



IReSP

Institut pour la Recherche
en Santé Publique

Rapport final de recherche

**Evolution des dispositifs de prise en charge de la perte
d'autonomie : quelles implications sur les choix des
personnes âgées ?**

EVOPACHOPA - 2021

Amélie Carrère, Delphine Roy

Octobre 2024

Soutenu par : CNSA



TABLE DES MATIERES

I. PARTIE SCIENTIFIQUE	4
Résumé	5
Abstract	7
Synthèse longue	9
2. Objectifs et enjeux de l'étude	10
3. Méthodologie détaillée	12
4. Résultats détaillés de l'étude	13
5. Discussion des résultats.....	17
6. Conclusion générale et perspectives.....	19
Rapport scientifique complet	20
PARTIE 1 : Motifs de recours à l'institution et ressources familiales	29
1. Revue de la littérature	31
1.1. Les facteurs jouant sur la prise en charge en établissement	31
1.2. Prévoir le niveau de recours aux établissements pour personnes âgées	33
2. Données et méthodes	34
2.1. Les données et les variables	34
2.1.1. Les enquêtes Handicap-Santé (2008-2009) et CARE (2015-2016).....	34
2.1.2 Les variables.....	35
2.2. Stratégie d'analyse	36
3. Analyses et résultats	37
3.1. L'effet des caractéristiques sur le recours aux établissements	37
3.2. Décomposition de l'évolution du recours	39
3.3. Effet de composition et changement de pratiques ?	40
4. Discussion	42
4.1. Synthèse des résultats	42
4.2. Limites	43
PARTIE 2 : Dynamique de l'offre en Ehpad et assimilés	48
2.1. Méthode et données	48



2.2. Résultats.....	50
4.3. Evolution temporelle des Ehpad	50
2. 3. Conclusion	60
PARTIE 3 : Tarification de l'aide à domicile	61
3. 1. Méthode et données	62
4. 2. Résultats	62
5. 3. Discussion	65
6. Poursuite des travaux et mise en cohérence des analyses.	65
II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	72

I. PARTIE SCIENTIFIQUE

Résumé

Evolution des dispositifs de prise en charge de la perte d'autonomie : quelles implications sur les choix des personnes âgées ?

Amélie Carrère, Delphine Roy

CONTEXTE

Près de 2 millions de personnes âgées en France nécessitent un accompagnement en raison d'une perte d'autonomie liée à l'âge. Malgré l'augmentation des besoins, le recours aux dispositifs de prise en charge n'a pas évolué de la même façon à domicile et en établissement. Cette stagnation soulève des interrogations : est-elle le reflet d'une offre insuffisante et inadaptée ? Ou traduit-elle une évolution des besoins et des préférences des individus ? Les enquêtes montrent que la grande majorité des seniors déclarent vouloir vieillir à domicile plutôt qu'en établissement. Dans ce contexte, les politiques publiques françaises ont encouragé un « virage domiciliaire » depuis les années 2000. L'objectif est de favoriser le maintien à domicile par la mise en place de dispositifs d'aide, tout en limitant le recours aux solutions institutionnelles, telles que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

OBJECTIFS

Ce projet répond aux questions de recherche suivantes : Comment ont évolué les déterminants de la demande de prise en charge en établissement (principalement les besoins d'assistance, les ressources, et les préférences) et notamment l'incapacité au cours du temps ? Est-ce que ces évolutions ont eu l'effet escompté sur le recours aux dispositifs de prise en charge ? Si non, pour quelles raisons ? Comment a évolué l'offre en quantité, prix et nature ? Contribue-t-elle à expliquer l'évolution du recours ?

MÉTHODOLOGIE

La principale partie du projet, ayant abouti à la publication d'un article *dans Economie et Statistique*, repose sur un modèle microéconomique de choix individuel, dans lequel chaque personne compare les différentes options de prise en charge en fonction des coûts, des bénéfices perçus et des contraintes budgétaires. Ce cadre permet d'identifier les facteurs influençant le recours aux dispositifs d'aide, tout en tenant compte des préférences individuelles et des contraintes structurelles de l'offre. Pour quantifier l'évolution des phénomènes observés, on utilise la méthode de décomposition statistique développée par Yun (2004).

La seconde partie du projet est plus descriptive, mais présente l'originalité de rassembler des informations issues d'un grand nombre de bases de données, et de présenter une analyse dans le temps de l'évolution de l'offre – en particulier en Ehpad.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Entre 2008 et 2015, la part des personnes âgées de 75 ans ou plus vivant en établissement a légèrement augmenté, passant de 8,4 % à 9,2 %, soit une progression de seulement 0,8 point. Cette évolution contraste avec la forte croissance des besoins, due notamment au

vieillesse démographique et à l'augmentation de la population des 90 ans et plus, qui est passée de 7,9 % à 14,3 % sur la même période.

La décomposition des effets révèle que :

- 80 % de l'évolution s'explique par des changements de composition démographique et sanitaire. L'augmentation des limitations fonctionnelles sévères et la proportion croissante de personnes âgées très dépendantes ont mécaniquement accru les besoins en prise en charge institutionnelle.
- 20 % de l'évolution restent inexplicables et semblent liés à des facteurs structurels, comme les contraintes d'accès aux établissements (files d'attente, coûts) ou des changements de préférences individuelles en faveur du maintien à domicile.

Les effets identifiés changent de sens selon si on tient compte de l'offre dans les analyses. Il a donc semblé essentiel d'améliorer la mesure de l'offre pour mieux comprendre ces résultats préliminaires. L'analyse de la base FINISS montre que les Ehpad qui ferment sont de plus petite taille que les entrants sur le marché.

Enfin, l'étude des tarifs des SAAD en lien avec leur mode de tarification ouvre de nouvelles pistes d'études. En effet, il semblerait que les services d'aide à domicile ayant des parts de marché plus élevées (toutes choses égales par ailleurs) négocient des tarifs plus élevés, alors qu'on pourrait s'attendre à ce que les plus gros services aient des économies d'échelle leur permettant de réduire leur coût. On constate enfin que le tarif négocié une fois tenu compte des caractéristiques des services est plus élevé dans les départements « riches » au sens du potentiel fiscal.

APPORTS OU IMPACTS POTENTIELS

Ce projet permet d'apporter des éléments de contexte importants dans le cadre de la politique du virage domiciliaire, mise en œuvre par les pouvoirs publics depuis les années 2000. La mise en perspective du recours aux établissements et services montre que les effets d'une politique d'offre ne sont pas univoques mais qu'il faut prendre en compte les interactions entre offre (yc accessibilité géographique et financière) et demande.

Il est à noter que les questions de recherche ainsi soulevées, et les exploitations de données initiées dans le projet EvoPACHoPA, ont été poursuivies, dans les projets EQUIDEC (IRESP) et EQUIDEC-2 (ANR), ainsi que dans le projet THEMIS, auxquels a participé Amélie Carrère, première porteuse du projet EvoPACHoPA.

Abstract

[Evolution of care supply for the elderly : what are the implications for elderly people's choices ?]

[Amélie Carrère, Delphine Roy]

CONTEXT

Nearly 2 million elderly people in France require support due to age-related loss of autonomy. Despite the increase in needs, the use of care services has not evolved in the same way at home and in institutions. This stagnation raises a number of questions: does it reflect inadequate care provision? Or does it reflect changing individual needs and preferences? Surveys show that the vast majority of seniors say they want to age at home. Against this backdrop, French public policy has been encouraging an "ageing in place" policy since the 2000s. The aim is to encourage people to stay at home by setting up support systems, while limiting recourse to institutional solutions, such as nursing homes (Ehpad).

OBJECTIVES

This project addresses the following research questions: How have the determinants of demand for residential care (mainly needs, and in particular disability, resources, and preferences) changed over time? Have these changes had the expected effect on the use of care services? If not, why not? How has supply evolved in terms of quantity, price and type? Does changes in supply help explain changes in use?

METHODS

The main part of the project, which led to the publication of an article *in Economie et Statistique*, is based on a microeconomic model of individual choice, in which each person compares different care options in terms of costs, perceived benefits and budgetary constraints. This framework makes it possible to identify the factors influencing the use of care services, while taking into account individual preferences and structural supply constraints. To quantify the observed change, we use the statistical decomposition method developed by Yun (2004).

The second part of the project is more descriptive, but has the originality of bringing together information from a large number of databases, and presenting an analysis over time of changes in supply – particularly as regards nursing homes.

MAIN RESULTS

Between 2008 and 2015, the proportion of people aged 75 and over living in care homes rose slightly, from 8.4% to 9.2%, an increase of just 0.8 points. This contrasts with the strong growth in needs, due in particular to demographic ageing : the population aged 90 and over rose from 7.9% to 14.3% over the same period.

A breakdown of the effects reveals that :

- 80% of the evolution is explained by changes in demographic and health composition. The rise in severe functional limitations and the growing proportion of very dependent elderly people have mechanically increased the need for institutional care.
- 20% of the change remains unexplained and seems to be linked to structural factors, such as constraints on access to facilities (queues, costs) or changes in individual preferences in favor of home care.

The effects identified change in direction depending on whether supply is taken into account in the analyses. It therefore seemed essential to improve the measurement of supply to better understand these preliminary results. Analysis of the FINESS database shows that the nursing homes closing are smaller than those entering the market.

Finally, a study of the rates charged by homecare services in relation to their pricing method opens up new avenues of investigation. Indeed, it seems that homecare services with higher market shares (all else being equal) negotiate higher rates, whereas one might expect larger services to have economies of scale enabling them to reduce their costs. Finally, we note that the negotiated rate, once service characteristics are taken into account, is higher in "rich" départements in terms of "fiscal potential" (*potential fiscal*).

OUTCOMES OR POTENTIAL IMPACTS

This project provides important context elements for the "ageing in place" policies implemented by public authorities since the 2000s. Putting the use of facilities and services into perspective shows that the effects of a supply policy are not unequivocal, but that the interactions between supply (including geographical and financial accessibility) and demand must be taken into account in order to relevantly plan the development of care solutions.

The research questions thus raised, and the data exploitations initiated in the EvoPACHoPA project were pursued in the EQUIDEC (IRESP) and EQUIDEC-2 (ANR) projects, as well as in the THEMIS (CNSA) project, two projects in which Amélie Carrère, the first EvoPACHoPA project leader, participated.

Synthèse longue

Evolution des dispositifs de prise en charge de la perte d'autonomie : quelles implications sur les choix des personnes âgées ?
Amélie Carrère puis Delphine Roy (à partir de janvier 2024), Institut des politiques publiques
Appel à projets thématique « Etablissements, services et transformation de l'offre médico-sociale » 2021 (session 3)
N/A
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> « Modalité du projet Projet de recherche complet Modalité du projet » </div>

Messages clés du projet

- Les évolutions démographiques et de l'offre, seules, ne suffisent pas à expliquer l'évolution du recours aux établissements pour personnes âgées dépendantes.
- La présence de l'entourage familial est un facteur clé qui diminue le recours, principalement pour les femmes.
- Les Ehpad qui entrent sur le marché ont en moyenne une plus grande capacité que ceux qui ferment, concourant à l'augmentation du nombre de places. Les établissements privés lucratifs sont également plus nombreux parmi les entrants, ce qui augmente leur part de marché tout au long de la période 2000-2020.
- Les services à domicile qui ont la plus grande part de marché n'ont pas des tarifs plus bas : le pouvoir de négociation des tarifs avec le département semble jouer en sens inverse des économies d'échelle.

En France, le vieillissement démographique constitue l'une des transformations sociales et économiques les plus marquantes du XXI^e siècle. D'après les projections de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), la part des personnes âgées de 65 ans ou plus devrait passer de **20 % de la population totale en 2020 à près de 30 % en 2070**.

Cette évolution s'inscrit dans un double phénomène : d'une part, l'augmentation de l'espérance de vie, grâce aux progrès médicaux et à l'amélioration des conditions de vie, et d'autre part, l'arrivée des générations du baby-boom à des âges avancés. Parallèlement, cette croissance démographique des seniors s'accompagne d'un défi majeur : la **prise en charge de la perte d'autonomie**.

Les incapacités liées à l'âge, qu'elles soient physiques, cognitives ou fonctionnelles, concernent une part croissante de la population. Les chiffres actuels montrent que **près de 2 millions de personnes âgées** en France nécessitent un accompagnement régulier. Ce besoin d'assistance se traduit par un recours croissant aux dispositifs d'aide, qu'ils soient fournis à domicile ou en établissement. Néanmoins, un paradoxe persiste : malgré l'augmentation des

besoins, le **recours aux dispositifs de prise en charge n'a pas évolué à la même échelle**. Cette stagnation soulève des interrogations fondamentales : est-elle le reflet d'une offre insuffisante et inadaptée ? Ou traduit-elle une évolution des besoins et des préférences des individus ?

Les préférences des personnes âgées jouent un rôle clé dans ce constat. Les enquêtes montrent que la grande majorité des seniors souhaite **vieillir à domicile** plutôt qu'en établissement. Ce choix repose sur plusieurs raisons : l'attachement au lieu de vie, le désir d'indépendance et la volonté d'éviter les structures perçues comme impersonnelles ou contraignantes. Dans ce contexte, les politiques publiques françaises ont encouragé un « **virage domiciliaire** » depuis les années 2000. L'objectif est de favoriser le maintien à domicile par la mise en place de dispositifs d'aide, tout en limitant le recours aux solutions institutionnelles, telles que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Cependant, cette orientation politique ne s'est pas accompagnée d'une transformation structurelle suffisante de l'offre. Les services d'aide à domicile souffrent de **fragmentation** et de **manque de coordination**. Dans le même temps, les établissements existants faisaient jusqu'à la crise sanitaire de 2020 face à une **saturation croissante**, avec des taux d'occupation élevés et des listes d'attente pour certains établissements. Ces dysfonctionnements limitent les choix des individus et exercent une pression accrue sur les aidants familiaux, souvent épuisés par la charge du soutien quotidien.

Ce rapport s'inscrit dans cette problématique centrale. Il propose d'analyser les évolutions de l'offre et des besoins en matière de prise en charge de la perte d'autonomie. À partir de données quantitatives, l'étude examine les **facteurs déterminants du recours** aux différents dispositifs disponibles. L'approche adoptée permet de distinguer les effets liés à l'évolution des besoins (âge, état de santé, situation familiale) de ceux découlant des contraintes structurelles de l'offre (disponibilité, coûts, accessibilité).

L'enjeu de cette recherche est double :

- Mieux comprendre les dynamiques à l'œuvre dans l'évolution du recours aux dispositifs de prise en charge.
- Proposer des recommandations pour **adapter l'offre** aux besoins croissants des personnes âgées, tout en respectant leurs préférences individuelles.

Dans cette perspective, le rapport s'articule autour de plusieurs axes : une description détaillée de l'offre existante, une analyse des déterminants du recours aux dispositifs, une discussion des résultats obtenus.

2. Objectifs et enjeux de l'étude

La prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées soulève des défis majeurs pour la société française. À la fois **sanitaire, économique et social**, cette problématique s'inscrit dans un contexte de vieillissement accéléré de la population et de contraintes budgétaires croissantes pour les finances publiques. L'enjeu est de garantir à chaque individu une prise en charge adaptée et respectueuse de ses préférences, tout en assurant la viabilité des dispositifs existants et futurs.

Cette étude répond à plusieurs objectifs fondamentaux. Le premier consiste à **décrire et analyser l'évolution de l'offre de prise en charge** des personnes âgées dépendantes au cours des dernières décennies. Bien que les politiques publiques aient clairement encouragé le maintien à domicile, cette orientation s'est traduite par une transformation inégale et partielle de l'offre. Les établissements d'hébergement continuent de jouer un rôle central, malgré des taux d'occupation très élevés. De leur côté, les services à domicile se sont multipliés, mais dans un cadre souvent fragmenté, caractérisé par un manque de coordination entre les acteurs impliqués, et une faible attractivité des métiers qui se traduisent par un fort turnover et des difficultés de recrutement croissantes.

Dans ce contexte, il devient essentiel d'interroger **l'adéquation entre l'offre et les besoins des personnes âgées**. La faible progression du recours aux dispositifs de prise en charge – à domicile comme en institution – pourrait-elle s'expliquer par une évolution des besoins réels ? Ou est-elle plutôt liée à une offre insuffisante, inadaptée ou trop complexe pour être mobilisée efficacement par les familles ? Cette question constitue le fil conducteur de cette recherche.

Le second objectif de cette étude est d'**identifier les facteurs déterminants du recours** aux dispositifs de prise en charge. Plusieurs dimensions sont explorées pour comprendre ce phénomène :

1. **L'état de santé et les besoins fonctionnels des personnes âgées**, notamment la présence de limitations physiques et/ou cognitives.
2. **Les ressources familiales**, comme la disponibilité d'un conjoint ou d'enfants pouvant assurer un soutien quotidien.
3. **Les contraintes économiques**, incluant les revenus des ménages, les coûts associés aux différents dispositifs et les subventions disponibles.
4. **Les préférences individuelles**, qui reflètent les aspirations des personnes âgées à vieillir à domicile ou en établissement.

L'analyse de ces déterminants permet de mieux comprendre les choix effectués par les personnes âgées et leurs familles, tout en identifiant les facteurs susceptibles d'influencer ces décisions au fil du temps. Elle vise également à éclairer les **changements de comportements et de préférences** observés au cours des dernières années, à la lumière des évolutions sociales, économiques et démographiques.

Enfin, le troisième objectif de cette recherche est d'**évaluer les implications pour les politiques publiques**. Les résultats obtenus offrent un cadre de réflexion pour repenser l'organisation et le financement de la prise en charge de la dépendance en France. Ils mettent en lumière les limites des dispositifs actuels, qu'il s'agisse de l'offre en établissement ou des services d'aide à domicile. À partir de ces constats, l'étude propose des recommandations concrètes pour améliorer **l'efficacité et l'accessibilité des dispositifs existants**.

Plus spécifiquement, l'étude vise à :

- Proposer des **solutions intermédiaires** adaptées aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie modérée, telles que les résidences autonomie et les services d'accueil de jour.
- Renforcer la **coordination des dispositifs d'aide à domicile**, afin de simplifier le parcours des bénéficiaires et de leurs familles.
- Soutenir les **aidants familiaux**, qui jouent un rôle essentiel dans le maintien à domicile, tout en étant confrontés à des risques d'épuisement physique et psychologique.
- Réduire les **inégalités territoriales**, en assurant une meilleure répartition géographique des services et des établissements sur l'ensemble du territoire.

3. Méthodologie détaillée

3.1. Mobilisation de nombreuses bases de données

L'étude repose sur l'exploitation de plusieurs bases de données complémentaires, permettant une analyse fine et détaillée des phénomènes étudiés :

- Les **enquêtes Handicap-Santé (2008-2009)** et **CARE (2015-2016)**, réalisées par la DREES, constituent les principales sources d'information sur les besoins des personnes âgées. Ces enquêtes couvrent à la fois les individus vivant à domicile et ceux résidant en établissement, en fournissant des données précises sur leur état de santé, leurs limitations fonctionnelles et leurs conditions de vie.
- Les **données administratives** également collectées par la DREES (bases EHPA, SAE, Finess), par la CNAMTS (Amos, PMSI-HAD) et issues des dispositifs CESU permettent de caractériser l'offre de prise en charge, qu'il s'agisse des services à domicile ou des établissements. Ces données incluent des informations sur le nombre de places disponibles, le personnel mobilisé (équivalents temps plein) et les coûts associés aux différents dispositifs.

L'intégration de ces différentes sources a nécessité un travail méthodologique approfondi pour harmoniser les données et combler les lacunes existantes. En particulier, un travail de suppression des doubles comptes a été effectué. Nous avons également dû estimer la part de chaque dispositifs réellement consacrée à l'aide aux personnes âgées (parmi tous les services d'aide à domicile par exemple).

3.2. Cadre analytique et outils statistiques

L'analyse repose sur un **modèle microéconomique de choix individuel**, dans lequel chaque personne compare les différentes options de prise en charge en fonction des coûts, des bénéfices perçus et des contraintes budgétaires. Ce cadre permet d'identifier les facteurs influençant le recours aux dispositifs d'aide, tout en tenant compte des préférences individuelles et des contraintes structurelles de l'offre.

Pour quantifier l'évolution des phénomènes observés, nous avons utilisé la **méthode de décomposition statistique** développée par Yun (2004). Cette approche permet de distinguer les effets suivants :

1. **L'effet des besoins**, qui correspond à l'évolution des caractéristiques des individus (âge, état de santé, situation familiale).
2. **L'effet de l'offre**, qui résulte des changements dans la disponibilité, l'accessibilité et les coûts des dispositifs de prise en charge.
3. **Les effets inexplicables**, qui traduisent des changements de comportements ou de préférences non directement observables dans les données.

Concrètement, la méthode consiste à comparer deux périodes (2008 et 2015) en décomposant les évolutions observées en plusieurs composantes. Cette approche permet de répondre à des questions précises : **quelle part de l'évolution du recours aux dispositifs s'explique par le vieillissement démographique ? Quelle part résulte de l'évolution de l'offre ? Quels autres facteurs, comme les préférences individuelles ou les politiques publiques, jouent un rôle déterminant ?**

4. Résultats détaillés de l'étude

4.1. État des lieux de l'offre de prise en charge en France

L'étude met en lumière la structure actuelle de l'offre de prise en charge pour les personnes âgées en perte d'autonomie. En 2015, environ **715 000 équivalents temps plein (ETP)** étaient mobilisés pour répondre aux besoins de cette population. Cette offre se répartit principalement entre :

- Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (**EHPAD**) et autres structures similaires, qui concentrent plus de **52 % des effectifs**, soit environ 377 500 ETP.
- Les services d'aide à domicile, comprenant les soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services polyvalents d'aide et de soins (SPASAD), les infirmiers libéraux, et les aides-ménagères employées directement par des particuliers. Ces dispositifs représentent environ **30 % des effectifs**.
- Les solutions intermédiaires, comme l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire, qui restent encore peu développées et mobilisent moins de **5 % des ressources humaines totales**.

Malgré les effectifs importants de travailleurs employés par ce secteur, l'offre reste insuffisante pour répondre aux besoins croissants liés au vieillissement de la population. L'inégale répartition territoriale des EHPAD, combinée à des listes d'attente parfois longues (avant 2020-2021), limite l'accès aux places d'hébergement. De leur côté, les services à domicile souffrent d'un manque de coordination entre les différents acteurs et d'importantes inégalités géographiques. Les régions rurales, en particulier, sont confrontées à une pénurie marquée de professionnels qualifiés.

4.2. Déterminants du recours aux établissements d'hébergement

L'analyse statistique a permis d'identifier plusieurs facteurs déterminants dans le choix d'une prise en charge en établissement. Ces facteurs se regroupent autour de trois grandes dimensions :

1. L'état de santé et les limitations fonctionnelles :

Le principal moteur du recours aux établissements reste l'état de santé des personnes âgées. Les limitations fonctionnelles, qu'elles soient physiques ou cognitives, jouent un rôle prépondérant. L'article publié dans Economie et Statistique, qui constitue la principale publication scientifique directement issue du projet, montre que :

- Les personnes présentant des limitations sévères dans leurs activités de la vie quotidienne (AVQ), comme se laver, s'habiller ou manger, sont beaucoup plus susceptibles d'entrer en établissement.
- Les troubles cognitifs, en particulier lorsqu'ils s'accompagnent de limitations physiques, augmentent significativement la probabilité d'une institutionnalisation.

2. Les ressources familiales :

La disponibilité d'un entourage familial capable d'assurer un soutien quotidien influence fortement le maintien à domicile. Les personnes vivant en couple ou ayant des enfants sont nettement moins enclines à recourir aux établissements. Entre 2008 et 2015, une augmentation de la proportion des personnes âgées vivant en couple (+4,6 points) a contribué à limiter l'augmentation des admissions en institution.

3. Les facteurs économiques :

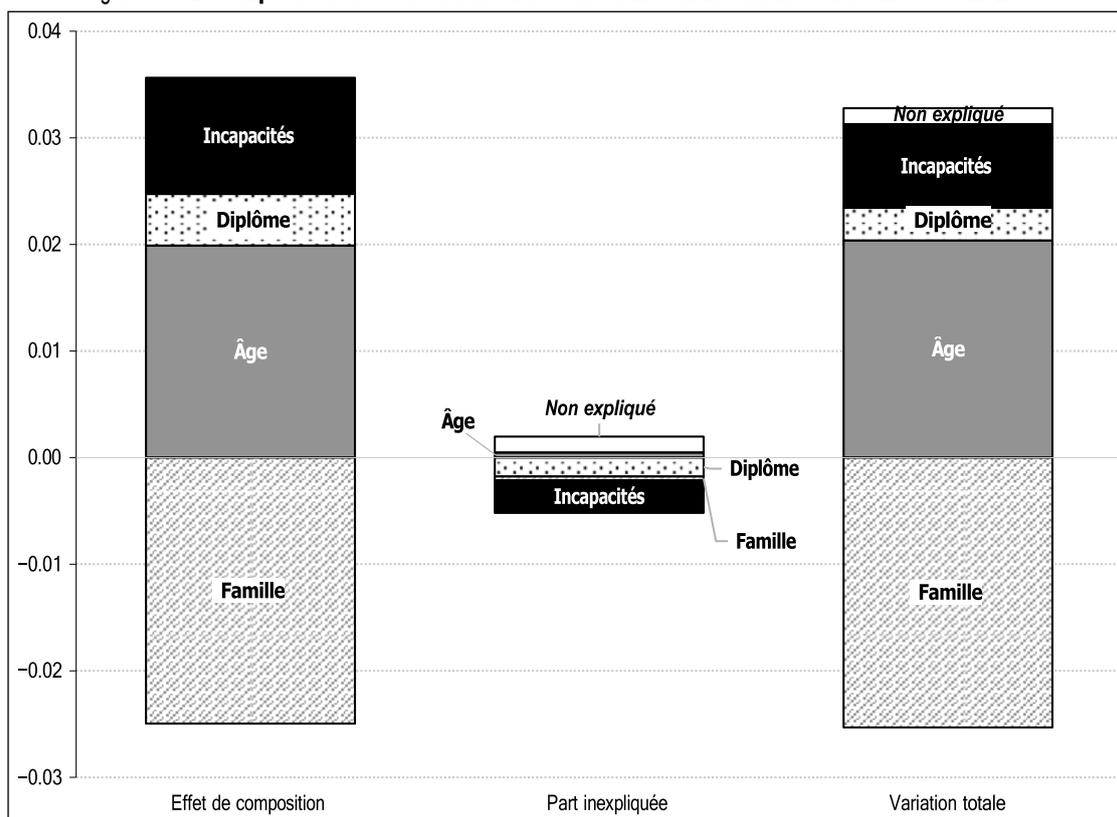
Les coûts élevés des établissements, associés à des aides publiques parfois insuffisantes pour couvrir le reste à charge, jouent également un rôle dissuasif. Les personnes issues de milieux socio-économiques favorisés, disposant de revenus suffisants ou de patrimoines importants, privilégient souvent des solutions d'aide à domicile complètes plutôt que le recours aux EHPAD.

4.3. Évolution du recours : une progression limitée et contrastée

Entre 2008 et 2015, la part des personnes âgées de 75 ans ou plus vivant en établissement a légèrement augmenté, passant de **8,4 % à 9,2 %**, soit une progression de seulement **0,8 point**. Cette évolution contraste avec la forte croissance des besoins, due notamment au vieillissement démographique et à l'augmentation de la population des **90 ans et plus**, qui est passée de 7,9 % à 14,3 % sur la même période.

Les résultats sont présentés dans la figure A de manière résumée, c'est à dire en sommant les effets des modalités des facteurs.

Figure A - Décomposition de l'évolution du recours aux établissements entre 2008 et 2015



Note : paramètres de référence de 2015 ; représentation de la somme des contributions des variables diplôme, famille (présence d'un conjoint ; d'au moins un enfant ; d'un frère ou une sœur), incapacités, sexe, âges.

