 700 en 2005 à 135 000 en 2030 et leur poids dans la population totale passer de 5,2 % à plus de 10 % pendant la même période. (figure 5)

Au cours des années 2005 à 2010, période correspondant au prochain schéma gérontologique de l'Essonne, le vieillissement de la population est déjà fortement perceptible :

La population âgée de 60-74 ans devrait connaître une progression annuelle de 3 % et passer de 127 700 en 2005 à 148 300 en 2010.

La population des 75-84 ans devrait progresser selon le même rythme annuel, pour atteindre l'effectif de 55 200 en 2010, contre un peu moins de 48 000 en 2005. Mais avec une croissance annuelle de 7 % entre 2005 et 2010, ce sont les 85 ans ou plus qui devraient connaître la plus forte croissance, pour atteindre l'effectif de 20 000 contre 14 000 en 2005. (tableau 8)

Concrètement chaque année, d'ici 2010, l'effectif des personnes âgées de 75 ans ou plus devrait progresser de 2 650 personnes environ dont près de la moitié auront 85 ans ou plus.

De plus, parmi les départements franciliens, l'Essonne est celui qui va connaître la plus forte augmentation de sa population âgée de 75 ans ou plus entre 2005 et 2010 (+ 21,6 % contre + 10,5 % en moyenne en Ile-de-France).

Vieillesse variable selon les secteurs

Entre 2005 et 2010, l'effectif des personnes âgées de 75 ans ou plus devrait progresser au rythme de 4 % chaque année en Essonne, soit une progression totale de 22 % environ pour l'ensemble de la période.

L'effectif des 60 ans ou plus devrait progresser à un rythme légèrement plus modéré et augmenter de 13 % sur l'ensemble de la période.

Ces moyennes départementales recouvrent de fortes disparités entre les huit secteurs gérontologiques.

La progression des 75 ans ou plus varie ainsi de 13 % (secteur Val de Juine) à plus de 29 % (secteur Val d'Yvette).

Celle des 60 ans ou plus varie de moins de 7 % dans le secteur Plateau d'Orly à près de 24 % dans le secteur Val d'Essonne. (tableau 9).

Tableau 9. Projections* de population âgée en Essonne entre 2005 et 2010, déclinées par secteur gérontologique

	2005		2010		Evolution (%)	
	60 ans ou plus	75 ans ou plus	60 ans ou plus	75 ans ou plus	60 ans ou plus	75 ans ou plus
Val d'Yvette	35 675	10 169	39 576	13 133	+ 10,9	+ 29,1
Plateau d'Orly	36 136	11 675	38 469	13 895	+ 6,5	+ 19,0
Val d'Yerres	31 513	10 630	34 355	12 631	+ 9,0	+ 18,8
Ville Nouvelle	27 504	7 444	31 826	9 202	+ 15,7	+ 23,6
Val d'Orge	25 950	7 698	28 990	9 667	+ 11,7	+ 25,6
Hurepoix	16 513	4 511	20 081	5 761	+ 21,6	+ 27,7
Val de Juine	12 005	4 121	14 059	4 667	+ 17,1	+ 13,2
Val d'Essonne	12 247	4 044	15 158	4 829	+ 23,8	+ 19,4
Essonne	197 544	60 292	222 515	73 785	+ 12,6	+ 22,4

Source : INSEE - RP 1990, RP 1999 et ELP. Exploitation ORS Ile-de-France.

* Les projections concernant l'Essonne qui figurent dans le tableau ci-dessus correspondent à la somme de projections par secteur gérontologique réalisées par l'ORS dans le cadre de cette étude avec pour hypothèses :

- **Mortalité** : baisse de la mortalité au rythme observé au cours des vingt dernières années en Ile-de-France.
- **Migrations** : maintien des comportements migratoires moyens de la période 1990-1999.
- **Fécondité** : sans objet pour ces tranches d'âges.

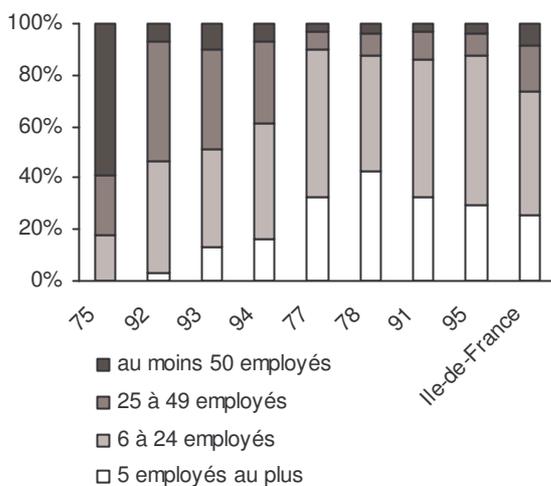
En raison d'hypothèses spécifiques, la somme des projections par secteur diffère légèrement des projections départementales réalisées par l'INSEE présentées plus haut dans ce rapport.

Chapitre II

L'offre de prise en charge

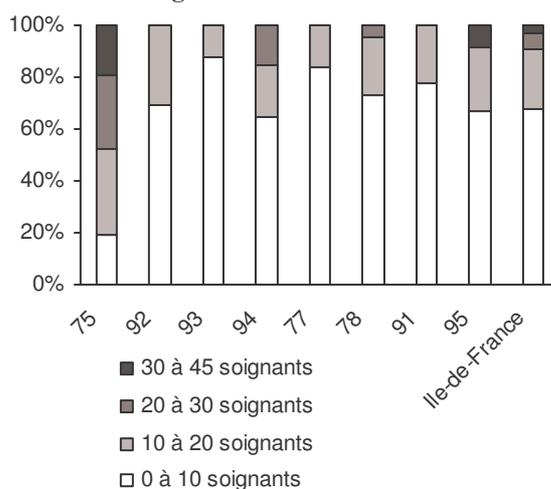
A domicile, une majorité de petits services

Figure 6. Répartition des services franciliens d'aide ménagère prestataires conventionnés par la CNAV et/ou signalés par le Conseil Général en 2002 selon le nombre d'employés en ETP*



* Ces résultats sont obtenus à partir des questionnaires exploitables (93 % des services interrogés).
Source : ORS Ile-de-France.

Figure 7. Répartition des services franciliens de soins infirmiers à domicile en 2002 selon le nombre de soignants en ETP*



* Ces résultats sont obtenus à partir des questionnaires exploitables (95 % des services interrogés).
Source : ORS Ile-de-France.

En 2002, l'ORS a recensé 70 services d'aide à domicile ayant reçu l'agrément qualité et proposant la prestation d'aide ménagère dans le cadre prestataire. L'ensemble dessert la totalité des 196 communes de l'Essonne. Néanmoins le manque de personnel réduit considérablement leur champ d'action. En effet, ces services sont de petite taille : près d'un tiers (32 %) déclarent employer 5 personnes au plus en équivalent temps plein (ETP). (figure 6)

En ce qui concerne les soins à domicile⁹, l'Essonne compte 868 places financées¹⁰ dépendant des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). La plupart des communes de l'Essonne sont couvertes par un SSIAD. Là aussi le manque de personnel est un obstacle à l'action de ces services : plus des trois-quarts (78 %) déclarent employer 10 soignants au plus en ETP (figure 7), surtout des aides soignantes.

La création de places nouvelles en SSIAD (+ 31 % entre 1999 et 2003) a permis une augmentation sensible du taux d'équipement départemental (12,2 places pour 1000 personnes de 75 ans ou plus en 1999 contre 16,3 places pour 1000 en 2003), qui se rapproche du niveau national (17,44 places) et du taux cible régional (18,48 places) déterminé par la CRAMIF à partir du plan gouvernemental de médicalisation pluriannuel 2001-2005¹¹. Pour que l'Essonne conserve en 2010 le même taux d'équipement en SSIAD qu'actuellement, il faudrait financer entre 300 et 400 places supplémentaires (et 500 pour atteindre le taux cible).

En établissements, une offre développée

Tableau 10. L'offre de prise en charge en établissements en Essonne en 2003

	Capacité installée	Taux d'équipement*
Maisons de retraite et EHPAD	6 184	116,2
Services hospitaliers de soins de longue durée	1 248	23,5
Essonne	7 432	139,7
ILE-DE-FRANCE	58 105	93,8
FRANCE METROPOLITAINE	510 673	116,8

* pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus.

Sources : DALBARADE-MORVAN M, « Le Mini-fichier des établissements pour personnes âgées en Ile-de-France - Décembre 2003 », ORS Ile-de-France, 2004 ; « STATISS 2003 - Les régions françaises - places installées au 1^{er} janvier 2002 », DRASS Ile-de-France et DREES, 2003 ; INSEE - ELP au 1^{er} janvier 2001.

Tableau 11. L'offre « redressée » de prise en charge en établissements en Essonne en 2003

	Capacité	Places réservées à l'accueil des Parisiens	Places/lits disponibles pour les Essonnais	Taux d'équi. redressé*
<i>Maisons de retraite et EHPAD</i>				
	6 184	----	6 184	116,2
<i>Services hospitaliers de soins de longue durée</i>				
- AP-HP	719	252	467	8,8
- autres	529	----	529	9,9
Essonne	7 432	252	7 180	134,9

* pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus.

Sources : DALBARADE-MORVAN M, « Le Mini-fichier des établissements pour personnes âgées en Ile-de-France - Décembre 2003 », ORS Ile-de-France, 2004 ; Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ; INSEE - ELP au 1^{er} janvier 2001.

Entre 1980 et 2003, la capacité d'accueil en hébergement collectif pour personnes âgées (maisons de retraite, EHPAD et services de soins de longue durée) est passée de 5 632 à 7 432 places installées, soit un accroissement de 32 %, proportion supérieure à l'accroissement régional (28,5 %). Dans le même temps, la proportion d'Essonnais âgés de 75 ans ou plus a progressé de 45 %, de sorte que le taux d'équipement a connu une évolution à la baisse, passant de 154 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus en 1980 à 140 en 2003. Cependant, par rapport aux niveaux régional (94 places) et national (117 places), l'Essonne se situe bien au-dessus. (tableau 10)

Pour que l'Essonne conserve en 2010 le même taux d'équipement qu'actuellement, il faudrait disposer de 3 000 places installées supplémentaires (et 1 400 pour se situer au niveau national actuel).

Néanmoins, les données précédentes surestiment la capacité départementale disponible puisqu'elles ne rendent pas compte d'une particularité essonnienne : 58 % des lits des services de soins de longue durée dépendent de centres hospitaliers de l'AP-HP, dont plus d'un tiers de la capacité est réservée exclusivement à l'accueil des Parisiens âgés.

De fait, l'offre départementale comprend près de 7 200 places, soit 135 places disponibles pour 1000 personnes de 75 ans ou plus, que ces personnes soient originaires de l'Essonne ou non. (tableau 11)

En établissements, la moitié des places offertes sont effectivement occupées par des Essonniens

La question de l'occupation de l'offre départementale en établissements pour personnes âgées par des personnes originaires de l'Essonne est fondamentale dans un contexte d'accroissement rapide de la population âgée essonnienne. Elle peut être appréhendée à travers trois enquêtes ponctuelles, qui permettent de situer aux alentours de 50 % l'occupation effective par des Essonniens de l'offre départementale en établissements. (tableau 12) Dès lors, environ 3 700 places sont actuellement occupées par des personnes âgées n'habitant pas l'Essonne auparavant.

Compte-tenu des 3 000 places installées supplémentaires nécessaires pour maintenir le taux d'équipement départemental à son niveau actuel d'ici 2010, deux possibilités s'offrent au département de l'Essonne : conclure des accords avec certains établissements de l'Essonne pour qu'ils réservent leurs places aux Essonniens (via les conventions tripartites par exemple) et/ou augmenter la capacité départementale actuelle en autorisant les extensions voire les constructions d'établissements.

De plus, selon l'enquête AMS (DRASSIF), en 2000, l'Essonne était le département francilien le plus accueillant : 54 % des résidents en maisons de retraite et unités de soins de longue durée n'habitaient pas l'Essonne auparavant. Cette donnée ne doit pas être négligée dans un contexte d'accroissement soutenu de population âgée, manifeste non seulement en Essonne, mais aussi dans ses départements limitrophes,

puisque certains habitants âgés de ceux-ci trouvent un accueil dans les établissements essonniens.

Toute personne âgée justifiant d'une résidence habituelle privée d'au moins trois mois dans un département est considérée comme « originaire » de ce département (sauf pour celles admises dans des structures sanitaires ou sociales ou accueillies habituellement, à titre gratuit ou au titre de l'aide sociale, au domicile d'un particulier agréé ou faisant l'objet d'un placement familial).

Tableau 12. Occupation par les originaires de l'Essonne de l'offre départementale d'hébergement pour personnes âgées

En %	MR*	SSLD**	Ensemble
1995-ORSIF	50,1%	63,5%	52,9%
2000-DRASSIF	49%	30%	45,7%
2004-ORSIF	61,7%	48,8%	58,6%

* maisons de retraite ** services de soins de longue durée
Sources : DRASS Ile-de-France (enquêtes AGGIR-Morbidité-Soins 2000), ORS Ile-de-France (enquêtes en établissements 1995 et 2004).

Plus difficile est l'évaluation du flux d'Essonniens âgés vers un établissement hors Essonne. Les données sur les bénéficiaires de l'APA constituent un premier élément de réponse : sur les 3 500 bénéficiaires de l'APA en établissements versée par le Conseil Général de l'Essonne fin juin 2004, 70 % résident dans un établissement situé en Essonne et 30 % dans un établissement hors Essonne.

Les résultats présentés proviennent d'enquêtes transversales de méthodologie différente :

- Dans l'enquête départementale menée par l'ORSIF en 1995 auprès de l'ensemble des établissements de l'Essonne et les enquêtes régionales AMS de la DRASSIF réalisées en 2000 (enquête exhaustive en unités de soins de longue durée en et sur un échantillon de maisons de retraite), un questionnaire est complété par l'établissement pour chaque individu présent.
- Dans l'enquête plus récente de l'ORSIF (2004), chaque établissement a complété un seul questionnaire. L'occupation y est abordée de manière très schématique, au travers de l'origine géographique des résidents.

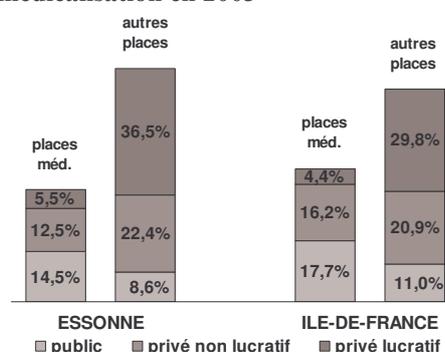
Un retard dans la médicalisation des maisons de retraite

Alors qu'en 1980, les sections de cure médicales installées en maisons de retraite étaient au nombre de 38 en Essonne, en 2003, le département en compte 1 382 représentant 32 % de l'ensemble des places. Ce taux reste cependant en deçà du niveau francilien (38 %) (figure 8) Si l'on considère l'ensemble des établissements, le taux de médicalisation atteint 61 %¹². Cette proportion a fortement augmenté depuis la signature des premières conventions tripartites en Essonne (cf. encart grisé page 69). En effet, depuis 2002, plusieurs maisons de retraite sont devenues des *établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* (EHPAD), dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements engagée en 1997. Appliquée aux maisons de retraite (et aux logements-foyers), cette réforme étend leur capacité de dispenser des soins à la totalité de la capacité d'hébergement : l'ensemble de leurs places est considéré comme médicalisé. Dès lors, on observe une augmentation « statistique » du nombre de places médicalisées : moins d'une place sur deux (45,3 %) était médicalisée en Essonne en 2001 (aucune convention tripartite signée¹³) contre 52,6 % en 2002 (onze conventions signées en 2002, et douze de plus en 2003). *En tout état de cause, on doit s'interroger sur les conséquences de cette réforme : saura-t-elle permettre une amélioration de la prise en charge institutionnelle des personnes âgées - avec ce que cela sous-entend en terme de qualité de la prise en charge, conditionnée par une amélioration de l'adéquation des moyens*

offerts aux besoins constatés. La question reste ouverte. Le niveau élevé de places non médicalisées en Essonne est à rapprocher de la forte implantation du secteur privé dans ce département, en particulier le secteur privé à but lucratif (40 % des places), premier gestionnaire d'établissements en Essonne. En effet, les places médicalisées sont à l'heure actuelle beaucoup moins nombreuses dans les établissements privés que publics (elles représentent en moyenne en Ile-de-France 55 % des places du secteur privé contre 90 % dans le secteur public). Cependant, sur les 23 conventions tripartites signées en Essonne depuis 2002, 14 concernent des établissements privés lucratifs et 61 % des places actuelles en EHPAD relèvent du secteur privé lucratif.

La signature de conventions tripartites par de nombreux établissements privés lucratifs participe à l'augmentation de l'offre médicalisée dans les établissements de l'Essonne.

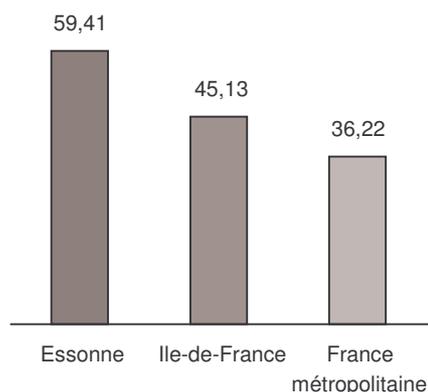
Figure 8. Répartition des places en maisons de retraite par statut juridique selon leur médicalisation en 2003



Source : DALBARADE-MORVAN M, « Le Mini-fichier des établissements pour personnes âgées en Ile-de-France - Données au 31 décembre 2003 », ORS Ile-de-France, 2004.

Un fort taux d'équipement en logement-foyer

Figure 9. L'équipement en logement-foyer



Sources : DALBARADE-MORVAN M, « Le Mini-fichier des établissements pour personnes âgées en Ile-de-France - Décembre 2003 », ORS Ile-de-France, 2004 ; « STATISS 2003 - Les régions françaises - places installées au 1^{er} janvier 2002 », DRASS Ile-de-France et DREES, 2003 ; INSEE - ELP au 1^{er} janvier 2001.

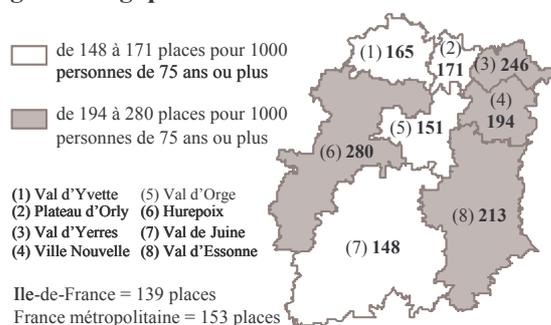
Les logements-foyers constituent pour les personnes âgées une structure d'hébergement intermédiaire entre le domicile et l'institution. Dans ses publications, l'INSEE les regroupe avec le domicile.

Avec 3 161 places installées en 2003, l'Essonne est le département francilien qui, après le Val d'Oise, possède le plus important taux d'équipement en logement-foyer : 59 places pour 1000 personnes de 75 ans ou plus. Ce taux est bien supérieur au niveau régional de 45 places pour 1000 et au taux national de 36 pour 1000. (figure 9)

Là aussi, le secteur privé prédomine : il gère plus de la moitié des places (51 %) en Essonne contre 36 % en moyenne en Ile-de-France.

De fortes disparités entre secteurs gérontologiques

Figure 10. Taux d'équipement en établissements selon le secteur gérontologique en 2003



Sources : DALBARADE-MORVAN M, « Le Mini-fichier des établissements pour personnes âgées en Ile-de-France - Décembre 2003 », ORS Ile-de-France, 2004 ; « STATISS 2003 - Les régions françaises - places installées au 1^{er} janvier 2002 », DRASS Ile-de-France et DREES, 2003 ; INSEE - RP 1999 pour l'équipement par secteur, ELP au 1^{er} janvier 2001 pour les taux régional et national.

Avec un taux d'équipement en établissements de 199 places installées pour 1000 personnes de 75 ans ou plus en 2003 (y compris les logements-foyers), l'Essonne se situe bien au-dessus des moyennes régionale et nationale.

Des disparités existent cependant : suivant le secteur gérontologique considéré, l'équipement peut varier du simple (148 places pour 1000 personnes de 75 ans ou plus dans le Val de Juine) à près du double (280 places pour 1000 en Hurepoix). Seuls deux secteurs se situent en dessous de la moyenne nationale. (figure 10)

Chapitre III

La population âgée dépendante

Les apports de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance

L'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID)¹⁴, 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 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. Les individus sont classés selon six groupes dits « iso-ressources » (GIR 1 à GIR 6) d'incapacité décroissante. Les personnes évaluées en GIR 1 à 4 sont destinataires de l'APA, qui participe ainsi à la prise en charge, d'une part de la dépendance lourde (GIR 1, 2 et 3), et d'autre part d'une dépendance plus modérée avec le GIR 4, qui rassemble diverses incapacités, notamment celles engendrées par la maladie d'Alzheimer (stade léger voire modéré) ou la cécité.

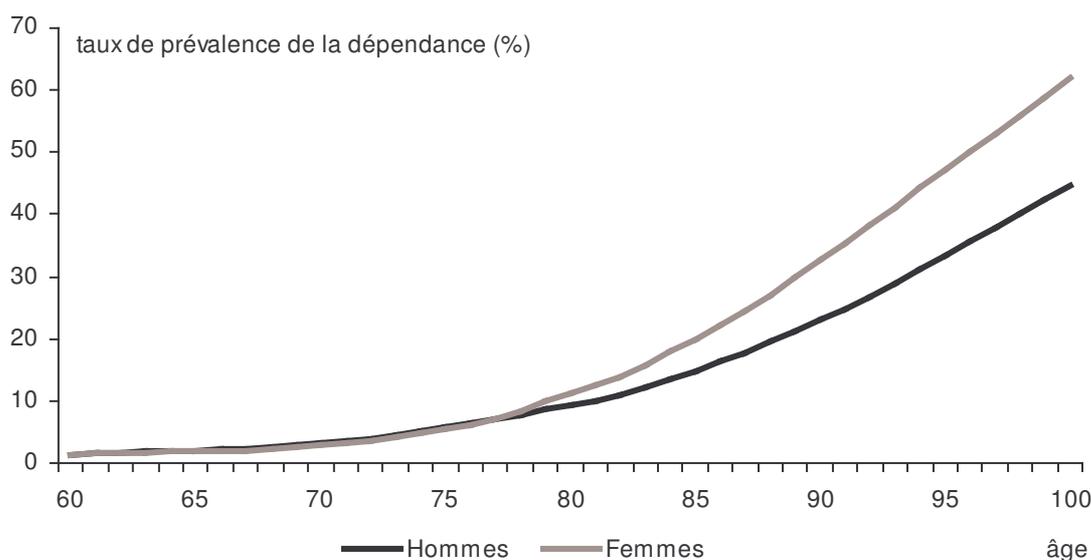
Afin d'établir une comparaison entre ces quatre groupes et les items de l'enquête HID, des équivalents GIR 1 à 4 ont été élaborés, permettant la détermination de taux nationaux de prévalence de la dépendance.

La population âgée dépendante - objet de l'étude - se définit dès lors comme celle incluant les personnes de 60 ans ou plus relevant des GIR 1 à 4.

Un besoin d'aide élevé à partir de 80 ans

Figure 11. 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.

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.

Cette exploitation de l'enquête, comme d'autres travaux et résultats, montre que les incapacités ne sont pas spécifiques à une classe d'âges donnée et que leur fréquence augmente progressivement avec l'âge. (figure 11)

Si toutefois il fallait désigner un âge à partir duquel leur fréquence s'accroît, il se situerait vraisemblablement entre 75 et 80 ans.

Elle montre également qu'après 80 ans, les femmes déclarent plus d'incapacités 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.

Selon HID, 11 000 Essonniens âgés seraient dépendants

En extrapolant les résultats de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) de l'INSEE à la population âgée de l'Essonne, environ 11 000 personnes de 60 ans ou plus seraient actuellement dépendantes¹⁵, soit 6,15 % des personnes de 60 ans ou plus vivant en Essonne. Ce chiffre est à rapprocher des 7 400 personnes qui perçoivent une aide du département pour la prise en charge de leur dépendance.¹⁶ (tableau 13)

La méconnaissance des personnes âgées dépendantes refusant toute aide ainsi que les différences méthodologiques d'évaluation de la dépendance entre l'enquête HID (basée sur les déclarations des personnes âgées) et l'attribution des différentes prestations (à partir d'une évaluation médico-sociale réalisée par des professionnels pour l'APA) peut expliquer cet écart, qui concerne vraisemblablement les personnes vivant à domicile et classées en GIR 4 par HID, groupe rassemblant les personnes modérément dépendantes et permettant l'ouverture des droits à l'APA.

Tableau 13. Bénéficiaires d'une prestation d'aide servie par le département (2002)

Personnes de 60 ans ou plus	Essonne		France métropolitaine	
	effectif	part en %	effectif	part en %
Aide- ménagère	425	5%	45 819	6%
APA	6 227	68%	600 606	74%
PSD	998	11%	33 086	4%
ACTP (60 ans ou +)	173	2%	21 754	3%
ASH*	1 328	14%	113 752	13%
Accueil chez des particuliers	7	0,1%	978	0,1%

* Aide sociale à l'hébergement en établissement.

Sources : Conseil Général de l'Essonne et DREES - enquête Aide sociale (estimations).

Spécificités relatives à la mise en œuvre de l'APA en Essonne

Le Conseil Général de l'Essonne n'applique pas les dispositions d'avril 2003* relatives à l'augmentation de la participation des bénéficiaires de l'APA à domicile.

L'APA en Essonne

Le nombre de dossiers de demandes d'APA déposés auprès du Conseil Général de l'Essonne depuis l'entrée en vigueur de l'APA au 1er janvier 2002 est de 14 507 au 31 décembre 2003. Fin 2003, 86 % des dossiers déposés, soit environ 12 513, ont été vérifiés et déclarés complets. Parmi les dossiers complets, 95 % (soit environ 11 913 dossiers) ont fait l'objet d'une décision, favorable pour les trois-quarts (9 035 dossiers). Les dossiers complets n'ayant pas encore fait l'objet d'une décision sont notamment en attente d'évaluation par l'équipe médico-sociale ou de prise de décision par la commission d'attribution de l'APA.

A la fin de l'année 2003, 6 451 Essonniens perçoivent l'APA, soit près de 200 de plus que fin 2002 ; 51 % bénéficient de l'APA à domicile et 49 % de l'APA en établissements.

La différence observée entre le nombre de bénéficiaires de l'APA et le nombre de décisions favorables s'explique par les révisions ou les renouvellements.

Au 31 décembre 2003, on dénombre 121 bénéficiaires de l'APA pour 1000 habitants de 75 ans ou plus en Essonne. A titre comparatif, cette proportion est de 174 bénéficiaires en moyenne en France. Selon les départements, elle varie de 49 à 476 bénéficiaires.

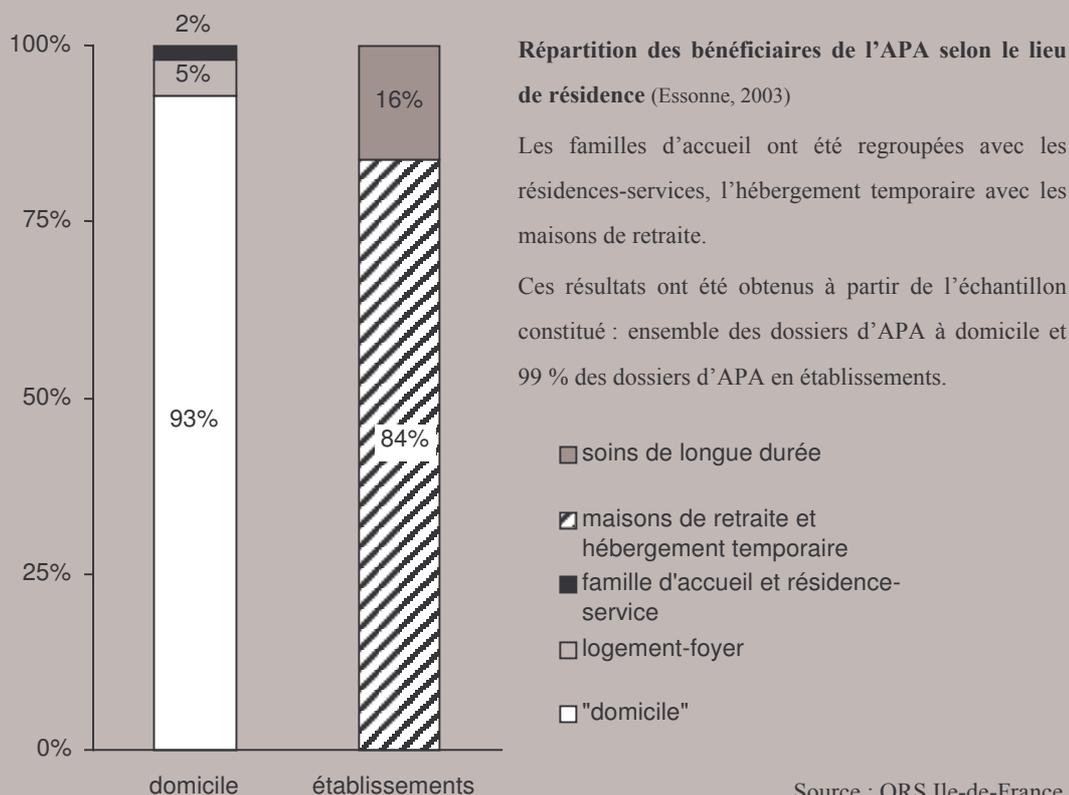
* Décret n°2003-278 du 28 mars 2003, relatif aux conditions d'attribution de l'APA et loi n°2003-289 du 31 mars 2003.

Sources : INSEE - ELP 2001, Conseil Général de l'Essonne et KERJOSSE R, « L'Allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2003 », in DREES, *Etudes et résultats*, n°298, mars 2004.

Note méthodologique sur la répartition de l'APA selon le lieu de résidence des bénéficiaires

Afin de permettre des comparaisons avec le niveau national, c'est le *type d'APA attribué* qui a été choisi dans ce chapitre comme indicateur du lieu de résidence.

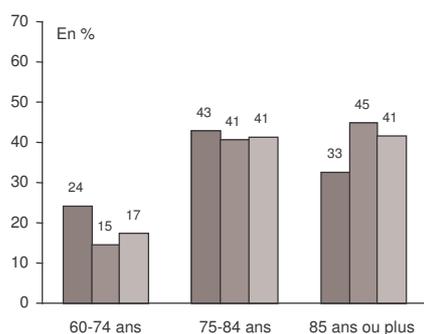
- l'APA à domicile comprend non seulement les personnes vivant à domicile, mais aussi celles hébergées en familles d'accueil, en résidences-services et en logements-foyers (lesquels - rappelons-le - font partie du domicile au sens du recensement de population de l'INSEE) ;
- l'APA en établissements regroupe les bénéficiaires résidant en maisons de retraite et en services hospitaliers de soins de longue durée, ainsi que ceux accueillis en structures d'hébergement temporaire.



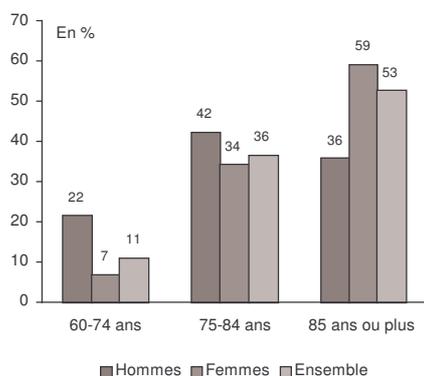
Principales caractéristiques des personnes âgées dépendantes bénéficiaires de l'APA en Essonne

Figures 12 et 13. Répartition des bénéficiaires de l'APA selon le sexe et l'âge (Essonne, 2003)

- à domicile



- en établissements



Lecture : 24 % des hommes bénéficiaires de l'APA à domicile sont âgés de 60 à 74 ans.

Source : ORS Ile-de-France.

Tableau 14. Répartition des bénéficiaires de l'APA selon le degré de dépendance (Essonne, 2003)

En %	dom.	IC à 95 % (388*)	étab.	IC à 95 % (332)
GIR 1	4,9	2,8-7,0	17,5	13,4-21,6
GIR 2	21,9	17,8-26,0	44,0	38,7-49,3
GIR 3	38,1	33,3-42,9	14,8	11,0-18,6
GIR 4	35,1	30,4-39,8	23,8	19,2-28,4
Ensemble	100,0		100,0	

* Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré.

Source : ORS Ile-de-France.

Des personnes très âgées, surtout en établissements

Les bénéficiaires de l'APA sont des personnes très âgées : 86 % d'entre eux ont 75 ans ou plus et près d'un sur deux ont 85 ans ou plus (47 %).

Ceux qui résident en établissements sont plus âgés que ceux qui vivent à domicile (figures 12 et 13) : 89 % sont âgés de 75 ans ou plus en établissements contre 82 % à domicile. Les personnes de 85 ans ou plus représentent même 53 % des bénéficiaires en établissements contre 41 % de ceux qui vivent à domicile.

Les bénéficiaires de l'APA sont surtout des femmes

Sept bénéficiaires de l'APA sur dix sont des femmes. Cette proportion est similaire à domicile et en établissements. Néanmoins, la répartition par sexe est plus équilibrée pour les personnes âgées de 60 à 74 ans résidant en institution : 44 % de femmes pour 56 % d'hommes.

Trois bénéficiaires sur dix relèvent du GIR 4

Fin 2003, 29,9 % des bénéficiaires de l'APA sont classés en GIR 4 : 35,1 % à domicile et 23,8 % en établissements. (tableau 14)

Par rapport au niveau national, les bénéficiaires de l'APA en Essonne ont un niveau de dépendance globalement plus élevé, en particulier à domicile où 65 % relèvent des GIR 1 à 3 contre 47 % en moyenne en France.¹⁷

La dépendance varie selon l'âge et le lieu de résidence

Tableaux 15, 16 et 17. Le niveau de dépendance des bénéficiaires de l'APA (Essonne 2003)

- selon le sexe

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
hommes (199*)	12,6%	29,1%	33,2%	25,1%
femmes (521)	10,0%	33,2%	25,1%	31,7%

- selon l'âge

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
60-74 ans (103)	8,7%	25,2%	31,1%	35,0%
75-84 ans (281)	11,4%	31,0%	26,3%	31,3%
85 ans ++ (336)	10,7%	35,1%	27,1%	27,1%

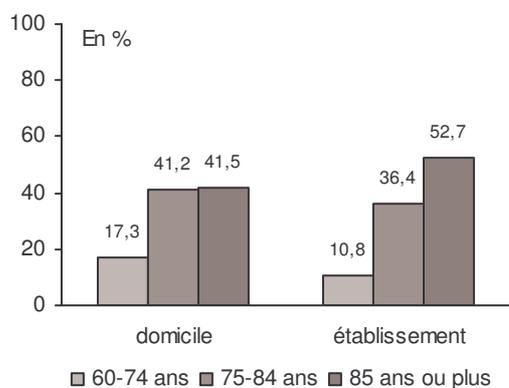
- selon le lieu de résidence

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
domicile (388)	4,9%	21,9%	38,1%	35,1%
étab. (332)	17,5%	44,0%	14,8%	23,8%

* Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré.

Source : ORS Ile-de-France.

Figure 14. Répartition des bénéficiaires de l'APA par âge selon le lieu de résidence (Essonne, 2003)



Source : ORS Ile-de-France.

La répartition du niveau de dépendance ne diffère pas selon le sexe

Tous âges confondus, les niveaux de dépendance des hommes et femmes bénéficiaires de l'APA sont similaires : environ 43 % nécessitent un fort niveau d'aide (GIR 1 et 2). Pour les autres (GIR 3 et 4), l'apport en aide est plus modéré. (tableau 15)

La dépendance augmente avec l'avancée en âge

La répartition des bénéficiaires de l'APA selon leur niveau de dépendance varie en fonction de l'âge : à 60-74 ans, un bénéficiaire sur trois relève des niveaux de dépendance les plus élevés (GIR 1 et 2), à 85 ans ou plus, près d'un sur deux en relève. (tableau 16) Ainsi, le niveau de dépendance augmente avec l'avancée en âge de la personne dépendante, *ce qui n'est pas sans conséquence sur le besoin de prise en charge.*

La dépendance est plus lourde en établissements

La répartition des bénéficiaires de l'APA selon leur niveau de dépendance varie aussi en fonction de leur lieu de résidence : à domicile, 27 % des bénéficiaires relèvent des niveaux de dépendance les plus élevés (GIR 1 et 2), en établissements, cette proportion est multipliée par 2,3 : six bénéficiaires sur dix en relèvent. (tableau 17) De plus, les bénéficiaires de l'APA à domicile sont en moyenne plus jeunes que ceux qui résident en établissements : 82,5 ans contre 84,6 ans. (figure 14)

Le niveau de dépendance est étroitement lié à l'avancée en âge et semble constituer un des éléments contribuant à l'entrée en institution.

La présence d'un conjoint influe sur le lieu de résidence

Si la détérioration de l'état de santé joue un rôle non négligeable dans l'entrée en établissements, des exploitations de l'enquête HID de l'INSEE montrent que d'autres facteurs interviennent, en particulier l'insuffisance de l'aide disponible, qu'elle soit professionnelle ou informelle.^{18,19}

Tableau 18. Répartition des bénéficiaires de l'APA par mode de vie selon le lieu de résidence (Essonne, 2003)

En %	Vit en couple	Vit seul	P*
- à domicile (368**)	34,8 %	65,2 %	≠
- en établissements (348)	8,0 %	92,0 %	
Ensemble (716)	21,8 %	78,2 %	

Tableau 19. Répartition des bénéficiaires de l'APA par niveau de ressources selon le lieu de résidence (Essonne, 2003)

En %	Ressources <= plafond d'aide sociale***	Ressources > plafond d'aide sociale	P*
- à domicile (368**)	13,9 %	86,1 %	NS
- en établissements (348)	13,8 %	86,2 %	
Ensemble (716)	13,8 %	86,2 %	

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les bénéficiaires de l'APA demeurant à domicile et ceux résidant en établissements ; NS indique un écart non significatif.

** Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré.

*** Soit des ressources <= 7102,71 € annuel pour une personne seule et <= 12440,87 € annuel pour un ménage (montants au 1^{er} janvier 2003).

Source : ORS Ile-de-France

Une vie commune plus fréquente à domicile

Sachant que l'aide aux personnes dépendantes est très souvent apportée par une personne de la famille²⁰, l'hypothèse peut être faite que les personnes n'ayant ni conjoint ni famille en mesure d'assurer cette aide résident plus fréquemment en institution.

Ainsi, en Essonne, parmi les personnes de 60 ans ou plus vivant à domicile et bénéficiaires de l'APA, 35 % vivent en couple à domicile contre 8 % seulement en établissements. (tableau 18)

Ces proportions diffèrent de celles obtenues avec le statut matrimonial comme critère du mode de vie : 38 % sont mariés à domicile contre 20 % en établissements.

La différence entre les résultats obtenus selon le critère considéré s'explique principalement par la proportion élevée de personnes dépendantes mariées vivant en établissements sans leur conjoint (59 % pour 9 % à domicile).

Enfin, si l'on s'intéresse aux bénéficiaires relevant de l'aide sociale, leur répartition selon le mode d'hébergement est comparable. (tableau 19)

L'information sur l'implication de la famille (en dehors du conjoint) n'étant pas disponible pour les bénéficiaires de l'APA résidant en établissements, l'appréciation de l'aide informelle s'appuie sur le critère de la « *vie en couple* ». Ces termes désignent la personne dépendante et son conjoint, qu'ils soient mariés ou non, qui vivent ensemble, à domicile ou dans le même établissement.

Ceux de « *vit seul* » désignent non seulement les personnes dépendantes célibataires, veuves ou divorcées mais aussi les personnes dépendantes mariées qui ne partagent pas le même lieu de résidence que leur conjoint.

Chapitre IV

La population âgée dépendante à domicile

L'attribution de l'APA à domicile en Essonne

A domicile, l'évaluation du degré de dépendance et des besoins d'aide de la personne âgée est réalisée par une équipe médico-sociale (EMS) dont au moins un des membres (un travailleur social) se rend chez le demandeur. Lors de cette visite, un *plan d'aide* est établi en concertation avec la personne âgée, dès lors que son niveau de dépendance correspond à l'un de ceux pris en charge par l'APA (GIR 1 à 4). Un montant financier est alors attribué au plan d'aide. Ce montant fait l'objet d'un plafond au niveau national, défini pour chaque degré de dépendance. (Annexe 1)

L'attribution de l'APA n'est pas soumise à condition de ressources, mais la somme versée correspond au montant du plan d'aide diminué d'une participation financière à la charge de la personne âgée, déterminée en fonction de ses ressources.

En Essonne, les travailleurs sociaux, qui se rendent à domicile, disposent d'outils - fiche de synthèse, fiche d'évaluation (Annexe 6) - pour déterminer les besoins de la personne dépendante, dont ceux qui peuvent être pris en charge au titre de l'APA, et ce, en fonction du contexte familial, social et professionnel déjà existant. Il ne s'agit en aucun cas de questionnaires directifs, ni de documents obligatoires. C'est pourquoi, suivant le travailleur social, ces outils comportent plus ou moins de renseignements relatifs à la situation de la personne dépendante.

A domicile, quelles aides et pour qui ?

Pour une personne âgée dépendante, demeurer à domicile est souvent associé à une forte implication des familles.²¹

Toutefois, avec l'avancée en âge, une aide mixte - c'est-à-dire l'intervention conjointe d'aidants familiaux et professionnels - peut s'avérer nécessaire. Ces aides « humaines » peuvent aussi se combiner avec l'aménagement du logement, ou de son accès, ou avec l'acquisition d'aides techniques pour pallier les désavantages. A partir de l'analyse du contenu du plan d'aide élaboré par l'équipe médico-sociale pour chaque bénéficiaire de l'APA à domicile, ce chapitre s'attache à présenter les différentes aides envisagées selon les caractéristiques des bénéficiaires.

Il s'agit aussi d'appréhender les combinaisons d'aides, c'est-à-dire les associations d'aides humaines et techniques auxquelles ont recours les personnes âgées dépendantes pour compenser leurs difficultés ou faciliter le concours des aidants.

Précisons que les montants d'APA à domicile attribuables sont plafonnés en fonction du niveau de dépendance. Par conséquent, l'aide décrite ci-après ne reflète pas forcément le besoin en aide. C'est pourquoi l'adéquation entre l'aide apportée au titre de l'APA et le besoin en aide constaté à domicile par les travailleurs sociaux lors de leur évaluation fait l'objet d'un point particulier en fin de chapitre. Au préalable sont présentées les principales caractéristiques des bénéficiaires de l'APA à domicile.

Des comparaisons avec le niveau national et les résultats de l'enquête HID à domicile complètent cette analyse.

Note méthodologique sur la notion de « domicile »

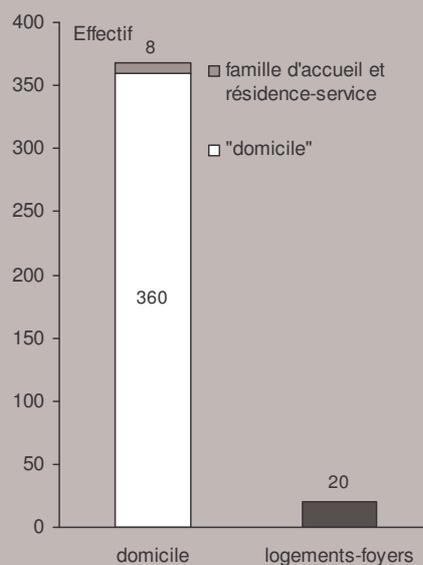
Les bénéficiaires de l'APA à domicile vivent pour la plupart à domicile (chez eux ou chez un proche parent). Néanmoins certains résident en familles d'accueil, en résidences-services et en logements-foyers. Ces derniers ayant été sollicités dans le cadre de l'enquête en établissements (au même titre que les maisons de retraite et les services hospitaliers de soins de longue durée), ils font l'objet d'un point particulier au niveau du chapitre relatif aux personnes hébergées en établissements.

Ainsi, dans ce chapitre, les caractéristiques présentées sont celles des bénéficiaires de l'APA vivant à domicile ou en familles d'accueil ou en résidences-services.

Les bénéficiaires de l'APA à domicile selon le lieu de résidence (Essonne, 2003)

Les familles d'accueil ont été regroupées avec les résidences-services.