Lecture : les incapacités ont contribué positivement à l'augmentation du recours aux EHPA sur la période (effet total) via une contribution positive à l'effet de composition (due à l'accroissement de la prévalence des restrictions d'activité entre 2008 et 2015) et une contribution négative, mais de moindre ampleur, à l'effet inexpliqué (due à une diminution, non significative, du lien entre incapacité et recours).

Sources et champ : DREES, enquêtes HSM 2008, HSI 2009, CARE-Ménages 2015 et CARE-Institutions 2016. Individus de 75 ans ou plus résidant en France métropolitaine en 2008 et 2015 (à domicile et en établissement).

Cette décomposition détaillée confirme que le vieillissement démographique (changement de la composition selon les classes d'âge) est le principal facteur tendant à faire augmenter le taux de recours sur cette période avec, toutes choses égales par ailleurs, une progression de +2 pp (l'augmentation de la part des plus de 90 ans ayant la contribution la plus marquée). L'évolution des incapacités (notamment l'augmentation de la prévalence des RA) et celle du niveau de diplôme renforcent cette tendance vers un plus grand recours (respectivement +1.1 pp et +0.5 pp). En revanche, l'évolution des structures familiales des personnes âgées contrebalance ces tendances en induisant une réduction du taux d'institutionnalisation entre 2008 et 2015 (-2.5 pp). Cet effet est principalement dû à l'augmentation du nombre de personnes en couple (-1.6 pp), puis à l'augmentation du nombre de personnes avec au moins un enfant (-0.7 pp). La réduction des effectifs de personnes âgées sans frère ni sœur y contribue également (-0.2 pp), mais de manière non significative. Cette évolution globale des structures familiales fait plus que compenser l'effet du vieillissement démographique, signe que l'évolution de la densité de l'entourage familial est un facteur important pour anticiper les besoins de capacité d'accueil à l'avenir.

La décomposition des effets révèle que :

- **80 % de l'évolution** s'explique par des changements de composition démographique et sanitaire. L'augmentation des limitations fonctionnelles sévères et la proportion croissante de personnes âgées très dépendantes ont naturellement accru les besoins en prise en charge institutionnelle.
- **20 % de l'évolution** restent inexplicables et semblent liés à des facteurs structurels, comme les contraintes d'accès aux établissements (files d'attente, coûts) ou des changements de préférences individuelles en faveur du maintien à domicile.

Un effet très important concerne l'effet de l'offre de prise en charge en établissement. La progression de son coût a fortement contribué à la baisse du recours à l'institution alors que la création de places l'a favorisée. Ces analyses demandent à être approfondies car les effets identifiés changent de sens selon si on tient compte de l'offre dans les analyses. Il a donc semblé essentiel d'améliorer la mesure de l'offre pour mieux comprendre ces résultats préliminaires.

4.4. Une offre fragmentée et inégalement répartie

L'étude met en lumière la fragmentation de l'offre de services, en particulier dans le secteur de l'aide à domicile. Les dispositifs existants, tels que les SSIAD, les SPASAD et les aides-ménagères employées directement par les particuliers, fonctionnent souvent de manière cloisonnée, rendant leur coordination difficile pour les bénéficiaires.

Les inégalités géographiques constituent un autre frein majeur à l'accès aux services. Certaines régions urbaines, comme l'Île-de-France ou la région Rhône-Alpes, disposent d'une offre relativement abondante, tandis que les zones rurales ou périphériques, comme certaines parties de la Bretagne ou du Centre-Val de Loire, peinent à répondre à la demande.

4.5. Changements de comportements et de préférences

Les comportements des individus face à la dépendance ont également évolué au cours des dernières décennies. Plusieurs tendances se dégagent :

- Une **préférence pour le maintien à domicile**, renforcée par les politiques publiques de « virage domiciliaire ».
- Une plus grande implication des aidants familiaux, souvent au détriment de leur propre bien-être. L'épuisement des aidants, notamment des conjoints et des enfants, reste un enjeu majeur non seulement pour les familles, mais aussi pour les pouvoirs publics, qui doivent renforcer les dispositifs de soutien.

Ces résultats soulignent les tensions entre l'évolution des besoins et les limites de l'offre actuelle. Si les politiques publiques ont encouragé le maintien à domicile, l'insuffisance des services disponibles, combinée à une saturation des établissements, limite les choix des

individus et des familles. Ces dynamiques appellent à une transformation structurelle des dispositifs d'aide et à une meilleure prise en compte des attentes des personnes âgées.

5. Discussion des résultats

Les résultats obtenus dans cette étude mettent en lumière des dynamiques complexes qui sous-tendent l'évolution de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Ils soulèvent la question de l'adéquation entre l'offre et les besoins, ainsi que sur l'efficacité des politiques publiques visant à encourager le maintien à domicile. En cela, la recherche EvoPaChoPa a contribué à nourrir la réflexion ayant abouti au rapport « Vieillir à domicile » publié par l'IPP en mars 2023, qui interroge la faisabilité du virage domiciliaire prôné par les pouvoirs publics.

5.1. Une tension croissante entre besoins et offre

Le vieillissement démographique en France conduit à une augmentation mécanique des besoins en matière de prise en charge. La proportion des personnes âgées de 90 ans ou plus, particulièrement exposées à des limitations fonctionnelles sévères, a doublé entre 2008 et 2015. Pourtant, cette augmentation ne s'est pas traduite par une évolution proportionnelle du recours aux dispositifs, notamment aux établissements d'hébergement. Ce paradoxe peut s'expliquer par plusieurs facteurs.

D'une part, l'insuffisance de l'offre en établissement limite l'accès aux solutions institutionnelles, même pour les profils les plus dépendants. Les taux d'occupation élevés, associés soit à un reste à charge important pour les personnes ne pouvant pas bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), soit au recours sur succession annoncé en cas de recours à l'ASH, créent une barrière d'entrée qui pousse de nombreuses personnes à privilégier des alternatives à domicile, par choix ou par défaut. Ces choix contraints s'accompagnent parfois d'un épuisement des aidants familiaux, qui endossent une part croissante de la prise en charge.

D'autre part, le morcellement des dispositifs d'aide à domicile nuit à leur efficacité. Si les politiques publiques ont encouragé le développement de services tels que les SSIAD et les SPASAD, leur coordination reste insuffisante pour offrir une réponse globale aux besoins des personnes âgées. Cette fragmentation complexifie le parcours des bénéficiaires et de leurs familles, qui doivent naviguer entre plusieurs acteurs aux compétences et aux financements cloisonnés.

5.2. Les effets contrastés du virage domiciliaire

L'un des résultats marquants de cette recherche est la faible progression du recours aux établissements, malgré l'augmentation des besoins. Cette tendance reflète en partie les effets du virage domiciliaire promu par les pouvoirs publics. L'objectif de favoriser le maintien à domicile repose sur plusieurs arguments, notamment le respect des préférences individuelles

et la maîtrise des coûts collectifs liés à la dépendance. Cependant, cette orientation s'accompagne de limites importantes.

En théorie, le maintien à domicile permet de répondre aux aspirations des personnes âgées, qui expriment une nette préférence pour rester dans leur environnement familial. En pratique, cette stratégie repose sur une mobilisation accrue des aidants familiaux, souvent au détriment de leur propre santé et de leur qualité de vie. Les conjoints et les enfants des personnes dépendantes sont confrontés à une charge physique et émotionnelle importante, exacerbée par l'insuffisance des soutiens disponibles.

Par ailleurs, l'absence de solutions intermédiaires adaptées, telles que les résidences autonomie ou l'hébergement temporaire, limite les options disponibles pour les familles. Ces dispositifs, encore sous-développés en France, pourraient pourtant offrir une réponse adaptée aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie modérée. Leur développement a récemment été recommandé par un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS, 2024).

5.3. Les inégalités territoriales, un obstacle majeur

Les résultats révèlent également des disparités géographiques importantes dans l'accès aux dispositifs de prise en charge. Ces inégalités, particulièrement marquées entre les zones urbaines et rurales, reflètent à la fois des différences de densité de population et des choix politiques locaux.

Dans les grandes agglomérations, les services d'aide à domicile et les établissements sont généralement plus nombreux et mieux dotés. En revanche, les territoires ruraux ou périphériques souffrent souvent d'une offre limitée, en raison d'un manque de professionnels qualifiés et de difficultés d'organisation des services.

5.4. Les enjeux financiers et économiques

Le coût des dispositifs de prise en charge constitue un frein important, tant pour les individus que pour les collectivités. Les établissements d'hébergement, en particulier, restent inaccessibles pour une part significative de la population en raison d'un reste à charge élevé. Cette situation incite certaines familles à privilégier des solutions à domicile, même lorsque celles-ci ne répondent pas pleinement aux besoins de la personne en perte d'autonomie.

Du côté des services à domicile, la question du financement se pose également avec acuité. Les aides publiques, bien que nombreuses, sont souvent fragmentées et insuffisantes pour couvrir l'ensemble des dépenses. Cette situation pousse les familles à mobiliser leurs propres ressources, créant des inégalités importantes selon le niveau de revenu et de patrimoine des ménages.

Ainsi, si le virage domiciliaire permet de répondre à certaines aspirations des personnes âgées, il a également exacerbé les limites de l'offre existante et les inégalités d'accès.

6. Conclusion générale et perspectives

La prise en charge de la perte d'autonomie constitue l'un des défis majeurs auxquels la France doit faire face dans les décennies à venir. Cette étude a permis de mettre en lumière les tensions croissantes entre une demande en forte hausse, portée par le vieillissement démographique, et une offre fragmentée et insuffisante. Elle a également souligné l'importance des préférences individuelles et des contraintes structurelles dans les choix opérés par les personnes âgées et leurs familles.

Les résultats de cette recherche permettent d'identifier trois enseignements majeurs :

1. **Le vieillissement démographique n'est pas le seul facteur moteur du recours aux dispositifs de prise en charge.** Les évolutions constatées s'expliquent également par des changements structurels, comme la transformation des structures familiales (augmentation des couples âgés) et des préférences individuelles en faveur du maintien à domicile.
2. **L'offre actuelle reste inadaptée à la diversité des besoins.** Les solutions intermédiaires, telles que les résidences autonomie ou l'accueil de jour, sont insuffisamment développées, tandis que les services à domicile et les établissements souffrent d'un manque de coordination et de ressources.
3. **Les inégalités territoriales et économiques exacerbent les tensions.** Les disparités régionales dans l'accès aux dispositifs, combinées aux coûts élevés des solutions institutionnelles, limitent les choix des individus, en particulier ceux issus de milieux modestes ou résidant en zones rurales.

Rapport scientifique complet

Rappel : Ce document n'est requis que pour les projets soutenus par la CNSA

Evolution des dispositifs de prise en charge de la perte d'autonomie : quelles implications sur les choix des personnes âgées ?
Amélie Carrère puis Delphine Roy (à partir de janvier 2024), Institut des politiques publiques
Appel à projets thématique « Etablissements, services et transformation de l'offre médico-sociale » 2021 (session 3)
Pas d'équipe partenaire
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> « Modalité du projet Projet de recherche complet Modalité du projet » </div>

I. Contexte de la recherche

En France, la proportion des 65 ans ou plus devrait augmenter d'ici à 2070 de dix points de pourcentage (Blanpain et Buisson, 2016). Or les risques de maladies, d'incapacités et de perte d'autonomie augmentent fortement avec l'âge. Selon Brunel et Carrère (2018), à domicile, la proportion de personnes âgées déclarant des difficultés dans la réalisation d'activités de la vie quotidienne est 9 fois plus importante chez les femmes âgées de 90 ans ou plus que chez les femmes âgées de 60-64 ans (7 fois plus importante chez les hommes pour les mêmes tranches d'âge). Différentes enquêtes d'opinion indiquent que les individus ont une préférence pour une prise en charge à domicile plutôt qu'en établissement et en priorité une prise en charge par l'entourage plutôt que par des professionnels (Eurobarometer, 2007 ; Colombo *et al.*, 2011).

Par ailleurs, les politiques publiques de l'autonomie se voient enjointes de prendre un « virage domiciliaire » qui correspond à la fois au souhait de la majorité des personnes âgées de « vieillir chez soi », et à une volonté plus globale de favoriser la prise en charge à domicile et la désinstitutionnalisation - comme en attestent, sur deux plans différents, le « virage ambulatoire » pris depuis une dizaine d'années par le secteur sanitaire et les rapports successifs de l'ONU sur les droits des personnes handicapées, très critiques envers la prise en charge en établissement des personnes âgées ou handicapées.

Toutefois parmi les 1,9 million de personnes âgées dépendantes en France (Abdouni *et al.*, 2019), un quart réside en établissement d'hébergement permanent et la moitié est aidée par un professionnel à son domicile (Brunel *et al.*, 2019).

Le recours à une prise en charge non familiale - donc payante - une fois la dépendance installée est courant et largement majoritaire. La réalité de la perte d'autonomie, l'épuisement des aidants ou leur indisponibilité peut conduire à recourir à des

professionnels à domicile ou à une prise en charge en établissement. L'entrée en institution est parfois le fruit d'une dégradation de l'autonomie de la personne si importante que l'organisation de l'aide à domicile devient trop compliquée ou trop coûteuse. L'évolution démographique de la population pourrait laisser présager un accroissement de la population nécessitant une prise en charge professionnelle à domicile et en établissement. Pourtant, le recours aux dispositifs de prise en charge de la perte d'autonomie que ce soit à domicile ou en établissement a peu évolué.

L'une des raisons possibles est l'évolution des besoins des personnes âgées. La plupart des pays ont connu une amélioration ou stabilité de l'état de santé de leurs personnes âgées et en particulier un déclin des limitations cognitives qui sont fortement invalidantes (Larrieu *et al.*, 2004 ; Carrière *et al.*, 2013 ; Herr *et al.*, 2013 ; OECD, 2015). Une autre raison est relative à l'offre de prise en charge. L'aide formelle, ou professionnelle, est morcelée. Plusieurs modalités de prise en charge existent, se complètent voire se concurrencent. En France, jusqu'aux années 1950, il est d'usage de recourir à l'hospice pour prendre en charge les « vieillards » qui ne peuvent pas l'être par la sphère familiale (Ennuyer, 2007). La création dans les années 1950 de services d'aide-ménagère lance le développement d'une offre et de dispositifs de prise en charge de la perte d'autonomie au domicile des personnes en complément de la famille. Le rapport Laroque (1962) affiche officiellement la volonté politique de permettre aux personnes de rester à domicile même lorsqu'elles n'ont pas les ressources humaines et financières pour le faire. Elle s'est poursuivie avec les lois du 20 juillet 2001 et loi du 28 décembre 2015¹ (Trabut et Gaymu, 2016 ; Tomasini *et al.*, 2004). Cet encouragement public au maintien à domicile s'est traduit par une faible création d'offre en établissement (Muller, 2017a) mais ne s'est pas accompagné d'un virage domiciliaire fort. Il en résulte d'une part, un accroissement des taux d'occupation (Muller, 2017b) et des phénomènes de file d'attente en établissement et d'autre part, un épuisement des aidants de l'entourage voire des situations catastrophiques d'abandon à domicile. Que ce soit à domicile ou en établissement, l'offre proposée apparaît souvent insuffisante au regard des volontés et des préférences des individus et ce malgré une évolution profonde de l'offre au cours des dernières décennies.

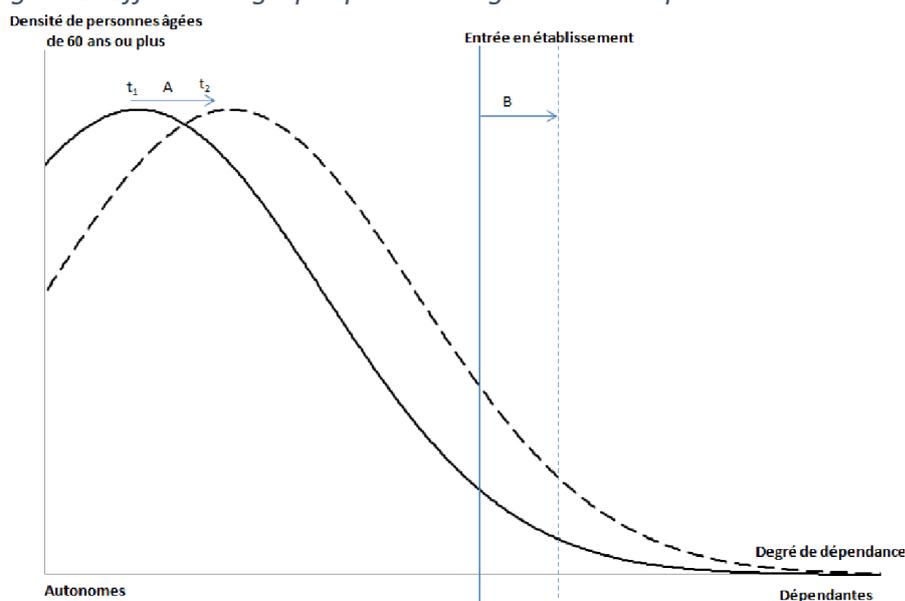
Il en ressort une question majeure et pourtant peu documentée : cette baisse du recours aux dispositifs relativement à l'accroissement des effectifs de personnes âgées est-elle due à une réduction des besoins ou à une offre insuffisante ou inadaptée ?

L'article de de Meijer *et al.* (2015) est le seul à notre connaissance qui s'intéresse à l'évolution des pratiques quant aux choix de mode de prise en charge des personnes âgées. Ces auteurs mettent en lien l'évolution du recours aux établissements avec l'évolution de l'incapacité des personnes âgées, voir Figure 1. Cette Figure représente une approximation de la demande de prise en charge grâce à la densité des personnes âgées de 60 ans ou plus

¹ Loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (2001) et Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (2015).

selon leur degré de dépendance au temps t_1 (traits pleins) et t_2 (pointillés). L'hypothèse des auteurs est qu'avec le vieillissement de la population, le niveau moyen de perte d'autonomie devrait augmenter (et les cas plus nombreux devraient se concentrer à des âges plus élevés). Cette hypothèse se traduit par un décalage de la fonction de densité vers la droite (flèche A). Les auteurs supposent alors qu'il existe un degré de perte d'autonomie à partir duquel les personnes sont prises en charge en établissement, représenté par la droite verticale. Les changements structurels et des préférences peuvent modifier le seuil de perte d'autonomie à partir duquel les personnes vont entrer en institution (flèche B). L'article explique par les hypothèses posées que les politiques de maintien à domicile limitent la disponibilité des places en établissement (moins d'individus éligibles, phénomène de file d'attente), contribuent à augmenter la densité de personnes âgées dépendantes à domicile, et augmentent le degré d'incapacité en établissement. Si cet article apporte des éléments de réponse à l'évolution des pratiques, il ne permet pas d'identifier réellement le rôle des politiques publiques en décrivant l'évolution de l'offre de prise en charge et le lien entre niveau de dépendance et recours. Les effets de l'offre sont confondus avec un ensemble de facteurs inexpliqués par leurs données.

Figure 1. Effet démographique et changement de la probabilité de vivre en établissement.



Source : Adapté de de Meijer *et al.* (2015).

L'analyse du recours à la prise en charge des personnes âgées par des professionnels à domicile ou en institution se fait au regard de plusieurs composantes (Metzger *et al.*, 1997 ; Billaud et Gramain, 2006 ; Gaugler *et al.*, 2007 ; Luppá *et al.*, 2010) :

- (1) l'état de santé des personnes âgées (Börsch-Supan *et al.*, 1990) : d'une part *via* un effet direct sur le risque de nécessiter l'aide d'une tierce personne qualifiée pour les

assister au quotidien et, d'autre part, *via* un effet indirect à la fois sur les subventions auxquelles elles peuvent prétendre² et sur leurs préférences³ ;

(2) les subventions reçues (Muramatsu *et al.*, 2007) et les revenus des personnes qui élargissent leur contrainte budgétaire. L'effet revenu est indéterminé car comme indiqué, il élargit la contrainte budgétaire (Laferrère *et al.*, 2013) mais conduit aussi à des subventions plus faibles et peut impliquer des capacités à choisir différentes.

(3) le coût relatif des différentes modalités de prise en charge (Roquebert et Tenand, 2017 ; Hégé, 2016 ; Bourreau-Dubois, *et al.* 2014), leur disponibilité (Theisen, 2017 ; Charles et Sevak, 2005) et leur adéquation aux besoins.

Ainsi, pour avoir une analyse précise de l'évolution du recours à des professionnels, il est nécessaire de considérer chacune des composantes. Ce projet de recherche reprenait le même cadre analytique que de Meijer *et al.* (2015) en considérant ces composantes et notamment l'offre qui est importante dans les choix de prise en charge. Une approche exploratoire nous a permis de confirmer les déterminants du recours à l'institution, identifiés dans la littérature, à savoir : le fait d'être en couple, d'être une femme, d'être jeune, d'avoir un faible niveau d'éducation, d'être de catégorie socio-professionnelle cadre ou professions intellectuelles, d'être né à l'étranger, d'avoir des enfants, de ne pas avoir d'incapacité ou seulement des limitations fonctionnelles physiques protège contre l'institutionnalisation. Ces résultats suggèrent qu'à la fois l'évolution de ces déterminants et l'évolution de leur effet ont contribué à maintenir stable le recours à l'institution. La hausse de la proportion de personnes âgées en couple, la hausse de la proportion de cadres, de professions intellectuelles et intermédiaires et la hausse de la proportion de personnes avec enfants ont contribué à faire diminuer le recours à l'institution. Les prévalences de la dépendance et de l'état de santé fonctionnelle sont restées stables ce qui a plutôt contribué positivement au maintien à domicile. A l'inverse, la baisse de la proportion de femmes, de même que celle des peu diplômés et des agriculteurs a contrebalancé ces effets. Un effet très important concerne l'effet de l'offre de prise en charge en établissement. La progression de son coût a fortement contribué à la baisse du recours à l'institution alors que la création de places l'a favorisée. Ces analyses demandent à être approfondies car les effets identifiés changent de sens selon si on tient compte de l'offre dans les analyses. Il nous semble ainsi essentiel d'améliorer la mesure de l'offre pour mieux comprendre ces résultats préliminaires.

² Le montant d'Allocation Personnalisée d'Autonomie attribué est plus élevé pour les personnes les plus dépendantes.

³ Le sentiment d'insécurité, d'isolement, la sensation d'être une charge pour l'entourage peuvent s'accroître avec la dégradation de l'état de santé et conduire les personnes âgées à revoir leur préférence vis-à-vis des modes de prise en charge qui leur sont proposés.

II. Rappel des objectifs

Ce projet s'intéresse à l'adéquation de l'offre aux besoins des personnes âgées. Il décrit la façon dont a évolué l'offre de prise en charge des personnes âgées dépendantes au cours du temps.

L'absence de base de données harmonisée et exhaustive sur le secteur de l'aide aux personnes âgées et sa mutation au cours des dernières décennies a demandé un travail méthodologique profond afin d'articuler les sources et d'identifier les possibles doubles-comptes et « trous de champ ». On s'est attaché à limiter les agrégations des données autant que possible afin de garder un niveau d'analyse fin.

Les politiques locales (départementales et régionales notamment) peuvent favoriser ou freiner le développement de certain type de structures. L'analyse de l'évolution de l'offre selon le lieu de prise en charge (domicile ou établissement), le statut juridique (privé à but lucratif, privé à but non lucratif ou public), le secteur (médical ou médico-social) ou le mode d'exercice (libéral, salarié de particulier employeur, salarié d'une structure) a permis de mettre en lumière les transformations structurelles de l'offre et de visualiser l'effet des orientations de l'action publique locale.

Dans un deuxième temps, ces éléments ont été mis en regard avec les comportements des personnes âgées concernant le recours aux dispositifs de prise en charge. L'objectif était de démêler les raisons de la faible progression du recours à ces dispositifs à la lumière de l'évolution des besoins et de l'offre de prise en charge. D'une part, l'évolution du recours est liée à l'évolution des besoins de prise en charge : évolution sociodémographique et épidémiologique qui détermine la demande (âge, état de santé, soutien social, revenus...). Nous appelons cet effet : les *changements de besoins*. Il s'agit de variables sur lesquelles l'action publique n'a qu'un pouvoir limité. D'autre part, l'offre de prise en charge formelle (et informelle) s'est transformée au cours du temps : évolution du type d'offre, des prix et de sa disponibilité. Ces *changements d'offre* contribuent à modifier le recours aux différents dispositifs de prise en charge. Enfin, il existe des effets inexpliqués au sein lesquels se combinent des changements dans les préférences des individus, des gestionnaires d'établissement et des pouvoirs publics ainsi que d'autres effets non mesurables. Ces changements contribuent à modifier les liens entre besoin et recours de même qu'entre offre et recours. On parlera alors de *changements inexpliqués*. Par exemple, la saturation de l'offre en établissement et le fait que les financements reçus par les établissements dépendent du degré de dépendance moyen dans les établissements peuvent provoquer un recours moins systématique aux établissements de certains profils de dépendance (sélection des profils les plus dépendants, phénomènes de file d'attente etc.) et donc modifier l'association entre recours aux établissements et niveau de dépendance. L'approche exploratoire a montré l'intérêt de l'approche, puisqu'il semble que les restrictions d'activité ADL – *activities of daily living* – non cumulées à d'autres troubles (cognitifs et physiques notamment) soient plus discriminantes en 2015 qu'en 2011 pour expliquer le recours à l'institution. Toutefois, des prolongements se sont avérés nécessaires pour appréhender aussi le recours à l'aide formelle et/ou informelle à domicile et comprendre le sens et l'origine des différents effets énoncés.

Ce projet répond ainsi aux questions de recherche suivantes : Comment ont évolué les déterminants de la demande de prise en charge en établissement (principalement les besoins d'assistance, les ressources, et les préférences) et notamment l'incapacité au cours du temps ? Est-ce que ces évolutions ont eu l'effet escompté sur le recours aux dispositifs de prise en charge ? Si non, pour quelles raisons ? Comment a évolué l'offre en quantité, prix et nature ? Contribue-t-elle à expliquer l'évolution du recours ?

III. Données

Les sources de données actuelles sur les dispositifs d'aide et d'assistance au quotidien à destination des personnes âgées sont parcellaires. Les analyses qu'elles permettent de conduire pour expliquer les choix de prise en charge ou questionner l'équité d'accès à l'offre s'avèrent ainsi incomplètes. Aussi notre stratégie a été double. Nous avons retenu une définition large de l'offre formelle de prise en charge de la dépendance et mobilisé toutes sortes de sources. Notre définition consiste à considérer à la fois les salariés de particuliers employeurs, les services d'aide et d'assistance à domicile (SAAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), les services d'hospitalisation à domicile (HAD), les infirmiers libéraux, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) non EHPAD, les unités de soins de longue durée (USLD), les résidences-autonomie, les centres d'accueil de jour et l'hébergement temporaire. Ces dispositifs de prise en charge sont caractérisés à partir des données de la Drees (Finess, EHPA et SAE), des données de la DGE (NOVA), des données de la CNAMTS (Amos et PMSI-HAD) et des données Acof-Urssaf, CnCesu.

Le premier enjeu méthodologique fut d'une part d'être le plus large possible dans la définition de l'aide professionnelle à destination des personnes âgées. Les travaux de Méлина Ramos-Gorand (2020) mettent en lumière les « trous de champ » qui existent dans les données actuelles et les traitements qu'il est possible de faire pour les combler. D'autre part, il a été nécessaire de retrancher de cette offre la part qui n'est pas consacrée à l'aide aux personnes âgées. En effet, certains professionnels ou structures exercent auprès d'autres personnes que les personnes âgées. C'est le cas des salariés de particuliers employeurs, des SAAD, des SSIAD, des SPASAD, des services d'HAD et des infirmiers libéraux notamment. Certaines informations permettent d'identifier la part de l'aide à destination des personnes âgées ou d'en estimer un ordre de grandeur grâce :

- au type de soins exercé : assistance aux personnes âgées pour les SAAD, actes infirmiers de soins (AIS) pour les infirmiers libéraux, activités autres que la garde d'enfants pour les salariés de particuliers employeurs, activité de nursing lourd pour l'HAD ;
- à l'âge de la personne aidée : plus de 70 ans pour les salariés de particuliers employeurs, plus de 80 ans pour l'HAD ;
- au bénéfice d'une allocation par la personne aidée : APA pour les salariés de particuliers employeurs.