Ces résultats ont été obtenus à partir de l'ensemble des dossiers d'APA à domicile de l'échantillon.



Source : ORS Ile-de-France.

Principales caractéristiques des personnes âgées dépendantes vivant à domicile et bénéficiaires de l'APA en Essonne

Les principales caractéristiques des personnes âgées dépendantes demeurant à domicile et percevant l'APA en Essonne sont réunies dans le tableau ci-contre. (tableau 20)

La part des 85 ans ou plus - près de 4 bénéficiaires sur 10 - est comparable à la moyenne nationale, tout comme le niveau de dépendance : près de 3 bénéficiaires sur 10 relèvent des niveaux les plus élevés (GIR 1 et 2).²²

De plus, un bénéficiaire sur trois est locataire de son logement, et 14 % ont des ressources inférieures aux plafonds d'aide sociale.

*Au niveau des dossiers d'APA, on peut regretter le peu d'indicateurs relatifs aux caractéristiques sociales, en particulier la non mention de la catégorie socioprofessionnelle antérieure à la retraite. En effet, ces caractéristiques reflètent non seulement l'environnement et les conditions de travail, mais aussi le niveau d'instruction, de qualification et l'origine sociale, autant de critères qui ont un impact primordial sur la santé et ses déterminants, ainsi que sur la manière d'en gérer les éventuelles conséquences.*²³

Tableau 20. Bénéficiaires de l'APA demeurant à domicile selon plusieurs critères (Essonne, 2003)

En %	Critère	IC à 95 %
- être âgé de 85 ans ou plus (368*)	39,9 %	34,9-44,9
- être une femme (368)	72,0 %	67,4-76,6
- être de nationalité française (367)	94,0 %	91,6-96,4
- être locataire (368)	34,8 %	29,9-39,9
- avoir des ressources <i>inférieures</i> aux plafonds d'aide sociale** (368)	13,9 %	10,4-17,4
- être sous protection juridique (363)	4,4 %	2,3-6,5
- relever du GIR 1 ou 2 (368)	27,5 %	22,9-32,1

* Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré.

** soit des ressources <= 7102,71 € annuel pour une personne seule et <= 12440,87 € annuel pour un ménage (montants au 1^{er} janvier 2003).

Source : ORS Ile-de-France.

Les *ressources* tiennent compte du revenu déclaré de l'année de référence et des revenus soumis au prélèvement libératoire ainsi que des biens ou capitaux ni exploités ni placés, censés procurer aux intéressés un revenu annuel évalué à 50 % de leur valeur locative s'il s'agit d'immeubles bâtis, à 80 % pour des terrains non bâtis et à 3 % des capitaux. Cependant, cette dernière disposition ne s'applique pas à la résidence principale occupée par l'intéressé, son conjoint, son concubin ou la personne avec qui il a conclu un pacte de solidarité, ses enfants ou petits-enfants.

A la différence des prestations relevant de l'aide sociale départementale, l'attribution de l'APA n'est pas soumise à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire. Dès lors les ressources retenues pour l'attribution de l'APA diffèrent de celles retenues pour l'attribution des prestations d'aide sociale qui intègrent les sommes versées au titre de l'obligation alimentaire.

1. De l'aide potentielle à l'aide effective

Les personnes dépendantes et leurs aidants

Le terme d'aidants (en anglais : « caregiver ») désigne plusieurs catégories de personnes participant à la prise en charge de la personne dépendante.

Ces personnes se déclinent entre le réseau familial (conjoint et famille), le réseau social (amis, voisins) et les intervenants professionnels (sanitaires et médico-sociaux).

Les réseaux familial et social constituent l'aide « *informelle* », tandis que les intervenants professionnels procurent une aide dite « *formelle* ».

L'aide est « *effective* » lorsqu'on peut la quantifier (avec un nombre d'heures ou une rémunération), ce qui est parfois difficile lorsqu'elle est apportée par un proche. En l'absence d'éléments permettant de rendre compte de l'effectivité de cette aide, elle est considérée comme « *potentielle* ».

Première aide informelle « potentielle » : le conjoint

La question de la présence d'un conjoint à domicile n'est pas sans importance puisque, notamment, selon l'enquête HID, les personnes âgées vivant en couple ont un risque beaucoup plus faible de vivre en institution que les personnes seules.²⁴

De plus, l'analyse²⁵ des caractéristiques de 452 Parisiens décédés à leur domicile en août 2003, lors de la vague de chaleur qui a frappé l'Europe de l'Ouest, a montré que le fait de résider seul à domicile (88 % des victimes) constituait un des éléments contribuant à la fragilité de ces personnes.

Dès lors, la présence d'un conjoint constitue un élément non négligeable du maintien à domicile - *pourvu que le conjoint soit lui-même valide et donc en mesure de jouer le rôle d'aidant.*

Tableau 21. Bénéficiaires de l'APA vivant à domicile selon la présence d'un conjoint (Essonne, 2003)

En %	avec conjoint à domicile (128*)	sans conjoint à domicile (240)	P **
- être âgé de 60 à 74 ans	31,3 %	11,3 %	≠
- être un homme	51,6 %	15,4 %	≠
- relever du GIR 1 ou 2	33,6 %	24,2 %	NS

* Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les bénéficiaires de l'APA vivant en couple à domicile et ceux sans conjoint à domicile ; NS indique un écart non significatif.

Source : ORS Ile-de-France.

Un niveau de dépendance similaire

Parmi les personnes âgées dépendantes de 60 ans ou plus résidant à domicile et percevant l'APA, 35 % vivent en couple en Essonne.

Par rapport aux bénéficiaires de l'APA sans conjoint à domicile, ceux vivant en couple sont globalement caractérisés par un plus jeune âge (moyenne d'âge : 78 ans contre 84 ans) et par le fait qu'il s'agit plus fréquemment d'hommes. (tableau 21)

En revanche, on n'observe pas de différence significative de niveau de dépendance entre eux.

C'est le critère « vit effectivement en couple » plutôt que le statut matrimonial qui a été choisi pour rendre compte de la présence d'un conjoint à domicile.

Sont considérés comme « couples », ceux dont les deux membres sont vivants et habitent ensemble à domicile.

L'information sur le niveau de dépendance du conjoint étant rarement disponible dans les dossiers APA, il est difficile de se prononcer sur *l'effet de la vie en couple sur le maintien à domicile.*

Cependant, il est fort probable que cet effet, éventuellement protecteur, s'estompe avec l'avancée en âge puisque la probabilité que le conjoint aidant devienne lui même dépendant augmente à mesure que le couple vieillit.

En effet, selon l'enquête HID, chez les hommes comme chez les femmes, le risque relatif pour les personnes seules (célibataires et veuves) de vivre en institution par rapport aux personnes mariées diminue avec l'âge.²⁶

Autres aides informelles potentielles : le réseau familial et le réseau social

L'appréciation de l'aide informelle potentielle est, à ce stade, incomplète car elle ne rend pas compte de l'implication éventuelle du réseau familial ni de celle du réseau social.

L'appréciation de ce degré d'implication est complexe, du fait de l'hétérogénéité des situations rencontrées. A partir de l'exploitation des dossiers d'APA à domicile, deux niveaux d'implication ont été définis : le fait, pour une personne âgée dépendante, de vivre avec ou chez un membre de sa famille et le fait qu'un proche se rende régulièrement chez la personne âgée dépendante.

Tableau 22. Bénéficiaires de l'APA vivant à domicile selon le fait d'habiter avec un proche (Essonne, 2003)

En %	cohabit. avec un proche à domicile (80*)	pas de cohabit. avec un proche à domicile (286)	P **
- être âgé de 60 à 74 ans	20,0 %	17,8 %	NS
- être âgé de 85 ans ou plus	56,3 %	35,7 %	≠
- être une femme	80,0 %	69,6 %	NS
- relever du GIR 1 ou 2	41,3 %	23,4 %	≠
- vivre sans conjoint à domicile	85,0 %	59,4 %	≠

* Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les bénéficiaires de l'APA vivant avec un proche à domicile et ceux ne cohabitant pas avec un proche ; NS indique un écart non significatif.

Source : ORS Ile-de-France.

De fait, le réseau informel est susceptible d'être le lieu d'échanges plus ou moins réguliers - de la visite quotidienne et répétée plusieurs fois par jour à la rencontre plus espacée dans le temps.

Premier niveau d'implication : « vivre avec un proche »

Ainsi, certaines personnes âgées dépendantes cohabitent avec un ou plusieurs membres de leur famille - souvent un enfant. Elles peuvent habiter chez eux ou bien les héberger. Elles peuvent aussi être en couple, c'est-à-dire vivre à domicile non seulement avec leur conjoint, mais aussi avec un ou plusieurs membres de leur famille.

Parmi les bénéficiaires de l'APA demeurant à domicile, 22 % vivent avec un proche.

Par rapport à ceux ne cohabitant pas avec un membre de leur famille, ils sont plus nombreux parmi les 85 ans ou plus et leur moyenne d'âge est plus élevée (84,4 ans contre 81,6 ans). De plus, ils vivent plus fréquemment sans conjoint. En outre, leur degré de dépendance est plus élevé : quatre sur dix relèvent des niveaux de dépendance les plus sévères (GIR 1 et 2) contre près d'un quart pour les personnes ne cohabitant pas avec un proche. (tableau 22)

Les personnes âgées dépendantes qui vivent en couple à domicile ou qui cohabitent avec un proche représentent 53,4 % des bénéficiaires de l'APA à domicile en Essonne (46,6 % sont donc seuls à domicile).

Second niveau d'implication : des « visites régulières »

Parmi les bénéficiaires de l'APA vivant à domicile, 62 % reçoivent régulièrement des visites. Par rapport à ceux qui ne reçoivent pas de visites régulières, leur moyenne d'âge est plus élevée (83,1 ans contre 80,5 ans). La plupart ne cohabite pas avec un membre de leur famille. De plus, on n'observe pas de différence significative de niveau de dépendance entre eux. (tableau 23)

Les personnes âgées dépendantes qui vivent en couple à domicile ou qui cohabitent avec un proche ou qui reçoivent régulièrement des visites représentent 87,4 % des bénéficiaires de l'APA à domicile en Essonne.

Tableau 23. Bénéficiaires de l'APA vivant à domicile selon le fait de recevoir des visites régulières (Essonne, 2003)

En %	visites régulières (221*)	pas de visites régulières (134)	P **
- être âgé de 85 ans ou +	43,0 %	34,3 %	NS
- être une femme	73,3 %	68,7 %	NS
- relever du GIR 1 ou 2	26,2 %	29,9 %	NS
- vivre sans conjoint à domicile	65,2 %	64,2 %	NS
- ne pas cohabiter avec un proche	87,7 %	65,7 %	≠

* Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les bénéficiaires de l'APA qui reçoivent régulièrement des visites et ceux sans visite régulière ; NS indique un écart non significatif.

Source : ORS Ile-de-France.

L'expression « *visites régulières* » désigne le fait, pour une personne âgée dépendante demeurant à domicile, de recevoir une visite *au moins une fois par semaine* d'un membre de sa famille, d'un ami ou d'un voisin. Certains sont rémunérés par l'APA au titre de la « rémunération directe de tiers » pour l'aide régulière et effective qu'ils apportent à la personne âgée dépendante. Les services rendus par les accueillants familiaux agréés sont aussi pris en charge par l'APA, c'est pourquoi les personnes hébergées en famille d'accueil sont également incluses.

13 % des bénéficiaires de l'APA vivent sans conjoint ni enfant à domicile et sans visite régulière de leur entourage

L'appréciation de l'isolement pour une personne âgée est traditionnellement basée sur l'existence des réseaux familial et social. Dans ce cadre il est possible d'avoir une estimation de l'isolement dans lequel se trouve une partie des bénéficiaires de l'APA demeurant à domicile.

Ainsi, la proportion de bénéficiaires « isolés » à domicile est de 12,6 % en Essonne (IC 95% : 9,4%-16,5%). Par rapport à ceux qui bénéficient de la présence d'un réseau, leur niveau de dépendance est moindre : neuf sur dix relèvent des niveaux de dépendance les moins

lourds (GIR 3 et 4) contre sept sur dix pour les personnes entourées à domicile. (tableau 24)

Tableau 24. Bénéficiaires de l'APA à domicile selon le fait d'être isolés (Essonne, 2003)

En %	isolé à domicile (46*)	entouré à domicile (319)	P **
- être âgé de 85 ans ou +	34,8 %	41,1 %	NS
- être une femme	82,6 %	70,5 %	NS
- relever du GIR 3 ou 4	91,3 %	69,6 %	≠

* Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les bénéficiaires de l'APA « isolés » à domicile et ceux qui bénéficient d'un entourage ; NS indique un écart non significatif.

Source : ORS Ile-de-France.

Qui sont les aidants informels ?

Globalement, l'appréciation de l'aide apportée par les aidants non professionnels - en terme d'effectivité et de nature, mais aussi de retentissement représenté par la prise en charge d'une personne âgée dépendante sur la vie personnelle de l'aidant - est difficile du fait d'un manque d'informations homogènes entre les dossiers d'APA.

Néanmoins, la connaissance de ces éléments permettrait de mieux cerner le cadre de l'intervention informelle et de mieux définir les besoins en aide des aidants informels.

Le dossier d'APA à domicile, avec son plan d'aide, n'est pas un questionnaire détaillé sur les caractéristiques de la personne âgée dépendante.
De ce fait, l'information recueillie est très hétérogène.

L'Allocation personnalisée d'autonomie ne permet pas de rémunérer le conjoint qui, à domicile, s'occupe de sa parente dépendante. C'est pourquoi, peu d'informations relatives à leurs caractéristiques sont contenues dans les dossiers d'APA à domicile.

Par contre, l'APA permet de rémunérer l'entourage qui aide la personne âgée dépendante - qu'il cohabite avec celle-ci ou non. On dispose ainsi de certaines données sur l'entourage aidant - dès lors qu'il fait l'objet d'une prise en charge par l'APA au titre de la « rémunération directe de tiers » (RDT). Ainsi 16,6 % des personnes percevant l'APA à domicile bénéficient d'un aidant informel rémunéré. Par ce biais, on dispose d'un premier élément d'aide « effective ».

Des membres de la famille

Les aidants non professionnels sont le plus souvent des membres de la famille (97 %). Toutefois les amis ou les voisins peuvent aussi être concernés (3 %), surtout auprès des personnes seules à domicile.

Une majorité de femmes

Ce sont les femmes qui apportent le plus souvent l'aide à la personne âgée dépendante bénéficiaire de l'APA à domicile. En effet, l'aidant familial est une femme, plus de cinq fois sur dix quand c'est le conjoint (l'épouse) qui occupe ce rôle et sept fois sur dix pour l'enfant (la fille) qui vit avec son parent dépendant.

L'âge du conjoint aidant est vraisemblablement proche de celui de la personne dépendante avec laquelle il vit, soit, en moyenne, 78 ans. Les enfants qui habitent avec leur parent dépendant ont, pour la plupart, 25 ans de moins qu'eux (59 ans en moyenne).

L'aidant rémunéré est aussi très fréquemment une femme, huit fois sur dix quand l'aide est apportée par un membre de la famille et neuf fois sur dix quand il s'agit d'une personne extérieure à la famille.

L'âge de l'aidant rémunéré par l'APA varie de 20 à 56 ans (39 ans en moyenne). La durée d'intervention prise en charge par l'APA est fonction du niveau de dépendance des bénéficiaires dont ils s'occupent : de 29 heures mensuelles en moyenne pour les GIR 4 à 110 heures mensuelles pour les GIR 1.

Le terme d'« enfant » est employé au sens large : il inclut non seulement les filles et les fils mais aussi les belles-filles et les gendres.

L'aide formelle : les intervenants professionnels

L'aide professionnelle repose principalement sur deux dispositifs : l'aide et les soins à domicile.

Des aides à domicile pour les personnes vivant seules à domicile

Les personnes sans conjoint à domicile et qui ne cohabitent pas avec un membre de leur famille sont qualifiées de « seules à domicile ».

Parmi les personnes âgées dépendantes de 60 ans ou plus résidant à domicile et percevant l'APA, 82 % bénéficient d'une aide à domicile.

Par rapport aux bénéficiaires de l'APA non aidés professionnellement à domicile, les personnes aidées vivent plus souvent seules à domicile : la moitié contre un quart pour les personnes sans aide à domicile professionnelle. (tableau 25)

De plus, leur niveau de dépendance est moins lourd : huit sur dix relèvent des niveaux de dépendance modérés (GIR 3 et 4) contre cinq sur dix pour les personnes entourées à domicile.

Les tâches réalisées par les aides à domicile professionnelles sont variées et multiples. Les bénéficiaires sont avant tout aidés pour l'entretien du domicile (82 %) puis pour l'aide au repas (45,7 %), l'aide à la toilette (38,4 %) et les courses (34,9 %). Ces aides se cumulent souvent entre elles, en particulier les tâches d'entretien et d'aide au repas. Le volume d'aide moyen mensuel est de 38 heures. Il s'accroît avec le niveau de dépendance du bénéficiaire :

de 26 heures en moyenne pour le GIR 4 à 61 heures en moyenne pour le GIR 1.

Ces résultats s'appuient sur l'exploitation des dossiers d'APA à domicile. De ce fait, ils reflètent non seulement les caractéristiques des bénéficiaires de l'APA mais aussi les contraintes inhérentes à ce dispositif, notamment les plafonds financiers imposés par niveau de dépendance. (Annexe 1)

Tableau 25. Bénéficiaires de l'APA vivant à domicile selon le fait d'avoir une aide à domicile (Essonne, 2003)

En %	avec aide à domicile (300*)	sans aide à domicile (66)	P **
- être âgé de 85 ans ou +	38,7 %	43,9 %	NS
- être une femme	71,3 %	74,2 %	NS
- relever du GIR 1 ou 2	22,0 %	51,5 %	≠
- vivre seul à domicile	51,0 %	24,6 %	≠
- sans visite régulière	36,7 %	43,8 %	NS

* Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les bénéficiaires de l'APA ayant une aide à domicile professionnelle et ceux sans ; NS indique un écart non significatif.

Source : ORS Ile-de-France.

Les aides à domicile sont ici considérées au sens large : elles englobent non seulement les aides à domicile traditionnelles, mais aussi les auxiliaires de vie, les gardes à domicile et ce, quel que soit leur cadre juridique d'intervention.

Le recrutement d'une aide à domicile peut se faire selon trois cadres juridiques distincts :

- *prestataire* - où la personne bénéficie d'une aide à domicile employée par le service auquel elle s'est adressée ;
- *mandataire* - où la personne demande à un service de recruter à sa place l'aide à domicile ; le demandeur est l'employeur de l'aide à domicile ;
- « *gré à gré* » - où la personne recrute et emploie directement l'aide à domicile sans recourir à un intermédiaire. Dans ce cas, seuls les employés qui ne sont ni des membres de la famille ni des proches ont été pris en compte dans l'aide formelle.

Ces résultats sont issus de l'exploitation directe des plans d'aide, la vocation de l'APA n'étant pas de rémunérer les prestations relevant du soin.

L'expression « *passage régulier* » désigne le fait, pour une personne âgée dépendante demeurant à domicile, de recevoir la visite d'une infirmière ou d'une aide-soignante (ou d'une religieuse soignante) *au moins une fois par semaine*.

Tableau 26. Bénéficiaires de l'APA vivant à domicile selon le fait d'avoir un professionnel soignant qui intervient régulièrement à domicile (Essonne, 2003)

En %	soignant régulier à domicile (156*)	pas de soignant régulier à domicile (207)	P **
- être âgé de 85 ans ou +	41,0 %	39,1 %	NS
- être une femme	69,2 %	73,9 %	NS
- relever du GIR 1 ou 2	35,9 %	20,8 %	≠
- vivre seul à domicile	47,7 %	45,6 %	NS
- sans visite régulière	34,9 %	42,0 %	NS
- sans aide à domicile professionnelle	10,4 %	15,6 %	NS

* Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les bénéficiaires de l'APA qui reçoivent régulièrement des soins à domicile et ceux qui n'en reçoivent pas ; NS indique un écart non significatif.

Source : ORS Ile-de-France.

A domicile, des soins pour les plus dépendants

Les soins à domicile peuvent être réalisés par des infirmières libérales ou par le personnel des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Parmi les personnes âgées dépendantes de 60 ans ou plus résidant à domicile et percevant l'APA, 43 % bénéficient de soins réguliers à domicile.

Par rapport aux bénéficiaires de l'APA non soignés régulièrement à domicile, leur niveau de dépendance est plus élevé : 36 % relèvent des niveaux de dépendance les plus sévères (GIR 1 et 2) contre 21 % pour les personnes non soignées régulièrement à domicile. (tableau 26)

Les actes réalisés concernent la toilette et l'habillage pour 46 % des bénéficiaires, les soins et les médicaments pour 30 % et l'ensemble pour un quart.

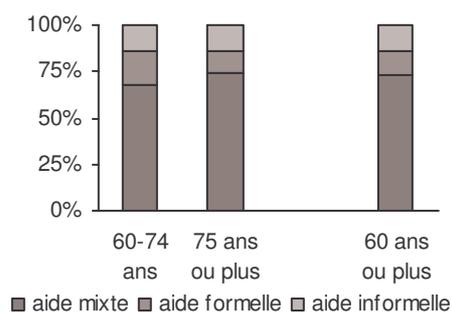
Les personnes lourdement dépendantes (GIR 1 et 2) sollicitent plus souvent les soignants pour la toilette et l'habillage que pour les soins et les médicaments.

Par ailleurs, un quart des bénéficiaires ont des séances régulières de kinésithérapie. Parmi eux, certains (7,6 %) ont aussi des séances régulières d'orthophonie.

Plus d'un tiers des personnes qui bénéficient de séances de kinésithérapie sont lourdement dépendantes (38 % relèvent des GIR 1-2).

L'aide mixte

Figure 15. Bénéficiaires de l'APA vivant à domicile par tranche d'âge selon le type d'aide apportée régulièrement
(Essonne, 2003)



Source : ORS Ile-de-France.

Tableau 27. Bénéficiaires de l'APA vivant à domicile par niveau de dépendance selon le type d'aide apportée régulièrement
(Essonne, 2003)

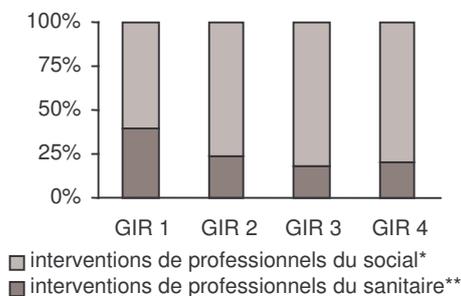
En %	GIR 1, 2 et 3 (234*)	GIR 4 (125)	P**
- aide mixte	74,8 %	70,4 %	≠
- aide formelle	7,3 %	22,4 %	
- aide informelle	17,9 %	7,2 %	
Ensemble	100 %	100 %	

* Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart globalement significatif pour les trois sortes d'aide entre les bénéficiaires de l'APA relevant des GIR 1, 2 et 3 et ceux relevant du GIR 4.

Source : ORS Ile-de-France.

Figure 16. Types d'intervenants professionnels selon le niveau de dépendance du bénéficiaire aidé à domicile (Essonne, 2003)



* aides à domicile, auxiliaires de vie, gardes à domicile

** infirmières et aides-soignantes

Source : ORS Ile-de-France.

Avec l'avancée en âge, aides informelle et formelle peuvent se combiner. Les personnes âgées dépendantes bénéficient alors d'une *aide mixte* apportée à la fois par leur entourage et par des professionnels.

Augmentation de l'aide mixte avec l'âge

Entre 60 et 74 ans, l'aide mixte concerne ainsi 68,2 % des bénéficiaires de l'APA demeurant à domicile, alors qu'à partir de 75 ans, près des trois quarts (74,4 %) d'entre eux en bénéficient. (figure 15)

Augmentation de l'aide mixte avec le niveau de dépendance

L'augmentation avec l'avancée en âge de la proportion de personnes âgées lourdement dépendantes explique l'importance croissante de l'aide mixte.

Les personnes âgées les plus dépendantes (GIR 1, 2 et 3) bénéficient en effet plus souvent d'une aide professionnelle associée à une aide de l'entourage. (tableau 27) Cette constatation correspond à ce qui ressort d'autres enquêtes en population générale âgée, notamment HID.

Le recours à un professionnel sanitaire est lié au niveau de dépendance des bénéficiaires

En outre, les professionnels intervenant dans le cadre d'une aide mixte ou d'une aide exclusivement professionnelle ne sont pas les mêmes selon le niveau de dépendance. Les interventions de professionnels du secteur sanitaire sont d'autant plus fréquentes que le niveau de dépendance des personnes âgées aidées à leur domicile est élevé. (figure 16)

Les autres types d'aide

Tableau 28. Bénéficiaires de l'APA vivant à domicile selon le fait d'avoir une aide complémentaire (Essonne, 2003)

En %	avec aide complémentaire (213*)	sans aide complémentaire (155)	P**
- être âgé de 85 ans ou plus	38,5 %	41,9 %	NS
- être une femme	70,9 %	73,5 %	NS
- relever du GIR 1 ou 2	34,7 %	17,4 %	≠
- vivre seul à domicile	46,7 %	46,5 %	NS
- sans visite régulière	39,9 %	34,7 %	NS
- sans aide à domicile professionnelle	19,8 %	15,6 %	NS
- sans soin professionnel à domicile	76,4 %	78,8 %	NS

* Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les bénéficiaires de l'APA qui ont des aides complémentaires et ceux qui n'en ont pas ; NS indique un écart non significatif.

Source : ORS Ile-de-France.

Les aides complémentaires

- *Les aides techniques* : fourniture d'hygiène, téléalarme et matériel spécialisé

La norme internationale ISO 9999 définit les aides techniques comme « tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap ». Il s'agit par exemple de matériel à usage unique visant à pallier les problèmes d'incontinence, de la téléalarme, de rampes murales dans les toilettes, la baignoire la douche ou au niveau du lavabo.

- *Le portage de repas*

Les bénéficiaires faiblement dépendants sont plus nombreux à recourir au portage de repas que ceux qui le sont fortement : 16,9 % de GIR 4 y ont recours contre 10,2 % de GIR 3 et 7,3 % de GIR 1 ou 2, et ce, parce qu'ils vivent plus souvent seuls et font donc davantage appel à des aides extérieures, en particulier professionnelles.

- *L'aménagement du logement* permet de financer des travaux tels que la réhabilitation/rénovation des toilettes ou du chauffage.

En plus des aides à domicile, et en fonction des besoins du bénéficiaire, le plan d'aide peut prévoir de financer d'autres dépenses concourant à l'autonomie du bénéficiaire, et ce, *dans la limite des plafonds financiers définis par niveau de dépendance*. (Annexe 1)

Cette contrainte financière - les aides complémentaires représentent 9,8 % du montant total des plans d'aide - associée au fait que l'aide « humaine » constitue le premier besoin des personnes âgées dépendantes, expliquent le peu de diversité dans les aides complémentaires prises en charge par l'APA.

Parmi les personnes âgées dépendantes de 60 ans ou plus résidant à domicile et percevant l'APA, 57,9 % bénéficient de telles aides. Par rapport aux bénéficiaires de l'APA qui n'en ont pas, leur niveau de dépendance est plus élevé : 35 % relèvent des niveaux de dépendance les plus sévères (GIR 1 et 2) contre 17 % pour les personnes sans aide complémentaire à domicile. (tableau 28) Il s'agit principalement de fournitures d'hygiène (pour 48,6 % des bénéficiaires aidés), de téléalarme (16,8 %), de portage de repas (14,4 %) et de pédicure (13,4 %). Bien plus rares, le matériel spécialisé (siège baignoire pivotant, fauteuil releveur, marchepied, etc.), l'accueil de jour, l'hébergement temporaire, le transport et le forfait linge bénéficient d'une prise en charge APA pour seulement 0,3 % à 2,4 % des personnes aidées. Enfin, aucune prestation d'aménagement du logement n'a été identifiée dans les plans d'aide analysés.

Les aides apportées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer demeurant à domicile

Selon les certificats médicaux accompagnant chaque dossier d'APA à domicile, 11 % des bénéficiaires de 75 ans ou plus demeurant à domicile sont atteints d'une maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie apparentée. (IC 95% : 7,7%-15,1%).

Par rapport aux bénéficiaires de l'APA demeurant à domicile et indemnes de cette maladie, le niveau de dépendance des personnes atteintes d'une maladie de type Alzheimer est bien plus élevé : 15,4 % relèvent du GIR 1, 43,6 % du GIR 2, 33,3 % du GIR 3 et 7,7 % seulement du GIR 4 (contre respectivement 4,0 %, 19,7 %, 37,7 % et 38,6 %), et cependant ils ont moins d'aide à domicile professionnelle (61,5 % contre 84,4 %).

La proportion de malades Alzheimer relevant du niveau de dépendance le moins élevé (GIR 4) semble faible, compte-tenu des résultats récents de l'étude épidémiologique PAQUID²⁷, et vraisemblablement lié aux difficultés de diagnostic - en particulier au stade précoce de la maladie. Ces difficultés sont à rapprocher du manque de structures de diagnostic auxquelles puisse se référer la médecine de ville. De plus, l'absence du critère « troubles de la mémoire » au niveau des certificats médicaux est tout à fait remarquable.

La plupart des malades sont très âgés. Il s'agit en majorité de femmes. De plus, quatre sur dix vivent sans conjoint à domicile, sept sur dix sans cohabiter avec un proche et trois sur dix ne reçoivent pas de visite régulière. (tableau 29) Cependant, tous bénéficient d'un environnement familial et/ou social. En terme de prise en charge, ils bénéficient plus d'aide à domicile professionnelle que de soins infirmiers. De plus, neuf sur dix n'ont pas de prise en charge en accueil de jour, ce qui peut être expliqué par le peu de structures d'accueil de jour actuellement en Essonne, ce qui en rend difficile l'accès.

Tableau 29. Bénéficiaires de l'APA vivant à domicile atteints d'une maladie de type Alzheimer selon plusieurs critères (Essonne, 2003)

En %	Critère (39*)	IC à 95 %
- être âgé de 75 ans ou plus	84,7 %	69,5-94,1
- être une femme	56,4 %	39,6-72,2
- relever du GIR 1 ou 2	59,0 %	42,1-74,4
- vivre sans conjoint à domicile	41,0 %	25,6-57,9
- ne pas cohabiter avec un proche	71,1 %	55,1-85,0
- sans visite régulière	34,3 %	19,1-50,2
- sans aide à domicile professionnelle	38,5 %	23,4-55,4
- sans soin professionnel à domicile	84,2 %	68,7-94,0
- pas d'accueil de jour**	89,7 %	75,8-97,1

* Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré.

** Sur les huit bénéficiaires d'un accueil de jour, la moitié seulement sont diagnostiqués comme malades Alzheimer.

Source : ORS Ile-de-France.

Parmi les 368 bénéficiaires de l'APA demeurant à domicile, 32 sont atteints de la maladie d'Alzheimer et 7 d'une pathologie apparentée (corps de Lewy, démence mixte). De plus, une maladie d'Alzheimer est suspectée pour 4 bénéficiaires. En outre, les affections pouvant évoluer vers une maladie d'Alzheimer ou une pathologie apparentée concernent 23 bénéficiaires. Il s'agit principalement de la maladie de Parkinson. Dès lors, 17,9 % des bénéficiaires de l'APA demeurant à domicile seraient atteints ou susceptibles de développer une démence.

Les aides apportées aux personnes demeurant à domicile avec de faibles ressources

Le critère retenu pour déterminer si les ressources d'une personne âgée peuvent être qualifiées de « faibles » est basé sur les seuils financiers de ressources permettant à une personne de bénéficier des prestations départementales d'aide sociale.

Dans ce cadre, les ressources des bénéficiaires de l'APA demeurant à domicile ont été rapprochées des plafonds de ressources permettant de relever de l'aide sociale départementale.

Ces plafonds de ressources correspondent aux seuils d'attribution de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse. En 2003, ils étaient de 7 102,71 € annuel pour une personne seule et de 12 440,87 € annuel pour un ménage.

Tableau 30. Bénéficiaires de l'APA demeurant à domicile selon le fait de vivre avec de faibles ressources (Essonne, 2003)

En %	Ressources inférieures ou égales aux plafonds d'aide sociale (51*)	Ressources supérieures aux plafonds d'aide sociale (317)	P**
- être âgé de 60-74 ans	25,5 %	17,0 %	NS
- être une femme	74,5 %	71,6 %	NS
- être de nationalité étrangère	29,4 %	2,2 %	≠
- être locataire	31,4 %	35,3 %	NS
- être sous protection juridique	9,8 %	3,5 %	NS
- relever du GIR 1 ou 2	39,2 %	25,6 %	≠
- vivre sans conjoint à domicile	82,4 %	62,5 %	≠
- cohabiter avec un proche	49,0 %	17,5 %	≠
- sans visite régulière	54,3 %	35,3 %	≠
- sans aide à domicile professionnelle	36,0 %	15,2 %	≠
- sans soin professionnel à domicile	76,0 %	77,6 %	NS
- être atteint d'une maladie de type Alzheimer	13,7 %	10,1 %	NS

* Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les bénéficiaires de l'APA demeurant à domicile avec de faibles ressources et ceux qui y vivent avec des ressources supérieures ; NS indique un écart non significatif.

Source : ORS Ile-de-France.

Parmi les personnes âgées dépendantes de 60 ans ou plus demeurant à domicile et percevant l'APA, 14 % vivent avec de faibles ressources.

Par rapport à celles qui ont des ressources supérieures, elles relèvent plus souvent d'une nationalité étrangère : 30 % contre 2 %.

De plus, leur niveau de dépendance est plus élevé : quatre sur dix relèvent des niveaux de dépendance les plus sévères (GIR 1 et 2) contre un quart pour les personnes ayant des ressources supérieures. (tableau 30)

Compte-tenu de ces caractéristiques, il n'est pas invraisemblable de retrouver une forte proportion de personnes aux faibles ressources habitant avec au moins un de leurs proches : c'est le cas pour la moitié des bénéficiaires de l'APA demeurant à domicile avec de faibles ressources contre moins d'un sur cinq pour les bénéficiaires ayant des ressources supérieures. Cette forte proportion s'explique aussi par le niveau élevé de bénéficiaires vivant sans conjoint à domicile (huit sur dix) et sans recevoir de visite régulière (plus d'un sur deux).

En terme d'aide, ces personnes fragilisées financièrement bénéficient moins souvent d'une aide à domicile professionnelle que les autres personnes.

Par contre, on n'observe pas de différence significative entre ces deux populations pour ce qui concerne la présence d'une maladie d'Alzheimer ou affection apparentée.

2. Quelle adéquation avec le besoin en aide ?

Besoins et satisfaction des bénéficiaires

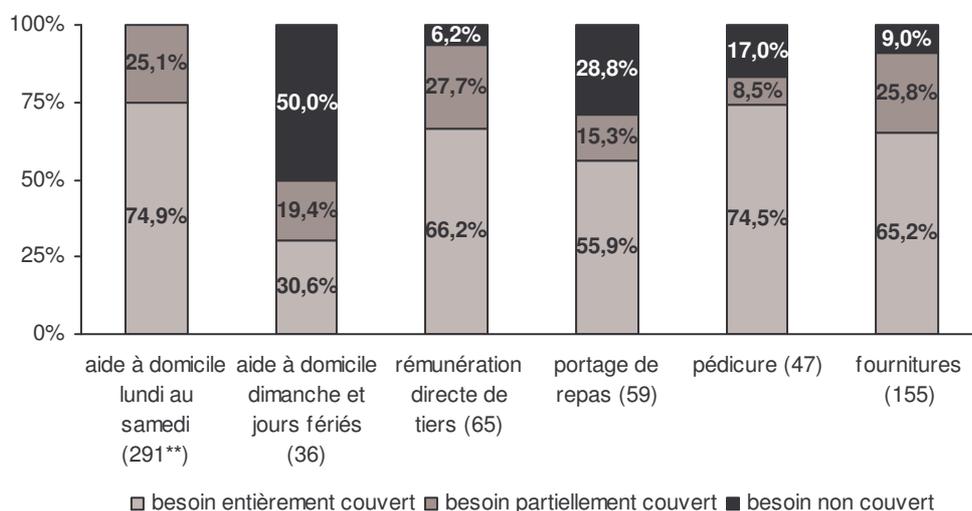
Les *besoins* regroupent non seulement les plus demandés - la rémunération directe de tiers, l'aide à domicile (mandataire ou prestataire), les fournitures d'hygiène, le portage de repas et le forfait pédicure - mais aussi ceux en auxiliaire de vie, garde de nuit, accueil de jour, hébergement temporaire, entretien du linge, achat de matériel spécialisé, transport, rémunération de la famille d'accueil et compléments nutritionnels.

Un bénéficiaire est considéré comme « satisfait » dès lors que l'ensemble de ses besoins définis dans le plan d'aide est entièrement couvert par l'APA*.

Lorsqu'un bénéficiaire voit un seul de ses besoins non entièrement couvert par l'APA, il est considéré comme « insatisfait ».

*qui inclut la participation du bénéficiaire dans la prise en charge des aides.

Figure 17. Le niveau d'adéquation entre le besoin et l'aide apportée selon les principales prestations* (Essonne, 2003)



* Lecture du graphique :

(colonne 1) Parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA demeurant à domicile ayant un besoin d'aide à domicile entre le lundi et le samedi, 74,9 % ont ce besoin entièrement couvert par la prise en charge APA et 25,1 % ont ce besoin partiellement couvert.

(colonne 2) Parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA demeurant à domicile ayant un besoin d'aide à domicile le dimanche et les jours fériés, 30,6 % ont ce besoin entièrement couvert par la prise en charge APA, 19,4 % ont ce besoin partiellement couvert et 50 % ont ce besoin non couvert.

** Il s'agit de l'effectif total pour la prestation considérée.

Source : ORS Ile-de-France.

La majorité des bénéficiaires ont des besoins entièrement couverts

L'analyse des aides prises en charge par l'APA n'est pas représentative de toute l'aide nécessaire, du fait notamment des plafonds financiers imposés par niveau de dépendance et de la non valorisation par l'APA de certaines aides, en particulier celle apportée par le conjoint.

Dès lors se pose la question de l'adéquation entre les besoins de la personne âgée dépendante et l'aide effectivement apportée. Celle-ci est d'autant plus importante pour l'Essonne qu'il s'agit d'un département où la population très âgée (85 ans ou plus) va connaître un fort accroissement d'ici 2010.

Dans ce cadre, l'ORS a rapproché les besoins définis par les travailleurs sociaux, lors de leur visite au domicile de la personne âgée dépendante, de la prise en charge effective offerte par l'APA. Ces besoins s'inscrivent dans le cadre des

prestations que peut venir financer l'APA et sont déterminés en fonction de l'offre disponible.

Globalement, les résultats montrent que 62 % des bénéficiaires sont satisfaits : leurs besoins sont entièrement couverts par le dispositif APA.

Si l'on s'intéresse aux besoins émergents, l'ensemble des types d'aide est concerné. Selon les prestations, l'adéquation varie ainsi de 31 % à 75 %. Ce sont les besoins en aide à domicile le dimanche et les jours fériés qui sont les moins couverts. (figure 17 ci-contre)

Le tableau ci-dessous (tableau 31) quantifie les besoins pour les principales aides. Ainsi, au niveau de l'aide informelle (RDT), l'écart entre le nombre d'heures nécessaires et le nombre d'heures financées par l'APA est en moyenne de 13 heures par mois.

Tableau 31. Quantification des besoins émergents pour les principales prestations (Essonne, 2003)

	[A] LE BESOIN	[B] LA PRISE EN CHARGE APA	DIFFERENCE [A]-[B]	P*
	Moyenne du nombre d'heures mensuelles (en heures)	Moyenne du nombre d'heures mensuelles (en heures)	Ecart moyen (en heures)	
Aides informelle et formelle effectives				
- rémunération directe de tiers - RDT (65**)	70,7	57,5	13,2	≠
- aide à domicile du lundi au samedi (291)	42,8	36,8	6,0	≠
- aide à domicile dimanche et jours fériés (36)	11,9	4,4	7,5	≠
	Moyenne des montants mensuels (en €)	Moyenne des montants mensuels (en €)	Ecart moyen (en €)	
Autres aides				
- fournitures d'hygiène (155)	84,9	65,0	19,9	≠
- portage de repas (59)	23,2	14,3	8,9	≠
- forfait pédicure (47)	24,0	18,5	5,5	≠

* ≠ indique un écart significatif entre le besoin et la prise en charge APA selon le test non paramétrique des rangs signés de Wilcoxon.

** Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré.

Source : ORS Ile-de-France.

Les personnes avec un besoin d'aide à domicile professionnelle non couvert sont en moyenne plus âgées

Quel que soit le degré d'adéquation entre les besoins et l'aide apportée, la satisfaction des bénéficiaires n'est donc pas unilatérale pour une prestation donnée.

Il est donc intéressant d'analyser les caractéristiques des bénéficiaires qui conduisent à l'émergence de deux sous-populations : satisfaite et insatisfaite.

Pour ce faire, l'ORS a comparé les principales caractéristiques de ces deux populations pour la prestation la plus demandée : l'aide à domicile professionnelle.

De ce rapprochement, il ressort que l'âge et certaines conditions de vie sont associés au niveau de couverture des besoins.

Ainsi, il semble que les bénéficiaires ayant des besoins en aide à domicile non couverts soient plus fréquemment très âgés : 56 % ont 85 ans ou plus contre 33 % pour les bénéficiaires dont les besoins en aide à domicile sont totalement couverts.

De même, la moyenne d'âge des bénéficiaires avec des besoins en aide à domicile non couverts est plus élevée : 84,8 ans contre 81,5 ans pour ceux dont les besoins sont entièrement couverts.

Tableau 32. Bénéficiaires selon la couverture de leurs besoins en aide à domicile professionnelle*, selon plusieurs critères (Essonne, 2003)

En %	Bénéficiaires dont l'ensemble des besoins en aide à domicile est couvert (212**)	Bénéficiaires dont au moins un besoin en aide à domicile n'est pas couvert (81)	P ***
- être âgé de 85 ans ou +	33,0 %	55,6 %	≠
- être une femme	71,2 %	71,6 %	NS
- vivre seul à domicile	46,2 %	63,0 %	≠
- relever du GIR 1 ou 2	21,2 %	23,5 %	NS

* Il s'agit des aides à domicile ou auxiliaires de vie intervenant du lundi au samedi, le dimanche et jours fériés, et ce, en mandataire comme en prestataire.

** Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les bénéficiaires dont l'ensemble des besoins en aide à domicile est couvert et ceux dont au moins un besoin en aide à domicile ne l'est pas ; NS indique un écart non significatif.

Source : ORS Ile-de-France.

En outre, 63 % des bénéficiaires avec des besoins en aide à domicile non couverts vivent seuls à domicile contre 46 % pour ceux dont les besoins en aide à domicile sont couverts.

En revanche, le sexe et le niveau de dépendance n'apparaissent pas comme des facteurs discriminants. (tableau 32)

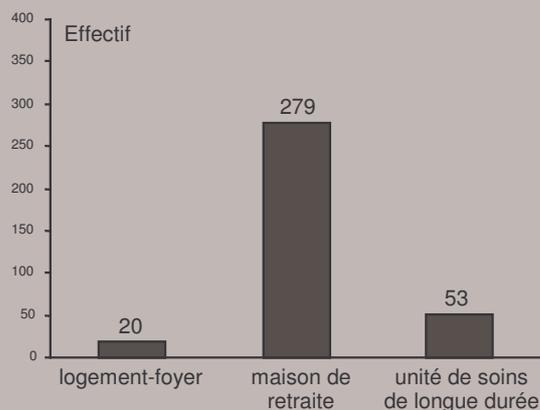
Chapitre V

La population âgée dépendante en établissements

Les résultats qui suivent s'appuient principalement sur l'enquête en établissements menée par l'ORS au cours du premier semestre 2004. Ils ont été complétés par l'exploitation des dossiers d'APA, à domicile pour les logements-foyers, en établissements pour les maisons de retraite et les services hospitaliers de soins de longue durée.

Les bénéficiaires de l'APA selon le type d'établissements (Essonne, 2003)

Ces résultats ont été obtenus à partir de l'échantillon constitué : ensemble des dossiers d'APA à domicile et 99 % des dossiers d'APA en établissements.



Les effectifs issus de l'enquête établissements sont présentés ci-dessous, selon le type et le statut juridique de la structure. Ils concernent l'hébergement permanent.