Ces informations ont été utilisées pour estimer le nombre d'heures d'aide fournies par des professionnels à destination des personnes âgées.

Le deuxième enjeu est d'identifier la part de l'aide consacrée à l'hébergement temporaire, l'accueil de jour et à l'hébergement en résidences autonomie dans les aides aux personnes âgées. Ces dispositifs dit « intermédiaires » sont encore peu développés mais offrent une assistance moins médicalisée et plus souple que les autres dispositifs. Par ailleurs, ces solutions semblent être privilégiées par les instances publiques⁴. Ces solutions intermédiaires sont adossées à des structures proposant d'autres modalités de prise en charge. Identifier spécifiquement l'offre dédiée à ces modalités sera possible par exemple grâce aux données EHPA qui interrogent les établissements sociaux et médicosociaux sur la répartition de leurs places entre les différents types d'hébergement.

Le troisième enjeu méthodologique a concerné l'identification des doubles comptes. Cette tâche a constitué un travail conséquent.

Une fois cette base de données constituée, on a construit des indicateurs d'offre qui sont venus enrichir les bases de données individuelles servant à la modélisation du recours à l'institution et à l'aide formelle à domicile. Les pratiques des personnes âgées concernant leur mode de prise en charge (aide formelle à domicile ou en établissement) sont disponibles dans plusieurs données d'enquêtes et à plusieurs dates : Vie Quotidienne et Santé (VQS) 2007 et 2014 ; Etablissement d'Hébergement pour Personnes âgées (EHPA) 2007 et 2015 ; Handicap-Santé Ménages (HSM) 2008 ; Handicap-Santé Institutions (HSI) 2009 ; Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE)-Ménages 2015 et CARE-Institutions 2016.

IV. Méthodologies utilisées

Pour modéliser le recours à l'institution et à l'aide formelle à domicile, nous nous plaçons dans un cadre d'analyse microéconomique de choix individuel, où chaque individu compare les utilités retirées des différents modes de prise en charge. Le mode de prise en charge choisi est celui apportant la plus grande satisfaction compte-tenu de la contrainte de budget qui pèse sur la personne. Par ailleurs, si l'offre n'est pas suffisante, l'individu est contraint de choisir un autre mode de prise en charge. Ainsi la fonction d'utilité liée aux différents modes de prise en charge dépend du coût relatif de chaque mode de prise en charge, de leur disponibilité, de l'état de santé des personnes, de leurs revenus et préférences (approchées par un ensemble de caractéristiques sociodémographiques).

L'objectif est de démêler les raisons de la faible évolution du recours à l'institution ou du recours à des professionnels à domicile au cours du temps en distinguant les effets démographiques, d'offre et les effets inexplicables (voir partie précédente). Nous expliquons la modalité de prise en charge choisie par la personne âgée ($Y_i = 0$ si la personne i choisie une prise en charge à domicile sans aide formelle ni aide informelle ; $Y_i = 1$ si la personne i choisie une prise en charge à domicile sans aide formelle mais avec aide informelle ; $Y_i = 2$ si la

⁴ Le rapport d'information n°453 fait au nom de la commission des affaires sociales sur la prévention de la perte d'autonomie propose notamment d'interrompre la création de places en EHPAD, au profit de places en résidence autonomie ou habitat intermédiaire :

<http://www.senat.fr/rap/r20-453/r20-4531.pdf>

personne i choisie une prise en charge à domicile avec aide formelle et sans aide informelle ; $Y_i = 3$ si la personne i choisie une prise en charge à domicile avec aide formelle et aide informelle ; $Y_i = 4$ si la personne i choisie une prise en charge en établissement)⁵ par des variables d'offre (O) et de besoins (X) entre plusieurs dates t .

$$P(Y_i^t = j) = F(\beta_1^t O_i^t + \beta_2^t X_i^t)$$

Oaxaca (1973) et Blinder (1973) ont développé une méthode de décomposition pour le faire. Elle n'est pas adaptée aux variables catégorielles, ce qui est notre cas (Boutchenik et Maillard, 2018). Fairlie (2005) a proposé une autre méthode de décomposition adaptée à ce cadre d'analyse. Pour obtenir l'effet détaillé de chaque variable, il propose de « matcher » les échantillons pour imputer des contrefactuels fictifs. Comme l'indiquent Boutchenik et Maillard (2018), « cette procédure demande un temps de calcul important et ne résout pas le problème de l'impossibilité d'avoir une décomposition détaillée additive et non sensible à l'ordre ». Ainsi, nous privilégions la méthode de décomposition proposée par Yun (2004) en utilisant la commande *mvdcmp* de Stata (*Multivariate decomposition for nonlinear response models*) de Powers *et al.* (2011). Cette méthode décompose l'effet global grâce aux poids des coefficients de chaque variable dans la régression logistique. La modification du recours à l'institution entre la date $t + 1$ et t est donc expliquée par une modification des besoins, par une modification de l'offre, par une modification du lien entre les besoins et le recours et par une modification du lien entre l'offre et le recours. L'évolution nationale du recours à une modalité de prise en charge spécifique est modélisée de la façon suivante :

$$\begin{aligned} Y_i^t - Y_i^{t-1} &= F(\beta_1^t O_i^t + \beta_2^t X_i^t) - F(\beta_1^{t-1} O_i^{t-1} + \beta_2^{t-1} X_i^{t-1}) \\ &= \frac{F(\beta_1^t O_i^t + \beta_2^t X_i^t) - F(\beta_1^{t-1} O_i^{t-1} + \beta_2^{t-1} X_i^{t-1})}{-F(\beta_1^t O_i^{t-1} + \beta_2^t X_i^{t-1})} + \frac{F(\beta_1^t O_i^{t-1} + \beta_2^t X_i^{t-1}) - F(\beta_1^{t-1} O_i^{t-1} + \beta_2^{t-1} X_i^{t-1})}{-F(\beta_1^t O_i^{t-1} + \beta_2^t X_i^{t-1})} \\ &\approx \frac{F\left((\beta_1^t - \beta_1^{t-1})_{\omega_{A_O}} O_i^{t-1} + (\beta_2^t - \beta_2^{t-1})_{\omega_{A_X}} X_i^{t-1}\right)}{-F(\beta_1^t O_i^{t-1} + \beta_2^t X_i^{t-1})} \\ &\quad + \frac{F\left(\beta_1^t (O_i^t - O_i^{t-1})_{\omega_{B_O}} + \beta_2^t (X_i^t - X_{i-1}^t)_{\omega_{B_X}}\right)}{-F(\beta_1^t O_i^{t-1} + \beta_2^t X_i^{t-1})} + C \end{aligned}$$

Nous pouvons ainsi décomposer le changement du recours à différentes modalités de prise en charge ($Y_i^t - Y_i^{t-1}$) par :

- ce qui relève de l'évolution de l'offre : B_O ;
- ce qui relève de l'évolution des besoins : B_X ;
- ce qui relève de la modification du lien entre l'offre et le recours : A_O ;
- ce qui relève de la modification du lien entre les besoins et le recours : A_X ;
- ce qui relève d'effets inexpliqués : C .

⁵ Les modalités de cette variable expliquée pourront être affinées en distinguant le type d'aide formelle mobilisé si les tailles d'échantillon le permettent (infirmiers, service d'aide à domicile, emploi direct, panachage d'aidant formel, établissement privé à but lucratif, établissement privé sans but lucratif, établissement public).

À travers les variations territoriales d'offre de prise en charge, nous pouvons ainsi identifier la modification des liens entre offre et recours. L'observation d'un lien renforcé entre prise en charge à domicile avec uniquement de l'aide formelle et sévérité des dégradations fonctionnelles traduirait une meilleure adéquation de l'offre à domicile pour certain type de difficultés. A l'inverse, un lien renforcé entre une prise en charge en établissement et des états fonctionnels bons traduirait une meilleure acceptation à entrer en établissement.

L'adéquation des besoins et de l'offre de prise en charge de la perte d'autonomie suppose que l'offre existe, soit disponible, adaptée aux besoins des personnes âgées, accessible géographiquement et financièrement. Nous supposons que l'offre, qui s'est diversifiée au cours du temps, a pu contribuer à complexifier le système de prise en charge et contraindre les personnes à choisir des solutions moins adaptées aux besoins et préférences. La faible évolution du recours aux dispositifs de prise en charge pourrait alors être liée à une difficulté qu'à le système de prise en charge à s'adapter aux besoins des personnes. La seconde partie du projet a permis de discuter ce qui, dans la faible augmentation du recours observée à l'échelle nationale, serait lié à des modifications de l'offre qui a pu s'adapter aux besoins ou au contraire contraindre les recours.

V. Résultats principaux

Ce projet a permis de mieux mesurer l'offre de prise en charge de la perte d'autonomie existant en France. Le travail de réflexion sur la constitution de la base de données a été entamé. Il a permis d'estimer à plus de 715 000 le nombre de personnes travaillant à temps plein auprès des personnes âgées en 2015. Plus de la moitié était employée par des établissements d'hébergement permanent, voir Tableau 1.

Tableau 1. Aide formelle à domicile et en établissement en France métropolitaine en 2015-2018.

	Estimation du nombre d'ETP à destination des personnes âgées
SSIAD et SPASAD ¹	16 800
Accueil de jour ²	850
Services à la personne ³	96 600
Infirmiers libéraux ⁴	80 700
Hébergement temporaire ¹	8 400
Femmes de ménage ⁵	80 600
Hospitalisation à domicile ⁶	4 200
Résidences-autonomie ¹	14 600
EHPA non EHPAD ¹	2 900
EHPAD ¹	377 500
USLD ¹	32 000
Total	715 200

ETP : équivalent temps plein. SSIAD : service de soins infirmiers à domicile ; EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées ; SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

Sources : ¹ SCORE-Santé – Statiss, 2016. ² Drees, Finess 2016 ; ³ DGE, NOVA 2014 ; ⁴ CNAMTS, Amos (Assurance Maladie offre de soins) 2018, tous régime ; ⁵ Acof-Urssaf, CnCesu, Centre Pajemploi. Données sur les particuliers employeurs en 2019 issues des dispositifs Cesu et Pajemploi. Année 2019 et ACOSS décembre 2014 (volume horaire) au niveau régional. ⁶ PMSI-HAD 2018 et SAE 2016.

En éclairant par les évolutions et les différences territoriales de besoins, de recours et d'offre, ces résultats permettent de faire le point sur une situation mal documentée et de suggérer des leviers d'intervention pour favoriser les préférences des personnes, qu'elles consistent à rester à domicile ou à entrer en institution, à recourir à une aide informelle ou formelle et à comprendre les inégalités au sein de la population qu'elles soient liées à des différences d'état de santé fonctionnelle, d'entourage, ou d'offre.

PARTIE 1 : Motifs de recours à l'institution et ressources familiales

Cette recherche a été valorisée sous forme d'article scientifique dans la revue *Economie et Statistiques* : Carrère, A., Cambois, E. & Fontaine, R. (2023). Institutional Long-Term Care Use in France (2008-2015): The Role of Family Resources. *Économie et Statistique / Economics and Statistics*, 538, 31–48 (First published online: December 2022). doi: 10.24187/ecostat.2023.538.2091.

Cet article constitue la partie suivante du rapport scientifique

L'allongement de l'espérance de vie et le vieillissement des *Baby-Boomers* se traduisent par un accroissement du nombre et de la part de personnes âgées au sein de la population. En France en 2021, les personnes âgées de 60 ans ou plus représentent 18 millions de personnes (6.4 millions âgées d'au moins 75 ans), soit 27 % de la population totale. À l'horizon 2050, cette proportion devrait atteindre 33 %, avec 23 millions de personnes, et une part encore plus importante de personnes très âgées (Algava & Blanpain, 2021). Parce que l'avancée en âge augmente les risques de perte d'autonomie, ces dynamiques démographiques suggèrent que le nombre et la proportion de personnes âgées dépendantes progresseront aussi (Larbi & Roy, 2019 ; Ben Jelloul *et al.*, à paraître). Larbi & Roy (2019) estiment que près de 4 millions de personnes âgées en France seront dépendantes d'ici 2050 (16 % des personnes de 60 ans ou plus), contre 2.5 millions en 2015 (15 % des personnes de 60 ans ou plus).

Ces évolutions démographiques s'accompagnent d'une augmentation du nombre de personnes résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) : de 2007 à 2015, il est passé de 657 000 personnes, dont 495 000 en établissement d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) (Prévot, 2009), à 728 000 en EHPA (+11 %) dont 590 000 en EHPAD (+18 %) (Abdouni *et al.*, 2019 ; Muller, 2017a). Ces chiffres montrent une augmentation des besoins en termes de capacité d'accueil de personnes dépendantes (+91 000 personnes), mais la proportion de la population âgée de plus de 60 ans résidant en EHPAD (3.6 %) est restée stable (Carrère & Dubost, 2018). Dans leurs projections, Miron de l'Espinay & Roy (2020) estiment la population attendue des résidents d'EHPAD et assimilés à 719 000 personnes en 2030, puis 930 000 en 2050 (scénario démographique intermédiaire), soit une hausse de l'ordre de 50 % par rapport aux 610 000 résidents en 2019. Ces projections reposent sur une hypothèse de stabilité du taux de recours aux EHPAD par âge, sexe et niveau de dépendance, impliquant une augmentation significative de la capacité d'accueil en EHPAD. Les auteures explorent également des scénarios d'évolution plus modérée de l'offre d'accueil. Compte tenu des dynamiques actuelles de création de

places et des objectifs fixés par le décideur public¹, il est en effet probable que les prochaines décennies se traduiront par un rationnement des possibilités d'entrée en EHPAD.

Même si l'âge et l'incapacité sont des facteurs majeurs du recours à l'institution (Wolinsky *et al.*, 1993 ; Hajek *et al.*, 2015), ils ne sont pas les seuls en jeu : la disponibilité des aidants potentiels ou les caractéristiques socioéconomiques apparaissent aussi déterminantes (Billaud & Gramain, 2006 ; Gaugler *et al.*, 2007a ; Luppia *et al.*, 2010). La prévision des besoins de prise en charge doit donc les prendre en compte. De plus, l'effet de ces déterminants sur le recours à l'institution peut évoluer au cours du temps du fait de changements des comportements des individus, liés à des changements de préférences individuelles ou à des contraintes extérieures (politiques publiques, offre de prise en charge). Or les lois du 20 juillet 2001 et du 28 décembre 2015² ont encouragé une prise en charge de la perte d'autonomie à domicile (Trabut & Gaymu, 2016 ; Tomassini *et al.*, 2004). Ce « virage domiciliaire » souhaité par le décideur public répond, d'une part à la demande des individus – qui expriment une préférence pour rester à domicile s'ils devenaient dépendants (Eurobarometer, 2007), d'autre part à une volonté de maîtrise des coûts liés à la prise en charge de la perte d'autonomie. En effet, ceux-ci, qu'ils soient à la charge des individus ou des financeurs publics, seraient plus élevés en institution qu'à domicile (Fizzala, 2016 ; France Alzheimer, 2011 ; Ratte & Imbaud, 2011)³. En 2019, selon un chiffrage proposé par la Direction de la Sécurité sociale, le coût moyen d'une prise en charge en établissement variait de 28 700 € par an pour les personnes les moins dépendantes (GIR 4) à 40 000 € par an pour les plus dépendantes (GIR 1) ; contre respectivement 7 500 € et 32 900 € à domicile⁴. L'encouragement au maintien à domicile s'est traduit par une faible création de l'offre en établissement (Muller, 2017a), mais ne s'est pas accompagné d'un virage domiciliaire fort en termes de services (Carrère *et al.*, 2021). Il en résulte un accroissement des taux d'occupation des lits en EHPA (Muller, 2017b) et des phénomènes de file d'attente. Cette saturation de l'offre en établissement a pu modifier les comportements individuels en matière de prise en charge⁵. L'hypothèse de projection reposant sur la stabilité du recours aux EHPA demande ainsi à être testée.

Dans cet article, nous proposons d'évaluer le rôle des facteurs autres que l'âge et l'incapacité sur le recours aux EHPA. Nous analysons les mécanismes associés à l'effet du changement des caractéristiques de la population (effet de composition) et ceux associés à l'effet du changement de la relation entre ces caractéristiques et le recours aux établissements d'hébergement. Pour cela, nous utilisons un cadre d'analyse (de Meijer *et al.*, 2015) que nous appliquons au cas français avec des données couvrant les années 2008 et 2015. Dans ce cadre, l'évolution du recours aux EHPA est considérée comme résultant de l'évolution de la nature des incapacités prévalentes et des caractéristiques démographiques, familiales et sociales des personnes. Cette évolution est décomposée pour analyser la contribution respective des changements de composition de la population au regard de ces facteurs et celle des changements de l'association de ces facteurs au recours aux EHPA. La décomposition permet d'analyser si cette association s'est modifiée sur la période, tendant alors à accentuer ou à modérer l'effet du changement de composition. Outre l'identification

des mécanismes passés, cette étude permet aussi de pointer les données complémentaires qu'il serait utile de collecter pour alimenter les exercices de projection. La suite de l'article présente en section 1 une revue de littérature. Dans la section 2, nous présentons les données et la stratégie d'analyse permettant d'identifier les dynamiques sous-jacentes à l'évolution de la probabilité de vivre en EHPA. Les résultats sont présentés en section 3, discutés dans la section 4, puis nous concluons.

1. Revue de la littérature

1.1. Les facteurs jouant sur la prise en charge en établissement

Le recours aux établissements d'hébergement pour personnes âgées a fait l'objet de nombreuses recherches au cours des dernières décennies. L'état de santé apparaît le facteur principal via son incidence sur le risque d'avoir besoin de l'aide d'une tierce personne au quotidien (Arnault, 2015 ; Carrère, 2021). La présence de limitations fonctionnelles augmente la probabilité de vivre en établissement (Wolinsky et al., 1993 ; Hoerger et al., 1996 ; Nihtilä et al., 2008 ; Hajek et al., 2015 ; Carrère & Jusot, 2020 ; Carrère, 2021), mais avec des variations selon leur sévérité et leur nature. Les limitations cognitives (Hoerger et al., 1996 ; Nihtilä et al., 2008 ; Luppä et al., 2010), leur cumul avec des restrictions d'activité (Gaugler et al., 2007b) ou leur survenue soudaine (Laferrère et al., 2013) augmentent la probabilité de vivre en établissement. Gramain (1997) identifie que la probabilité d'entrer en établissement est plus forte lorsque les limitations fonctionnelles cognitives apparaissent préalablement à des limitations fonctionnelles physiques ou sensorielles. Ainsi, le niveau de perte d'autonomie est plus sévère parmi les personnes en institution que parmi celles qui vivent à leur domicile (voir Fuller-Thomson et al. (2009) pour les États-Unis ; Calvet & Pradines (2016) pour la France). Par ailleurs, l'état de santé a un effet indirect sur le recours aux établissements : sa détérioration peut accentuer le sentiment d'insécurité, d'isolement ou encore le sentiment d'être une charge pour le groupe familial (Böckerman et al., 2012), et conduire les personnes âgées à revoir leurs préférences individuelles vis-à-vis des modes de prise en charge qui leur sont proposés.

Au-delà des besoins de prise en charge associés à des niveaux sévères et complexes d'incapacité, la probabilité de vivre en établissement est plus élevée avec l'âge, pour les hommes ou lorsque la possibilité de bénéficier d'aide informelle est faible (Bonsang, 2009 ; Freedman, 1996). L'âge est associé positivement au risque de vivre en établissement, toutes choses égales par ailleurs. L'altération de certaines fonctions, l'apparition de certaines pathologies, le sentiment d'insécurité à domicile ou l'isolement, réel ou perçu, sont des facteurs associés à l'avancée en âge qui contribuent à l'entrée en établissement. Par ailleurs, il peut apparaître une résignation à entrer en établissement avec l'âge. L'âge capte donc des besoins de prise en charge, mais aussi éventuellement certaines dimensions des préférences individuelles. L'évolution de la part des personnes très âgées dans la population âgée, du fait du vieillissement des générations nombreuses successives, devrait se traduire par une évolution de la proportion de la population vivant en institution.

Les femmes sont plus nombreuses en établissement que les hommes. Du fait de leur plus grande longévité, elles ont une plus grande probabilité d'atteindre des âges où le risque de dépendance est grand, plus de risques de connaître un veuvage et donc de se retrouver seules lorsqu'elles deviennent dépendantes. Pour autant, les résultats empiriques montrent que, toutes choses égales par ailleurs, les femmes ont une probabilité plus faible de vivre en établissement. De plus, on observe une augmentation de la probabilité d'être en couple, du fait de la baisse de mortalité des hommes, qui a sans doute un effet sur la proportion de la population recourant aux établissements pour leur prise en charge (Bonnet et al., 2021). Ainsi, vieillir à deux ou seul, avec ou sans enfant, modifient substantiellement la probabilité de maintien à domicile en cas de dégradation de l'état fonctionnel (Van Houtven & Norton, 2004). Sur ce plan, les aidants familiaux apparaissent aujourd'hui comme des acteurs décisifs du maintien à domicile des personnes âgées en situation de perte d'autonomie (Fontaine & Juin, 2020). Enfin, le sexe peut également capter des préférences ou des ressources particulières influençant le mode de prise en charge. Par exemple, Low & Altman (1992) ont développé le concept d'attachement au lieu de vie (place attachment) et la littérature a montré un attachement plus grand des femmes à leur lieu d'habitation (Shen et al., 2004). Elles sont aussi plus souvent impliquées dans les tâches domestiques de leur domicile et donc plus aptes à rester à domicile même lorsqu'elles sont seules.

L'effet du revenu sur le recours aux établissements n'est pas clairement établi dans la littérature et, à notre connaissance, aucune étude récente sur données françaises n'explore le lien entre revenu et propension à vivre en établissement. L'effet significatif de la catégorie sociale mis en évidence par Désesquelles & Brouard (2003), qui montrent que les ouvriers et employés ont une plus forte probabilité de résider en établissement que les cadres ou les artisans, commerçants et chefs d'entreprises, capture en partie un effet revenu ; mais également très vraisemblablement des différences sociales de niveau d'éducation, d'état de santé et de comportement de recours aux soins ou aux aides, non contrôlés par ailleurs. L'effet propre du revenu est a priori ambigu : si un plus haut revenu permet plus facilement de faire face au reste-à-charge en établissement, généralement plus élevé qu'à domicile (Quentin et al., 2010 ; Fizzala, 2016)⁶, il autorise aussi la mise en place d'une prise en charge à domicile plus complète – via, par exemple, un recours plus important aux aides humaines professionnelles, à des prestations de services d'aide à l'autonomie (portage de repas, téléalarme) ou à des aménagements du logement⁷ favorisant le vieillissement en logement ordinaire (Laferrère et al., 2013). Selon Garber & MaCurdy (1990), le revenu aurait cependant un effet moindre sur les comportements d'entrée en établissement que le patrimoine des individus, et en particulier le fait d'être propriétaire de son logement. Cette conclusion pourrait très certainement s'appliquer à la France : les aides sociales et fiscales finançant pour partie les dépenses en établissement (allocation personnalisée d'autonomie, aide au logement, réduction d'impôt) apparaissent, une fois cumulées et hors aide sociale à l'hébergement (ASH), très peu sensibles au revenu et d'un montant limité, ne couvrant en moyenne que 18 % des frais de séjours (Boneschi & Miron de L'Espinay, 2022). De nombreux résidents financeraient ainsi une part de leurs frais de séjour à partir de leur patrimoine. Des études montrent, en outre, l'existence d'une réticence familiale à financer une prise en

charge de la perte d'autonomie pour préserver le patrimoine. Ce choix peut conduire les proches à privilégier un soutien à domicile pour éviter que les dépenses n'amputent une partie de l'héritage. Lockwood (2018) montre que les personnes ayant un objectif de transmission de leur patrimoine augmentent leur épargne et diminuent leurs dépenses de soins de long-terme (y compris d'assurance). Les liens entre revenu, patrimoine et comportement de recours aux établissements apparaissent ainsi comme relativement complexes et restent en grande partie à explorer, en particulier dans le contexte institutionnel français.

1.2. Prévoir le niveau de recours aux établissements pour personnes âgées

Pour anticiper les besoins futurs de prise en charge, plusieurs méthodes ont été développées afin de prendre en considération un maximum de déterminants : des méthodes de pondération (Kemper & Murtaugh, 1991 ; Murtaugh et al., 1990) et de microsimulation (Miron de l'Espinay & Roy, 2020 ; Dick et al., 1994 ; Kemper et al., 2005). Ces dernières utilisent les liens observés entre ces déterminants (à une date donnée à partir d'enquêtes représentatives de la population) et le recours à l'institution, pour projeter le nombre de personnes qui auraient besoin d'une prise en charge dans le futur. L'exercice nécessite, en premier lieu, de pouvoir modéliser l'évolution future des déterminants considérés. Si les prévisions d'effectifs par âge et sexe de la population âgée sont faciles à mettre en œuvre, il est plus complexe de prévoir les évolutions socioéconomiques, familiales ou celles des incapacités. Ces modèles estiment par ailleurs souvent l'évolution des besoins à comportement stable. Or, l'évolution des comportements est un enjeu important dans la régulation des réponses politiques aux besoins : s'il s'agit de contenir les capacités d'accueil en établissement à l'avenir, l'offre doit accompagner une évolution des comportements et préférences vers une prise en charge au domicile. En France, selon le baromètre de la la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), deux tiers des Français n'envisageaient pas de vivre dans un établissement pour personnes âgées (BVA, 2018). Parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus, la proportion de personnes réticentes à une prise en charge en établissement est passée de 25 % en 2002 à 42 % en 2019⁸.

Les raisons de ces évolutions restent à identifier, mais vont dans le sens d'une moindre propension au recours. En ce qui concerne les réponses politiques aux besoins, on s'interroge sur les effets de l'encouragement au maintien à domicile, qui est affiché sans changement majeur de l'offre, comme mentionné en introduction.

En l'absence de données précises sur ces facteurs et leurs évolutions, les modèles visant à prédire le recours à l'institution des personnes âgées mobilisent souvent peu de facteurs – à l'image des premiers exercices, tels que celui de Dick *et al.* (1994) utilisant l'âge, le sexe et la couleur de peau. Kemper & Murtaugh (1991), aux États-Unis, sont allés plus loin dans la projection en utilisant plus d'informations sur les personnes. Mais leur modèle reposait sur les données d'une cohorte de personnes âgées de 65 ans, limitant la généralisation des résultats.

En France, le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA) de Miron de l'Espinay & Roy (2020) utilise l'âge, le sexe et l'incapacité. En dehors de ces trois facteurs, le modèle suppose ainsi

que la dynamique du taux d'institutionnalisation dépend uniquement de l'évolution de la capacité d'accueil.

ENCADRÉ 1 - Les enquêtes Handicap-Santé (2008-2009) et Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) (2015-2016)

Les enquêtes Handicap-Santé (2008-2009) et CARE (2015-2016) réalisées par la DREES ont pour objectif premier d'estimer la prévalence des limitations et restrictions d'activité en France, différentes dimensions des conditions de vie des personnes, ainsi que la nature, la quantité et l'origine des aides reçues. Chacune des deux enquêtes couvre la population résidant en logement ordinaire (ménages) et en établissement.

Les échantillons des volets ménages (Handicap-Santé Ménages - HSM, 2008 ; CARE-Ménages - CARE-M, 2015) sont constitués à partir des répondants à une pré-enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) (respectivement 2007 et 2014). Elle permet de repérer les personnes en perte d'autonomie et de les surreprésenter dans les volets ménages. Les échantillons des volets « institutions » (Handicap Santé Institutions - HSI, 2009 ; CARE-Institutions - CARE-I, 2016) sont issus d'un tirage en deux étapes : tirage d'établissements puis de résidents. Les établissements sélectionnés sont des EHPAD, des maisons de retraite non-EHPAD et des unités de soins de longue durée (USLD). Handicap-Santé Institutions inclut également les établissements pour adultes handicapés, les établissements et unités psychiatriques, et les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Nous gardons ces établissements dans l'analyse, bien qu'ils ne soient pas réellement destinés à accueillir des personnes âgées en perte d'autonomie, car ils ne représentent qu'une très faible proportion de la population des 75 ans et plus. Les taux de réponse sont indiqués ci-après.

Taux de réponse des 60 ans et plus dans les sources mobilisées

	Pré-enquête (%)	Enquête (%)
HSM 2008	58 (VQS 2007)	73
HSI 2009	97 (établissements)	93 sur les EHPADs, EHPA et USLD
CARE-M 2015	57 (VQS 2014)	71
CARE-I 2016	89 (établissements)	85

Les deux enquêtes comportent un grand nombre de questions identiques dans le volet logement ordinaire et dans le volet institution. Ces enquêtes sont réalisées en face-à-face. Les personnes ayant des difficultés pour répondre pou- vaient être aidées par une personne de l'entourage ou un professionnel de santé. Les biais de réponse dus au recours à un proxy ne semblent pas affecter la déclaration des besoins des personnes (Davin *et al.*, 2009). Une partie des valeurs manquantes liée à la non-réponse partielle a été imputée par la méthode hot-deck (Andridge & Little, 2010).

Notre base finale est constituée de 15 944 individus âgés de 75 ans ou plus résidant en France métropolitaine, dont 7 073 en 2008 (2 918 en établissement) et 8 871 en 2015 (2 930 en établissement).

2. Données et méthodes

Pour explorer les facteurs de l'évolution récente du taux d'institutionnalisation, nous mobilisons les données issues de deux grandes enquêtes conduites à sept ans d'écart en France. Nous présentons ici ces données et les variables de l'étude, puis le cadre d'analyse et notre démarche.

2.1. Les données et les variables

2.1.1. Les enquêtes Handicap-Santé (2008-2009) et CARE (2015-2016)

Le recours aux EHPA est étudié ici à partir des données des enquêtes Handicap-Santé et Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) de la DREES. Ces deux enquêtes reposent sur des protocoles similaires et fournissent des informations identiques sur les principaux déterminants individuels et familiaux de l'entrée en institution (encadré 1). Leur rapprochement permet d'observer, à sept ans de distance, la dynamique d'évolution du recours à l'institution. Ce sont les seules données combinant des variables de santé et sociodémographiques, représentatives de la population âgée en logement ordinaire et en établissement.

Les effectifs suffisamment importants permettent de réaliser des analyses multivariées sur les plus âgés (75 ans et plus), le recours à l'institution étant faible avant cet âge. Notre analyse

est menée sur des échantillons constitués de 7 073 individus âgés de 75 ans et plus résidant en France métropolitaine en 2008 et 8 871 en 2015. Les données sont empilées pour couvrir le champ domicile et institution aux deux dates (2008 et 2015).

2.1.2 Les variables

Le recours aux EHPA, notre variable d'intérêt, est mesuré par la probabilité de résider dans un établissement plutôt qu'en logement ordinaire. Une personne est considérée comme vivant en EHPA si elle appartient à l'échantillon HSI ou CARE-I, et à domicile si elle appartient à l'échantillon HSM ou CARE-M. Le taux d'institutionnalisation correspond à la proportion de personnes résidant en EHPA. Pour le calculer, nous utilisons les pondérations des enquêtes. Nous retenons, sur la base de la littérature, les principales variables explicatives suivantes : L'âge est considéré en trois classes : 75-79 ans, 80-89 ans et 90 ans et plus. La modification de la structure par groupe d'âge est liée à la dynamique de l'arrivée de générations plus ou moins nombreuses aux différents âges. L'arrivée de nombreux « jeunes âgés » conduit à rajeunir temporairement la population âgée, puis à la vieillir si la génération suivante est moins nombreuse.

La santé fonctionnelle est mesurée à partir des indicateurs de limitations fonctionnelles (LF) et de restrictions d'activité (RA). Les LF incluent les limitations physiques et les limitations cognitives. Elles sont appréhendées par des questions sur le niveau de difficultés pour marcher, monter un escalier, lever le bras, se servir de ses doigts, s'agenouiller ou porter un poids, se souvenir du moment de la journée, se concentrer, résoudre les problèmes de la vie quotidienne ou avoir des trous de mémoire. L'indicateur de RA se concentre sur les activités élémentaires de la vie quotidienne (difficultés pour faire seul-e sa toilette, s'habiller, manger, couper sa nourriture, se servir des toilettes, se coucher, s'asseoir) ; il témoigne du besoin d'assistance qu'ont les personnes et il est utilisé dans la plupart des études pour refléter des situations de perte d'autonomie. Nous ne considérons que les restrictions d'activité sévères (beaucoup de difficultés ou impossibilité de faire seul-e). Nous construisons une variable de niveau de dépendance reflétant le degré d'avancement dans le processus de perte d'autonomie (Verbrugge & Jette, 1994) avec trois modalités : autonome (pas de LF ni RA sévère) ; LF seule (au moins une LF mais pas de RA sévère) ; LF et RA (au moins une RA sévère).

Le statut socioéconomique est appréhendé par le plus haut niveau de diplôme obtenu, en trois modalités : faible (pas de diplôme ou certificat d'études primaires et brevet) ; intermédiaire (certificat d'aptitude professionnelle, brevet d'études professionnelles ou baccalauréat) ; supérieur (diplôme du supérieur). Des analyses complémentaires, non présentées ici, intègrent également la catégorie socioprofessionnelle antérieure, mais les résultats d'estimation perdent de manière importante en significativité du fait de la forte corrélation avec le niveau d'éducation.

La configuration familiale vise à refléter les ressources en aide informelle potentiellement mobilisables pour permettre un soutien à domicile. Il s'agit d'une mesure de l'aide potentielle et non de l'aide effective. Nous avons retenu ici le fait de vivre en couple, d'avoir au moins un enfant et d'avoir au moins un frère ou une sœur.

Le tableau 1 décrit la population des échantillons en 2008 et 2015 (données pondérées) selon ces différentes caractéristiques.

Tableau 1 - **Distribution des caractéristiques individuelles et familiales en 2008 et 2015**

		2008 (%) (1)	2015 (%) (2)	Évolution (pp) (2)-(1)
% de personnes vivant en établissement		8.4	9.2	+0.8**
Âge	75-79 ans	40.9	36.0	-4.9***
	80-89 ans	51.1	49.8	-1.4*
	90 ans ou plus	7.9	14.3	+6.3***
Sexe	Femmes	63.1	61.4	-1.7**
	Hommes	36.9	38.6	+1.7**
Niveau de dépendance	Autonome	22.7	23.4	+0.6(ns)
	LF seules	59.4	57.4	-2.0**
	LF et RA	17.8	19.2	+1.4**
Niveau de diplôme	Faible	77.7	67.2	-10.4***
	Intermédiaire	15.7	24.4	+8.7***
	Supérieur	6.6	8.4	+1.7***
Situation conjugale	Seul-e	54.9	50.3	-4.6***
	En couple	45.1	49.7	+4.6***
Enfants	Aucun	15.3	12.3	-3.0***
	Au moins un	84.7	87.7	+3.0***
Frères et sœurs	Aucun-e	39.4	35.6	-3.8***
	Au moins un-e	60.6	64.4	+3.8***

Note : LF : limitations fonctionnelles ; RA : restrictions d'activité ; pp : point de pourcentage.

Lecture : en 2008, 8.4 % des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant en France métropolitaine vivent dans un établissement, contre 9.2 % en 2015.

Sources et champ : DREES, enquêtes HSM 2008, HSI 2009, CARE-Ménages 2015 et CARE-Institutions 2016. Individus de 75 ans ou plus résidant en France métropolitaine en 2008 et 2015 (à domicile et en établissement).

Le recours aux EHPA des personnes de 75 ans ou plus a augmenté de 8.4 % à 9.2 % entre 2008 et 2015, soit une augmentation significative de 0.8 point de pourcentage (pp), relativement proche de ce qui est obtenu à partir d'autres sources de données⁹.

La proportion d'hommes s'est accrue, du fait de l'augmentation de leur espérance de vie ; cela contribue à augmenter la probabilité d'être en couple (+4.6 pp). La présence d'enfants est aussi plus fréquente en 2015 (+3 pp). Le niveau de diplôme des 75 ans ou plus continue de progresser, comme depuis le XXe siècle avec la démocratisation de l'enseignement. Pour ce qui est de l'état fonctionnel, on constate une augmentation de la part des personnes sans incapacité, mais aussi de celle des personnes déclarant des restrictions d'activité sévères, sans doute portée par l'augmentation des plus de 90 ans.

2.2. Stratégie d'analyse

Dans cette recherche, nous analysons les données empilées des deux enquêtes pour estimer, *via* des modèles logistiques, l'évolution du recours aux établissements et ses dynamiques. Nous nous appuyons sur le cadre proposé par de Meijer *et al.* (2015), où la demande de prise en charge évolue selon le nombre de personnes âgées, la perte d'autonomie et les comportements des individus.

On peut l'illustrer par la figure 1, qui représente la proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus classées selon leur degré de perte d'autonomie aux dates t et t' . L'aire sous chacune des courbes est une approximation de la demande de prise en charge. Avec le vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées devrait augmenter, de même que le niveau moyen de perte d'autonomie. Cette hypothèse se traduit par un décalage de la fonction de densité vers la droite (flèche A). En supposant qu'il existe un degré de perte d'autonomie à partir duquel les personnes sont prises en charge en établissement (droite verticale), il est possible de découper la population âgée en deux sous-populations : celle résidant à domicile (à gauche de la ligne verticale) et celle résidant en établissement (à droite de la ligne verticale). Le changement des comportements des individus, lié à une modification de leurs préférences individuelles ou à des changements d'offre, peut modifier le seuil à partir duquel les personnes entrent en institution (flèche B). L'augmentation des incapacités et le fait que le seuil d'entrée en établissement augmente peuvent éventuellement se compenser et conduire à une proportion stable de personnes âgées vivant en établissement.

Dans un premier temps, nous modélisons la probabilité de résider en établissement en fonction des facteurs considérés afin d'en déduire le niveau d'association, puis l'évolution du recours entre 2008 et 2015, toutes choses égales par ailleurs. Dans un deuxième temps, nous décomposons la différence de taux d'institutionnalisation entre 2008 et 2015, pour identifier ce qui, dans cette différence, est attribuable à une évolution de la fréquence des facteurs dans la population – par exemple, un changement de la part des plus diplômés ou de la présence de proches (effet de composition) – ou à une modification de l'association entre ces différents facteurs et le recours – par exemple, un changement du lien entre le niveau de dépendance et le recours (effet de comportement, de préférence).

3. Analyses et résultats

3.1. L'effet des caractéristiques sur le recours aux établissements

Les effets des caractéristiques (effets marginaux) sont estimés par un Logit simple sur l'échantillon regroupant les observations de 2008 et 2015. L'évolution du taux d'institutionnalisation sur cette période est mesurée par une indicatrice *année*, seule variable dans le Modèle 0, puis en intégrant les caractéristiques individuelles et familiales observées dans le Modèle 1. Le Modèle 1 suppose que l'effet de ces caractéristiques sur la probabilité de vivre en établissement est resté inchangé entre 2008 et 2015, hypothèse que l'analyse par décomposition permettra par la suite de tester. Les résultats sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2 - Effets marginaux issus de la régression logistique de la probabilité de vivre en établissement

	Modèle 0		Modèle 1	
	Effet marginal	Écart-type	Effet marginal	Écart-type

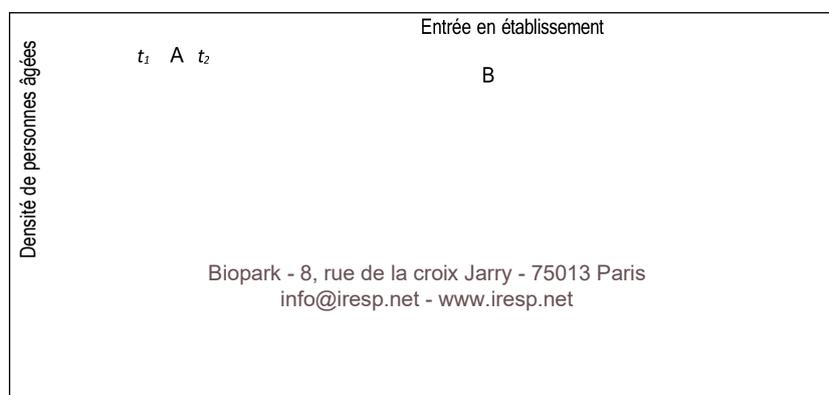
Année (réf. 2008)				
2015	0.008**	0.004	-0.001(ns)	0.001
Âge (réf. 75-79 ans)				
80-89 ans			0.017***	0.002
90 ans ou plus			0.040***	0.004
Sexe (réf. Hommes)				
Femmes			-0.002(ns)	0.002
Niveau de diplôme (réf. Intermédiaire)				
Faible			-0.001(ns)	0.002
Supérieur			0.005(ns)	0.004
Statut conjugal (réf. Pas en couple)				
En couple			-0.039***	0.002
Niveau de dépendance (réf. Autonome)				
LF seules			0.014***	0.001
LF et RA			0.211***	0.008
Enfants (réf. Aucun)				
Oui			-0.027***	0.003
Frères ou sœurs (réf. Aucun-e)				
Oui			-0.002(ns)	0.002

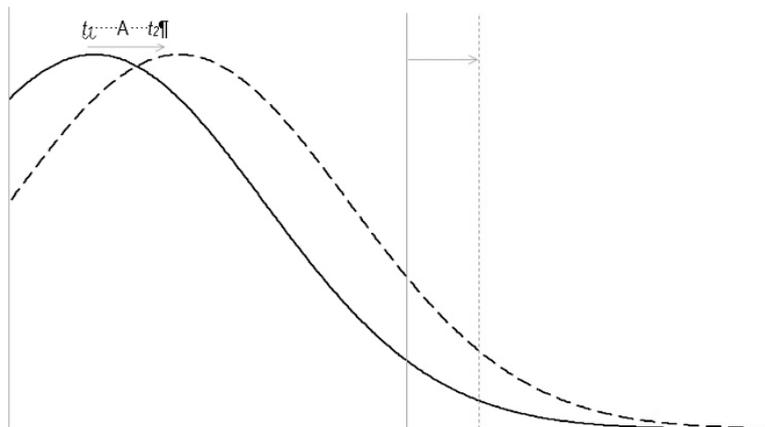
Note : LF : limitations fonctionnelles ; RA : restrictions d'activité ; Std. err. : erreur standard.
 Lecture : avoir entre 80 et 89 ans augmente de 0.02 point de pourcentage la probabilité de vivre en établissement relativement à avoir entre 75 et 79 ans, toutes choses égales par ailleurs.
 Sources et champ : DREES, enquêtes HSM 2008, HSI 2009, CARE-Ménages 2015 et CARE-Institutions 2016. Individus de 75 ans ou plus résidant en France métropolitaine en 2008 et 2015 (à domicile et en établissement).

Comme attendu, l'âge et le niveau de dépendance sont positivement associés à la probabilité de résider en établissement. Les RA augmentent de 0.21 point de pourcentage (pp) la probabilité de vivre en établissement, toutes choses égales par ailleurs. Concernant l'effet du sexe, les femmes ont, à la fois en 2008 et 2015, un taux d'institutionnalisation en moyenne plus élevé que les hommes. Mais cette différence n'est pas significative dans le modèle ajusté. Le niveau de diplôme est aussi associé positivement, mais de manière non significative, à la probabilité de vivre en établissement. On trouve une association significative avec les situations conjugales et familiales : être en couple ou avoir des enfants diminuent la probabilité de vivre en établissement. Aucune association significative n'est observée avec le fait d'avoir des frères et sœurs.

Avec les caractéristiques introduites dans le Modèle 1, la probabilité de résider en établissement n'est pas significativement différente en 2008 et 2015. Ce résultat suggère que l'augmentation du taux de recours aux EHPA observée sur la période considérée (+0.8 pp) s'explique principalement par l'évolution des caractéristiques de la population âgée (cf. tableau 1). Selon ce premier résultat, l'évolution du recours ne traduirait pas globalement de changement des comportements vis-à-vis du recours. La décomposition de l'évolution va permettre d'approfondir ce point.

Figure I - **Degré de dépendance et probabilité de vivre en établissement**





Note : la courbe en trait plein représente la distribution des personnes âgées de 75 ans ou plus selon leur état de perte d'autonomie à la date t_1 , et celle en trait pointillé la distribution à la date t_2 .
Source : adapté de de Meijer *et al.* (2015).

3.2. Décomposition de l'évolution du recours

Les méthodes de décomposition visent en général à distinguer, dans une différence (par exemple de revenu) observée entre deux groupes d'individus, la part s'expliquant par les différences de caractéristiques influentes (effet de composition) et la part qui reste inexpliquée par ces différences de caractéristiques. Nous nous appuyons ici sur les méthodes de décomposition développées par Fairlie (2005) et Yun (2004) pour des variables dépendantes de nature dichotomique (voir annexe 1).

Notre approche méthodologique poursuit trois objectifs. Il s'agit d'abord d'estimer la part de l'évolution du recours entre 2008 et 2015 qui est expliquée par l'évolution de la distribution des facteurs sociodémographiques (effet de composition agrégé). Concrètement, cela revient à estimer un contrefactuel correspondant au taux de recours que l'on observerait en 2015 si la composition était celle de 2008 : on applique les paramètres qui lient les caractéristiques au recours estimés par un modèle logistique en 2015 à la structure de la population de 2008, pour obtenir la probabilité prédite contrefactuelle pour 2015. On obtient alors une évolution contrefactuelle 2008-2015, que l'on compare à l'évolution observée : l'écart correspond à la part de l'évolution qui est expliquée par les changements de composition.

De cette analyse, on déduit aussi la part non expliquée par l'effet de composition, qui est en partie attribuable aux modifications des paramètres liant les facteurs au recours. On peut l'évaluer aussi par un contrefactuel : cette fois, la probabilité de recours prédite pour 2015 est calculée en appliquant les paramètres de 2008 à la composition de 2015. L'écart entre les évolutions contrefactuelle et observée correspond à la part liée aux changements dans l'association entre les caractéristiques (âge, sexe, niveau de dépendance, configuration familiale, niveau d'éducation) et la propension à résider en établissement. La part de l'évolution non expliquée s'interprète alors comme l'effet d'un changement de comportements des personnes âgées (ou de celui de leurs aidants potentiels), d'un

changement de préférence pour la prise en charge ou du contexte (évolution de l'offre médico-sociale en termes de capacité d'accueil ou de tarifs, évolution des politiques publiques). Bien qu'il soit impossible, avec les données mobilisées, d'explorer les ressorts précis de l'évolution du lien entre les caractéristiques observables et les comportements d'entrée en institution, l'estimation de cette part non expliquée de l'évolution renseigne sur l'hypothèse généralement faite dans les exercices de projection des taux d'institutionnalisation, à savoir l'invariance des comportements à caractéristiques sociodémographiques données.

On peut ensuite désagréger les composantes expliquée et inexpliquée pour évaluer les contributions de chaque facteur : on suppose, par exemple, que dans la composante expliquée, l'accroissement de la part des plus de 90 ans et de ceux qui déclarent des restrictions d'activité ou encore des plus diplômés, facteurs positivement associés au recours, tendent à avoir accru la probabilité de vivre en institution ; à l'inverse, les évolutions dans la structure familiale devraient tendre à l'avoir réduite. Cette étape doit permettre d'identifier si les projections existantes du nombre de personnes âgées vivant en établissement, basées sur des projections d'effectifs de personnes âgées par âge et niveau de dépendance, gagneraient à tenir compte de l'évolution d'autres caractéristiques.

3.3. Effet de composition et changement de pratiques ?

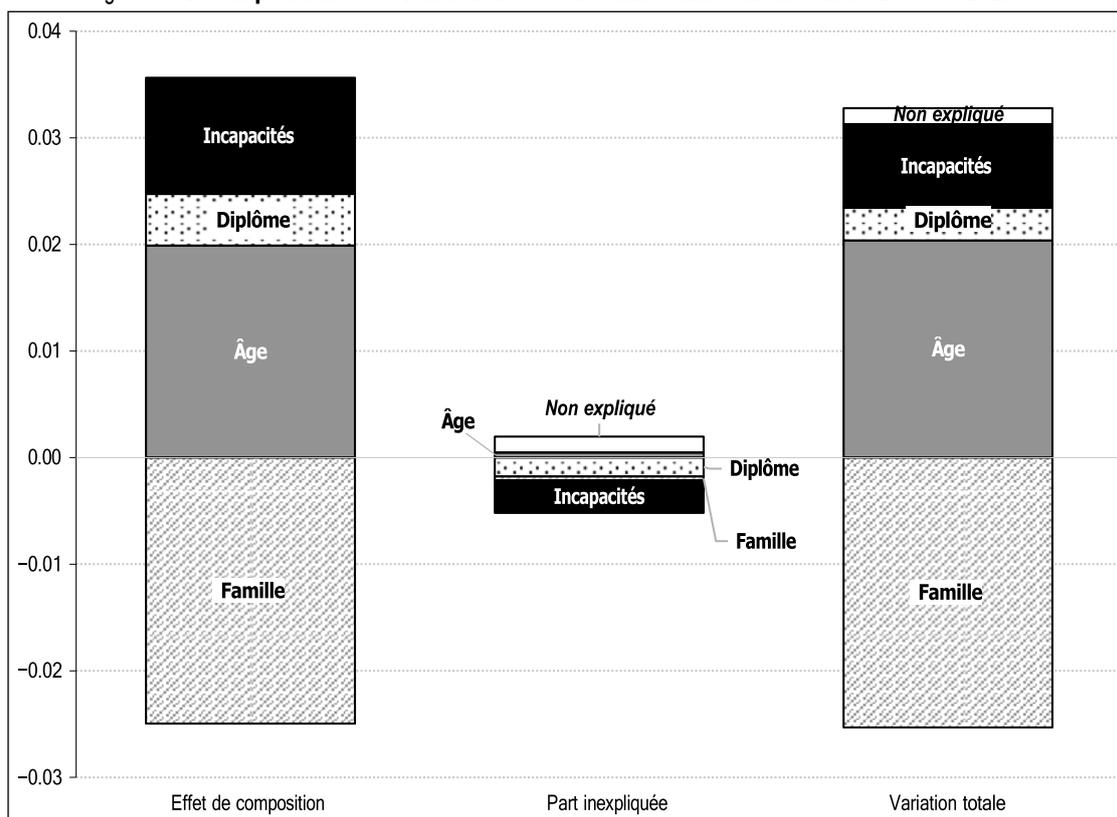
La décomposition agrégée permet d'estimer tout d'abord le taux de recours qui aurait été observé en 2015 si la composition de la population en termes d'âge, sexe, niveau de diplôme, niveau de dépendance et structure familiale n'avait pas changé par rapport à 2008. L'augmentation du recours aux EHPA aurait dans ce cas été plus prononcée (+1.1 pp estimé contre +0.8 pp observé) que celle effectivement observée (tableau 3). La décomposition réalisée pour les femmes et les hommes séparément permet de voir que l'effet de composition concerne surtout la population féminine.

Ces résultats confirment donc l'effet de composition, qui était suggéré par les simples analyses logistiques ; une composante inexpliquée a pu aussi contribuer à contenir l'évolution, mais de manière non significative.

La décomposition détaillée montre la contribution des différents facteurs à l'effet de composition – illustrant ceux qui ont eu tendance à accroître le recours et ceux qui ont eu tendance à le réduire – et à l'écart non expliqué par le changement des facteurs – illustrant la modification de leur lien avec le recours. Une constante reste inexpliquée par les effets de composition ou de modification du lien entre facteurs et recours.

Les résultats sont présentés dans la figure II de manière résumée, c'est à dire en sommant les effets des modalités des facteurs (les résultats sont détaillés dans l'annexe 2).

Figure II - Décomposition de l'évolution du recours aux établissements entre 2008 et 2015



Note : paramètres de référence de 2015 ; représentation de la somme des contributions des variables diplôme, famille (présence d'un conjoint ; d'au moins un enfant ; d'un frère ou une sœur), incapacités, sexe, âges.
Lecture : les incapacités ont contribué positivement à l'augmentation du recours aux EHPA sur la période (effet total) via une contribution positive à l'effet de composition (due à l'accroissement de la prévalence des restrictions d'activité entre 2008 et 2015) et une contribution négative, mais de moindre ampleur, à l'effet inexpliqué (due à une diminution, non significative, du lien entre incapacité et recours).
Sources et champ : DREES, enquêtes HSM 2008, HSI 2009, CARE-Ménages 2015 et CARE-Institutions 2016. Individus de 75 ans ou plus résidant en France métropolitaine en 2008 et 2015 (à domicile et en établissement).

Cette décomposition détaillée confirme que le vieillissement démographique (changement de la composition selon les classes d'âge) est le principal facteur tendant à faire augmenter le taux de recours sur cette période avec, toutes choses égales par ailleurs, une progression de +2 pp (l'augmentation de la part des plus de 90 ans ayant la contribution la plus marquée). L'évolution des incapacités (notamment l'augmentation de la prévalence des RA) et celle du niveau de diplôme renforcent cette tendance vers un plus grand recours (respectivement +1.1 pp et +0.5 pp). En revanche, l'évolution des structures familiales des personnes âgées contrebalance ces tendances en induisant une réduction du taux d'institutionnalisation entre 2008 et 2015 (-2.5 pp). Cet effet est principalement dû à l'augmentation du nombre de personnes en couple (-1.6 pp), puis à l'augmentation du nombre de personnes avec au moins un enfant (-0.7 pp). La réduction des effectifs de personnes âgées sans frère ni sœur y contribue également (-0.2 pp), mais de manière non significative. Cette évolution globale des structures familiales fait plus que compenser l'effet du vieillissement démographique, signe que l'évolution de la densité de l'entourage familial est un facteur important pour anticiper les besoins de capacité d'accueil à l'avenir.

Tableau 3 - **Décomposition agrégée de l'évolution du taux de recours à l'hébergement en établissement (référence 2008)**

	Ensemble (N = 15 944)	Femmes (N = 11 138)	Hommes (N = 4 806)
Taux de recours EHPA en 2008 (%)	8.4	10.3	5.3
Taux de recours EHPA en 2015 (%)	9.2	11.6	5.4
Augmentation observée (pp)	+0.8**	+1.3***	+0.1
<i>Variation expliquée par le changement de composition (réf. 2008) (pp)</i>	+1.1***	+1.9***	-0.1
<i>Variation non expliquée par la composition (pp)</i>	-0.3	-0.6	+0.2

Note : seuils de significativité ** à 5 %, *** à 1 %.

Lecture : le taux de recours aux EHPA a augmenté de 0.8 pp entre 2008 et 2015, le changement de composition a contribué à augmenter de

1.1 pp ce taux de recours.

Sources et champ : DREES, enquêtes HSM 2008, HSI 2009, CARE-Ménages 2015 et CARE-Institutions 2016. Individus de 75 ans ou plus résidant en France métropolitaine en 2008 et 2015 (à domicile et en établissement).

La part inexplicée (qui reflète les changements de l'association entre les facteurs et le recours) est de bien moindre ampleur, non significative, et les évolutions positives ou négatives s'y compensent. Mais, de manière intéressante, on constate que l'évolution des incapacités tend à aller de pair avec un moindre recours, ce qui peut s'interpréter comme une évolution vers des types d'incapacité plus gérables à domicile : soit qu'elles sont moins complexes, soit que les dispositifs d'aide permettent de les prendre mieux en charge à domicile qu'auparavant, soit que les profils en établissements sont plus sélectionnés.