	Nombre total de structures			Capacité totale de l'hébergement permanent			Effectif total des résidents permanents		
	public	privé à but non lucratif	privé à but lucratif	public	privé à but non lucratif	privé à but lucratif	public	privé à but non lucratif	privé à but lucratif
- logements-foyers	21	14	0	1345	1190	0	991	881	0
- maisons de retraite	14	9	23	1107	675	1601	1059	667	1494
- unités de soins de longue durée	6	2	0	960	151	0	934	145	0
Ensemble	41	25	23	3412	2016	1601	2984	1693	1494

Source : ORS Ile-de-France.

1. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées

Les différents établissements d'hébergement pour personnes âgées

Traditionnellement, les établissements d'hébergement pour personnes âgées se déclinent entre le logement-foyer, la maison de retraite et l'unité de soins de longue durée. L'hébergement peut y être permanent, parfois temporaire ou à la journée.

Selon le recensement de population de l'INSEE, les logements-foyers sont assimilés au domicile. Ils constituent ainsi une structure intermédiaire entre le domicile et l'établissement collectif. C'est pourquoi, ils ne sont pas traités avec les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée mais font l'objet d'un point particulier en fin du chapitre V.

Tableau 33. Taux d'entrées (*) dans les établissements de l'Essonne en 2003 () (***)**

En %	Maisons de retraite	Unités de soins de longue durée	P****	Ensemble des établissements
- public (1107/960****)	30,4 %	55,9 %	≠	42,0 %
- privé à but non lucratif (598/151)	33,1 %	81,5 %	≠	49,9 %
- privé à but lucratif (1285/0)	40,9 %	-----	----	40,9 %
Ensemble (2990/1111)	35,5 %	59,4 %	≠	41,9 %

* Il s'agit du nombre d'entrées rapporté au nombre de places.

** Hors hébergement temporaire et accueil de jour.

*** Ces résultats sont obtenus à partir de 50 questionnaires exploitables (93 % des établissements répondants).

**** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée ; NS indique un écart non significatif.

***** Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré, en maisons de retraite puis en unités de soins de longue durée.

***** Il n'y a pas d'unités de soins de longue durée privées à but lucratif en Essonne.

Source : ORS Ile-de-France.

Tableau 34. Taux de sorties (*) dans les établissements de l'Essonne en 2003 () (***)**

	Maisons de retraite	Unités de soins de longue durée	P****	Ensemble des établissements
- public (1107/960****)	28,4 %	60,3 %	≠	43,2 %
- privé à but non lucratif (598/151)	32,3 %	82,1 %	≠	42,3 %
- privé à but lucratif (1285/0)	43,5 %	-----	----	43,5 %
Ensemble (2990/1111)	35,7 %	63,3 %	≠	43,1 %

* Il s'agit du nombre de sorties rapporté au nombre de places.

** Hors hébergement temporaire et accueil de jour.

*** Ces résultats sont obtenus à partir de 50 questionnaires exploitables (93 % des établissements répondants).

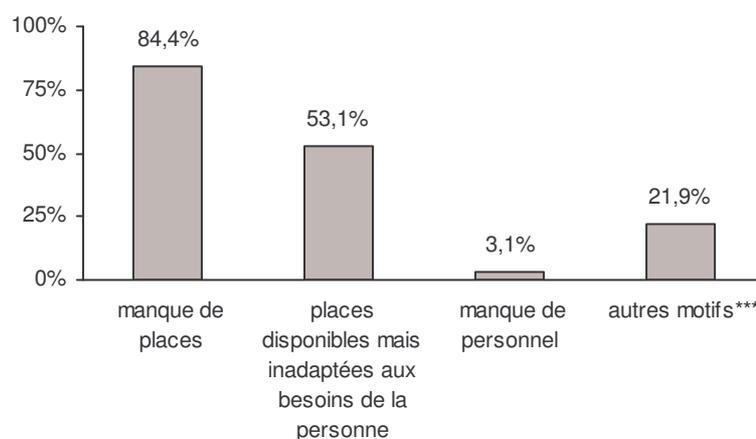
**** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée ; NS indique un écart non significatif.

***** Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré, en maisons de retraite puis en unités de soins de longue durée.

***** Il n'y a pas d'unités de soins de longue durée privées à but lucratif en Essonne.

Source : ORS Ile-de-France.

Figure 18. Motifs de refus des établissements (*) () (Essonne, 2004)**



* Ces résultats sont obtenus à partir de 32 questionnaires exploitables.

** Le total est supérieur à 100 %, les établissements pouvant donner plusieurs réponses.

*** Il s'agit principalement de refus liés à une restructuration/rénovation en cours dans l'établissement, mais aussi à l'absence de places habilitées à l'aide sociale pour certains établissements.

Source : ORS Ile-de-France.

En établissements, neuf places sur dix sont occupées

Les principales caractéristiques des établissements ayant déjà fait l'objet de points particuliers (cf. chapitre II), cette partie s'attache à en présenter certains éléments complémentaires - généraux tout d'abord, puis axés sur des prises en charge particulières.

En moyenne, neuf places sur dix (93,4 %) sont occupées en établissements pour personnes âgées, et ce en unités de soins de longue durée comme en maisons de retraite.

En maisons de retraite publiques, l'occupation est sensiblement la même. Par contre elle est plus élevée dans les maisons de retraite privées à but non lucratif (97 %) que dans les maisons de retraite du secteur privé lucratif (92 %).

En services hospitaliers de soins de longue durée, l'écart entre les taux d'occupation est bien plus important : de 67 % dans les structures privées à but non lucratif à 98 % dans les structures publiques.

Cette première approche peut être complétée par l'appréciation des mouvements de clientèle au sein des structures et la détermination d'un taux de rotation.

Le taux d'entrées est globalement de 42 %, avec de fortes variations selon les types d'établissements : 36 % dans les maisons de retraite et 59 % dans les unités de soins de longue durée. Au sein des maisons de retraite, ce taux est plus faible dans les secteurs public et privé non lucratif (environ 31%) que dans le secteur privé lucratif (41 %).

Les taux de sorties présentent globalement des caractéristiques assez similaires. (tableaux 33 et 34) A partir de ces résultats, un taux de rotation²⁸ a pu être estimé : il est globalement de 44,6 % pour l'ensemble des établissements, ce qui équivaut au renouvellement annuel de près de la moitié des résidents. Ce taux est de 37,5 % dans les maisons

de retraite et de 63,2 % en unités de soins de longue durée.

Cependant, il est vraisemblable de penser que ces taux surestiment quelque peu la rotation réelle de clientèle au sein des établissements essoniens, car ils sont calculés à partir des entrées-sorties de 2003, année où la mortalité dans les établissements a été globalement augmentée consécutivement à l'épisode de chaleur survenu en août 2003.

Cette vue d'ensemble du « devenir » des places en établissements peut être complétée par une description succincte des listes d'attente. Six établissements sur dix en disposent. Cette proportion est comparable selon le type d'établissements.

La liste d'attente comprend en moyenne quinze personnes, avec une moyenne de trois mois et demi d'attente. Le manque de places est le motif le plus fréquemment invoqué par les établissements. Néanmoins l'inadaptation de certaines places - pourtant disponibles - aux besoins de prise en charge de la personne en recherche, est citée par plus de la moitié des établissements. (figure 18)

L'appréciation des besoins en hébergement à travers l'étude des listes d'attente reste délicate, du fait notamment de la possibilité pour une personne de s'inscrire dans plusieurs établissements. De plus, il n'existe pas d'outil standardisé d'évaluation des listes d'attente, d'où certaines difficultés actuelles dans l'appréhension de ce phénomène.

Des prix de journée inférieurs dans les maisons de retraite publiques

Les établissements ont été interrogés sur les prix de journée pratiqués, sur la base d'une chambre individuelle, et sans tenir compte d'éventuels suppléments.

Dans les maisons de retraite, le prix de journée moyen est de 60,89 €, avec néanmoins de fortes disparités selon la structure considérée, les prix variant de 35,12 € à 90,60 € - soit un rapport de 1 à 2,6. C'est dans le secteur public que le prix moyen est le plus bas, suivi du secteur privé non lucratif puis du secteur privé lucratif. (tableau 35)

Dans les services hospitaliers de soins de longue durée, seuls les établissements publics ont indiqué leur prix d'hébergement. Celui-ci est en moyenne de 61,59 €, soit un tarif supérieur à celui pratiqué en moyenne dans les maisons de retraite publiques.

Les prix les plus élevés, pour les unités de soins de longue durée publiques, sont - encore (c'était déjà le cas en 1995) - observés dans les établissements de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris sis en Essonne (environ 75 €).

Tableau 35. Prix de journée de base pour une chambre individuelle dans les établissements * (Essonne, 2004)

En €	Maisons de retraite		Unités de soins de longue durée		P**	Ensemble des établissements
	prix moyen	écart	prix moyen	écart		
- public	51,4	[35,12 ; 66,10]	61,6	[50,44 ; 77,21]	≠	54,5
- privé à but non lucratif	58,2	[51,96 ; 66,89]	NC***	NC	----	----
- privé à but lucratif	67,8	[50,00 ; 90,60]	----****	----	----	67,8
Ensemble	60,9	[35,12 ; 90,60]	----	----	----	----

* Ces résultats sont obtenus à partir de 49 questionnaires exploitables (91 % des établissements répondants).

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre le prix moyen des maisons de retraite publiques et celui des unités de soins de longue durée publiques.

*** Non communiqué.

**** Il n'y a pas d'unités de soins de longue durée privées à but lucratif en Essonne.

Source : ORS Ile-de-France.

Trois fois plus de personnel soignant en unités de soins de longue durée qu'en maisons de retraite

Le taux d'encadrement en personnel est globalement de 56,9 agents pour 100 places (soit 0,57 agents par place). L'essentiel de ce personnel (48,9 %) est constitué par les aides-soignants et les agents de service. Cependant les disparités sont importantes selon les types d'établissements.

Les services hospitaliers de soins de longue durée ont un taux d'encadrement nettement supérieur à celui des maisons de retraite : 75,3 agents pour 100 lits contre 52,8. (tableau 36)

L'importance du personnel en unités de soins de longue durée est essentiellement due au grand nombre d'aides-soignants qui exercent dans ces services : ils représentent 36,5 agents pour 100 lits contre 12,6 dans les maisons de retraite. Viennent ensuite le personnel infirmier (13,1 pour 100 lits), puis les agents de service (10,5 pour 100 lits).

Dans les maisons de retraite, ce sont aussi les aides-soignants qui représentent la part la plus importante du personnel, puis les agents de service et les auxiliaires de vie. Le personnel infirmier - avec 4,5 infirmiers pour 100 places - est moins nombreux qu'en services hospitaliers de soins de longue durée.

Le personnel médical est peu important dans les établissements pour personnes âgées (0,6 médecin pour 100 places). Il est cependant plus développé en services de soins de longue durée - 1,7 médecin pour 100 lits - qu'en maisons de retraite où il est

quatre fois moins élevé (0,4 pour 100 places).

Pour les maisons de retraite, on observe une situation différente selon leur statut juridique.

L'encadrement en personnel du secteur public se rapproche de celui en soins de longue durée : le personnel soignant (aides-soignants notamment) est plus développé que dans les maisons de retraite privées. Dans ces dernières, les auxiliaires de vie sont les premiers intervenants avec près de 13 agents pour 100 lits, et ce pour les deux secteurs privés.

Tableau 36. Taux d'encadrement en personnel dans les établissements* (Essonne, 2004)

Nombre d'agents pour 100 places	MR (2888 **)	SLD (642)	P ***	Ens. des étab.
- personnel de dir. et administratif	4,6	3,6	NS	4,4
- médecins	0,4	1,7	≠	0,6
- infirmiers	4,5	13,1	≠	6,0
- aides-soignants	12,6	36,5	≠	17,0
- auxiliaires de vie	9,0	3,0	≠	7,9
- aides médico-psychologiques	3,0	0,2	≠	2,5
- prof. de la rééduc./réadaptation	0,3	1,0	NS	0,4
- psychologues/neuro-psychologues	0,2	0,3	NS	0,2
- personnel d'animation	1,0	1,2	NS	1,1
- assistantes sociales	0,0	0,3	NS	0,1
- agents de service	11,0	10,5	NS	10,9
- autres personnels	6,2	4,0	≠	5,8
Taux d'encadrement global	52,8	75,3	≠	56,9

* Ces résultats sont obtenus à partir de 47 questionnaires exploitables (87 % des établissements répondants).

** C'est la capacité totale pour le type de structure considéré.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les maisons de retraite et ceux en établissements ; NS indique un écart non significatif.

Source : ORS Ile-de-France.

Des taux d'encadrement à considérer avec prudence

L'information sur l'encadrement global en personnel est obtenue à partir des questionnaires pour lesquels l'ensemble des types de personnel salarié a été complété au niveau du nombre total en équivalent temps plein. Les établissements n'ayant pas renseigné tous les types de personnel n'ont pu être pris en compte. De ce fait, les résultats concernant les unités de soins de longue durée sont basés sur 58 % de la capacité représentée par les services répondants. Dans ce cadre, l'encadrement en personnel au niveau des services hospitaliers de soins de longue durée, et par conséquent l'encadrement global sont à considérer avec prudence.

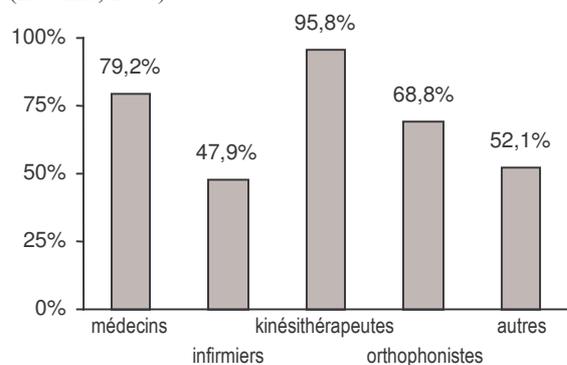
Néanmoins, les réponses apportées par les unités de soins de longue durée n'ayant pas complété tous les types de personnel peuvent être intégrées dans le cadre de la répartition de l'encadrement en personnel, ce qui a pour effet l'augmentation des taux d'encadrement en aides-soignants et personnel infirmier (respectivement 46,5 et 14,2), et une légère baisse de celui en agents de service (8,7 agents pour 100 lits). Là, l'ensemble des services de soins de longue durée répondants est considéré.

La question ne se pose pas en maisons de retraite où les résultats sont basés sur 85 % de la capacité représentée par les structures répondantes.

Un manque d'aides-soignants et d'infirmiers

Intermédiaire entre le salariat et le libéral, la **vacation** permet la mobilisation de professionnels sous forme d'interventions régulières mais de courte durée (une vacation correspondant à une demi-journée environ). Selon l'enquête, 30 % des établissements ont des vacataires, principalement des médecins, des kinésithérapeutes, des aides-soignants ou des auxiliaires de vie. Ce sont les maisons de retraite qui y ont le plus recours.

Figure 19. Type d'intervenants libéraux (*) ()**
(Essonne, 2004)

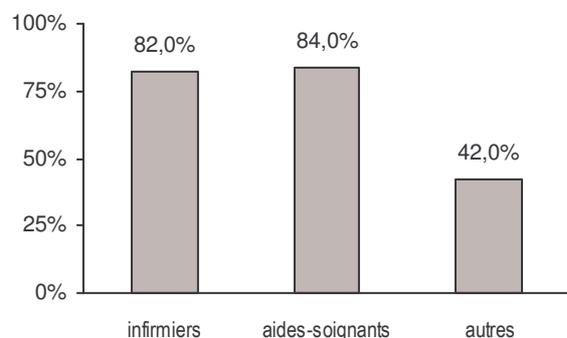


* Ces résultats sont obtenus à partir de 48 questionnaires exploitables (soit 100 % des structures répondantes recourant à des professionnels libéraux).

** Le total est supérieur à 100 %, les établissements pouvant donner plusieurs réponses.

Source : ORS Ile-de-France.

Figure 20. Problèmes de recrutement (*) ()**
(Essonne, 2004)



* Ces résultats sont obtenus à partir de 50 questionnaires exploitables (soit 100 % des structures répondantes connaissant des problèmes de recrutement).

** Le total est supérieur à 100 %, les établissements pouvant donner plusieurs réponses.

Source : ORS Ile-de-France.

En complément du personnel salarié, les établissements peuvent requérir l'intervention de professionnels libéraux.

Globalement, 88,9 % des établissements y ont recours. Néanmoins, les maisons de retraite font bien plus fréquemment appel à des intervenants libéraux (97,8%) que les unités de soins de longue durée (37,5 %), ce qui peut s'expliquer par le taux d'encadrement en personnel supérieur dans les services hospitaliers de soins de longue durée.

Si le recours aux médecins et aux infirmiers libéraux est le seul fait des maisons de retraite, les unités de soins de longue durée font intervenir des kinésithérapeutes libéraux - mais moins souvent que les maisons de retraite. D'autres intervenants sont aussi sollicités par l'ensemble des établissements : orthophonistes, mais aussi pédicures, podologues, coiffeurs, dentistes et cardiologues pour les plus souvent cités. Globalement, ce sont les kinésithérapeutes qui sont les plus souvent sollicités. (figure 19)

Malgré les vacations et le recours aux professionnels libéraux, la plupart des établissements (94,3 %) connaissent des problèmes de recrutement, et ce quel que soit le type de structures. Le manque d'infirmiers et d'aides-soignants se confirme, pour plus de 80 % des structures qui recrutent, suivis en particulier des aides médico-psychologiques, kinésithérapeutes, médecins coordonnateurs, auxiliaires de vie, agents de services, animateurs et cuisiniers. (figure 20)

La qualité de prise en charge peut être appréhendée à partir du niveau de qualification des différents intervenants. Malheureusement, bien que ce point ait été inscrit dans le questionnaire, trop peu d'établissements y ont répondu de façon homogène pour qu'on puisse en retirer des enseignements.

Néanmoins, la qualification des aides-soignants fait l'objet d'un point particulier au niveau de la prise en charge de la dépendance en établissements (cf. page suivante).

Les établissements essonniers : tous des futurs EHPAD ?

Dépendance des résidents et réforme de la tarification

Depuis 1997, le législateur a souhaité que la prise en charge de la dépendance en établissements pour personnes âgées relève d'un seul type de structure : l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Dans ce cadre, les établissements médico-sociaux ou sanitaires qui accueillent des personnes âgées dépendantes dans une proportion importante (Annexe 1) 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 (convention tripartite). Les établissements concernés peuvent alors isoler les charges spécifiques relatives à la prise en charge de la dépendance de leurs résidents, à travers la mise en place d'un tarif supplémentaire (tarif dépendance).

Les EHPAD se définissent dès lors comme les structures ayant signé une convention tripartite et instauré des tarifs dépendance.

Tableau 37. Prise en charge de la dépendance en établissements et réforme de la tarification
(Essonne, 2004)

En %	Critère	IC à 95 %
- GMP > 300 (54*)	100 %	93,4-100
- avec un tarif dépendance (54)	94,4 %	84,6-98,8
- avec une convention tripartite (54)	25,9 %	15,0-39,7

* Il s'agit du nombre total de questionnaires exploitables pour le critère considéré.

Source : ORS Ile-de-France.

Tableau 38. Eléments relatifs à la qualité de la prise en charge des résidents selon le fait d'être un EHPAD ou non (Essonne, 2004)

En %	EHPAD	pas EHPAD	P*
- aides-soignantes diplômées (123/804**)	91,1 %	94,2 %	NS
- méd. coordonateur (14/34***)	85,7 %	51,5 %	≠
- intervention d'un gériatre (14/37)	85,7 %	59,5 %	NS
- lien avec une coordination gérontologique (14/40)	35,7 %	42,5 %	NS
- inscription dans un réseau (14/40)	64,3 %	50,0 %	NS
- outil de gestion informatique (GALAAD, ARGOS) (14/37)	78,6 %	86,5 %	NS

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les EHPAD et les autres établissements ; NS indique un écart non significatif.

** Il s'agit de l'effectif total d'aides soignants pour les établissements ayant indiqué le niveau de qualification, en EHPAD puis dans les autres structures.

*** Il s'agit du nombre total de questionnaires exploitables en EHPAD puis dans les autres établissements pour le critère considéré.

Source : ORS Ile-de-France.

Selon les résultats de l'enquête menée par l'ORS (tableau 37), la plupart des établissements essonniers sont susceptibles de devenir des EHPAD, compte-tenu du niveau moyen de dépendance de leurs résidents. Néanmoins, si la plupart ont déjà mis en place des tarifs dépendance, seul un quart a signé une convention tripartite. *A ce jour, aucun service hospitalier de soins de longue durée n'est devenu EHPAD en Essonne.*

La convention tripartite définit les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la prise en charge des personnes et des soins qui leur sont prodigués, en accordant une attention particulière au niveau de formation du personnel d'accueil. Elle prévoit, par ailleurs, l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique et inscrit l'obligation d'un médecin coordonnateur dans l'établissement. Dans ce cadre, les EHPAD ont été comparés aux autres établissements à partir de critères diversifiés relatifs à la qualité de la prise en charge. Ainsi, les EHPAD bénéficient plus fréquemment - mais pas toujours - d'un médecin coordonnateur que les autres établissements. (tableau 38)

Cette dernière donnée, associée à l'intervention d'un gériatre au sein de la structure, permet d'affirmer le rôle du gériatre comme médecin coordonnateur dans les EHPAD, d'autres intervenants assurant la fonction de coordination dans les autres établissements (souvent des infirmières).

Enfin, le nombre moyen de personnes lourdement dépendantes (GIR 1-2) que peut accueillir chaque établissement se situe aux environs de 45, chiffre comparable en EHPAD et dans les autres établissements.

L'hébergement temporaire et l'accueil de jour sont encore peu développés dans les établissements

En marge de l'hébergement permanent, plusieurs établissements offrent des possibilités d'accueil plus réduites, allant de quelques semaines (hébergement temporaire) à de l'accueil à la journée (accueil de jour). Ces possibilités d'accueil sont destinées à des personnes âgées demeurant à domicile et peuvent constituer une première familiarisation avec l'hébergement collectif.

En Essonne, trente établissements offrent des possibilités d'hébergement temporaire. La plupart sont des maisons de retraite (ou des EHPAD). Quatre sont des structures spécifiquement réservées à ce type d'accueil.

L'hébergement temporaire représente 208 places installées, soit à peine 3 % de la capacité totale des maisons de retraite essoniennes. Le nombre moyen de places temporaires est de sept, avec des variations importantes selon l'établissement - de une à vingt places.