4. Discussion

4.1. Synthèse des résultats

Nos résultats montrent que l'augmentation relativement contenue de la part des 75 ans et plus vivant en établissement n'est pas tant due à une plus grande propension à rester au domicile qu'à des effets de composition. En effet, une partie des facteurs positivement associés à l'institutionnalisation (vieillesse, restriction d'activité) sont plus fréquents en 2015 qu'en 2008 et ont contribué à accroître le recours global ; tandis que d'autres, eux-aussi plus fréquents en 2015 (plus d'hommes dans la population, plus de personnes en couple et avec enfants) mais négativement associés au recours, l'ont réduit. Ces effets sont particulièrement portés par la population féminine. Si les femmes sont moins enclines que les hommes à recourir à l'institution, toutes choses égales par ailleurs elles y sont plus exposées du fait de leur plus grande longévité et d'une exposition plus grande aux incapacités. Or, sur la période, les femmes ont pu vieillir plus entourées, notamment de leur conjoint, ce qui leur a procuré davantage d'aide familiale pour rester au domicile. On a pu constater aussi que, même s'il n'est pas significatif, leur avantage vis-à-vis du recours à l'institution a légèrement baissé alors que la part des hommes s'est accrue parmi les 75 ans et plus. D'autre part, même si l'association n'est pas significative, on constate que les incapacités tendent à être moins liées au recours : cela peut refléter que le seuil d'éligibilité aux établissements a augmenté avec la saturation de l'offre, ou que la nature des restrictions d'activité a évolué vers des formes plus gérables au domicile par les proches et

une adaptation des services. Il y a de fait des signes de diminution de la part des restrictions d'activité dues aux troubles cognitifs en France et ailleurs, qui pourraient expliquer une partie de ce résultat (Bonnet et al., 2021).

Au total, la part de l'évolution non expliquée par le changement de composition est modeste et non significative. Ce résultat suggère que, toutes choses égales par ailleurs, les comportements de recours à l'institution sont restés stables sur la période. Ainsi, contrairement à ce qui est trouvé aux Pays-Bas (de Meijer et al., 2011 ; Alders et al., 2017), la progression contenue du recours aux établissements en France ne semble pas s'expliquer par l'encouragement au maintien au domicile et une évolution du système de prise en charge, d'autant qu'elle ne s'est pas traduite par un accès plus grand à des dispositifs d'assistance. Aux Pays-Bas, le choix individuel apparaît plus limité et plus dépendant de la volonté publique ou non de maintenir plus longtemps à domicile les personnes âgées. Or, un véritable virage domiciliaire a été mis en place : le nombre de lits en établissements y a chuté, renforçant la saturation de l'offre en établissement ; l'accompagnement à domicile s'est développé, favorisant le maintien à domicile. En France, le virage domiciliaire n'a pas vraiment opéré. Il n'est donc pas surprenant, in fine, que la propension à recourir à l'institution n'ait pas substantiellement changé et que l'augmentation contenue de la proportion de personnes âgées résidant en institution s'explique par la présence plus fréquente de l'entourage familial, notamment pour les femmes. Ce résultat, s'il se confirme dans le temps, irait dans le sens d'un transfert de la prise en charge vers les aidants familiaux, qu'elle soit facilitée par une offre de service et des limitations fonctionnelles moins complexes permettant aux familles de garder les proches au domicile, ou qu'elle s'impose du fait de la saturation de l'offre en établissement.

4.2. Limites

Dans cet article, nous opposons le recours à l'institution au maintien à domicile, sans toutefois tenir compte d'arbitrages possibles entre l'aide formelle au domicile et en établissement. Cette analyse devra donc être poursuivie, pour identifier si le moindre recours à l'institution pour certaines parties de la population s'est accompagné d'un plus fort recours à une prise en charge formelle à domicile. Nos données ne permettent pas de tenir compte de l'évolution de la prise en charge et des politiques publiques à destination des personnes en perte d'autonomie, ni d'identifier si les modifications des comportements de recours en établissement sont la volonté des personnes âgées ou si elles sont subies : elles pourraient l'être du fait d'un manque d'offre, de son coût, etc. Il apparaît que la prise en charge en établissement a peu évolué (Muller, 2017b), de même que celle à domicile (Carrère et al., 2021). Or la disponibilité de l'offre apparaît comme un élément déterminant favorisant ou freinant le recours à l'institution (Theisen, 2017 ; Charles & Sevak, 2005 ; Jette et al., 1995 ; Carrère, 2021). De plus, les coûts de l'aide formelle en établissement ont augmenté : selon Muller (2017b), le tarif journalier de l'hébergement a progressé de 4.30 € entre 2011 et 2015. Ce constat est vérifié aussi pour l'aide formelle à domicile : les tarifs horaires des salariés à domicile rémunérés par des particuliers employeurs bénéficiaires de

l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ont augmenté de 17 % entre 2008 et 2015, soit davantage que le tarif horaire de référence sur lequel se fondent les départements pour calculer la part du tarif horaire financé par l'APA.

La sensibilité de la demande de prise en charge aux prix à domicile a été démontrée en France (Bourreau-Dubois et al., 2014 ; Hégé, 2016 ; Roquebert & Tenand, 2017). Roquebert & Tenand (2017), par exemple, montrent qu'une augmentation de 10 % du reste-à-charge par heure d'aide formelle consommée diminuerait de 2 à 6 % le nombre d'heures d'aide consommées. En établissement, les résultats sont moins nets. Mais il apparaît une substitution entre les différentes modalités de prise en charge liée au différentiel de coûts entre les deux modes de prise en charge (Carrère & Jusot, 2020). Ces éléments suggèrent que la prise en compte de l'évolution des coûts relatifs, voire de celle de la disponibilité de l'offre, pourraient en partie rendre compte de la part ici inexplicée de l'évolution du taux d'institutionnalisation.

Enfin, les données disponibles ne nous permettent pas de mesurer avec précision les facteurs pris en compte dans cette étude : d'une part, l'entourage familial tel que mesuré ici ne reflète pas la disponibilité et la disposition des proches à aider, mais le fait que la personne ait des proches ; d'autre part, le statut socioéconomique mesuré par le niveau de diplôme rend peu compte du niveau de vie et de la capacité à assumer des coûts de prise en charge. Et on ne dispose pas d'information sur le patrimoine.

Dans un contexte d'augmentation de la population âgée couplée à une faible création de places en établissement, il est difficile de démêler les raisons de la faible augmentation de la part des personnes âgées vivant en établissement. Les données des enquêtes HSM 2008, HSI 2009, CARE-Ménages 2015 et CARE-Institutions 2016 ont été mobilisées pour analyser l'évolution passée du recours à l'institution et en comprendre les dynamiques, à la fois celles liées à un changement de composition de la population et celles liées à un changement de comportement de recours à l'institution.

Malgré les limites soulignées précédemment, il semble que les pratiques de recours à l'institutionnalisation associées aux différents facteurs ont peu changé sur la période étudiée et qu'il n'y a pas de signe d'une diminution de la propension à recourir aux établissements. Ce résultat, si les configurations d'offre restent inchangées dans les prochaines années, permet de conforter les hypothèses de stabilité de ces paramètres dans les modèles de projections pour les prévisions du nombre de maisons de retraite et de résidences autonomie à construire dans les prochaines années (Miron de l'Espinay & Roy, 2020).

Nos résultats montrent toutefois l'effet important de la présence de l'entourage familial, non pris en compte dans la plupart des modèles, qui diminue le recours : il s'avère un facteur important de la régulation du recours aux établissements, principalement pour les femmes. Ce résultat questionne le virage domiciliaire et ses conséquences à plus long terme. Il semble, en effet, que la disponibilité d'aidants potentiels ait été le facteur qui a le plus contribué à contrebalancer le vieillissement de la population âgée et l'accroissement de

certaines restrictions d'activité. Ainsi, le virage domiciliaire semble reposer sur l'aide informelle et on peut s'interroger sur la soutenabilité de cette situation.

Par ailleurs, on pourrait recommander que les modèles de projection prennent mieux en considération ce facteur familial. Mais, comme nous l'avons souligné, il s'agirait de ne pas assimiler la présence de proches et leur rôle d'aidant.

Les préférences des personnes en perte d'autonomie en matière de recours à leurs proches peuvent se modifier à mesure que de nouvelles générations atteignent les grands âges, notamment avec la plus grande fréquence des recompositions familiales, des divorces aux âges élevés ou de l'éloignement géographique des familles (Bonnet et al., 2021). Ces tendances peuvent à l'avenir modifier les liens entre la présence des proches et le maintien au domicile. Le choix de recourir à une aide professionnelle pourrait s'accroître, même avec un entourage familial plus présent.

De plus, nos résultats sur l'effet du sexe (et des incapacités chez les femmes) questionnent la possibilité donnée aux femmes de rester à domicile avec des incapacités. Les femmes, même si elles vieillissent plus souvent en couple qu'avant, sont toujours plus souvent veuves et se remettent moins en couple lorsqu'elles se séparent que les hommes. Elles restent autant, voire plus, contraintes de vivre en établissement lorsqu'elles avancent en âge. Si l'on estime qu'elles sont plus aptes à rester seules au domicile, on peut aussi s'interroger sur le rôle de contraintes, telles que le manque d'offre de prise en charge en établissement ou les difficultés à faire face aux coûts, qui les exposeraient davantage au risque de renoncer à une prise en charge en EHPA.

Les solutions de prise en charge doivent donc être établies pour répondre aux besoins d'une population âgée qui évolue. Alors que le rôle de l'entourage a fortement contribué au maintien au domicile, on peut s'interroger sur la pérennité de cette solution. Il s'agirait de proposer une offre professionnelle à domicile et en établissement qui puisse être ajustée aux besoins de celles et ceux qui n'auront pas l'option de se maintenir au domicile du fait de leurs incapacités, par choix ou en l'absence d'aidants familiaux.

ANNEXE 1

MÉTHODE DE DÉCOMPOSITION

Les méthodes de décomposition ont initialement été développées pour mettre en évidence des phénomènes de discrimination salariale sur le marché du travail aux États-Unis, entre femmes et hommes (Oaxaca, 1973) ou entre individus blancs et noirs (Blinder, 1973). Fairlie (2005) transpose aux variables dichotomiques (vivre ou non en établissement dans notre cas) le modèle canonique d'Oaxaca-Blinder.

Nous présentons ici de manière synthétique le cadre d'analyse formel du modèle de Fairlie. Nous nous appuyons pour cela sur Boutchenik et al. (2019), en adaptant les notations à notre étude. Soit E_{2008} l'échantillon des individus observés en 2008 et E_{2015} l'échantillon des individus observés en 2015. On note Y_t (pour $t = 2008, 2015$) le taux d'institutionnalisation :

$$Y_{2008} = \frac{1}{N_{2008}} \sum_{i \in E} Y_{i,2008} \text{ et } Y_{2015} = \frac{1}{N_{2015}} \sum_{i \in E} Y_{i,2015}$$

avec N_t la taille de l'échantillon en t et $Y_{i,t}$ une variable dichotomique égale à 1 si l'individu i réside en établissement en t , 0 sinon.

Pour décomposer l'écart de taux d'institutionnalisation entre 2008 et 2015, on modélise dans un premier temps la probabilité individuelle de vivre en établissement à chacune des deux dates *via* un Logit simple :

$$P_{2008}(Y_i = 1 | X_i) = F(X_i \beta_{2008}), \forall i \in E_{2008}$$

$$P_{2015}(Y_i = 1 | X_i) = F(X_i \beta_{2015}), \forall i \in E_{2015}$$

où X_i correspond aux caractéristiques de l'individu i , $\beta_{2008}, \beta_{2015}$ aux paramètres à estimer et $F(\cdot)$ à la fonction de répartition de la loi logistique.

Les résultats d'estimation sont, dans un second temps, utilisés pour prédire le taux d'institutionnalisation qu'on aurait observé en 2015 si les caractéristiques de la population étaient restées inchangées par rapport à celles de 2008. Pour cela, on calcule pour chaque individu de 2008 sa probabilité de vivre en établissement sous l'hypothèse que ses caractéristiques individuelles seraient associées de la même façon qu'en 2015 à la probabilité de vivre en établissement :

$$P_{\rightarrow 2015}(Y_i = 1 | X_i) = F(X_i \beta_{\rightarrow 2015}), \forall i \in E_{2008}$$

Le taux d'institutionnalisation attendu en 2015 si les caractéristiques de la population étaient restées identiques à celles de 2008 est alors égal à la moyenne de ces probabilités prédites.

L'effet de composition correspond à l'écart de taux d'institutionnalisation entre 2008 et 2015 expliqué par la différence des caractéristiques observées de la population aux deux dates. L'écart inexpliqué correspond quant à lui à un écart des probabilités moyennes entre 2008 et 2015 ne s'expliquant pas par la différence de composition (observable) de la population. Il rend compte d'une association différente en 2008 et 2015 entre les caractéristiques individuelles observées et la probabilité de vivre en établissement, ainsi que d'un résidu.

l'écart entre β_{2008} et β_{2015} . On parle ainsi généralement d'une différence de la « valorisation » des caractéristiques observées. Ici par exemple, une amélioration des aides au maintien à domicile des personnes modérément dépendantes pourrait déboucher sur une plus faible propension à vivre en établissement en 2015 qu'en 2008.

L'un des principaux intérêts du modèle d'Oaxaca-Blinder est de permettre de désagréger de manière relativement simple l'effet de composition pour estimer le rôle respectif de chaque caractéristique individuelle X_k dans la différence observée. C'est moins évident dans le cas d'une variable dichotomique.

Pour illustrer cette difficulté, supposons que deux variables seulement soient à l'origine de l'évolution du taux d'institutionnalisation : l'âge et le niveau de dépendance. La décomposition détaillée vise alors à évaluer le poids respectif de l'évolution de la structure par âge de la population et de l'évolution du niveau de dépendance sur l'évolution du taux d'institutionnalisation. Pour cela, on pourra par exemple mettre en œuvre une procédure séquentielle. On prédit tout d'abord le taux d'institutionnalisation qu'on aurait observé en 2015 si la structure par âge de la population de 2015 était celle de 2008. Pour estimer l'effet de composition lié à l'âge, on compare ensuite ce taux avec le taux d'institutionnalisation effectivement observé en 2015. Pour estimer l'effet de composition lié au niveau de dépendance, on compare ce même taux avec le taux d'institutionnalisation qu'on aurait observé en 2015 si à la fois la structure par âge et la structure par niveau de dépendance de la population de 2015 étaient celles de 2008. Dans un cadre non-linéaire, on montre que le résultat d'une telle décomposition est sensible à l'ordre dans lequel elle est opérée (Yun, 2004) : selon qu'on estime l'effet de l'âge puis l'effet de la dépendance ou l'inverse, les estimations de la contribution propre de chaque caractéristique seront différentes. Parmi les stratégies proposées dans la littérature pour résoudre cette difficulté nous adoptons ici celle de Yun (2004), qui permet d'obtenir une décomposition non sensible à l'ordre dans lequel sont introduits les variables. La méthode repose sur l'attribution à chaque variable X_k d'un poids W_k reflétant la contribution relative de l'écart de distribution de cette variable entre les deux groupes à l'écart observé de la variable d'intérêt.

ANNEXE 2

DÉCOMPOSITION AGRÉGÉE ET DÉTAILLÉE DE L'ÉVOLUTION DU RECOURS À L'HÉBERGEMENT EN ÉTABLISSEMENT ENTRE 2008 ET 2015 (COEFFICIENTS DE RÉFÉRENCE DE 2008)

		Coefficient	$P > z$	[Int. conf. à 95 %]
Décomposition agrégée :				
	Évolution observée (variation totale)	0.008	0.025	[0.001;0.015]
	Effet du changement de composition (part expliquée)	0.011	0.000	[0.009;0.013]
	Effet non expliqué par la composition (part inexpliquée)	-0.003	0.372	[-0.009;0.004]
Décomposition détaillée :				
1 - Contribution à l'évolution du recours des changements de composition de la population par facteur				
Âge	70-79 (baisse)	+0.010	0.004	[0.003;0.016]
	80-89 (baisse)	+0.000	0.205	[-0.001;0.000]
	90+ (hausse)	+0.011	0.003	[0.004;0.018]
Sexe	Hommes (hausse)	0.000	0.931	[-0.001;0.001]
	Femmes (baisse)	0.000	0.931	[-0.001;0.001]
	Pas ou peu diplômés (baisse)	+0.005	0.002	[0.002;0.008]

Diplôme	Diplômés du secondaire (hausse)	-0.001	0.607	[-0.007;0.004]
	Diplômés du supérieur (hausse)	+0.001	0.119	[0.000;0.003]
Famille	Pas en couple (baisse)	-0.008	0.016	[-0.015;-0.002]
	En couple (hausse)	-0.008	0.016	[-0.015;-0.002]
	Sans enfant (baisse)	-0.003	0.028	[-0.007;0.000]
	Enfant(s) (hausse)	-0.003	0.028	[-0.007;0.000]
	Fratrie (hausse)	-0.001	0.280	[-0.002;0.001]
	Pas de fratrie (baisse)	-0.001	0.280	[-0.002;0.001]
Incapacité	Autonome (hausse)	-0.003	0.017	[-0.005;-0.001]
	LF sans RA (baisse)	0.004	0.015	[0.001;0.008]
	LF et RA (hausse)	0.009	0.014	[0.002;0.017]
2 - Part de l'évolution expliquée par un changement des coefficients du lien entre facteurs et recours				
Âge	70-79	0.000	0.576	[-0.001;0.002]
	80-89	0.000	0.786	[-0.001;0.001]
	90+	0.000	0.507	[0.000;0.000]
Sexe	Hommes	0.000	0.538	[-0.001;0.001]
	Femmes	+0.001	0.538	[-0.001;0.002]
Diplôme	Pas ou peu diplômés	-0.002	0.401	[-0.006;0.003]
	Diplômés du secondaire	0.000	0.874	[-0.001;0.001]
	Diplômés du supérieur	0.000	0.455	[0.000;0.001]
Famille	Pas en couple	-0.002	0.387	[0.007;0.003]
	En couple	+0.002	0.387	[-0.002;0.006]
	Sans enfant	0.000	0.800	[0.000;0.000]
	Enfant(s)	0.000	0.800	[-0.001;0.002]
	Fratrie	0.000	0.489	[-0.002;0.001]
	Sans fratrie	0.000	0.489	[-0.001;0.001]
Incapacité	Autonome	0.000	0.827	[-0.001;0.001]
	LF sans RA	-0.004	0.347	[-0.014;0.005]
	LF et RA	+0.001	0.302	[-0.001;0.004]
Non expliqué		+0.002	0.498	[-0.003;0.006]

Note : décomposition réalisée avec la méthode de Yun (2004). Des pondérations normalisées sont utilisées afin de tenir compte de la composition de la population selon le lieu d'habitation. Les coefficients estimés multipliés par 100 s'interprètent comme une variation du taux d'institutionnalisation en points de pourcentage.

Lecture : le fait que la proportion de personnes « Pas ou peu diplômées » ait baissé entre 2008 et 2015 a contribué à faire diminuer de 0.5 point de pourcentage le taux d'institutionnalisation des 75 ans ou plus entre 2008 et 2015.

Sources et champ : DREES, enquêtes HSM 2008, HSI 2009, CARE-Ménages 2015 et CARE-Institutions 2016. Individus de 75 ans ou plus résidant en France métropolitaine en 2008 et 2015 (à domicile et en établissement).

PARTIE 2 : Dynamique de l'offre en Ehpad et assimilés

La littérature sur le marché des Ehpad en France (Penneau 2022 ; Martin 2014 ; Nirello 2015) ou à l'étranger (Scanlon, 1980 ; Allan *et al.* 2021 ; Ching *et al.* 2015 ; Forder and Allan 2014 ; Huand and Hirth, 2016 ; Grabowski et Hirth, 2003 ; Santerre et Vernon, 2007 ; Hackmann, 2018) est dense. Nous proposons d'avoir une analyse longitudinale du marché des Ehpad en France.

Cette analyse est aussi le moyen de construire une base de données harmonisées au niveau établissement sur les Ehpad et assimilés de 2004 à 2022. Cette base comporte des informations à la fois sur la capacité d'accueil et le type d'accueil (type de clientèles, statut d'hébergement), le statut juridique, le personnel (pour certaines années seulement), la tarification et le tarif (pour certaines années seulement).

2.1. Méthode et données

La base « support » mobilisée pour l'analyse est le répertoire du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) des années 2004 à 2022. Plusieurs tables issues du répertoire Finess sont mises à disposition sur data.gouv :

- Des tables annuelles au niveau entité juridique (Etablissement juridique (EJ)) qui comportent des informations sur les caractéristiques des établissements (localisation, statut juridique, catégorie, SIREN, code Activité principale exercée (APE) – à partir de 2009 -, date de création). Chaque base annuelle comporte une ligne par Finess-EJ. L'assemblage des bases annuelles permet d'obtenir 1 076 015 lignes (couples Finess-EJ*année) qui correspondent à 80 352 numéros de Finess-EJ différents.
- Des tables annuelles au niveau établissement (Etablissement géographique (ET)) qui renseignent sur les caractéristiques de l'établissement (localisation, catégorie, mode de fixation des tarifs, date d'ouverture et de fermeture). Chaque base annuelle comporte une ligne par Finess-ET. L'assemblage des bases annuelles permet d'obtenir 1 852 684 lignes (couples Finess-ET*année) qui correspondent à 143 864 numéros de Finess géographique différents.
- Des tables annuelles au niveau équipements médico-sociaux (equisoc) qui renseignent sur les capacités de chaque équipement médico-sociaux, la clientèle, le mode de tarification, la discipline etc. Chaque base annuelle comporte une ligne par équipement, chaque établissement peut avoir plusieurs lignes une même année. L'assemblage des bases annuelles permet d'obtenir 1 385 803 lignes (couples équipement*année) qui correspondent à 143 864 numéros de Finess géographique différents.

La base de données Finess permet une analyse avec une profondeur temporelle importante. Le chaînage des différentes années grâce aux numéros de Finess-ET rend possible l'identification des créations et des cessations d'activité. Par contre, la mise à jour n'est pas immédiate et il est possible qu'une activité soit comptabilisée alors que l'établissement a fermé. Par ailleurs, aucune information n'est disponible sur le personnel ni le tarif (le type de tarification est par contre renseigné).

Un travail important de mise en cohérence des données a été réalisé. Notamment, il a été question d'identifier des évolutions qui pouvaient apparaître comme aberrantes (par exemple : forte augmentation de la capacité d'accueil une année seulement), des disparitions d'établissements réapparus l'année suivante, ou encore des doublons, des erreurs de codage ou des imputations de valeurs manquantes. Il est à noter qu'un travail de complétion des données a été réalisé de sorte à dupliquer les lignes lorsque des établissements ont disparu temporairement des bases. Dans ce cas, nous avons considéré qu'il s'agissait d'une erreur et avons reproduit la dernière observation en date.

La base finale « support » comporte 1 957 585 lignes (avec des valeurs manquantes). Il s'agit d'une base au niveau établissement*année comportant les informations suivantes :

- Numéro de Finess ET
- Numéro de Finess EJ
- Année
- Raison sociale / adresse / coordonnées géolocalisation / téléphone / SIRET / SIREN
- Département / région
- Catégorie détaillée de l'établissement
- Mode de fixation des tarifs
- Date d'autorisation
- Date d'ouverture
- Statut juridique
- Capacité par type de clientèle
- Capacité habilitée par type de clientèle
- Capacité par activité (seulement pour clientèle PA)
- Nombre d'équipements médico-sociaux

Une fois cette table créée, on sélectionne uniquement le champ des Ehpad et assimilés, à savoir les catégories suivantes :

- EHPA percevant des crédits de l'Assurance Maladie 501
- EHPA sans crédit de l'Assurance Maladie 502
- EHPAD 500
- Etablissement Expérimentale pour les personnes âgées 381
- Etablissement de Soins de Longue Durée 362
- Hospice 199
- Maison de Retraite 200

Nous avons choisi ici de présenter les résultats sur les Ehpad et assimilés mais la base de données Finess identifie d'autres établissements : les résidences autonomie par exemple ou des structures à domicile : services de soins infirmiers à domicile par exemple. Nous avons réalisé le même type d'analyse sur ces structures.

Dans l'analyse qui suit, nous gardons tous les établissements géographiques qui ont été au moins une année dans les catégories d'établissements énoncés (même s'ils étaient initialement issus d'une autre catégorie ou s'ils ont changé de catégorie au cours de la période d'observation). Cela correspond à 10 177 établissements (au sens Finess-ET) différents. Ils apparaissent plusieurs années ce qui donne 160 678 lignes Finess-ET*année.

Nous associons cette base « support » aux données :

- Des enquêtes Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de 2007, 2011, 2015 et 2019 de la Drees qui permettent de construire des indicateurs sur le personnel, le tarif des lits et les résidents (degré de perte d'autonomie, nombre etc.)
- Tarifaires de la CNSA de 2018, à 2022 qui fournissent les tarifs des places habilitées et non habilitées à l'aide sociale par établissement.

Nous ne gardons que les 10 177 établissements sélectionnés précédemment.

Les analyses conduites par la suite sont des analyses statistiques descriptives pour mettre en évidence l'évolution de ce type d'offre en France. Des analyses de séquences sont aussi mobilisées pour visualiser les dynamiques individuelles des Ehpad en France entre 2004 et 2022.

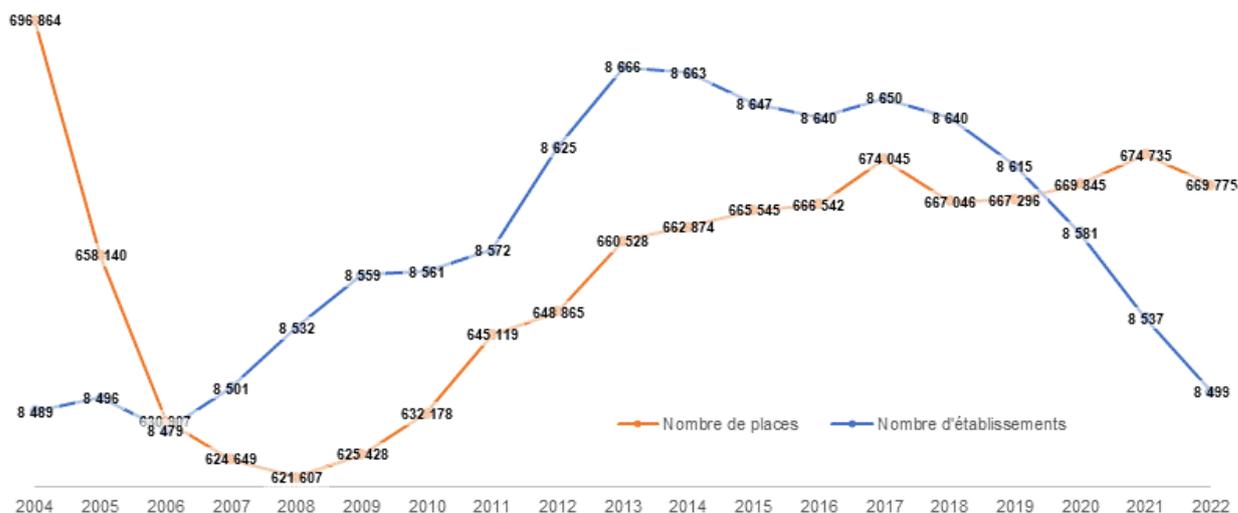
2.2. Résultats

4.3. a. Evolution temporelle des Ehpad

La Figure 1 présente l'évolution du nombre d'établissements au cours du temps. Le nombre d'établissements apparaît relativement stable au cours du temps : variant autour de 8 500 et 8 700 établissements. La dynamique est pourtant d'abord croissante entre 2004 et 2014, où le nombre d'établissements passe de 8 489 en 2004 à 8 663 en 2014, soit une progression de 2 % en 10 ans ; puis décroissante pour atteindre 8 499 établissements en 2022 (un niveau équivalent à celui de 2004 et donc une baisse de 2 % en seulement 8 ans).