Le secteur privé lucratif domine, avec 58 % des capacités d'hébergement temporaire, et plus d'un quart des capacités concentrées dans des EHPAD privés lucratifs.

Aucune unité de soins de longue durée n'a de capacité fixe réservée à l'hébergement temporaire.

Encore moins développé, l'accueil de jour est proposé par une vingtaine d'établissements, des maisons de retraite (ou des EHPAD) pour la plupart (trois des quatre établissements spécifiquement destinés à l'hébergement temporaire en font également partie).

Dans ces établissements, 109 places installées sont dédiées à l'accueil de jour, avec une moyenne de 6 places par structure. (tableau 39)

L'accueil de jour n'existe pas dans les services hospitaliers de soins de longue durée de l'Essonne.

Cette brève présentation de l'accueil de jour en Essonne est néanmoins incomplète. En effet, l'accueil de jour ne dépend pas obligatoirement de structures d'hébergement (permanent ou non) : certains peuvent être des entités indépendantes non enquêtées dans le cadre de cette étude.

Tableau 39. Hébergement temporaire et accueil de jour dans les établissements de l'Essonne (2003)

	Héb. temporaire		Accueil de jour	
	Nb étab.	Nb places	Nb étab.	Nb places
Maisons de retraite et EHPAD				
- public	7	30	2	15
- privé non lucratif	5	24	4	16
- privé lucratif	14	121	9	62
Structures ne faisant pas d'hébergement permanent				
- public	1	8	0	0
- privé non lucratif	3	25	3	16
- privé lucratif	0	0	0	0
Ensemble	30	208	18	109

Source : DALBARADE-MORVAN M, « Le Mini-fichier des établissements pour personnes âgées en Ile-de-France - Données au 31 décembre 2003 », ORS Ile-de-France, 2004.

L'hébergement temporaire et l'accueil de jour : deux dispositifs d'aide aux aidants dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer

Depuis 2001, l'hébergement temporaire et l'accueil de jour sont reconnus comme des dispositifs d'aide aux aidants dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Leurs modalités ont été précisées par circulaire ministérielle*.

L'enquête menée en établissements par l'ORS permet de préciser que, bien que les unités de soins de longue durée ne disposent pas de capacité fixe pour l'hébergement temporaire, certains (deux sur les huit répondants) peuvent accueillir les malades Alzheimer dans ce cadre. De plus, quelques-uns disposent aussi d'hôpitaux de jour où il reçoivent les malades Alzheimer pour la journée.

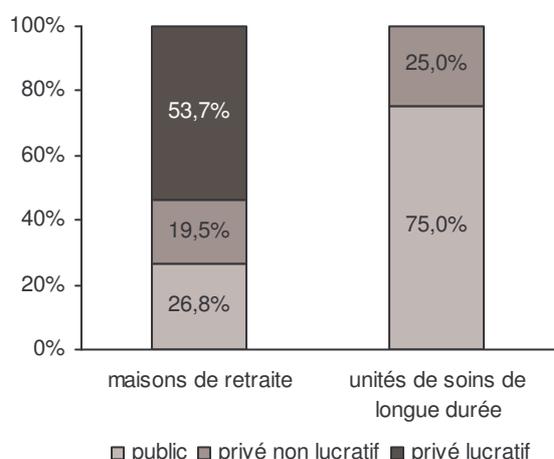
* Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS/ SD2C/DSS/1A/ n°2002/222 du 16 avril 2002.

Prise en charge de la maladie d'Alzheimer dans les établissements essonnien

Parmi l'ensemble des établissements, 91 % ont déclaré accueillir des personnes atteintes de maladies de type Alzheimer.

Leur répartition par statut juridique et type d'établissement est présentée sur la figure 21. Quant aux structures qui n'acceptent pas les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ce sont toutes des maisons de retraite, en majorité de statut public (pour 60 %).

Figure 21. Répartition des établissements accueillant des malades Alzheimer par statut juridique selon le type de structures
(Essonne, 2004)



Source : ORS Ile-de-France.

Un quart des établissements (IC 95% : 13%-38%) dispose d'une unité de vie destinée à l'accueil de ces personnes. Selon la structure, dix à trente personnes peuvent y être reçues (21 personnes en moyenne). Le statut juridique de l'établissement semble être une des seules caractéristiques permettant de différencier les structures disposant d'unités de vie de celles n'en disposant pas : 91,7 % des établissements ayant des unités spécifiques pour

malades Alzheimer relèvent du secteur privé contre 54,3 % pour ceux relevant du secteur public.

Six structures sur dix accueillent les personnes fugueuses, et un tiers les personnes présentant des comportements agressifs.

Deux tiers ont un personnel formé à cette prise en charge.

Près des trois quarts organisent des activités pour leurs résidents malades.

En terme d'aide aux aidants, 18,6 % organisent également des activités pour les aidants des malades, souvent en collaboration avec les coordinations gérontologiques environnantes. De plus, près de six établissements sur dix accueillent les malades Alzheimer en séjour temporaire, et un tiers pour des séjours à la journée. (tableau 40)

L'ensemble de ces résultats doit être interprété avec prudence, les chiffres indiqués représentant davantage des tendances.

Tableau 40. Etablissements accueillant des personnes atteintes de maladies de type Alzheimer selon plusieurs critères
(Essonne, 2004)

En %	Critère	IC à 95 %
- unité de vie spécifique (47*)	25,5 %	13,0-38,0
- accueil de personnes fugueuses (48)	60,4 %	46,6-74,2
- accueil de personnes agressives (48)	33,3 %	20,0-46,6
- formation du personnel (46)	67,4 %	53,9-80,9
- activités spécifiques pour les résidents (48)	72,9 %	60,3-85,5
- activités spécifiques pour leurs aidants (43)	18,6 %	8,4-33,4
- hébergement temporaire (49)	57,1 %	43,2-71,0
- accueil de jour (47)	34,0 %	20,5-47,5

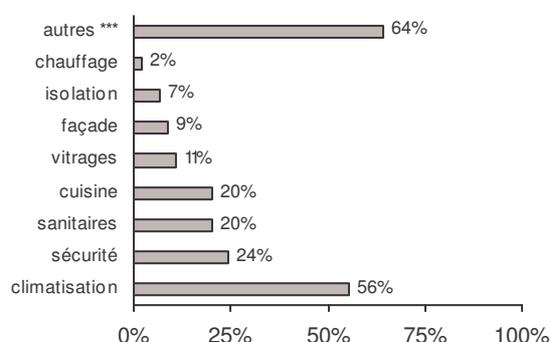
* Il s'agit du nombre total de questionnaires exploitables pour le critère considéré.

Source : ORS Ile-de-France.

Tendances et projets

Si l'on s'intéresse aux perspectives d'évolution des établissements ainsi qu'aux tendances susceptibles d'agir sur l'organisation future de l'offre de prise en charge des personnes âgées dépendantes en Essonne, plusieurs constats peuvent être faits.

Figure 22. Nature des travaux envisagés (*) ()**
(Essonne, 2004)



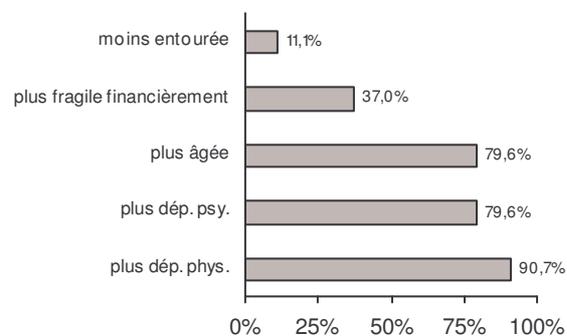
* Ces résultats sont obtenus à partir de 45 questionnaires exploitables (soit 100 % des structures répondantes ayant des projets de travaux).

** Le total est supérieur à 100 %, les établissements pouvant donner plusieurs réponses.

*** Il s'agit principalement de travaux d'humanisation, de construction de nouveaux bâtiments, voire de création d'unités de vie spécifiques pour malades Alzheimer.

Source : ORS Ile-de-France.

Figure 23. Evolution de la population accueillie (*) ()**
(Essonne, 2004)



* Ces résultats sont obtenus à partir de l'ensemble des questionnaires (100 % des établissements répondants).

** Le total est supérieur à 100 %, les établissements pouvant donner plusieurs réponses.

Source : ORS Ile-de-France.

- En terme de capacité, plus d'un tiers des établissements (35,8 %) a prévu d'accroître sa capacité d'accueil, ce qui peut constituer, pour le département de l'Essonne, une des réponses à l'augmentation rapide du nombre de personnes âgées, dès lors que l'établissement donne la priorité à l'accueil des Essonniens âgés.
- En terme d'évolution structurelle, cinq établissements sur six (83,3 %) ont prévu de réaliser des travaux de réhabilitation ou de rénovation de leur établissement, à court terme (fin 2004) pour 60 % d'entre eux, à moyen terme (fin 2006) pour 31 %, et à plus lointaine échéance pour 9 %. Ces travaux concernent l'installation de dispositifs de climatisation pour plus d'un établissement sur deux. (figure 22) *Nul doute que les conséquences sanitaires de la canicule d'août 2003 dans les établissements soient, en partie, à l'origine de ces projets de travaux.*
- En terme de population accueillie, la plupart des établissements s'accordent sur l'accroissement des niveaux de dépendance de leurs résidents en relation avec l'avancée en âge, ce que confirment les principaux motifs d'entrées en établissements. En outre, plus d'un tiers des structures considère que la population âgée s'affaiblit financièrement, ce qui pose la question des places habilitées à l'aide sociale dans un contexte de restructuration de certains établissements associée à une diminution de leur capacité d'accueil. Enfin, un établissement sur dix constate un recul de l'implication de l'entourage, peut être lié à un certain épuisement des aidants familiaux face à une dépendance plus lourde ou encore à la raréfaction du réseau familial avec l'avancée en âge du résident. (figure 23)

2. Les personnes âgées accueillies dans les établissements

Principales caractéristiques des personnes âgées dépendantes accueillies dans les établissements de l'Essonne

L'exploitation des dossiers d'APA en établissements apporte des éléments de connaissance sur les personnes âgées dépendantes bénéficiaires de l'APA servie par le Conseil général de l'Essonne, résidant dans les maisons de retraite ou les services hospitaliers de soins de longue durée de ce département.

La majorité des bénéficiaires est âgée de 85 ans ou plus, avec une proportion de bénéficiaires dans cette tranche d'âge plus importante en maisons de retraite qu'en unités de soins de longue durée. La moyenne d'âge y est d'ailleurs plus élevée (85,2 ans contre 81,7 ans). (tableau 41)

Les femmes représentent près des trois-quarts des bénéficiaires. L'enquête menée par l'ORS auprès des établissements confirme cette répartition par sexe et permet, en outre, d'en avoir une vision plus globale, c'est-à-dire pour l'ensemble des personnes

âgées résidant en établissements. Ainsi, 72,1 % des résidents sont des femmes (78,5 % en maisons de retraite et 51,9 % en services hospitaliers de soins de longue durée) selon l'enquête.

Les ressources des bénéficiaires de l'APA résidant en établissements sont inférieures aux plafonds d'aide sociale pour 14 % d'entre eux (proportion comparable à celle des bénéficiaires de l'APA demeurant à domicile). Ces personnes sont donc potentiellement susceptibles de recevoir l'aide sociale à l'hébergement (ASH) du département.

De plus, un bénéficiaire sur cinq est sous mesure de protection juridique (proportion plus élevée en unités de soins de longue durée).

En terme de conditions de vie, seuls 8 % des bénéficiaires résident à deux en établissements.

Tableau 41. Bénéficiaires de l'APA résidant en établissements selon plusieurs critères (Essonne, 2003)

En %	Maisons de retraite (278*)	Unités de soins de longue durée (53)	P**	Ensemble (331)
- être âgé de 85 ans ou plus	56,8 %	30,2 %	≠	52,6 %
- être une femme	74,1 %	62,3 %	NS	72,2 %
- être de nationalité française	96,4 %	96,2 %	NS	96,4 %
- avoir des ressources <i>inférieures</i> aux plafonds d'aide sociale***	14,0 %	11,5 %	NS	13,6 %
- être sous protection juridique	20,0 %	30,2 %	NS	21,6 %
- vivre en couple dans le même établissement	8,6 %	1,9 %	NS	7,6 %
- relever du GIR 1 ou 2	58,3 %	77,4 %	≠	61,3 %

* Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les bénéficiaires de l'APA résidant en maison de retraite et ceux qui résident en unités de soins de longue durée ; NS indique un écart non significatif.

*** soit des ressources \leq 7102,71 € annuel pour une personne seule et \leq 12440,87 € annuel pour un ménage (montants au 1^{er} janvier 2003).

Source : ORS Ile-de-France.

Un niveau de dépendance plus élevé en services hospitaliers de soins de longue durée

La majorité des bénéficiaires de l'APA résidant en établissements relèvent des niveaux de dépendance les plus sévères, avec un niveau de dépendance globalement plus élevé en unités de soins de longue durée (huit bénéficiaires sur dix sont classés en GIR 1 ou 2 contre six sur dix en maisons de retraite).

Tableau 42. Répartition des résidents par lieu d'hébergement selon leur niveau de dépendance* (Essonne, 2004)

En %	Maisons de retraite (3088**)	Soins de longue durée (977)	P ***	Ensemble des établissements (4065)
- GIR 1	16,4	34,5	≠	20,7
- GIR 2	32,1	49,9	≠	36,4
- GIR 3	17,1	7,0	≠	14,7
- GIR 4	20,6	5,2	≠	16,9
- GIR 5	8,0	2,4	≠	6,6
- GIR 6	5,6	1,1	≠	4,5
- GIR non connu	0,2	0,0	NS	0,1
Total	100,0	100,0		100,0

* Ces résultats sont obtenus à partir de 53 questionnaires exploitables (98 % des établissements répondants).

** C'est l'effectif total pour le type de structure considéré.

*** ≠ indique une probabilité de $\chi^2 \leq 5\%$, soit un écart significatif entre les résidents des maisons de retraite et ceux en soins de longue durée ; NS indique un écart non significatif.

Source : ORS Ile-de-France.

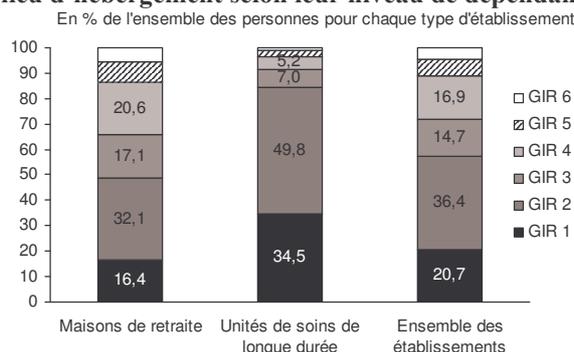
Les résultats de l'enquête menée par l'ORS auprès des établissements confirment cette répartition des quatre niveaux de dépendance les plus élevés. Ils confirment aussi la prédominance de personnes très dépendantes en services de soins de longue durée, malgré une moyenne d'âge moins élevée. En outre, ils permettent d'avoir une vision plus globale de la dépendance en établissements, avec l'information du niveau de dépendance pour chaque degré de la grille AGGIR (GIR 1 à 6). (Annexe 1)

Dans les maisons de retraite, les résidents se partagent en deux populations - presque égales en proportion : les personnes lourdement dépendantes (GIR 1-2) et celles moyennement dépendantes (GIR 3-4) - représentent chacune environ 40 % de l'ensemble des résidents, les personnes les plus autonomes environ 14 %. (tableau 42)

En unités de soins de longue durée, c'est la dépendance lourde qui prédomine : les personnes classées en GIR 1 ou 2 représentent à elles seules plus de 80 % de la population hébergée. (figure 24)

En terme de statut juridique, on observe un niveau de dépendance moins élevé dans les établissements privés à but non lucratif : 51,7 % des résidents relèvent des GIR 1-2 et 13,7 % des GIR 5-6 contre respectivement 63,6 % et 9,7 % dans les structures publiques.

Figure 24. Les résidents* par lieu d'hébergement selon leur niveau de dépendance (Essonne, 2004)



* Les résidents pour lequel le GIR n'est pas connu ne figurent pas sur ce graphique du fait de leur très petit effectif.

Source : ORS Ile-de-France.

La dépendance physique et/ou psychique est le principal motif d'entrée en établissements

Globalement, pour l'ensemble des établissements, ce sont les problèmes de dépendance physique et/ou psychique qui sont le plus souvent cités comme motif de recours à l'hébergement collectif, suivis du désir de se rapprocher de sa famille.

Tableau 43. Répartition des résidents par lieu d'hébergement selon leurs principaux motifs d'entrée dans l'établissement* (Essonne, 2004)

En %	MR (2829**)	SLD (808)	P***	Ensemble des étab.
- dépendance physique ET psychique	17,3	69,7	≠	28,9
- dépendance physique	35,7	13,1	≠	30,7
- dépendance psychique	26,2	14,1	≠	23,5
- rapprochement familial	9,5	1,1	≠	7,7
- rompre l'isolement	6,0	2,0	≠	5,1
- logement mal adapté	2,1	0,0	≠	1,6
- autre motif	2,3	0,0	≠	1,8
- motif inconnu	1,0	0,0	≠	0,8
Total	100,0	100,0		100,0

* Ces résultats sont obtenus à partir de 47 questionnaires exploitables (87 % des établissements répondants).

** C'est l'effectif total pour le type de structure considéré.

*** ≠ indique une probabilité de $\chi^2 \leq 5\%$, soit un écart significatif entre les résidents des maisons de retraite et ceux en soins de longue durée ; NS indique un écart non significatif.

Source : ORS Ile-de-France.

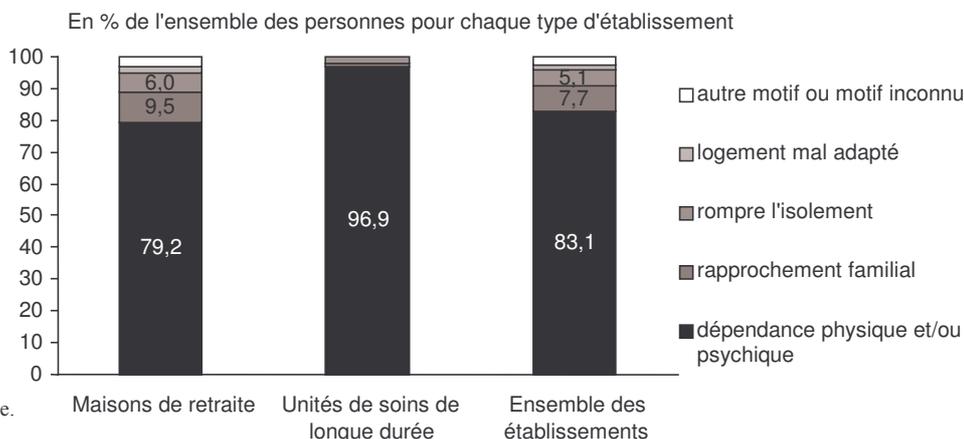
Néanmoins, les raisons du recours à l'hébergement collectif diffèrent quelque peu selon le type de structures. (tableau 43)

Si les problèmes de dépendance physique et/ou psychique prédominent dans les maisons de retraite (79 % des entrées), le rapprochement familial, qui souvent accompagne l'un des motifs précédents, est également cité par près de 10 % des établissements, et le désir de rompre un isolement social par 6 %.

(figure 25)
Les autres motifs sont de natures diverses : financière (« la garde à domicile 24h sur 24 est plus chère »), sanitaire (suivi de traitement lourd) voire nécessaire (suite à la fermeture de lits de soins de longue durée) ou encore sociale (répit pour la famille, contexte de discorde familiale).

En revanche, le recours aux unités de soins de longue durée a lieu quasi-exclusivement dans un contexte de problèmes de dépendance physique et/ou psychique (97 % des entrées).

Figure 25. Les résidents par lieu d'hébergement selon leurs principaux motifs d'entrée dans l'établissement (Essonne, 2004)



Source : ORS Ile-de-France.

Peu de transferts entre établissements pour personnes âgées

Globalement, pour l'ensemble des structures, on constate que près de 50 % des personnes vivaient à leur propre domicile avant leur entrée en établissement d'hébergement collectif.

Tableau 44. Répartition des résidents par lieu d'hébergement selon leur lieu de vie antérieur*
(Essonne, 2004)

En %	MR (3139**)	SLD (1079)	P***	Ensemble des étab.
- domicile	56,6	13,6	≠	45,6
- logement-foyer	3,4	0,4	≠	2,7
- maison de retraite	4,6	2,0	≠	3,9
- soins de longue durée	4,9	4,5	NS	4,8
- court ou moyen séjour	23,5	78,5	≠	37,5
- service psychiatrique	2,0	0,0	≠	1,5
- autre lieu****	4,7	0,0	≠	3,5
- lieu inconnu	0,4	1,0	≠	0,5
Total	100,0	100,0		100,0

* Ces résultats sont obtenus à partir de 53 questionnaires exploitables (98 % des établissements répondants).

** C'est l'effectif total pour le type de structure considéré.

*** ≠ indique une probabilité de $\chi^2 \leq 5\%$, soit un écart significatif entre les résidents des maisons de retraite et ceux en soins de longue durée ; NS indique un écart non significatif.

**** Il s'agit de structures comme le CASH de Nanterre, d'hôpitaux, de centre de rééducation ou encore de famille d'accueil.

Source : ORS Ile-de-France.

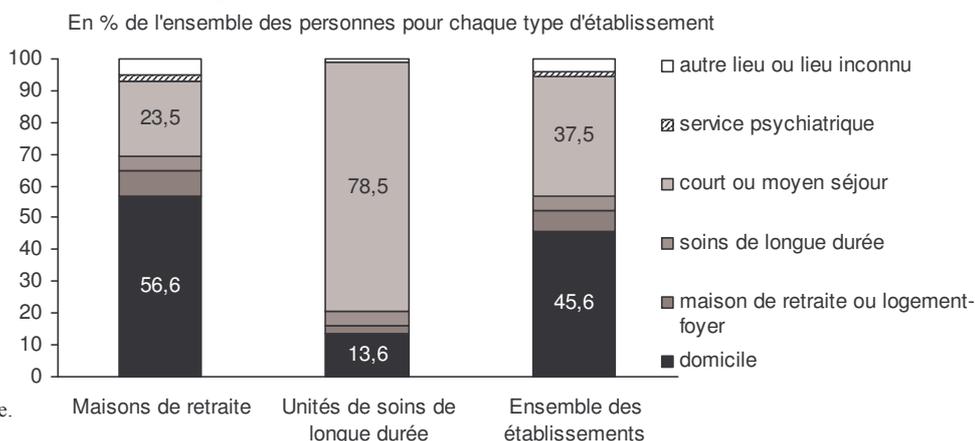
Cependant de fortes disparités existent selon la structure considérée : 57 % des personnes entrant en maisons de retraite habitaient à domicile auparavant contre seulement 14 % de celles entrant en unités de soins de longue durée. (tableau 44)

La filière conduisant du court ou moyen séjour au service de soins de longue durée reste très marquée : près de 80 % des personnes actuellement accueillies en services hospitaliers de soins de longue durée étaient auparavant dans de tels services hospitaliers.

De même, on observe une proportion importante (24 %) de personnes en maisons de retraite qui étaient en court ou moyen séjour hospitalier avant leur arrivée. (figure 26)

Les transferts entre établissements pour personnes âgées semblent en revanche peu nombreux. Ainsi 2 % des résidents en unités de soins de longue durée étaient auparavant dans une maison de retraite et 0,4 % en logements-foyers. Ces faibles taux peuvent s'expliquer par le passage en milieu hospitalier de court ou moyen séjour - alors mentionné comme lieu de vie antérieur - qui joue le rôle d'intermédiaire entre les différentes structures.

Figure 26. Les résidents par lieu d'hébergement selon leur lieu de vie antérieur (Essonne, 2004)



Source : ORS Ile-de-France.

Quatre résidents sur dix n’habitaient pas l’Essonne auparavant

Globalement, pour l’ensemble des structures, un peu plus de la moitié - seulement - des personnes hébergées sont originaires de l’Essonne, ce qui traduit bien, de la part des établissements, un rôle non négligeable dans l’accueil de personnes âgées habitant au-delà des limites du département.

Cependant, des disparités existent selon les types d’établissements. (tableau 45)

Dans les maisons de retraite, la part des Essonnien dépasse 60 %.

Tableau 45. Répartition des résidents par lieu d’hébergement selon leur origine géographique* (Essonne, 2004)

En %	MR (2999**)	SLD (974)	P**	Ensemble des établissements
- Essonne	61,6	48,8	≠	58,5
- Paris	11,1	28,2	≠	15,3
- autres départements franciliens	18,0	18,1	NS	18,0
- province	8,3	4,0	≠	7,2
- autre origine	0,5	0,9	NS	0,6
- origine inconnue	0,5	0,0	NS	0,4
Total	100,0	100,0		100,0

* Ces résultats sont obtenus à partir de 50 questionnaires exploitables (93 % des établissements répondants).

** C’est l’effectif total pour le type de structure considéré.

*** ≠ indique une probabilité de $\chi^2 \leq 5\%$, soit un écart significatif entre les résidents des maisons de retraite et ceux en soins de longue durée ; NS indique un écart non significatif.

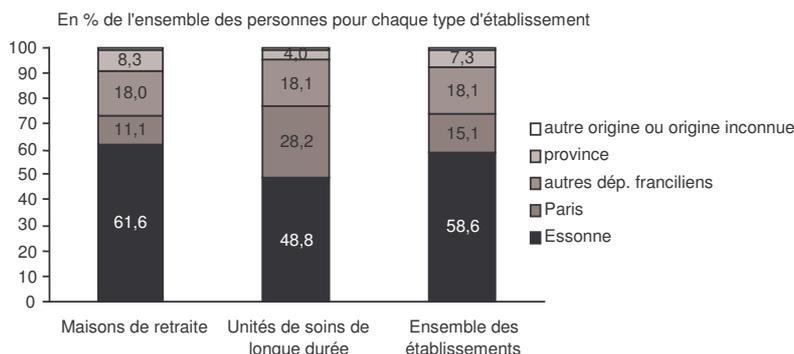
Source : ORS Ile-de-France.

On y observe aussi une part relativement importante de personnes originaires des autres départements franciliens : un résident sur trois habitait auparavant dans un département francilien autre que l’Essonne. En outre, la proportion de provinciaux, proche de 10 %, pourrait traduire le rapprochement des personnes âgées de leurs enfants vivant dans le département. En effet, près de 10 % des résidents en maisons de retraite y sont entrés avec cet objectif.

L’accueil des Essonnien en maisons de retraite varie selon le statut juridique de l’établissement : 71,6 % des résidents hébergés en maisons de retraite publiques sont originaires de l’Essonne contre 62,7 % de ceux présents en maisons de retraite privées à but non lucratif et 54 % de ceux en maisons de retraites privées à but lucratif.

Néanmoins, c’est en unités de soins de longue durée que la proportion de personnes en provenance de l’Essonne est la moins élevée (49 % des personnes hébergées). Ceci est à rapprocher de la forte proportion de Parisiens dans ces structures (28 %). L’implantation de deux établissements gériatriques de l’Assistance Publique-Hôpitaux de Paris dans le département explique cette proportion importante de Parisiens âgés. (figure 27)

Figure 27. Les résidents par lieu d’hébergement selon leur origine géographique (Essonne, 2004)



Source : ORS Ile-de-France.

La moitié des résidents sont atteints d'une maladie de type Alzheimer

Selon l'enquête ORS, dans les établissements essonnien, un résident sur deux est atteint d'une maladie de type Alzheimer (IC 95% : 47,7%-50,9%). La prévalence de ces pathologies diffère cependant suivant le type d'établissements.

Tableau 46. Prévalence* des maladies de type Alzheimer en établissements (Essonne, 2004)**

En %	MR	SLD	P***	Ens. des étab.
- Hommes (609 / 167****)	35,5	75,4	≠	44,1
- Femmes (2186 / 487)	40,0	79,7	≠	47,3
Ensemble (2795 / 977)	39,0	78,8	≠	49,3

* Nombre de malades dans une population rapporté à l'effectif total représenté par cette population.

** Ces résultats sont obtenus à partir de 43, questionnaires exploitables pour les hommes et les femmes, et à partir de 48, pour les deux sexes (respectivement 83 % et 89 % des établissements répondants).

*** ≠ indique une probabilité de $\chi^2 \leq 5\%$, soit un écart significatif entre les résidents des maisons de retraite et ceux en soins de longue durée ; NS indique un écart non significatif.

**** Il s'agit de l'effectif total du critère considéré en maisons de retraite puis en unités de soins de longue durée. Pour les soins de longue durée, le total hommes+femmes ne correspond pas à l'ensemble des deux sexes car trois établissements n'ont pas indiqué la répartition par sexe des résidents malades Alzheimer.

Source : ORS Ile-de-France.

Tableau 47. Répartition des résidents atteints d'une maladie de type Alzheimer par tranche d'âge* (Essonne, 2004)

En %	MR (1091**)	SLD (641)	P***	Ens. des étab. (1732)
- moins de 60 ans	0,7	1,7	NS	1,1
- 60-64 ans	1,1	2,2	NS	1,5
- 65-69 ans	1,7	6,4	≠	3,5
- 70-74 ans	4,2	8,9	≠	5,9
- 75-79 ans	12,0	13,7	NS	12,6
- 80-84 ans	22,9	19,2	NS	21,5
- 85 ans ou plus	57,3	47,9	≠	53,8
Ensemble	100,0	100,0		100,0

* Ces résultats sont obtenus à partir de 41 questionnaires exploitables (84 % des établissements répondants hébergeant des malades Alzheimer).

** C'est l'effectif total pour le type de structure considéré.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5%, soit un écart significatif entre les résidents en maison de retraite et ceux en établissements ; NS indique un écart non significatif.

Source : ORS Ile-de-France.

Dans les maisons de retraite, en moyenne, quatre résidents sur dix sont atteints de cette maladie. En unités de soins de longue durée, cette proportion double : près de huit résidents sur dix relèvent de cette maladie. (tableau 46)

Pour expliquer ces différences de prévalence entre structures comparables en terme de répartition des résidents par âge (cf. les principales caractéristiques des personnes âgées dépendantes en établissements), l'hypothèse peut être faite que les services hospitaliers de soins de longue durée sont mieux adaptés à l'établissement du diagnostic, d'ailleurs la prévalence avoisine les 90 % dans certains établissements hospitaliers gériatriques ayant développé des consultations mémoire ou bénéficiant d'un chef de service spécialisé dans le diagnostic des maladies de type Alzheimer.

En maisons de retraite, la prévalence varie selon le statut juridique de l'établissement : cinq résidents sur dix sont atteints d'une maladie de type Alzheimer dans les maisons de retraite du secteur public contre trois sur dix en maisons de retraite privées (à but non lucratif comme lucratif). Notons qu'on n'observe pas de différence de la prévalence de la maladie d'Alzheimer en établissements selon le sexe du résident.

Si l'on s'intéresse à la répartition des résidents malades Alzheimer par âge, on s'aperçoit que la plupart sont âgés : 88 % ont 75 ans ou plus - voire très âgés : plus d'un sur deux ont 85 ans ou plus. Enfin, un sur cent a moins de 60 ans. (tableau 47)

La prévalence élevée de la démence en établissements pose la question de l'existence de structures adaptées à la prise en charge des malades et de la formation d'un personnel qualifié.

14 % des personnes accueillies dans les établissements de l'Essonne ont des ressources financières inférieures aux plafonds d'aide sociale

Les personnes âgées dépendantes résidant en établissements avec de faibles ressources peuvent être appréhendées à partir de deux approches complémentaires : d'une part les caractéristiques des bénéficiaires de l'APA en établissements et d'autre part les places habilitées à l'aide sociale et leur taux d'occupation selon les résultats de l'enquête en établissements menée par l'ORS.

Le critère « **faibles ressources** » est apprécié en rapprochant les ressources des bénéficiaires de l'APA en établissements des plafonds de ressources permettant de relever de l'aide sociale départementale.

Ces plafonds de ressources correspondent aux seuils d'attribution de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse. En 2003, ils étaient de 7 102,71 € annuel pour une personne seule et de 12 440,87 € annuel pour un ménage.

Tableau 48. Bénéficiaires de l'APA résidant en établissements selon le fait de vivre avec de faibles ressources (Essonne, 2003)

En %	Ressources inférieures ou égales aux plafonds d'aide sociale (45*)	Ressources supérieures aux plafonds d'aide sociale (285)	P**
- être âgé de 60-74 ans	22,2 %	9,1 %	≠
- être une femme	73,3 %	71,9 %	NS
- être de nationalité étrangère	11,4 %	2,5 %	≠
- être sous protection juridique	31,8 %	19,8 %	NS
- vivre en couple dans le même établissement	6,7 %	7,7 %	NS
- relever du GIR 1 ou 2	55,6 %	62,5 %	NS
- résider en unité de soins de longue durée	13,3 %	16,1 %	NS

* Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les bénéficiaires de l'APA résidant en établissements avec de faibles ressources et ceux qui y résident avec des ressources supérieures ; NS indique un écart non significatif.

Source : ORS Ile-de-France.

Selon l'exploitation des dossiers d'APA en établissements, 13,6 % des bénéficiaires ont de faibles ressources, et à ce titre, sont susceptibles de recevoir les prestations départementales d'aide sociale, comme l'aide sociale à l'hébergement pour les aider à acquitter le tarif hébergement de l'établissement où ils résident.

Par rapport à ceux qui ont des ressources supérieures, les personnes de faibles ressources sont plus nombreuses parmi les 60-74 ans (une sur cinq contre une sur dix) et relèvent plus souvent d'une nationalité étrangère (11,4 % contre 2,5 %). *Il serait intéressant de pouvoir confronter ces caractéristiques à d'autres indicateurs sociaux - en particulier la catégorie socioprofessionnelle antérieure à la retraite -, éléments pour l'instant non demandés au niveau des dossiers d'APA.*

En terme de répartition par sexe, conditions de vie et niveau de dépendance, les personnes de faibles ressources ne diffèrent pas significativement des bénéficiaires qui ont des ressources supérieures. (tableau 48)

Pour faciliter l'entrée en établissement d'hébergement des personnes fragilisées financièrement, le département de l'Essonne dispose de 3 300 places installées habilitées à l'aide sociale, dont le taux d'occupation est en moyenne de 58,9 % (IC 95% : 56,8%-61,0%). Néanmoins, le taux d'occupation varie selon les structures : 68,6 % des places habilitées à l'aide sociale sises en unités de soins de longue durée sont occupées par des personnes ayant de faibles ressources contre 50,6 % dans les maisons de retraite.

3. Le cas particulier des logements-foyers

Pour l'INSEE, les personnes demeurant en logements-foyers sont considérées comme habitant à domicile et ne peuvent être assimilées aux résidents des maisons de retraite ou des unités de soins de longue durée.

Pour d'autres organismes, les logements-foyers constituent un établissement d'hébergement pour les personnes âgées, au même titre que les maisons de retraite ou les unités de soins de longue durée.

Ce contexte justifie une présentation à part de ces structures sans toutefois les exclure des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Un renouvellement faible de la clientèle

En préambule, rappelons que l'Essonne est, après le Val d'Oise, le département francilien qui possède le plus important taux d'équipement en logements-foyers avec 59 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus en 2003, équipement bien supérieur aux niveaux régional et national.

En moyenne, neuf places sur dix (91,2 %) sont occupées dans les logements-foyers essonniers.

Néanmoins, l'occupation varie selon le statut juridique de la structure, les logements-foyers du secteur public étant globalement moins occupés que ceux du secteur privé - où l'occupation atteint presque 100 % (respectivement 87,1 % contre 96,6 %).

Les mouvements de clientèle, appréhendés en terme d'entrées (13 %) et de sorties (15 %), permettent de déterminer la fréquence de renouvellement de la clientèle, qui est faible dans les logements-foyers essonniers (14 %).

Là aussi on observe des disparités entre secteurs, le secteur public ayant une rotation de clientèle plus faible que le secteur privé. (tableau 49)

Tableau 49. Les mouvements de clientèle dans les logements-foyers (Essonne, 2004)

	taux d'entrées*	taux de sorties *	taux de rotation
- public (17**)	10,4 %	10,9 %	12,4 %
- privé (13)	16,2 %	18,9 %	17,6 %
Ensemble	13,0 %	14,5 %	13,7 %

* Il s'agit du nombre d'entrées (sorties) rapporté au nombre de places.

** Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré.

Source : ORS Ile-de-France.

Face à cette faible rotation, la durée d'attente pour intégrer un logement-foyer est élevée - sept mois en moyenne, soit une durée bien plus longue que dans les autres établissements d'hébergement pour personnes âgées (maisons de retraite et unités de soins de longue durée), structures dont les taux de rotation sont bien supérieurs à celui des logements-foyers.

La plupart des logements-foyers (74,3 %) disposent d'une liste d'attente avec douze personnes inscrites en moyenne.

Les motifs de refus sont très proches de ceux des autres établissements : le manque de places pour 87 % des logements-foyers et l'inadaptation des places vacantes pour 61 %.

Le manque de personnel n'est cité que par 4,3 % de ces structures.

Les tarifs pratiqués dans les logements-foyers essonniers sont de l'ordre de 410 € par mois pour un studio, soit 13,66 € par jour.

Les prix sont toutefois plus élevés (25 % de plus en moyenne) dans les établissements privés, où ils peuvent dépasser les 700 €.

Peu de personnel soignant dans les logements-foyers

Dans les logements-foyers essonnien, l'encadrement en personnel se situe aux alentours de 11 agents pour 100 places. Les agents de service constituent l'essentiel du personnel (39,2 %), suivis du personnel administratif et de direction (18,8 %). Le personnel soignant est minoritaire : 0,6 aide-soignant et 0,5 infirmière pour 100 places. (tableau 50) On n'observe pas de différence d'encadrement en personnel entre les secteurs public et privé.

Afin de compenser le peu de personnel salarié, les logements-foyers ont la possibilité de faire appel à du personnel extérieur, sous forme d'interventions libérales. Néanmoins, pour certains, ce sont les résidents qui gèrent eux-mêmes le passage de ces professionnels. *Ainsi il convient d'interpréter les données qui suivent avec la plus extrême prudence, compte-tenu des ambiguïtés relevées dans certaines réponses fournies par les logements-foyers.*

Près de six logements-foyers sur dix (57,1 %) requièrent l'intervention de professionnels libéraux. Néanmoins des disparités existent entre les secteurs, les logements foyers privés recourant plus souvent aux professionnels libéraux (respectivement 78,6 % contre 42,9 % pour le secteur public). Les professionnels sollicités sont le plus souvent des médecins, des infirmières, des kinésithérapeutes, mais aussi parfois des orthophonistes, des pédicures-podologues, voire des aides à domicile ou des auxiliaires de vie.

Cependant, plus d'un quart (28,6 %) des logements-foyers connaissent des problèmes de recrutement, et ce quel que soit leur statut juridique. Le manque de personnel soignant (infirmiers et aides-soignants)

est souligné par les logements-foyers privés alors que les difficultés du secteur public concernent en particulier le recrutement de gardiens ou de veilleurs de nuit.

Encore une fois, ces informations sont à considérer avec prudence, compte-tenu de la mise en garde précédente et des très petits effectifs à partir desquels ont été obtenus ces renseignements.

Tableau 50. Taux d'encadrement en personnel dans les logements-foyers* (Essonne, 2004)

	Nombre d'agents pour 100 places (1977**)
- personnel de dir. et administratif	2,15
- médecins	0,04
- infirmiers	0,45
- aides-soignants	0,57
- auxiliaires de vie	1,54
- aides médico-psychologiques	0,05
- prof. de la rééduc./réadaptation	0
- psychologues/neuro-psychologues	0
- personnel d'animation	0,28
- assistantes sociales	0
- agents de service	4,47
- autres personnels	1,86
Taux d'encadrement global	11,4

* Ces résultats sont obtenus à partir de 29 questionnaires exploitables (83 % des logements-foyers répondants).

** C'est la capacité totale représentée par les logements-foyers dont les questionnaires sont exploitables pour cet item.

Source : ORS Ile-de-France.

Très peu de logements-foyers ont recours à la vacataire. Le cas échéant, les vacataires sont principalement des médecins, plus rarement une infirmière ou un animateur.

Aucun EHPAD parmi les logements-foyers

La réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées, engagée par l'Etat en 1997, s'applique aussi aux logements-foyers - avec néanmoins quelques aménagements pour les structures de petite capacité. Sont concernés par cette réforme les logements-foyers dont le niveau moyen de dépendance des résidents est important.

A ce jour, peu de logements-foyers satisfont cette condition de dépendance. (tableau 51) Ceux-là ont mis en place des tarifs dépendance.

Aucune structure n'a signé de convention tripartite. Le niveau moyen de dépendance apparaît plus élevé en logements-foyers privés que dans ceux du secteur public (la moyenne des GMP* est à 239 dans le secteur privé contre 142 dans le secteur public).

De même, très peu de logements-foyers offrent la possibilité de séjours temporaires. Cette possibilité n'est proposée que par des logements-foyers privés. Aucun ne propose d'accueil à la journée.

Enfin, bien que certains logements-foyers aient des résidents atteints d'une maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie apparentée, aucun n'est spécialisé dans l'accueil de ces personnes.

Cette partie ainsi que la précédente sur l'encadrement en personnel reflètent bien les disparités de prise en charge qui séparent les logements-foyers des autres établissements d'hébergement pour personnes âgées. Globalement, les logements-foyers ne sont pas adaptés à la prise en charge de la dépendance lourde ni des pathologies psychiques (au sens large) - bien que quelques uns se mobilisent.

* Annexe 1.

Tableau 51. Prises en charge et prestations d'aide aux aidants dans les logements-foyers (Essonne, 2004)

En %	Critère	IC à 95 %
- GMP > 300 (24**)	8,3 %	1,0-27,0
- avec un tarif dépendance (35)	5,7 %	0,7-19,2
- avec une convention tripartite (35)	0 %	0,0-10,0
- places d'hébergement temporaire (35)	5,7 %	0,7-19,2
- places d'accueil de jour (35)	0 %	0,0-10,0
- prise en charge spécifique des maladies de type Alzheimer (35)	0 %	0,0-10,0

** Il s'agit du nombre total de questionnaires exploitables parmi les répondants pour le critère considéré.

Source : ORS Ile-de-France.

Tendances et projets des logements-foyers

Si aucun logement-foyer répondant n'a de projet d'extension de sa capacité d'accueil, environ sept sur dix ont des travaux prévus, à court terme pour 60 % d'entre eux, à moyen-terme pour un quart, et à plus lointaine échéance pour les autres. Ces travaux concernent principalement la sécurité des résidents puis la mise en place de dispositifs de climatisation.

Par rapport à la population accueillie, l'ensemble des structures s'accordent sur son avancée en âge. Plus d'un tiers des logements-foyers trouvent aussi qu'elle est plus dépendante psychiquement (pour 43 % d'entre eux) mais aussi physiquement (pour 36 % d'entre eux). En outre un quart considère qu'elle s'affaiblit financièrement. De plus, l'entourage serait moins présent pour un logement-foyer sur cinq.

Une population très âgée

En logements-foyers, l'APA à domicile ou l'APA en établissements

Les résidents des logements-foyers peuvent percevoir l'APA, dès lors qu'ils satisfont aux conditions de dépendance requises. La nature de l'APA attribuée - à domicile ou en établissement - dépend des caractéristiques du logement-foyer. Si la capacité excède 25 places et le niveau moyen de dépendance des résidents dépasse un certain seuil, alors s'applique l'APA en établissements. Sinon, l'APA à domicile est la prestation qui s'applique.

Dans l'échantillon des bénéficiaires de l'APA constitué pour cette étude, seules 19 personnes résident en logements-foyers. Pour toutes, l'APA reçue est de nature APA à domicile.

Tableau 52. Bénéficiaires de l'APA résidant en logements-foyers selon plusieurs critères
(Essonne, 2003)

En %	Critère	IC à 95 %
- être âgé de 85 ans ou plus (19*)	68,4 %	43,4-87,4
- être une femme (19)	78,9 %	54,4-93,9
- être de nationalité française (19)	100 %	82,4-100
- avoir des ressources <i>inférieures</i> aux plafonds d'aide sociale** (19)	15,8 %	3,4-39,6
- être sous protection juridique (17)	11,8 %	1,5-36,4
- relever du GIR 3 ou 4 (19)	90,5 %	69,4-98,2

* Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré.

*** soit des ressources <= 7102,71 € annuel pour une personne seule et <= 12440,87 € annuel pour un ménage (montants au 1^{er} janvier 2003).