Ce constat sur le nombre d'établissements ne reflète pas la dynamique en nombre de places. En effet, le nombre de places était le plus haut en 2004 (696 864 places comptabilisées dans les établissements) alors que le nombre d'établissements à la même date est le plus bas observé (mis à part en 2006). Cela signifie que le nombre moyen de places dans les établissements est maximum (par rapport à la période observée) en 2004 : 82 places en moyenne par établissement. Le nombre de places chute ensuite jusqu'en 2008, date à laquelle il atteint son niveau le plus bas (621 607 lits). Sur cette même période, le nombre d'établissements a eu tendance à augmenter (+0,5 % en 4 ans) indiquant une réduction des capacités d'accueil moyennes par établissement. L'augmentation du nombre d'établissements suit la même évolution que l'augmentation du nombre de places entre 2008 et 2014. Depuis 2014 le nombre de lits est relativement stable, variant entre 663 000 places et 675 000. Le constat n'est pas le même concernant le nombre d'établissements entre 2017 et 2022 (baisse notable). La dynamique est donc plutôt à une augmentation des capacités moyennes par établissement dans les années récentes. C'est bien la tendance que l'on constate dans les données depuis 2008 : progression du nombre moyen de places par établissement (alors qu'il avait chuté sur la période 2004-2008).

Figure 1. Evolution du nombre d'établissements et de places en Ehpad entre 2004 et 2022 en France.



Note : Aucune pondération n'est utilisée.

Lecture : En 2004, on compte 8 489 établissements qui offrent 696 864 places.

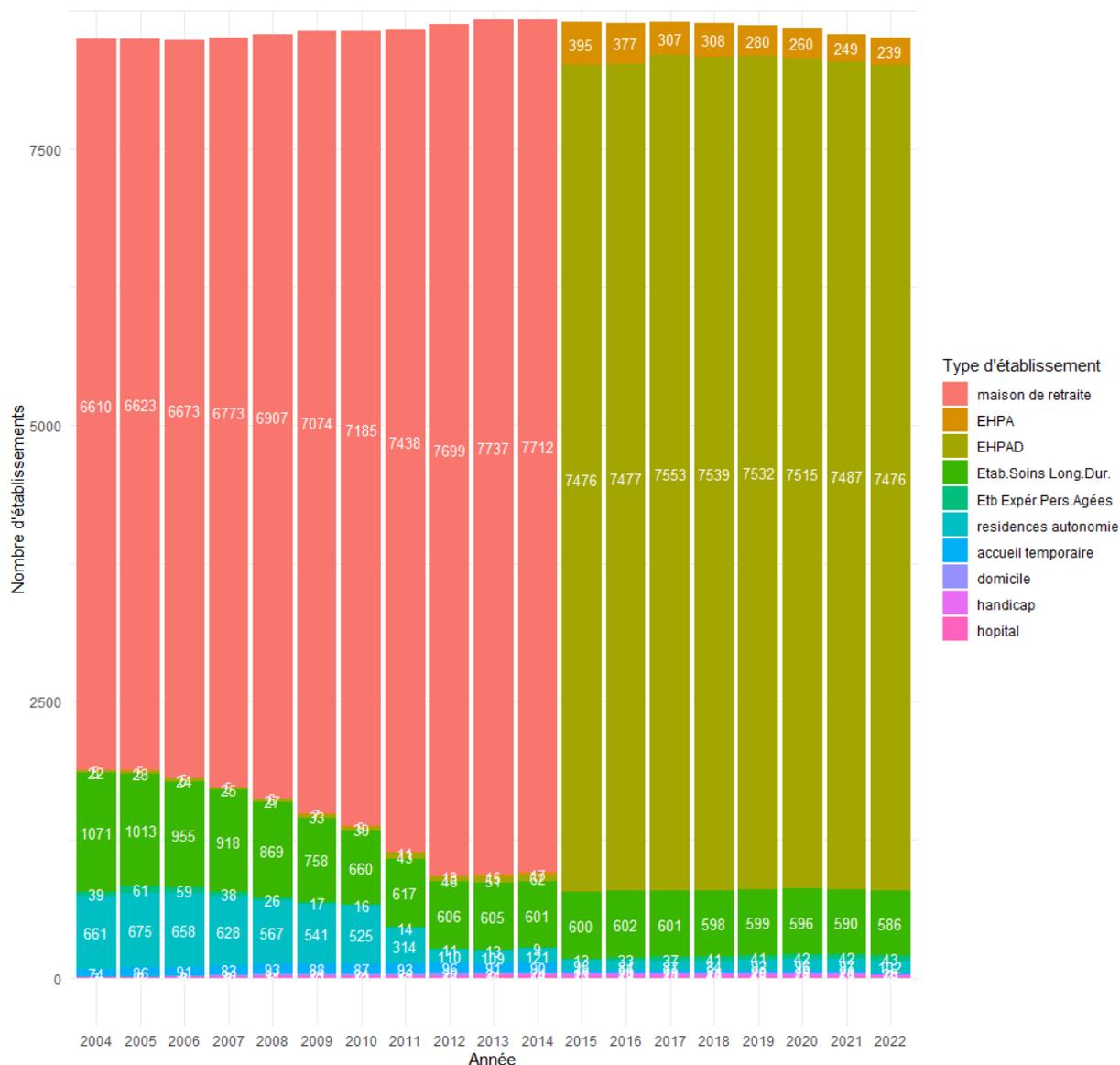
Champ : Etablissements ayant été dans la catégorie Ehpad et assimilés au moins une année entre 2004 et 2022.

Source : DREES, Finess 2004-2022.

Nous avons gardé les établissements qui ont été dans une des catégories énoncées précédemment au moins une fois entre 2004 et 2022, cela explique la présence de catégories autres que celles retenues (résidences autonomie ou établissements pour personnes handicapées par exemple).

On identifie entre 2014 et 2015 le basculement de la catégorie maison de retraite en Ehpad ou EHPA non Ehpad, de même que le changement de certaines résidences-autonomie en Ehpad ou assimilés, voir Figure 2. Une analyse de séquence permettra de mieux identifier les transitions de catégories d'établissement (voir plus bas).

Figure 2. Evolution au cours du temps du nombre d'établissements par catégorie d'établissement en France.



Note : Aucune pondération n'est utilisée.

Lecture : En 2004, on compte 6 610 maisons de retraite sur les 8 489 établissements qui existent en 2004.

Champ : Etablissements ayant été dans la catégorie Ehpad et assimilés au moins une année entre 2004 et 2022.

Source : DREES, Finess 2004-2022.

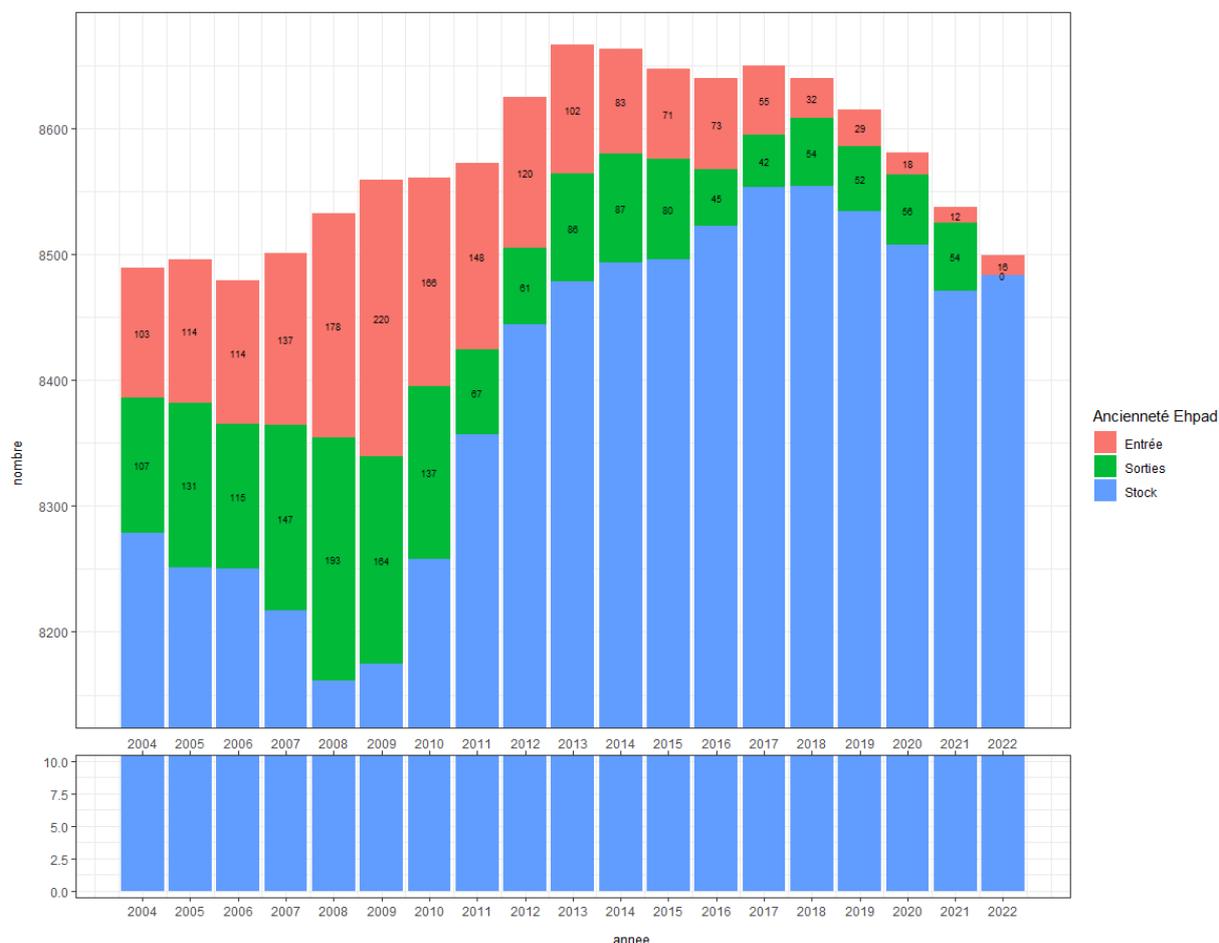
Cette analyse agrégée par année ne reflète pas les dynamiques individuelles des établissements : les entrées, les sorties, les agrandissements ou réduction de capacité d'accueil, les changements de statut etc.

La dynamique d'entrée et de sortie sur le marché des Ehpad est assez faible, voir Figure 3. En effet, la plupart des établissements sont observés sur toute la période d'analyse. Le nombre d'établissements présents l'année précédente et aussi l'année suivante (catégorie « stock » de la Figure 3) augmente de façon continue entre 2009 et 2018. A partir de cette date on constate une baisse du « stock » notamment parce que les sorties ne sont pas compensées par les entrées. En parallèle, le nombre d'entrées diminue depuis 2009. Alors qu'on comptait 220 nouveaux établissements en 2009, on n'en

compte plus que 16 en 2022. Le nombre de sorties était relativement élevé dans les années 2000 (193 sorties en 2008). Puis, a fortement diminué dans les années 2010, excepté trois années : 2014, 2015 et 2016 où on compte plus de 80 sorties. Ce constat de faibles entrées et sorties dans les années récentes par rapport au passé, est d'autant plus fort si on réalise l'analyse en proportion. En 2009, on compte 2,6 % de nouveaux établissements alors qu'en 2022 on en compte moins de 0,2 %. Ainsi, il faudra garder en tête que le marché des Ehpad et assimilés est un marché assez installé qui évolue relativement lentement surtout dans les années récentes.

Figure 3. Dynamique du marché des Ehpad.

Dynamique du marché des Ehpad (par année)



Note : Aucune pondération n'est utilisée.

Lecture : En 2005, on compte 8 496 établissements dont 131 qui fermeront définitivement l'année d'après, et 114 qui ont ouvert cette année. Le reste des établissements sera observé la période d'avant et d'après (n= 8 279).

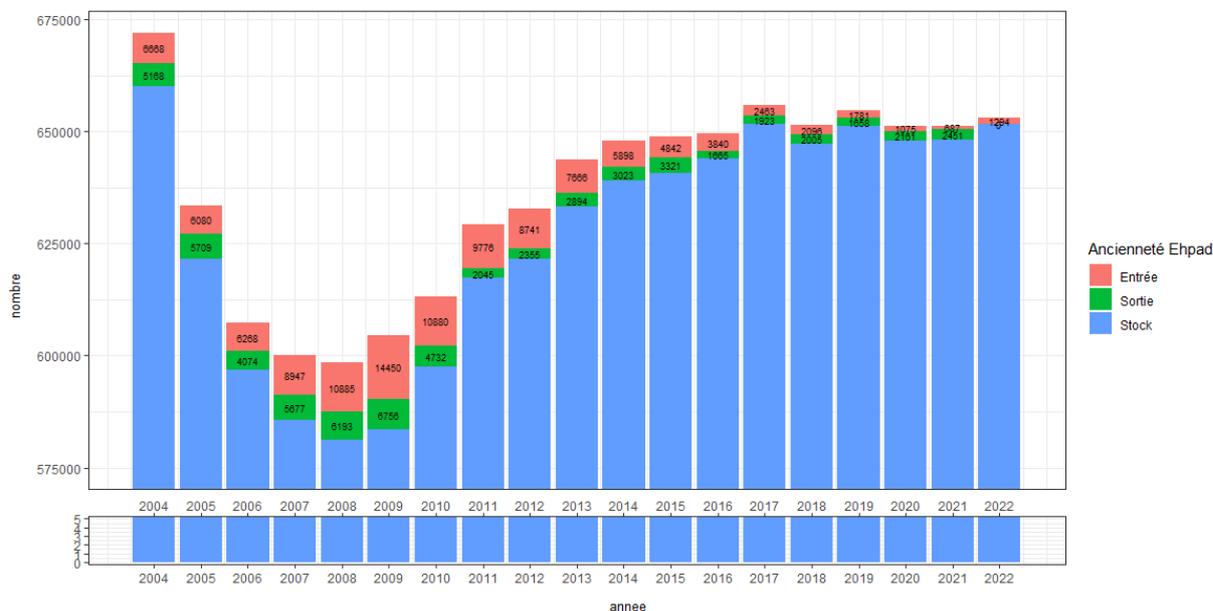
Champ : Etablissements ayant été dans la catégorie Ehpad et assimilés au moins une année entre 2004 et 2022.

Source : DREES, Finess 2004-2022.

En comparant ce graphique avec celui de l'évolution en nombre de places, on a tendance à penser que les nouveaux établissements de même que ceux qui ferment ont relativement peu de places en moyenne alors que ceux qui restent ont tendance s'agrandir (Figure 4).

Figure 4. Dynamique du marché des Ehpad en nombre de places.

Dynamique du marché des places en Ehpad (par année)



Note : Aucune pondération n'est utilisée.

Lecture : En 2005, on compte 633 364 places dans des Ehpad et assimilés dont 5 709 qui sont dans des Ehpad qui fermeront définitivement l'année d'après, et 6 080 dans des Ehpad qui ont ouvert cette année. Le reste des places sont dans des établissements observés la période d'avant et d'après (n= 621 575).

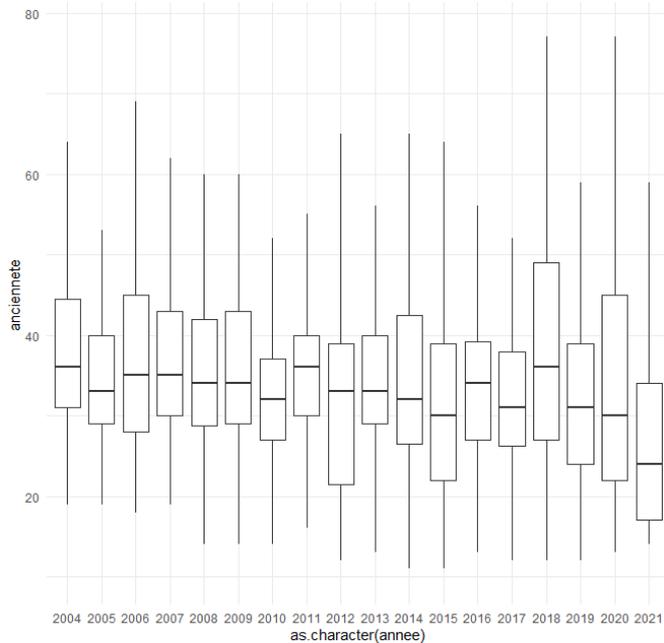
Champ : Etablissements ayant été dans la catégorie Ehpad et assimilés au moins une année entre 2004 et 2022.

Source : DREES, Finess 2004-2022.

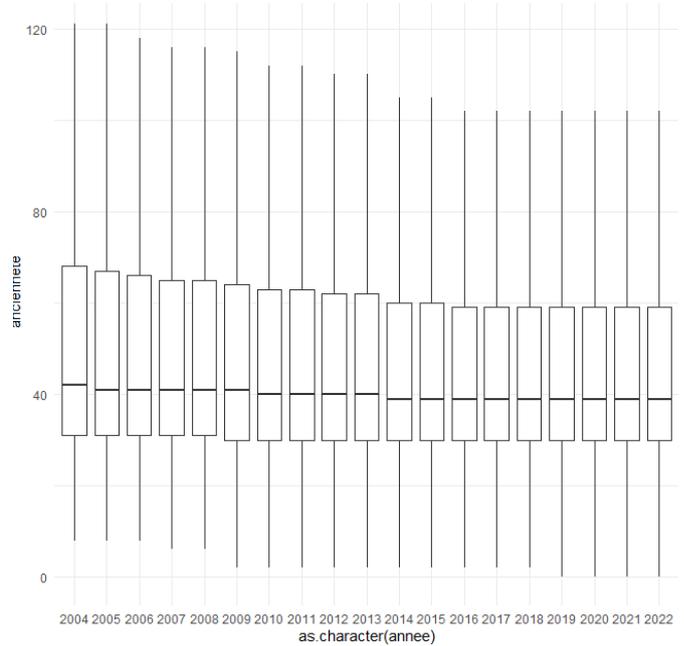
Concernant l'ancienneté, les établissements qui ferment ont en moyenne une ancienneté plus faible que les établissements qui ne ferment pas mais ces derniers ont une forte hétérogénéité (Figure 5).

Figure 5. Ancienneté des établissements selon s'ils vont fermer ou s'ils ont été observés toute la période.

Ceux qui ont fermé (ancienneté au moment de la fermeture)



Ceux présents tout le temps (ancienneté à la date d'observation)



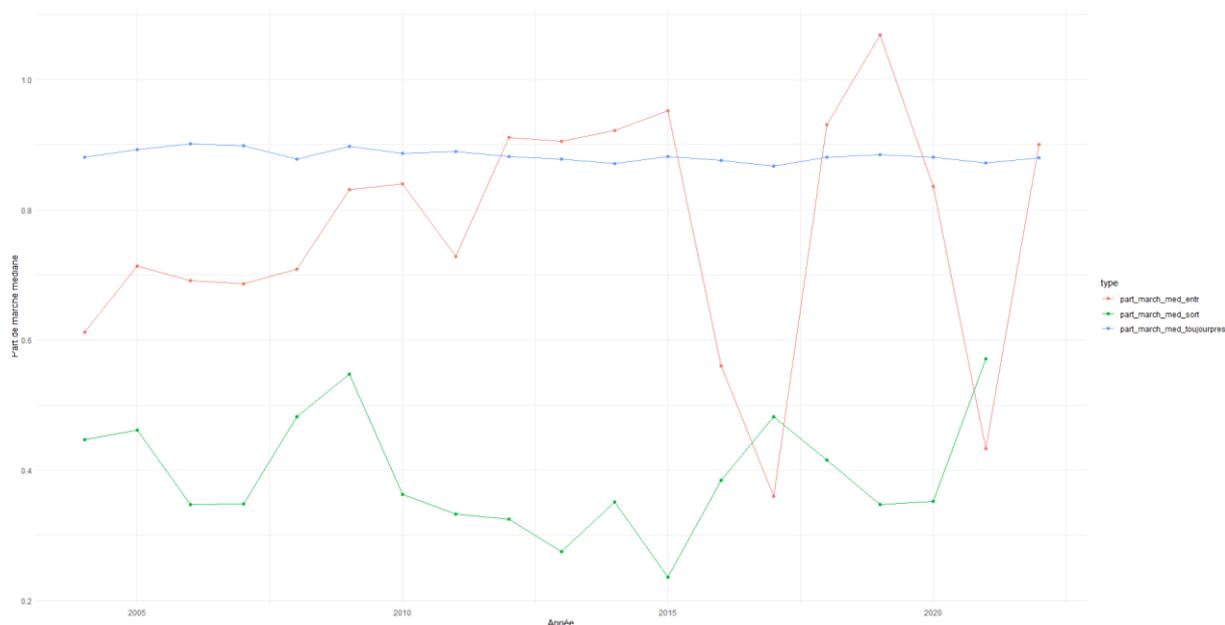
Note : Aucune pondération n'est utilisée.

Champ : Etablissements ayant été dans la catégorie Ehpad et assimilés au moins une année entre 2004 et 2022.

Source : DREES, Finess 2004-2022.

En revanche, les établissements qui ferment ont de faibles capacités d'accueil par rapport à leur zone géographique comparativement aux Ehpad qui ouvrent ou à ceux installés sur toute la période (Figure 6). La courbe des entrants est volatile car il y a peu d'entrants surtout les années récentes, mais il semble apparaître une tendance à la hausse en termes de part de marché des nouveaux entrants. Par contre, sur les sortants (à part qu'ils ont des parts de marché plus faibles en moyenne), nous n'identifions pas de tendance.

Figure 6. Evolution des parts de capacité par année et selon le type d'établissement.



Note : Aucune pondération n'est utilisée.

Champ : Etablissements ayant été dans la catégorie Ehpad et assimilés au moins une année entre 2004 et 2022.

Source : DREES, Finess 2004-2022.

Pour aller plus loin, nous réalisons des analyses de séquences des établissements selon les trois catégories d'Ehpad : ceux toujours présents, ceux qui sont sortis et ceux qui sont entrés.

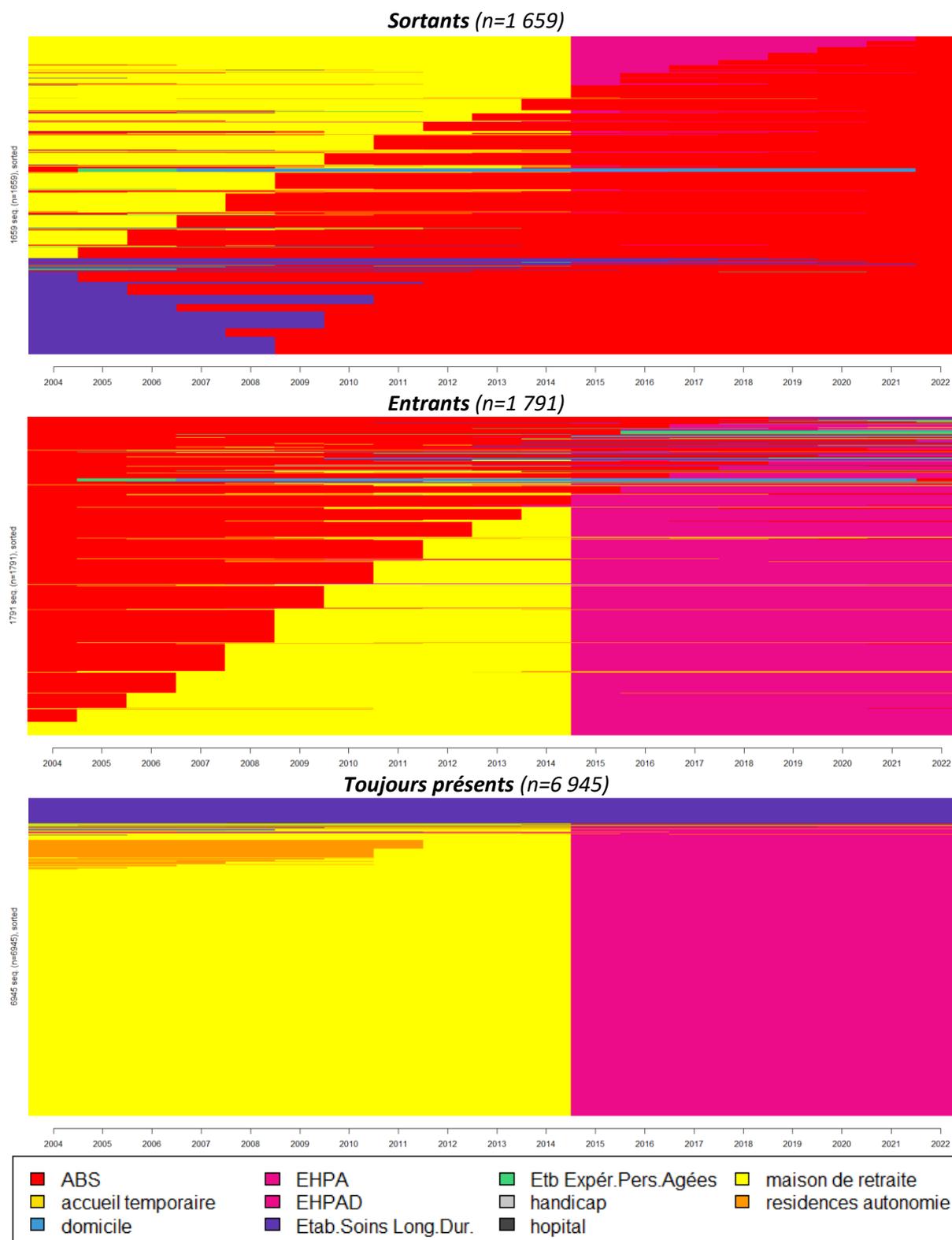
b. Analyse de séquence des Ehpad.

La Figure 7 présente les séquences de changement de catégorie d'établissement selon trois catégories de dynamique : les Ehpad qui sont sortis sur la période, les Ehpad qui sont entrés durant la période et ceux qui sont observés toutes la durée (2004 à 2022). Il y a assez peu de changements de catégorie d'établissement. Ceux qui sortent ont un peu plus de variabilité dans leur changement de catégorie avant la sortie. En parallèle une partie de ceux qui entrent ont des catégories différentes au début de leur exercice, mais la plupart ont des trajectoires assez linéaires. Les Ehpad toujours présents ont des trajectoires très linéaires. Les changements notables concernent la disparition de la catégorie maison de retraite. On note aussi quelques transitions de résidences-autonomie vers des maisons de retraite puis Ehpad.

Les Ehpad qui sortent du marché sont plutôt des établissements ayant une faible part de capacité⁶ (Figure 8). En effet, on identifie une majorité d'établissement ayant des déciles de part de capacité faible avant leur sortie du marché. Par contre, les entrants sont assez répartis. Il n'y a pas de changement de part de marché chez les toujours présents.

⁶ On appelle part de capacité, la proportion de places de l'établissement par rapport au nombre de places dans le département. Cette variable est scindée en 10 groupes de taille équivalent (déciles).

Figure 7. Changement de catégorie d'établissement selon le type de dynamique de l'Ehpad.