Source : ORS Ile-de-France.

Tableau 53. Aides informelle et formelle des bénéficiaires de l'APA résidant en logements-foyers (Essonne, 2003)

En %	Critère	IC à 95 %
- vivre en couple dans le même établissement (19*)	15,8 %	3,4-39,6
- recevoir des visites régulières (19)	63,2 %	38,4-83,7
- bénéficier d'une aide à domicile professionnelle (19)	100 %	82,4-100
- bénéficier de soins professionnels à domicile (19)	63,2 %	38,4-83,7
- bénéficier d'une aide mixte (19)	100 %	82,4-100
- avoir des besoins entièrement couverts (19)	57,9 %	33,5-79,7

* Il s'agit de l'effectif total pour le critère considéré.

Source : ORS Ile-de-France.

D'après l'exploitation des dossiers d'APA à domicile, la majorité des bénéficiaires résidant en logements-foyers est âgée de 85 ans ou plus, avec une moyenne d'âge estimée à 88 ans.

La plupart des bénéficiaires en logements-foyers sont des femmes. L'enquête ORS auprès des établissements confirme cette répartition par sexe et permet, en outre, d'en avoir une vision plus globale, c'est-à-dire pour l'ensemble des personnes âgées résidant en logements-foyers. Ainsi, plus des deux tiers des résidents sont des femmes.

Les ressources des bénéficiaires de l'APA résidant en logements-foyers sont inférieures aux plafonds d'aide sociale pour 16 % d'entre eux. De plus, un bénéficiaire sur dix est sous mesure de protection juridique. (tableau 52)

Les données d'APA à domicile renseignent aussi sur l'environnement dans lequel évoluent les résidents des logements-foyers. Ainsi, un sur six vit en couple et six sur dix reçoivent régulièrement des visites de leurs proches. La plupart bénéficient d'une aide à domicile professionnelle et six sur dix de soins réguliers. Les aides informelle et formelle se combinent pour la plupart d'entre eux. Certains bénéficient aussi d'aides complémentaires telles que fournitures d'hygiène, téléalarme, portage de repas et pédicure. Plus de la moitié ont leurs besoins entièrement couverts par l'APA. Néanmoins, des besoins en heures d'aide à domicile les dimanches et jours fériés, mais aussi dans la semaine subsistent. Ces résultats sont très proches de ceux des bénéficiaires à domicile. (tableau 53)

L'ensemble de ces résultats est à interpréter avec la plus extrême prudence, compte-tenu de la taille de l'échantillon exploité (19 bénéficiaires).

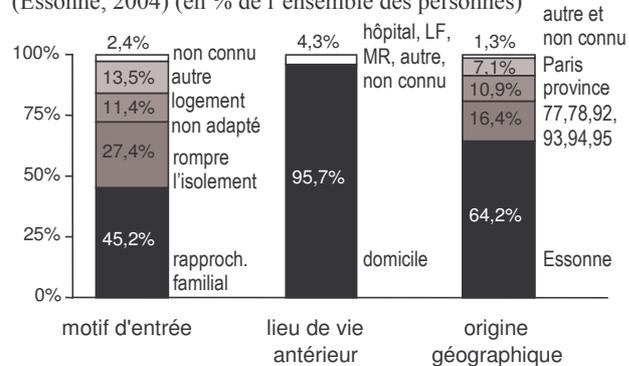
La plupart des résidents sont peu dépendants

La plupart des bénéficiaires de l'APA résidant en logements-foyers relèvent des niveaux de dépendance les plus modérés (GIR 3 et 4).

L'autonomie des personnes accueillies dans les logements-foyers est confirmée par les résultats de l'enquête ORS en établissements qui permet, en outre, d'étendre l'appréhension du niveau de dépendance à l'ensemble des résidents (GIR 1 à 6). Ainsi, huit résidents sur dix sont légèrement dépendants (GIR 5 et 6), et moins de 5 % le sont lourdement (GIR 1 et 2). (tableau 54)

Deux motifs d'entrées en logements-foyers prédominent : se rapprocher de la famille et rompre l'isolement. Les autres motifs peuvent être d'ordre financier (loyer trop élevé, besoin de places habilitées à l'aide sociale), à caractère social (expulsion, hébergement temporaire précaire), pour pallier à un sentiment d'insécurité - mais rarement pour raisons de santé. (figure 28) Selon le statut juridique de la structure, les raisons diffèrent légèrement : les personnes âgées entrent en logements-foyer public plus souvent pour rompre

Figure 28. Les résidents des logements-foyers* (Essonne, 2004) (en % de l'ensemble des personnes)



* Ces résultats sont obtenus à partir de 26 questionnaires exploitables pour les motifs, 31 pour le lieu de vie antérieur et 28 pour l'origine géographique (respectivement 74 %, 89 % et 80 % des logements-foyers répondants).

Source : ORS-Ile-de-France.

Tableau 54. Répartition des résidents en logements-foyers selon leur niveau de dépendance* (Essonne, 2004)

En %	Secteur public (644**)	Secteur privé (792)	P ***	Ensemble des logements-foyers (1436)
- GIR 1	0,0	3,2	≠	1,7
- GIR 2	0,6	4,4	≠	2,7
- GIR 3	3,1	8,1	≠	5,8
- GIR 4	8,4	11,9	≠	10,3
- GIR 5	11,2	14,5	NS	13,0
- GIR 6	76,7	58,0	≠	66,4
- GIR non connu	0,0	0,0	NS	0,0
Total	100,0	100,0		100,0

* Ces résultats sont obtenus à partir de 23 questionnaires exploitables (66 % des logements-foyers répondants, dont 52 % de réponse dans le secteur public et 86 % dans le secteur privé).

** C'est l'effectif total pour le type de structure considéré.

*** ≠ indique une probabilité de $\chi^2 \leq$ à 5 %, soit un écart significatif entre les résidents des logements-foyers publics et ceux des logements-foyers privés ; NS un écart non significatif.

Source : ORS Ile-de-France.

l'isolement (31,6 % contre 21,6 % dans le secteur privé) et moins fréquemment pour des problèmes de logement inadapté (7,3 % contre 17,0 %).

La plupart des résidents (96 %) habitaient à domicile avant d'intégrer un logement-foyer.

La proportion de résidents originaires de l'Essonne s'élève à 64 %. Ainsi quatre résidents sur dix sont originaires d'un autre département, souvent francilien (surtout Paris) mais aussi de province. Le rapprochement familial a sans doute contribué à la migration de ces non Essonniens. Néanmoins, d'importantes disparités sont observées entre secteurs : huit résidents sur dix (81,4 %) sont originaires de l'Essonne dans les logements-foyers publics contre moins d'un sur deux dans le secteur privé (46,4 %) qui accueille aussi une forte proportion de Franciliens - non Essonniens non Parisiens (28 %), d'habitants de province (14,3 %) et de Parisiens (11,2 %).

Conclusion

En 2005, le département de l'Essonne compte 189 000 personnes âgées de 60 ans ou plus dans sa population.

La très grande majorité de ces personnes vit à domicile en bonne santé et de façon parfaitement autonome.

Mais une faible proportion, le plus souvent très âgée, vivant à domicile ou dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées, a besoin d'aide pour effectuer les actes de la vie quotidienne.

C'est cette population - qualifiée de « dépendante » - que l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France a essayé de caractériser à travers deux enquêtes distinctes :

- une analyse d'un échantillon des bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie versée par le Conseil Général de l'Essonne,
- et une enquête menée auprès de l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées du département.

De plus, une enquête qualitative réalisée auprès des travailleurs sociaux des équipes médico-sociales permet d'enrichir la réflexion sur les personnes âgées dépendantes demeurant à domicile.

Les principaux résultats sont résumés en quelques points dans les pages qui suivent.

Souhaitons qu'ils permettent d'orienter la réflexion départementale engagée dans le cadre de l'élaboration du schéma gérontologique 2005-2010, période qui va être marquée par une forte augmentation de la population âgée en Essonne.

- **Environ 7 000 Essonniens âgés de 60 ans ou plus bénéficient de l'APA.**

Ils se répartissent à part égale entre domicile et établissements.

Un quart des bénéficiaires de l'APA relèvent des niveaux de dépendance les plus sévères à domicile, 61 % en établissements (GIR 1-2).

Les bénéficiaires de l'APA demeurant à domicile se caractérisent par un âge élevé (40 % ont 85 ans ou plus). 13 % d'entre eux sont en situation d'isolement.

En établissements, la moitié des bénéficiaires de l'APA sont âgés de 85 ans ou plus, et 92 % vivent seuls.

- **A domicile comme en établissements, 14 % des bénéficiaires ont des ressources inférieures aux plafonds d'aide sociale.**

Parmi ceux-ci, une forte proportion est de nationalité étrangère (30 % à domicile, 11 % en établissements) et relève d'un niveau de dépendance élevé (40 % de GIR1-2 à domicile, 56 % en établissements).

Parmi ceux qui vivent à domicile, la moitié cohabite avec un proche.

En établissements (hors logements-foyers), quatre places sur dix leur sont accessibles, sous forme de places habilitées à l'aide sociale. Leur occupation est plus importante en unités de soins de longue durée (69 %) qu'en maisons de retraite (51 %).

Dans un contexte de restructuration des unités de soins de longue durée du secteur public - accompagnée parfois de fermeture de lits - il convient de s'interroger vivement sur la prise en charge future offerte aux personnes de faibles ressources accueillies dans ces structures.

- **A domicile, des services professionnels limités par un manque de personnel**

Bien que les services d'aide à domicile prestataires et les services de soins infirmiers à domicile interviennent sur la plupart des communes essonniennes, le manque de personnel réduit de fait considérablement leur champ d'action.

- **A domicile, peu de dispositifs pour le répit des aidants familiaux**

11 % des bénéficiaires de l'APA âgés de 75 ans ou plus demeurant à domicile sont atteints d'une maladie de type Alzheimer.

Six sur dix relèvent des niveaux de dépendance les plus sévères.

Plus de la moitié vivent avec leur conjoint à domicile.

Neuf sur dix ne bénéficient pas d'une prise en charge en accueil de jour.

De plus, bien que la moitié des établissements essonniens (hors logements-foyers) déclarent pouvoir accueillir ces personnes pour des séjours temporaires, moins de 5 % de leur capacité leur est réservée.

Ces constats plaident en faveur du développement de dispositifs permettant l'amélioration du diagnostic précoce (consultation mémoire, information des médecins de ville sur les critères de diagnostic et les consultations référentes), mais aussi de celui des structures d'hébergement temporaire et d'accueil de jour qui permettent aux personnes malades de conserver un environnement social et aux aidants familiaux de disposer d'un peu de répit.

L'enquête de prospection menée auprès des membres des équipes médico-sociales confirme l'importance de ces besoins : selon elles, entre 30 et 40 % des personnes rencontrées à domicile présentent des troubles cognitifs (ces proportions incluent non seulement les 11 % de personnes atteintes d'une maladie de type Alzheimer, résultat obtenu avec l'analyse des dossiers d'APA, mais aussi les personnes présentant des troubles cognitifs plus légers).

- **A domicile, des besoins qui vont au delà de la prise en charge actuelle offerte par l'APA**

38 % des bénéficiaires de l'APA demeurant à domicile ont des besoins insatisfaits. Ce sont les besoins en aide à domicile le dimanche et les jours fériés qui sont les moins couverts. Les faibles effectifs d'un tiers des services prestataires d'aide à domicile constituent un obstacle à la prise en charge des besoins identifiés, en particulier ceux en aide à domicile le dimanche et les jours fériés. Ces besoins en personnel sont d'ailleurs confirmés par la majorité des travailleurs sociaux dans l'enquête réalisée auprès des équipes médico-sociales. *Cependant, d'après cette enquête, les besoins émergents identifiés à partir du rapprochement entre le besoin déclaré et l'APA ne reflètent pas l'étendue des besoins réels des personnes âgées dépendantes, du fait de la non prise en charge par l'APA en Essonne d'autres prestations concourant à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes. Ces autres besoins concernent en particulier la prise en charge des frais de transport - indispensable pour se rendre à l'accueil de jour - mais aussi les appareillages auditifs, qui selon l'enquête HID, représentent le premier besoin non satisfait en aide technique des personnes âgées²⁹.*

- **En établissements, une offre développée**

En Essonne, la capacité d'hébergement destiné aux personnes âgées est d'environ 7 400 places installées (hors logements-foyers), ce qui représente 140 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus en 2003. Ce taux d'équipement figure parmi les plus élevés des départements franciliens (1,5 fois la moyenne régionale).

Néanmoins, la présence en Essonne de deux établissements gérontologiques gérés par l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris réduit l'offre disponible, puisqu'une partie de leurs lits de soins de longue durée est réservée à l'accueil des Parisiens âgés.

De fait, avec une capacité disponible d'environ 7 200 places, le taux d'équipement représente alors 135 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus.

- **En établissements, seule la moitié des personnes hébergées sont originaires du département.**

L'Essonne apparaît comme un département d'accueil pour l'hébergement des personnes âgées d'Ile-de-France : environ 3300 places sont occupées par des personnes ne demeurant pas en Essonne auparavant. En effet, l'équipement - plus développé dans ce département que dans le centre de la région - a pour conséquence la venue de Parisiens (15 % des personnes hébergées) et de personnes âgées originaires d'autres départements franciliens (18 %).

Le rapprochement familial joue sans aucun doute un rôle dans l'arrivée d'habitants de province, qui représentent 7 % des personnes accueillies.

- **En établissements, un retard de médicalisation des maisons de retraite et un manque d'aides-soignants... face à une population lourdement dépendante**

Parmi les résidents, près de six sur dix relèvent des niveaux de dépendance les plus sévères (GIR 1-2). Cette proportion atteint 84 % en unités de soins de longue durée.

D'ailleurs, les problèmes de dépendance - physique ou psychique - motivent la plupart des entrées en établissements.

Le niveau moyen de dépendance élevé des résidents en établissements pourrait entraîner à terme le passage en EHPAD de la plupart des établissements essonniens (hors logements-foyers et établissements réservés aux congrégations religieuses). Fin 2003, 23 établissements sur 88 sont devenus des EHPAD (mais aucun service hospitalier de soins de longue durée).

Malgré le niveau élevé de dépendance de la population accueillie dans les établissements de l'Essonne, en moyenne sept places sur dix ne sont pas médicalisées en maisons de retraite, ce qui est à rapprocher de la forte implantation du secteur privé lucratif en Essonne, moins médicalisé que les secteurs public et privé non lucratif.

Cette situation est d'autant plus préoccupante qu'elle s'inscrit dans un contexte de difficultés de recrutement de personnel, en particulier d'aides-soignants, qui représentent les premiers professionnels intervenant auprès des personnes âgées résidant en établissements.

- **En établissements, une prise en charge des personnes atteintes d'une maladie de type Alzheimer insuffisamment développée**

La moitié des résidents sont atteints d'une maladie de type Alzheimer, et cette proportion varie du simple au double selon le type de structures : quatre résidents sur dix en maisons de retraite sont atteints d'une maladie de type Alzheimer contre huit sur dix en unités de soins de longue durée.

Pour les prendre en charge, seulement un quart des établissements dispose d'une unité de vie qui leur est spécifiquement destinée, avec une capacité d'accueil variant de dix à trente places.

Ces constats plaident en faveur de l'amélioration du diagnostic précoce en maisons de retraite, mais aussi d'une réflexion sur la qualité de prise en charge de la maladie d'Alzheimer en établissements et le développement des unités de vie spécifiques de petite taille.

- **Quel devenir pour les logements-foyers dont le niveau moyen de dépendance est élevé ?**

Bien que la plupart des résidents en logements-foyers soient très âgés, leur niveau de dépendance est globalement très modéré. Néanmoins, quelques logements-foyers sont concernés - au même titre que les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée - par un éventuel passage en EHPAD, compte-tenu des caractéristiques de dépendance de leurs résidents.

Ces structures - comme les autres établissements d'hébergement pour personnes âgées - soulignent les problèmes de recrutement de personnel soignant.

- **Ces résultats confirment tout l'intérêt d'une exploitation des dossiers d'Allocation personnalisée d'autonomie.**

Ceux-ci constituent en effet une source d'informations précieuse, même si on a pu regretter, au cours de cette étude, l'absence de certaines informations, en particulier d'ordre sociodémographique, qui constituent des déterminants de santé bien identifiés.

Les visites des travailleurs sociaux membres des équipes médico-sociales représentent également une réelle opportunité de connaissance sur la population âgée dépendante demeurant à domicile.

Néanmoins, à l'heure actuelle, les outils dont disposent les équipes médico-sociales sont à questions ouvertes et d'usage irrégulier. Dès lors, l'information qui y est portée est très disparate et difficilement exploitable. C'est pourquoi, la conception d'une grille d'entretien semi-directif avec des items standardisés constituerait un atout considérable pour améliorer la connaissance des conditions de vie des personnes âgées, en particulier au niveau de l'aide informelle non rémunérée, mais aussi au niveau des conditions de logement.

Le dossier d'évaluation de la personne rempli par les assistantes sociales dans le cadre d'une sortie d'hôpital pourrait constituer le point de départ de la réflexion à engager. (Annexe 7) Ces informations devraient faire l'objet d'une saisie informatique pour pouvoir être exploitées ensuite. Bien sûr, l'implication des équipes médico-sociales est une condition sine qua non pour assurer la pérennité de ce dispositif.

L'évolution du formulaire de demande d'APA - comme celle du dossier d'évaluation des personnes âgées dépendantes à domicile - en vue d'une exploitation régulière, ne peut avoir lieu que dans le cadre d'une volonté départementale d'inscrire la prise en charge des personnes âgées comme une priorité de santé publique.

Notes

¹ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997.

² Selon les données du Conseil Général de l'Essonne, 6 277 personnes âgées bénéficiaient de l'APA au 31 décembre 2002, 6 451 au 31 décembre 2003 et 7 173 au 25 juin 2004.

³ DALBARADE-MORVAN M, « Le Mini-fichier des établissements pour personnes âgées en Ile-de-France - Décembre 2003 », *Observatoire régional de santé d'Ile-de-France*, juillet 2004.

⁴ Ont été utilisés comme base de travail les questionnaires d'enquêtes ponctuelles :

- ORS Ile-de-France 1995 - enquête en logements-foyers, maisons de retraite et unités de soins de longue durée,
- ORS Basse-Normandie 2000 - enquête en logements-foyers et maisons de retraite,
- DGAS/DGUHC - enquête en logements-foyers 2003-2004,

ainsi que le questionnaire de l'enquête AMS (AGGIR, Morbidité, Soins), enquête répétée en unités de soins de longue durée et maisons de retraite, réalisée par la DRASS Ile-de-France depuis 2000 et l'outil d'auto évaluation pour les établissements hébergeant des personnes âgées de la DGAS/DHOS (outil « Angélique »).

⁵ Le recensement distingue deux grandes catégories de population : celle des ménages et celle dite « hors ménage ».

- La définition du ménage retenue par l'INSEE 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. Les personnes vivant dans des logements-foyers pour personnes âgées font partie de la population des ménages.
- La population hors ménage comprend essentiellement celle vivant en collectivité, dans des habitations mobiles ainsi que les sans-abri.

⁶ Hors logements-foyers.

⁷ L'écart de taux d'équipement en établissements d'hébergement pour personnes âgées entre l'Essonne et le niveau national s'explique pour partie par la forte présence de centres hospitaliers gérés par l'AP-HP en Essonne. Ainsi, 58 % des lits des services hospitaliers de soins de longue durée établis en Essonne dépendent d'hôpitaux de l'AP-HP.

⁸ Y compris en logements-foyers.

⁹ L'activité des infirmières libérales étant difficilement quantifiable en terme de « places », seule les SSIAD ont été retenus pour rendre compte des soins à domicile.

¹⁰ DDASS 91 - données au 31 décembre 2003.

¹¹ Circulaire DHOS-F2/MARTHE/DGAS/DSS-1A n°2002-207 du 10 avril 2002 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2002 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

¹² Il s'agit des places en sections de cure médicale des maisons de retraite, de l'ensemble des places en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et de l'ensemble des lits des services hospitaliers de soins de longue durée.

¹³ Le taux national n'est disponible que pour l'année 2001 (en moyenne en France, 47 % des places étaient médicalisées au 1er janvier 2001), soit au tout début des signatures des premières conventions tripartites.

¹⁴ MORMICHE P, « Les personnes dépendantes en institution » in *INSEE PREMIERE*, n°669, août 1999.

¹⁵ Au sens de l'attribution de l'APA : personnes classées dans les GIR 1 à 4.

¹⁶ Bénéficiaires de l'ACTP pour les 60 ans ou plus, de la PSD et de l'APA, ces trois prestations n'étant pas cumulables entre elles (chiffres 2002 communiqués par le Conseil Général).

¹⁷ KERJOSSE R : « L'Allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2003 », in *DREES*, Etudes et résultats, n°298, mars 2004.

¹⁸ DESEQUELLES A, BROUARD N : « Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution », *Population-F*, 58(2), 2003, 201-228.

¹⁹ CAMBOIS E, ROBINE JM : « Problèmes fonctionnels et incapacités chez les plus de 55 ans : des différences marquées selon les professions et le milieu social », in *DREES*, Etudes et résultats, n°295, mars 2004.

²⁰ DUTHEIL N : « Les aides et les aidants des personnes âgées », in *DREES*, Etudes et résultats, n°142, 2001.

²¹ DUTHEIL N, op. cit.

²² KERJOSSE R, op. cit.

²³ CAMBOIS E, ROBINE JM, op. cit.

²⁴ DESEQUELLES A, BROUARD N, op. cit.

²⁵ Communication du Professeur Dominique LECOMTE, Directrice de l'Institut médico-légal de Paris, devant l'Académie nationale de médecine, mars 2004.

²⁶ DESEQUELLES A, BROUARD N, op. cit.

²⁷ RAMAROSON H et al : « Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans ou plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID », *Rev Neurol (Paris)* 2003 ;159 : 4, 405-411.

²⁸ La formule utilisée pour le calcul du taux de rotation dans les établissements est la suivante : $100 * [(nombre\ d'entrées + nombres\ de\ sorties) / 2] / nombre\ de\ résidents\ permanents$.

²⁹ KERJOSSE R, WEBER A : « Aides techniques et aménagements du logement : usages et besoins des personnes âgées vivant à domicile », in *DREES*, Etudes et résultats, n°262, septembre 2003.