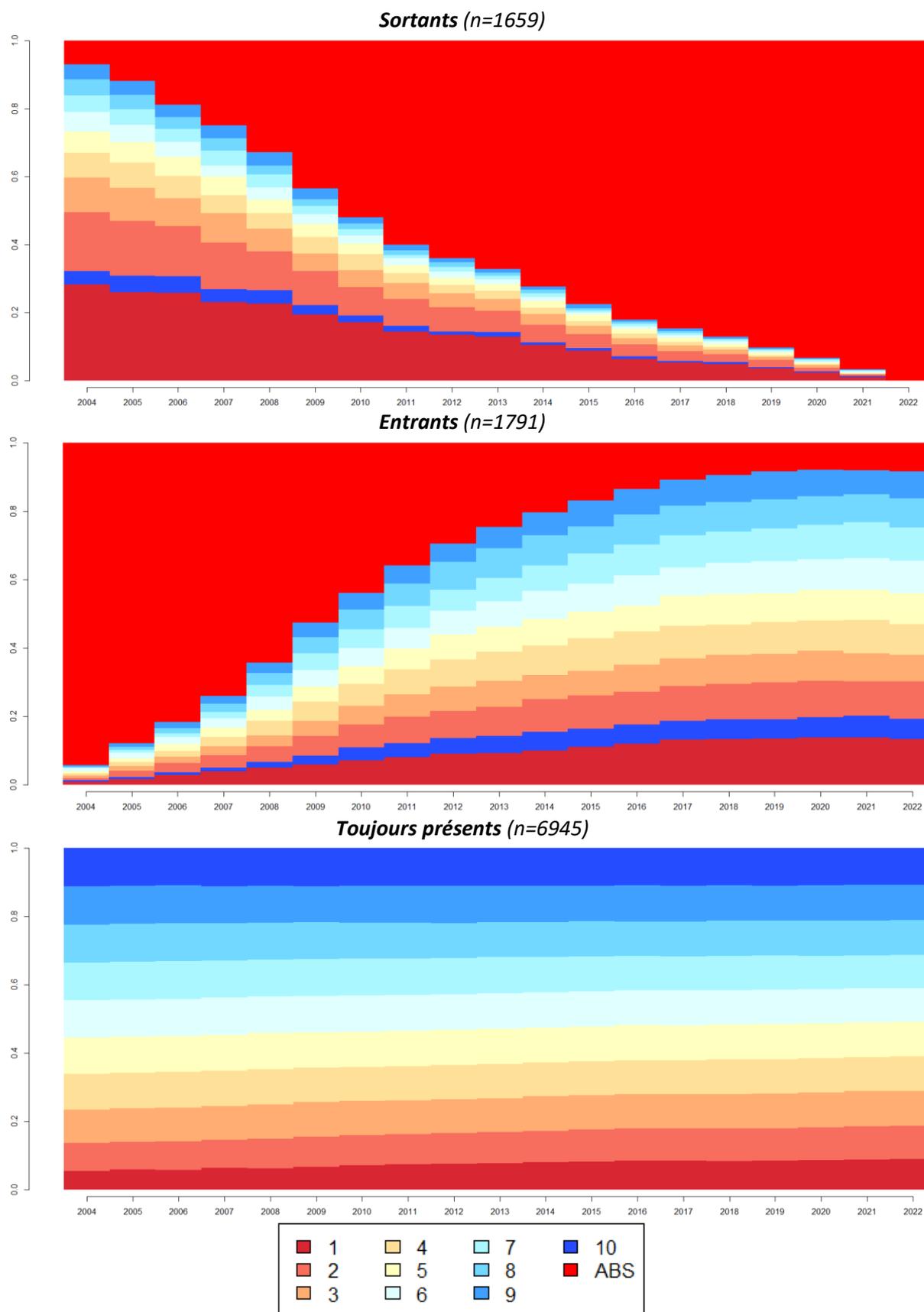


Note : Aucune pondération n'est utilisée.

Champ : Etablissements ayant été dans la catégorie Ehpad et assimilés au moins une année entre 2004 et 2022.

Source : DREES, Finess 2004-2022.

Figure 8. Changement de part de capacité (en décile) selon le type de dynamique de l'Ehpad.



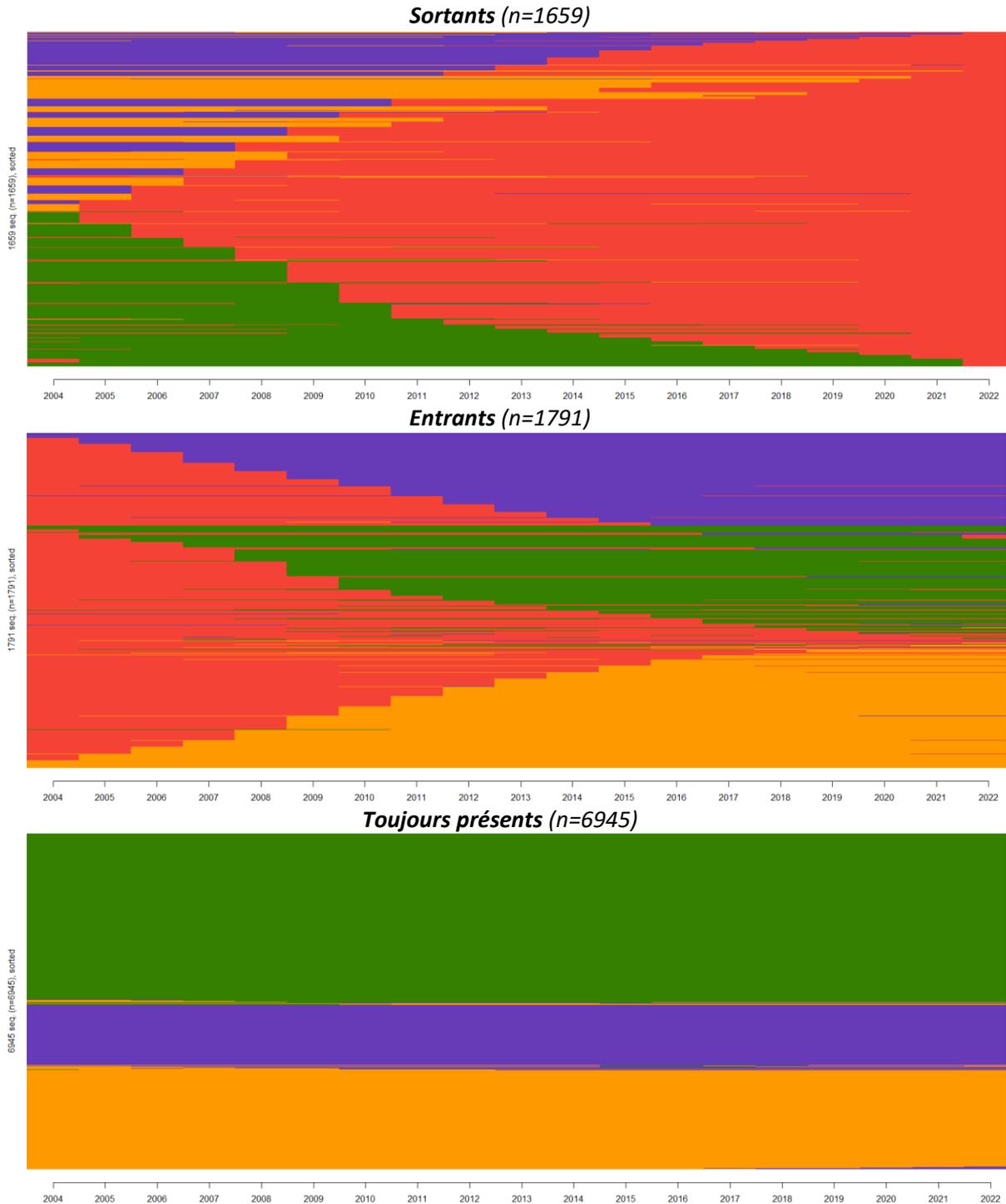
Note : Aucune pondération n'est utilisée.

Champ : Etablissements ayant été dans la catégorie Ehpad et assimilés au moins une année entre 2004 et 2022.

Source : DREES, Finess 2004-2022.

Les Ehpad observés toute la période semblent garder leur pouvoir de marché assez stable au cours du temps.

Figure 9. Changement de statut juridique selon le type de dynamique de l'Ehpad.





Note : Aucune pondération n'est utilisée.
Champ : Etablissements ayant été dans la
catégorie Ehpad et assimilés au moins une année
entre 2004 et 2022.

Source : DREES, Finess 2004-2022.

La Figure 9 présente les trajectoires de statut juridiques des Ehpad selon les trois catégories. Il y a assez peu de changement de catégorie juridique chez les entrants et sortants. Cette stabilité des trajectoires est encore plus frappante sur les toujours présents. On dénote très peu de changements de statut juridique au cours du temps.

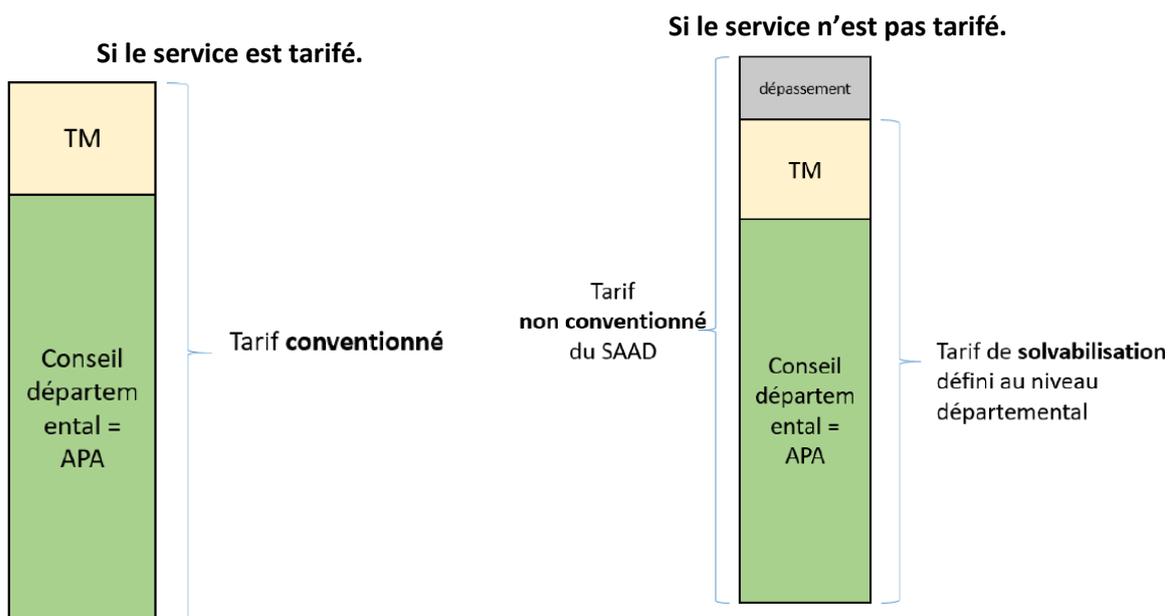
2. 3. Conclusion

Ces éléments semblent aller dans le sens d'un faible changement des Ehpad au cours du temps. Les entrées et sorties sont limitées et les changements de statut juridique, de catégorie ou même de tarification sont minimales. Le marché des Ehpad est donc assez statique au cours du temps, alors même que les dynamiques populationnelles sont importantes. Des analyses similaires ont été réalisées sur les résidences-autonomie, les Soins de suite et de réadaptation (SSR), l'hospitalisation à domicile (HAD) et les soins de suite et de réadaptation (SSIAD) et les constats sont assez semblables. Le pendant à domicile pour l'offre médico-sociale (services d'aide à domicile, emploi direct d'aide à domicile) demande à être étudié afin d'identifier si cette stabilité de l'offre en établissement et sanitaire à domicile est compensée par une dynamique élevée à domicile ou à une inertie globale de la politique d'accompagnement de la perte d'autonomie.

Partie 3. Tarification de l'aide à domicile

L'aide à domicile procurée par le secteur médico-social existe sous différentes relations contractuelles, appelées modes d'intervention. Le mode d'intervention **prestataire** correspond à la situation où l'aide est fournie par des employés de SAAD (le SAAD réalise la « prestation » d'aide à domicile). Le mode **mandataire** correspond à la situation où la personne qui fournit l'aide est employée par la personne bénéficiaire mais qu'un SAAD s'occupe des démarches administratives (elle « mandate » le SAAD pour les démarches administratives). La dernière situation est l'**emploi direct** aussi appelé gré-à-gré. Elle correspond à la situation d'emploi d'une aide à domicile directement par le particulier bénéficiaire. La personne âgée est chargée de toutes les démarches administratives et contractuelles. Dans ces deux derniers cas, la tarification est libre dans le sens où il est proposé par l'aide à domicile sans concertation avec le conseil départemental. Par contre, pour le mode prestataire, il existe des services « tarifés » (aussi appelés « conventionnés ») pour lesquels les tarifs sont administrés par le conseil départemental ; et des services « non tarifés » pour lesquels le tarif est libre. Ce contexte implique un financement public différent de même qu'un reste à charge différent pour une même personne si elle fait appel à un service différent.

Figure 10. Décomposition du tarif horaire d'une aide à domicile en mode prestataire



Dans cette analyse, nous regardons précisément le mode d'intervention prestataire. Nous appelons « tarif du SAAD » le prix facturé par le SAAD (pour une heure de service en mode prestataire). Comme nous l'avons vu précédemment ce tarif est soit libre (pour les services non conventionnés), soit administré par le département (pour les services « tarifés »). Ces derniers doivent facturer exactement le prix administré. On nomme ce tarif défini conjointement entre le SAAD et le CD : « tarif de convention » (ou tarif administré). Ce tarif est spécifique à chaque SAAD, et peut varier au sein d'un même département, selon la structure des coûts du SAAD notamment. On nomme « tarif de solvabilisation », le prix utilisé par le département pour rembourser/financer une partie des dépenses d'aide à domicile (sous la forme d'une allocation nommée allocation personnalisée d'autonomie - APA). Pour les SAAD conventionnés, le tarif de solvabilisation correspond au tarif de

convention (le département base son remboursement sur ce tarif de convention défini conjointement). Il correspond aussi au tarif facturé par le SAAD au bénéficiaire. Ainsi, comme indiqué dans la Figure 10, la participation des personnes aux dépenses d'aide à domicile (TM) est calculée sur la base du tarif de convention, la participation du conseil départemental (*via* l'APA) est le complémentaire. Pour les SAAD non conventionnés par contre, le tarif de solvabilisation est inférieur au tarif pratiqué/ facturé par le SAAD. Celui-ci est défini au niveau du département puisqu'il n'est pas négocié entre le service et le département. Le tarif au-delà du tarif de solvabilisation est supporté par la personne âgée (comme un dépassement d'honoraire dans le secteur médical). Comme indiqué dans la Figure 10, la participation des personnes aux dépenses d'aide à domicile (TM) est calculée sur la base du tarif de solvabilisation (et non du tarif pratiqué), la participation du conseil départemental (*via* l'APA) est le complémentaire. Ainsi, le reste à charge individuel correspond à la somme du dépassement d'honoraire et du ticket modérateur.

Dans le cadre de l'enquête SolvAPA 2015 auprès des départements, la DREES a collecté les tarifs de solvabilisation pour les services non conventionnés (au niveau département) qui ont été saisis et diffusés, ainsi que les grilles de tarifs « conventionnés » (pour tous les SAAD conventionnés du département). Ces tarifs « conventionnés » n'avaient jamais été saisis. Il s'agissait de fichiers PDF et Excel non harmonisés. Ces tarifs ont été saisis dans le cadre de ce projet. Afin de disposer d'information sur les tarifs. Malheureusement, il n'est pas possible de disposer du tarif libre des services d'aide à domicile. La saisie de ces tarifs avait deux objectifs :

- Décrire ces tarifs (variations intra et interdépartementales)
- Décrire les SAAD conventionnées (et les comparer aux SAAD non conventionnés)

3. 1. Méthode et données

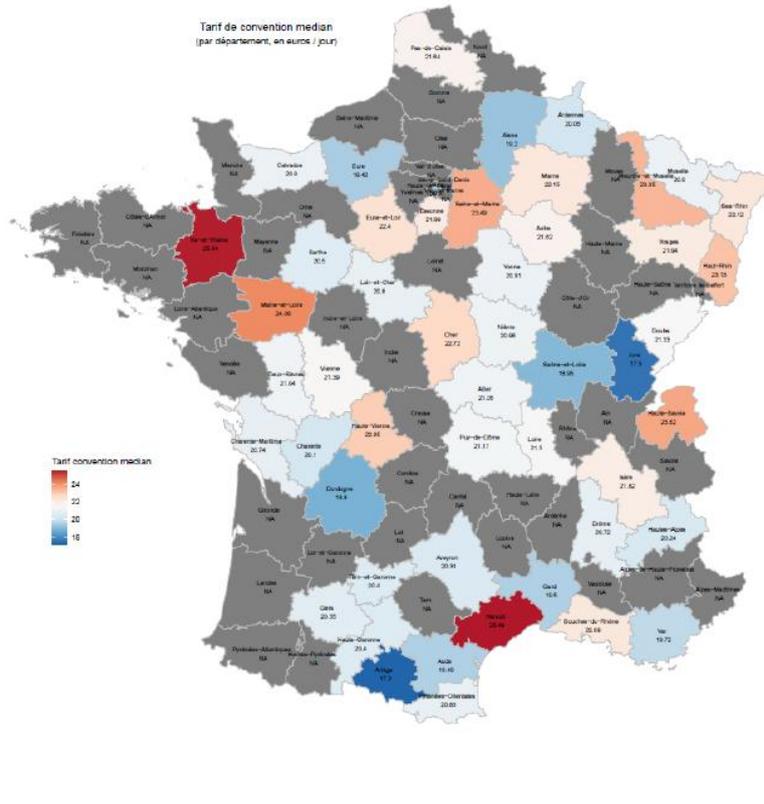
Les données tarifaires ont été collectées auprès de 65 départements. Pour certains l'informations transmises étaient parfois incomplètes. Au final, les analyses ne peuvent être réalisées que dans 42 départements ayant fournis des grilles complètes, dont 39 qui ont des SAAD conventionnés et 3 qui n'en n'ont pas (Hauts-de-Seine, Jura et Territoire de Belfort). Il est à noter que parfois pour un même SAAD, il coexiste plusieurs tarifs (JO/DJF, AD/AVS, GIR, revenus...). Aussi, certains SAAD différents mais appartenant à une même association ont le même tarif (cas de l'ADMR). Au final, 2 287 tarifs de convention ont été saisis, dans 1 110 SAAD conventionnés⁷. Une recherche manuelle des numéros de SIRET a été conduite à partir des raisons sociales et communes des SAAD. Cette identification a permis de faire un rapprochement de ces données avec les données de la DGE (NOVA 2015).

4. 2. Résultats

Le tarif de convention est en moyenne de 21,85 euros de l'heure et varie de 12,30 à 28,29. On note des variations importantes entre les départements. Alors que le tarif médian de convention est de 17,50 euros de l'heure dans le Jura, il est de 25,48 euros de l'heure dans l'Hérault, voir Figure 11.

⁷ 318 SAAD ont des tarifs différents selon le jour (jour ouvré ou jour férié), 263 ont des tarifs différents selon la qualification de l'aide à domicile (aide à domicile ou auxiliaire de vie), un service a des tarifs différents selon le GIR et un service à des tarifs différents selon le revenu des personnes.

Figure 11. Tarif de convention médian par département



Note : Les estimations sont pondérées par le nombre d'heures d'intervention pour l'assistance aux personnes âgées réalisées en mode prestataire par le SAAD.

Lecture : Le tarif médian de convention des services d'aide à domicile dans l'Hérault en 2015 est de 25,48€ par heure.

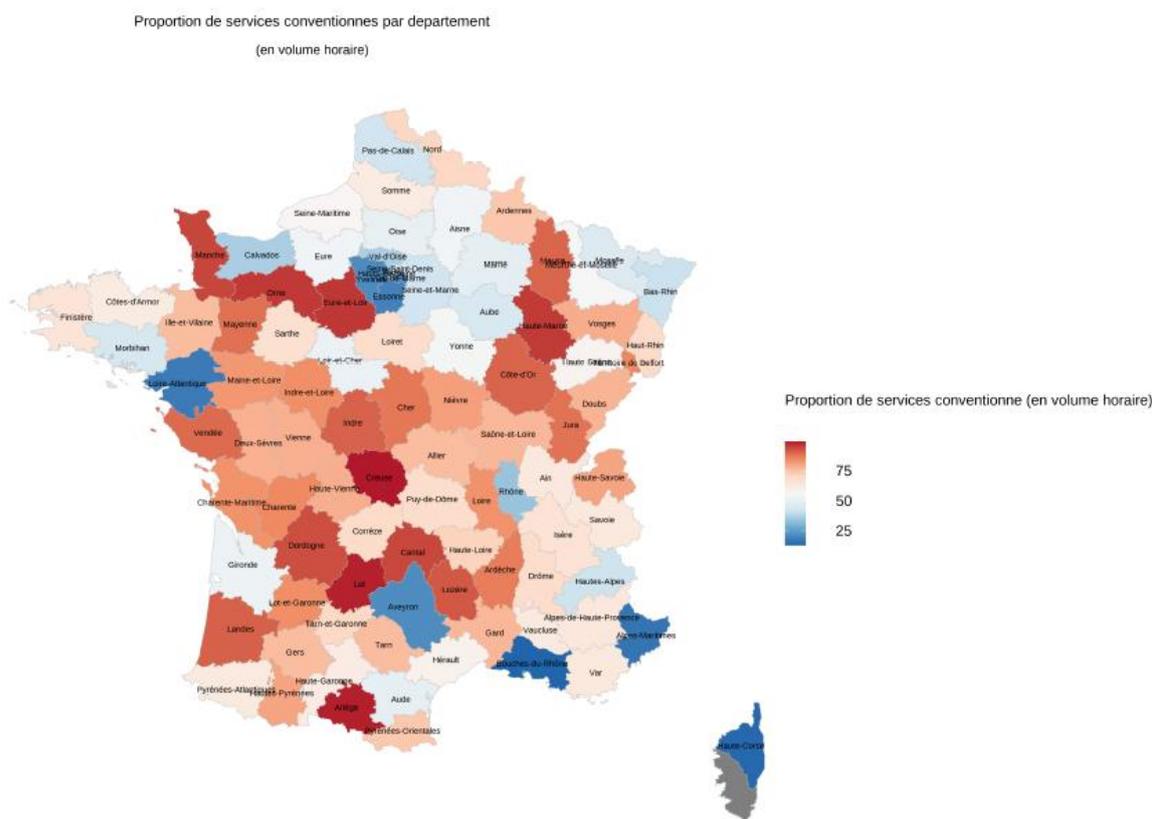
Champ : Services d'aide à domicile conventionnés.

Source : DREES, Enquête SolvAPA 2015, saisie Adrien Mangold.

Seulement 50 % des services sont conventionnés mais ils prennent en charge la majorité de l'activité d'aide à domicile (71 %). En effet, les services conventionnés procurent en moyenne 88 heures d'aide par jour contre 35 heures pour les services non conventionnés. A partir d'un modèle d'apprentissage (*machine learning*), le conventionnement a été imputé dans les départements pour lesquels les grilles tarifaires n'ont pas été collectées, voir Figure 12. Les services associatifs et publics fonctionnent majoritairement sous conventionnement (respectivement 85 % de l'activité et 85 % de l'activité), alors que les entreprises sont quasiment toutes hors du conventionnement (seuls 8 % de l'activité est sous conventionnement). L'activité d'aide à domicile en mode prestataire est fournie principalement par le secteur associatif. Celui-ci représente 71 % de l'activité d'assistance pour les personnes âgées contre 14 % pour le public et 15 % pour le privé commercial. Par contre, si on se concentre sur l'activité non conventionnée, l'aide est fournie principalement par le secteur privé lucratif. Celui-ci représente 49 % de l'activité d'assistance pour les personnes âgées conventionnée contre 44 % pour le secteur associatif et 7 % pour le secteur public. La rémunération salariale brute horaire est relativement plus élevée dans le secteur public (18,7 euros de l'heure pour le conventionné et 16,1 euros de l'heure pour le non conventionné), plus faible dans les entreprises (13 euros de l'heure pour le conventionné et 13,1 euros de l'heure pour le non conventionné). Sans présager que le conventionnement dans le secteur privé lucratif protège les emplois, on constate que

le turnover est plus grand dans le secteur lucratif non conventionné comparé aux autres SAAD (selon le statut juridique ou le type de conventionnement). On constate peu de variation du tarif de convention selon le secteur mais il semble exister une logique de subvention différente selon le secteur. Alors que le tarif de convention moyen dans le secteur public est de 20,79 euros de l'heure, le salaire horaire brut est de 18,75 euros de l'heure soit un coût non salarial ou une marge d'à peine 2 euros par heure en moyenne. Dans le secteur associatif, le tarif de convention moyen est de 21,57 euros de l'heure, alors que le salaire horaire brut est de 14,89 euros de l'heure soit un coût non salarial ou une marge trois fois plus élevée de 6,7 euros par heure en moyenne. Dans le secteur lucratif, cet écart est en moyenne encore plus grand avec 7,5 euros de marge ou du coût non salarial par heure en moyenne.

Figure 12. Proportion d'heures d'aide réalisées par des services conventionnés par département.



Note : Les estimations sont pondérées par le nombre d'heures d'intervention pour l'assistance aux personnes âgées réalisées en mode prestataire par le SAAD.

Lecture : Quasiment 100 % de l'activité d'aide à domicile en Ariège est réalisée par des services d'aide conventionnés.

Champ : Services d'aide à domicile ayant une activité d'assistance aux personnes âgées.

Source : DREES, Enquête SolvAPA 2015, appariées avec la base DGE, NOVA 2015 ; imputation des données manquantes grâce à un modèle de *machine learning*.

Plusieurs analyses économétriques ont été réalisées afin de répondre à plusieurs questions de politique publique.

- Est-ce qu'une politique de tarification plus généreuse permet une meilleure rémunération des aides à domicile ? Il semble que cela soit confirmé par contre, le fait d'être conventionné ne permet pas forcément de mieux rémunérer son personnel ce qui indique que la négociation du tarif n'est pas nécessairement favorable à la mise en place de meilleures conditions de rémunérations.

- Le pouvoir de négociation du service d'aide à domicile permet-il de négocier des tarifs plus élevés ? Il semble aussi que cela soit confirmé : les services d'aide à domicile ayant des parts de marché plus élevés (toutes choses égales par ailleurs) négocient des tarifs plus élevés. Alors qu'on pourrait s'attendre à ce que les plus gros services aient des économies d'échelle leur permettant de réduire leur coût.
- Comment le département exerce sa négociation ? On constate que le prix négocié une fois tenu compte des caractéristiques des services est plus élevé dans les départements riches au sens du potentiel fiscal.

5. 3. Discussion

Ces analyses demandent à être poursuivies notamment avec le relèvement du tarif plancher de solvabilisation à 23 euros de l'heure en 2022. Malheureusement aucune collecte des tarifs de convention n'a été reproduite. Par ailleurs, il manque un élément majeur : le tarif libre qui ne permet pas d'avoir une analyse complète du secteur de l'aide à domicile.

Ce travail a été présenté à la DREES lors d'une réunion de travail :



Présentation_tarifs_
SAAD_et_base_NOV,

Les bases construites seront diffusées par la DREES.

6. Poursuite des travaux et mise en cohérence des analyses.

Plusieurs analyses séparées ont été réalisées sur des bases de données multiples pour cerner l'offre de prise en charge à domicile et en établissement. Celles-ci sont présentées dans le tableau ci-après. La mise en commun de ces bases et analyses permettra de comprendre la dynamique globale du marché de l'aide et de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie en France. Cette dynamique sera mise en perspective des choix réalisés par les personnes âgées quant à leur prise en charge.

Tableau 1. Sources et informations pour cerner l'offre de prise en charge.

Type de prise en charge	Quantité d'offre	Personnel	Tarif
Ehpad, EHPA non Ehpad, USLD	Nombre de places : Finess 2004 à 2022	Nombre d'ETP : EHPA 2007, 2011, 2015, 2019	Tarif dépendance et d'hébergement : EHPA 2007, 2011, 2015, 2019 et CNSA 2018 à 2022.
Résidences-autonomie	Nombre de places : Finess 2004 à 2022	Nombre d'ETP : EHPA 2007, 2011, 2015, 2019	Tarif dépendance et d'hébergement : EHPA 2007, 2011, 2015, 2019 et CNSA 2018 à 2022.
Soins de suite et de réadaptation	Nombre de places : SAE 2000 à 2021	Nombre d'ETP : SAE 2000 à 2021	-
SSIAD	Nombre de places : Finess 2004 à 2022	-	-
Hospitalisation à domicile	Nombre de places : SAE 2000 à 2021	Nombre d'ETP : SAE 2000 à 2021	-
Emploi direct et mode mandataire	Nombre d'heures d'intervention des aides à domicile : DADS 2008 à 2018		Salaires horaire des aides à domicile : DADS 2008 à 2018.
SAAD	Nombre d'heures d'intervention pour l'assistance aux personnes âgées en mode prestataire : NOVA 2012 à 2020		Tarifs de convention 2015 Pas d'autre tarif
Infirmières libérales			

VI. Perspectives de recherche

Le projet EvoPACHoPA a connu de nombreux prolongements dans le cadre des travaux de l'IPP (d'Amélie Carrère et Delphine Roy en particulier).

Ce projet est poursuivi, depuis octobre 2023, dans le cadre du projet THEMIS ("Territoires, Habitats EMergents, Institutions et Solvabilisation de l'offre"), soutenu par la CNSA, qui poursuivra les analyses de l'offre (axe 2), tout en poursuivant l'étude des disparités territoriales (axe 1), et en élargissant la perspective à la couverture du risque autonomie (axe 3).

L'axe 2 du projet THEMIS en particulier poursuivra le travail, présenté ici en partie 2, d'analyse de l'évolution du marché des Ehpad (nombre, part du privé, impact du mode de tarification).

Le projet EQUIDEC s'est penché sur l'accessibilité financière aux Ehpad croisée avec la dimension territoriale, dont le présent projet avait montré qu'il s'agissait d'une dimension cruciale pour comprendre le recours et les inégalités d'accès.

Par ailleurs, l'IPP participe, dans le cadre du projet THEMIS et de son financement par la CNSA, au projet HILAUSENIORS, financé par le PPR « Autonomie », et qui vise à décrire les habitats intermédiaires dont le projet EvoPACHoPA a montré l'importance et les limites actuelles.

VII. BIBLIOGRAPHIE

- Abdouni, S., Amrous, S., Antunez, K., Bazin, M., Boneschi, S., Calvo, M., Carrère, A., ... & Zemirli, Y. (2019).** L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion. *Panoramas de la DREES*.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/laide-et-laction-sociales-en-france- perte-dautonomie-handicap>
- Alders, P., Comijs, H. & Deeg, D. (2017).** Changes in admission to long-term care institutions in the Netherlands: comparing two cohorts over the period 1996-1999 and 2006-2009. *European Journal of Ageing*, 14(2), 123. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0393-0>
- Algava, E. & Blanpain, N. (2021).** 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée. *Insee Première* N° 1881.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969>
- Andridge, R. R. & Little, R. J. A. (2010).** A Review of Hot Deck Imputation for Survey Non-response. *International Statistical Review*, 78(1), 40-64. <https://doi.org/10.1111/j.1751-5823.2010.00103.x>
- Arnault, L. (2015).** *La prise en charge des personnes âgées dépendantes : analyse microéconométrique de l'aide familiale*. Paris, Thèse de doctorat, École doctorale de Dauphine.
- Ben Jelloul, M., Bozio, A., Perdrix, E., Rain, A. & Toulemon, L. (à paraître).** Dynamic of the Disability Process in Ageing Populations. *Economie et Statistique / Economics and Statistics*.

- Billaud, S. & Gramain, A. (2006).** Les déterminants de l'entrée en institution des personnes âgées. *Actualité et dossier en santé publique*, 56, 43–44.
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad564344.pdf>
- Blinder, A. S. (1973).** Wage Discrimination: Reduced Form and Structural Estimates. *Journal of Human Resources*, 8(4), 436–455. <https://doi.org/10.2307/144855>
- Boneschi, S. & Miron de L'Espinay, A. (2022).** Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix – Résultats 2019. *Les dossiers de la DREES* N° 99.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/dd99.pdf>
- Bonnet, C., Cambois, E. & Fontaine, R. (2021).** Dynamiques, enjeux démographiques et socioéconomiques du vieillissement dans les pays à longévité élevée. *Population*, 76, 225–325.
<https://doi.org/10.3917/popu.2102.0225>
- Bonsang, E. (2009).** Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? *Journal of Health Economics*, 28(1), 143–154.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2008.09.002>
- Bourreau-Dubois, C., Gramain, A., Lim, H., Xing, J. & Roquebert, Q. (2014).** Les déterminants du volume d'aide professionnelle pour les bénéficiaires de l'APA à domicile : le rôle du reste-à-charge. *Notes MODAPA* N° 1. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01085999v5/document>
- Boutchenik, B. & Maillard, S. (2019).** Méthodes économétriques de décomposition appliquées à l'analyse des inégalités. Insee, *Document de travail* N° M2019/01.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4130571>
- Böckerman, P., Johansson, E. & Saarni, S. I. (2012).** Institutionalisation and subjective well-being for old age individuals: is life really miserable in care homes? *Ageing and Society*, 32(7), 1176–1192.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X1100081X>
- BVA (2018).** En 2017, des Français moins inquiets et davantage demandeurs d'intervention publique – Syn- thèse des résultats. Paris: DREES.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/synthese2018_barometre_drees.pdf
- Calvet, L. & Pradines, N. (2016).** État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile. DREES, *Études et Résultats* N° 988.
https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er_988.pdf
- Carrère, A. (2021).** Vivre en établissement pour personnes âgées dépendantes ou rester à domicile : le rôle du contexte territorial. *Population*, 76(2), 327–357. <https://doi.org/10.3917/popu.2102.0327>
- Carrère, A. & Dubost, C.-L. (2018).** Éclairage - État de santé et dépendance des seniors. In: Insee, *France, portrait social – Édition 2018*, coll. Références, pp. 71–88.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3646032?sommaire=3646226>
- Carrère, A. & Jusot, F. (2020).** Modes de prise en charge de la perte d'autonomie : l'offre contraint-elle les choix des personnes âgées ? *Revue économique*, 71(6), 1069–1099.
<https://doi.org/10.3917/reco.716.1069>
- Carrère, A., Couvert, N. & Missegue, N. (2021).** Un nouvel indicateur pour mesurer l'accessibilité géogra- phique aux structures médico-sociales destinées aux personnes âgées. *Les Dossiers de la DREES* N° 88.
- Carrère, A., Roy, D., Toulemon, L., 2023.** Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives (No. 41), *Rapports IPP*.
- Charles, K. K. & Sevak, P. (2005).** Can Family Caregiving Substitute for Nursing Home Care? *Journal of Health Economics*, 24, 1174–1190. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2005.05.001>
- Davin, B., Joutard, X., Paraponaris, A. & Verger, P. (2009).** Endogénéité du statut du répondant dans les enquêtes sur la santé. Quelles implications pour la mesure des besoins d'aide ? *Revue économique*, 2(60), 275–291. <https://doi.org/10.3917/reco.602.0275>
- de Meijer, C., Bakx, P., van Doorslaer, E. & Koopmanschap, M. (2015).** Explaining Declining Rates of Institutional LTC Use in the Netherlands: A Decomposition Approach. *Health Economics*, 24(Suppl. 1), 18–31. <https://doi.org/10.1002/heco.3114>
- de Meijer, C., Koopmanschap, M., d'Uva, T. B. & van Doorslaer, E. (2011).** Determinants of long-term care spending: Age, time to death or disability? *Journal of Health Economics*, 30(2), 425–438.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2010.12.010>
- Désesquelles, A. & Brouard, N. (2003).** Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution. *Population*, 58, 201–227. <https://doi.org/10.3917/popu.302.0201>

- Dick, A., Garber, A. M. & MaCurdy, T. A. (1994).** Forecasting Nursing Home Utilization of Elderly Americans. In: D. A., Wise (Ed.), *Studies in the Economics of Aging*, Ch. 10. Chicago: University of Chicago Press. <http://www.nber.org/chapters/c7351>
- Diepstraten, M., Douven, R. & Wouterse, B. (2020).** Can your house keep you out of a nursing home? *Health Economics*, 29(5), 540–553. <https://doi.org/10.1002/hec.4001>
- Emmanuelli, J., Frossard, J.-B., Vincent, B. (2024).** Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire, se sentir chez soi où que l'on soit. IGAS.
- Eurobarometer (2007).** Health and long-term care in the European Union. Report Special Eurobarometer. https://data.europa.eu/data/datasets/s657_67_3_ebs283?locale=en
- Fairlie, R. W. (2005).** An Extension of the Blinder-Oaxaca Decomposition Technique to Logit and Probit Models. *Journal of Economic and Social Measurement*, 30(4), 305–316. <https://doi.org/10.3233/JEM-2005-0259>
- Fizzala, A. (2016).** Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix. *Les dossiers de la DREES* N° 1. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/ddd1.pdf>
- Fontaine, R. & Juin, S. (2020).** L'implication des proches aidants dans le maintien de l'autonomie des personnes âgées : jusqu'où ? *Médecine/sciences*, 36(12), 1188–1195. <https://doi.org/10.1051/medsci/2020226>
- France Alzheimer (2011).** Étude socio-économique « Prendre en soin les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : le reste à charge » – Principaux résultats 2010. Paris. https://www.lagazettedescommunes.com/telechargements/france-alzheimer_etude_dependance_13012011.pdf
- Freedman, V. A. (1996).** Family Structure and the Risk of Nursing Home Admission. *The Journals of Gerontology: Series B*, 51B(2), S61–S69. <https://doi.org/10.1093/geronb/51b.2.s61>
- Fuller-Thomson, E., Yu, B., Nuru-Jeter, A., Guralnik, J. M. & Minkler, M. (2009).** Basic ADL Disability and Functional Limitation Rates Among Older Americans From 2000–2005: The End of the Decline? *The Journals of Gerontology: Series A*, 64A(12), 1333–1336. <https://doi.org/10.1093/gerona/glp130>
- Garber, A. & MaCurdy, T. (1994).** Predicting nursing home utilization among the high-risk elderly. In: D. A., Wise (Ed.), *Issues in the Economics of Aging*, Ch. 6. Chicago: University of Chicago Press. <http://www.nber.org/chapters/c7117>
- Gaugler, J. E., Duval, S., Anderson, K. A. & Kane, R. L. (2007a).** Predicting Nursing Home Admission in the U.S.: A Meta-Analysis. *BMC Geriatrics*, 7(13). <https://doi.org/10.1186/1471-2318-7-13>
- Gaugler, J. E., Pot, A. M. & Zarit, S. H. (2007b).** Long-Term Adaptation to Institutionalization in Dementia Caregivers. *The Gerontologist*, 47(6), 730–740. <https://doi.org/10.1093/geront/47.6.730>
- Gramain, A. (1997).** *Décision de recours aux services professionnels dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes : une modélisation dynamique et structurelle à choix discrets*. Toulouse. Thèse de doctorat, Sciences économiques, Université Toulouse III.
- Hajek, A., Brettschneider, C., Lange, C., Posselt, T., Wiese, B., ... & Group, A. S. (2015).** Longitudinal Predictors of Institutionalization in Old Age. *PLOS One*, 10(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144203>
- Hoerger, T. J., Picone, G. A. & Sloan, F. A. (1996).** Public Subsidies, Private Provision of Care and Living Arrangements of the Elderly. *The Review of Economics and Statistics*, 78(3), 428–440. <http://www.jstor.org/stable/2109790>
- Hégé, R. (2016).** La demande d'aide à domicile est-elle sensible au reste-à-charge : une analyse multi-niveaux sur données françaises. *CES Working Papers* 2016.22, Centre d'économie de la Sorbonne. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01306095/document>
- Jette, A. M., Tennstedt, S. & Crawford, S. (1995).** How Does Formal and Informal Community Care Affect Nursing Home Use? *The Journal of Gerontology: SerieB*, 50B(1), S4–S12. <https://doi.org/10.1093/geronb/50b.1.s4>
- Kemper, P. & Murtaugh, C. M. (1991).** Lifetime Use of Nursing Home Care. *The New England Journal of Medicine*, 324(9), 595–600. <https://doi.org/10.1056/NEJM199102283240905>
- Kemper, P., Komisar, H. L. & Alecxih, L. (2005).** Long-Term Care over an Uncertain Future: What Can Current Retirees Expect? *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 42(4), 335–350. https://doi.org/10.5034/inquiryjrn1_42.4.335

- Laferrère, A., van den Heede, A., van den Bosch, K. & Geerts, J. (2013).** Entry into institutional care: Predictors and alternatives. In: Börsch-Supan, A., Brandt, M., Litwin, H. & Weber, G. (Ed.), *Active ageing and solidarity between generations in Europe First Results from SHARE after the economic crises*, Ch. 22. Berlin, Boston: De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110295467.253>
- Larbi, K. & Roy, D. (2019).** 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. *Insee Première* N° 1797. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>
- Lockwood, L. M. (2018).** Incidental bequests and the choice to self-insure late-life risks. *American Economic Review*, 108(9), 2513–2550. <https://doi.org/10.1257/aer.20141651>
- Low, S. M. & Altman, I. (1992).** Place attachment. In: Altman, I. & Low, S. M. (Ed.), *Place Attachment*, Human Behavior and Environment, vol. 12. Boston, MA: Springer.
- Luppa, M., Luck, T., Matschinger, H., König, H. H. & Riedel-Heller, S. G. (2010).** Predictors of nursing home admission of individuals without a dementia diagnosis before admission – results from the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+). *BMC Health Services Research*, 10(186). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-186>
- Miron de l'Espinay, A. & Roy, D. (2020).** Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en EHPAD d'ici à 2030. Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle lieux de vie et autonomie (Livia). DREES, *Études et Résultats* N° 1172. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/er1172.pdf>
- Miron de l'Espinay, A. & Ricroch, L. (2021).** En 2020, trois Ehpads sur quatre ont eu au moins un résident infecté par la Covid-19. DREES, *Études et Résultats* N° 1196. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1196.pdf>
- Muller, M. (2017a).** 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 : Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015. DREES, *Études et Résultats* N° 1015. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1015.pdf>
- Muller, M. (2017b).** L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre. Résultats de l'enquête EHPA 2015. *Les dossiers de la DREES* N° 20. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd20_resultats_ehpa_2015.pdf
- Murtaugh, C. M., Kemper, P. & Spillman, B. C. (1990).** The Risk of Nursing Home Use in Later Life. *Medical Care*, 28(10), 952–962. <https://www.jstor.org/stable/3765581>
- Nihtilä, E., Martikainen, P., Koskinen, S., Reunanen, A., Noro, A. & Häkkinen, U. (2008).** Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people. *European Journal of Public Health*, 18(1), 77–84. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckm025>
- Oaxaca, R. (1973).** Male-Female Wage Differentials in Urban Labor Markets. *International Economic Review*, 14(3), 693–709. <https://doi.org/10.2307/2525981>
- Prévoit, J. (2009).** Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. DREES, *Études et résultats* N° 699. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er699.pdf>
- Quentin, W., Riedel-Heller, S. G., Luppa, M., Rudolph, A. & König, H. (2010).** Cost of illness studies of dementia: a systematic review focusing on stage dependency of costs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(4), 243–259. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01461.x>
- Ratte, E. & Imbaud, D. (2011).** Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Rapport du groupe n°3 sur la prise en charge de la dépendance, ministère des Solidarités et de la cohésion sociale. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000334.pdf>
- Roquebert, Q. & Tenand, M. (2017).** Pay less, consume more? The price elasticity of home care for the disabled elderly in France. *Health Economics*, 26(9), 1162–1174. <https://doi.org/10.1002/hec.3531>
- Shen, D., Kuwahara, K. & Zablotsky, D. (2004).** Older women's attachments to their home and possessions. *Journal of Aging Studies*, 18(2), 157–169. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2004.01.006>
- Theisen, T. (2017).** What Makes People Nursing Home Residents: Individual Need or Municipalities' Supply? In: Schofield, N. & Caballero, G. (Ed.), *State, Institutions and Democracy*, pp. 251–270. Springer International Publishing Switzerland 2017.
- Tomassini, C., Glaser, K., Wolf, D., Broese van Groenou, M. & Grundy, E. (2004).** Living arrangements among older people: an overview of trends in Europe and the U.S.A. *Population Trends*, 115, 24–34.
- Trabut, L. & Gaymu, J. (2016).** Habiter seul ou avec des proches après 85 ans en France : de fortes disparités selon les départements. Ined, *Population et Sociétés* N° 539. <https://doi.org/10.3917/popsoc.539.0001>

- Van Houtven, C. H. & Norton, E. C. (2021).** Informal care and health care use of older adults. *Journal of Health Economics*, 23, 1159–1180. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.04.008>
- Verbrugge, L. M. & Jette, A. M. (1994).** The Disablement Process. *Social Science & Medicine*, 38(1), 1–14. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90294-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90294-1)
- Wolinsky, F. D., Callahan, C. M., Fitzgerald, J. F. & Johnson, R. J. (1993).** Changes in functional status and the risks of subsequent nursing home placement and death. *Journal of Gerontology*, 48(3), S94–101.
- Yun, M. S. (2004).** Decomposition differences in the first moment. *Economics Letters*, 82(2), 275–280. <https://doi.org/10.1016/j.econlet.2003.09.008>

II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Publications scientifiques

1. Liste des articles et communications écrites

- Carrère, A., Cambois, E. & Fontaine, R. (2023). Institutional Long-Term Care Use in France (2008-2015): The Role of Family Resources. *Economie et Statistique / Economics and Statistics*, 538, 31–48 (First published online: December 2022). doi: 10.24187/ecostat.2023.538.2091.

2. Liste des thèses démarrées, en cours et/ou soutenues en relation directe avec le projet.

- N/A

3. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisé durant la période concernée

- Amélie Carrère, octobre 2021, Paris – France, Colloque retraite et vieillissement 2021, 200 personnes
- Amélie Carrère, décembre 2021, Paris – France, Journées des économistes de la santé français, 100 personnes.
- Amélie Carrère, juin 2022, Paris – France, Symposium de l'ILVV : Table ronde « Lieux de vie, mobilité résidentielle, environnement : habitants dédiés versus habitats ordinaires », 100 personnes.
- Emmanuelle Cambois, septembre 2022, Halifax – Canada, 33rd international REVES meeting, 100 personnes.
- Amélie Carrère, novembre 2022, Lille – France, Ecole d'automne de l'ILVV « Inégalités territoriales et sociales du prendre soin », 50 personnes.
- Amélie Carrère, juin 2023, Paris – France, Journée d'études de l'unité mortalité santé épidémiologie – Ined, 30 personnes.
- Amélie Carrère, octobre 2023, Hossegor – France, Workshop « offre », 10 personnes.
- Adrien Mangold, septembre 2023, distanciel, présentation à la DREES des résultats sur les tarifs de l'aide à domicile, 10 personnes.

4. Liste des éventuelles missions à l'étranger effectuées dans le cadre du projet

- N/A

Communications au grand public

- Amélie Carrère, juin 2022, Interview pour Libération « Enquête Maltraitements : à domicile, les personnes âgées trinquent aussi ».
- Amélie Carrère et Delphine Roy, mars 2022, « Prise en charge des personnes âgées : quel rôle pour les départements ? » article dans *The Conversation* : <https://theconversation.com/prise-en-charge-des-personnes-agees-quel-role-pour-les-departements-177410>

- Amélie Carrère et Delphine Roy, 2023 : deux auditions par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) concernant une mission d'évaluation relative aux alternatives aux Ehpad.
- Amélie Carrère et Delphine Roy, 2022, Expertes pour le projet Hébergement des personnes âgées dépendantes : projections pour une offre pertinente à l'horizon 2060 par Matières Grises pour le Haut-Commissariat au Plan
- Amélie Carrère, septembre 2022, Intervention dans Enquête de santé : Vieillir chez soi, le meilleur choix ? sur France 5.
- Amélie Carrère, mars 2022, Intervention en direct au 18-20 de France Info TV.

Annexe : article de « The Conversation », 16/03/2022

L'expertise universitaire, l'exigence journalistique

Prise en charge des personnes âgées : quel rôle pour les départements ?

Publié: 16 mars 2022, 22:04 CET

Amélie Carrère

Economiste, Ined (Institut national d'études démographiques)

Delphine Roy

Directrice du programme "Santé et autonomie" de l'IPP, Paris School of Economics – École d'économie de Paris

En France, on compte entre 1,3 et 3,9 millions de personnes âgées en perte d'autonomie. De nos jours, la probabilité d'atteindre un âge élevé, où l'on ne peut parfois plus réaliser des activités essentielles à la vie quotidienne, est bien plus importante que par le passé. Si cette dynamique se poursuit malgré la crise du Covid-19, il faut s'attendre à une forte croissance de la population âgée en perte d'autonomie, et des coûts sociaux et économiques associés.

Quels seront les besoins ? Comment financer les services qui y répondront ? Les propositions politiques sur ces questions se font timides, notamment parce qu'elles impliquent la mobilisation de ressources conséquentes. Depuis l'affaire Orpéa, les candidats à la présidentielle semblent investir un peu plus le sujet.

Une multitude d'acteurs et de financeurs

La perte d'autonomie correspond à l'impossibilité totale ou partielle de réaliser seul un ensemble d'activités du quotidien. Différents dispositifs peuvent aider les personnes à accomplir, ou faire à leur place, ces activités : des aides techniques, des aménagements du logement, de l'aide humaine (professionnelle ou de l'entourage) ou un hébergement collectif.

Ces dispositifs ont un coût social et économique. Souvent oubliés, les coûts de l'aide de l'entourage, de la formation du personnel soignant, ou encore des investissements pour construire des établissements ou les rénover doivent être aussi pris en compte. Sur ce dernier point, une étude de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) indique que la moitié des Ehpad interrogés ont un parc immobilier vétuste et « le renouvellement des installations [...] devient urgent ».

Ces éléments sont actuellement invisibilisés et constituent pourtant une charge qu'il faut provisionner, puisqu'elle se répercutera soit sur les coûts à la charge des personnes, soit sur les dépenses publiques.

Actuellement, le « compte de la dépendance », correspond aux dépenses de prise en charge en établissement ou à domicile couvertes par les finances publiques (État, sécurité sociale, départements...) ou par les individus.

Ces dépenses représentent 30 milliards d'euros en 2014, hors prise en charge non rémunérée par l'entourage. La Sécurité sociale est le premier apporteur de ressources, devant les ménages, les collectivités territoriales (principalement les départements) et l'État.

Alors même que l'article 72 de la Constitution et la Loi relative aux libertés et responsabilités locales définissent le département comme « chef de file » en matière d'action sociale, sa contribution n'est finalement que d'un quart des dépenses totales liées à la dépendance.

Réalité budgétaire très contrainte

Le département est pourtant responsable de l'évaluation des besoins des personnes âgées, du financement d'une partie des dépenses d'aide professionnelle à domicile et en établissement (partie dépendance) et de la gestion de l'offre à domicile et en établissement (avec les agences régionales de santé).

On fait donc face à une contradiction importante entre d'une part, la responsabilité et la liberté données aux départements sur la politique d'accompagnement des personnes âgées, et d'autre part, la

réalité budgétaire très contrainte à laquelle ils font face.

Par ailleurs, les différences territoriales de prise en charge (financière et humaine) de la perte d'autonomie soulèvent des questions en termes d'équité de l'action publique à l'égard des personnes âgées dépendantes. L'aide professionnelle apparaît relativement plus spécialisée dans la prise en charge à domicile (par exemple dans le nord de la France et sur la diagonale Normandie-Lozère) ou plus spécialisée dans la prise en charge en établissement (par exemple en Bretagne, Centre-Val de Loire ou Sud de l'Auvergne).

La prise en charge financière n'est pas non plus complètement concordante avec les besoins de prise en charge. On note que la proportion de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile par département n'est pas uniquement liée à la proportion de personnes âgées dépendantes qui y vivent.

Le plus faible accès à cette allocation peut relever de choix départementaux relatifs à la répartition entre chaque poste de dépenses d'aide sociale. En la matière, les écarts sont significatifs : la part de dépenses d'APA dans l'ensemble des dépenses obligatoires d'aide sociale des départements varie de 6 % (Paris) à 32 % (Corse).

Régulièrement, la CNSA se voit enjoindre de renforcer les « garanties d'équité entre les territoires » dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Ces injonctions restent cependant relativement peu opératoires faute de l'existence d'une norme d'équité clairement explicitée.

Les implications de la gestion décentralisée

La première source de tension de la gestion décentralisée concerne le double rôle d'évaluateur et de financeur donné aux départements. Comment peut-on espérer, dans un système à budget limité, que les départements évaluent de façon neutre les besoins des personnes âgées dont les dépenses vont leur incomber ?

Il en résulte des écarts importants entre la perte d'autonomie estimée par enquête et l'évaluation qui en est faite par les départements dans le cadre de l'APA. Pour tous les départements, la perte d'autonomie estimée par enquête est supérieure à celle évaluée par les départements. L'écart relatif est le plus élevé en Guadeloupe et le plus faible dans l'Hérault.

Ces écarts laissent penser que les départements sont incités à minimiser les besoins mesurés pour tenter de contenir leurs dépenses.

D'un autre côté, est-il souhaitable qu'ils évaluent les personnes et engagent les dépenses, sans prendre en compte le coût induit ?

Comme le rappelle la Cour des comptes dans son récent rapport sur le revenu de solidarité active (RSA), « le principe "décideur = financeur" est au coeur du choix de la décentralisation », et « la situation dans laquelle l'État finance mais le département décide ne peut que générer un risque sérieux de dérive de la dépense et un contrôle structurellement faible de l'attribution à bon droit ».

La deuxième tension provient de la possibilité de substituer, pour certaines tâches, des professionnels du secteur médical (les infirmières) qui sont financés par l'Assurance maladie, à des professionnels du secteur médico-social (les aides-ménagères), qui sont financés par les départements. Au-delà de la répartition domicile/établissement, il peut exister des stratégies différentes de répartition entre secteurs médical et médico-social.

Ces deux secteurs ne relevant pas de la même enveloppe budgétaire, l'incitation des départements à moins financer les besoins des personnes âgées et laisser le secteur médical (infirmières) prendre le relais peut être forte dans les départements les plus limités budgétairement.

Il en résulte un recours à l'aide très différent entre département, à domicile comme en établissement, et ce même à besoins de prise en charge équivalents.

Une analyse économétrique montre que si tous les départements étaient dotés de la même quantité d'offre, ces différences de recours tendraient à disparaître.

Cela suggère que l'amélioration de la prise en charge doit passer par un élargissement des choix présentés aux individus. D'autant plus que l'abondance de l'offre est souvent associée à des coûts plus faibles.

Enfin, l'inégalité d'accès à l'offre de prise en charge conduit à des mobilités géographiques des personnes âgées lors de leur entrée en établissement qui modifient le paysage de la perte d'autonomie en France.

Grâce au principe de domicile de secours, la charge financière des mobilités interdépartementales n'est pas répercutée sur les départements d'accueil des personnes âgées en établissement. Toutefois, ces mobilités, souvent difficiles pour les familles et pas toujours choisies, questionnent l'adéquation de l'offre aux besoins.

L'aide à domicile, un secteur à repenser

Enfin, une réflexion sur l'organisation économique du secteur de l'aide à domicile est nécessaire. Tout comme celui des établissements, il est partagé entre acteurs publics, privés et associatifs, parfois à la limite de la viabilité économique.

Il connaît des difficultés de recrutement importantes, ce qui fait du temps des aides à domicile qui y travaillent une ressource d'autant plus précieuse.

Or, une part importante de cette ressource est actuellement perdue en temps de trajets. Faut-il favoriser la concentration des structures afin de faire des économies d'échelle ? Coordonner les acteurs privés ? Mettre en place un « service public de l'aide à domicile » ? Ou encore, encourager l'habitat inclusif où les personnes âgées se regrouperaient pour mutualiser les services ?

Même si l'on maintient le rôle du département dans l'évaluation des besoins et la gestion de l'offre de prise en charge pour y répondre au plus près, on ne peut plus faire l'impasse sur une réflexion nationale sur ces choix économiques, sociaux et politiques.

Les candidats à l'élection présidentielle devraient s'en saisir et faire des propositions concrètes, au lieu d'espérer repousser une fois encore le sujet, jusqu'au moment où il sera trop tard pour développer une offre à la mesure des besoins des baby-boomers vieillissants.