

L'avancée en âge
au cœur de nos actions



la qualité de vie,
notre défi au quotidien

Etude prospective sur l'évolution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en Saône-et-Loire



Livrable intermédiaire : travail
documentaire

Nous souhaitons rendre hommage en introduction de ce rapport à **Paulette Guinchard** qui nous a quittés en mars dernier et qui a tant œuvré pour construire une politique de soutien envers les personnes âgées fragilisées, et ce à plusieurs titres.

Tout d'abord pour son combat politique en faveur de nos aînés. Après avoir été missionnée par Lionel Jospin en 1999 pour la rédaction d'un rapport intitulé « Vieillir en France : enjeux et besoins d'une nouvelle orientation politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie », elle sera nommée Secrétaire d'Etat aux personnes âgées en 2001 et œuvrera grandement en faveur de la loi qui instituera l'APA quelques mois plus tard. Elle prendra également en 2013 la tête de la Fondation de gérontologie, succédant ainsi à Geneviève Laroque, et sera entre 2013 et 2017 présidente de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Mais également pour son engagement local, à Besançon en tant que conseillère municipale adjointe, au sein de l'ex-Région Franche-Comté mais également dans le Doubs en tant que députée, alors que la loi sur la parité n'existait pas encore. C'est elle qui sera à l'origine de la création de l'Institut Régional du Vieillissement (IRV) de Franche-Comté en 2002, afin de réunir les acteurs du médico-social et de l'urbanisme autour des problématiques liées au vieillissement de la population. L'IRV a été ensuite parmi les 7 membres fondateurs du PGI en 2010 et a fusionné avec ce dernier en 2015 ; ainsi le PGI ne serait certainement pas ce qu'il est aujourd'hui sans l'action de Paulette Guinchard.

Son combat s'est prolongé tout au long de sa vie, et même dans ses derniers instants, puisque Paulette Guinchard a choisi de nous quitter en décidant du lieu et du jour de sa mort, en ayant recours au suicide assisté en Suisse.

« Le temps de la vieillesse peut être un temps de la vie très beau, très différent mais très beau. »

Paulette Guinchard (1949-2021)

Table des matières

Introduction	4
Méthodologie	5
1. Bases spécifiques pour la recherche de données chiffrées	5
2. Bases de données pour la recherche de la littérature scientifique	7
3. Analyse de documents déjà collectés par le PGI	8
Contexte : réglementation et évolution.....	9
Analyse.....	11
1. L'état de santé de la population	12
1.1 L'apparition des premières fragilités liées au vieillissement	12
1.2 Focus sur la santé mentale	13
2. Les caractéristiques individuelles.....	14
2.1 Les différences liées au sexe	14
2.2 Les différences liées aux revenus et aux CSP	15
2.3 Les compétences vis-à-vis du numérique	17
3. Les milieux de vie	18
3.1 L'adaptation du logement et du cadre de vie	18
3.2 Les aides techniques	19
3.3 Les nouvelles formes d'habitat	21
3.4 Les aidants	23
4. Les systèmes	26
4.1 Les spécificités liées aux espaces ruraux et urbains	26
4.2 L'aménagement du territoire.....	26
4.3 Le système français d'assurance santé et vieillesse	30
4.4 La transformation du modèle de l'EHPAD	30
4.5 La place de la prévention	32
5. Le contexte global.....	35
5.1 Le contexte démographique	35
5.2 Le contexte technologique	39
5.3 Le contexte politique et législatif	40
Discussion méthodologique.....	42
Conclusion	43
Sigles utilisés	44
Bibliographie.....	46
Sitographie.....	48

Introduction

Le Département de Saône-et-Loire, garant de la politique autonomie et notamment de la délivrance de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), souhaite disposer d'une analyse prospective relative à l'évolution des bénéficiaires de l'APA à domicile pour adapter au mieux sa politique et tenter d'en anticiper l'impact financier, organisationnel et en termes de politique.

Au-delà des données chiffrées dont dispose le Département (démographie, nombre de bénéficiaires de l'APA, etc.), une analyse est attendue avec l'exploration des facteurs ayant un impact sur le recours à l'APA dont ceux spécifiques ou non au territoire.

La méthodologie proposée par le Pôle de gérontologie et d'innovation Bourgogne-Franche-Comté (PGI), actualisée à la suite de l'audition du 1^{er} avril 2021, a été retenue. Cette étude s'inscrit dans l'axe « Etudes et évaluations » du PGI, axe qui l'amène à conduire ou coordonner des programmes de recherche – actuellement sur les thèmes de la fragilité, de l'habitat, des aidants – ainsi que des études et des évaluations.

Il s'agira dans un premier temps de **réaliser un travail documentaire**, puis dans un second temps de mener en parallèle une **analyse quantitative et une analyse qualitative** venant s'enrichir mutuellement. Ceci afin de restituer, en fin d'étude :

- Un diagnostic de l'évolution des indicateurs sociodémographiques, relatifs au public cible du dispositif APA, depuis 2015 jusqu'à aujourd'hui. Ces indicateurs sociodémographiques constitueront le socle de l'étude ;
- Deux projections de ces indicateurs sociodémographiques à +10 ans et à +30 ans ;
- Une analyse de facteurs ou indicateurs qui viendront enrichir ce socle : l'identification des facteurs intervenant dans la perte d'autonomie, leurs évolutions possibles et le positionnement du Département dans ces indicateurs ; l'identification et l'analyse des facteurs sociodémographiques et environnementaux qui influencent le recours à l'APA à domicile, intégrant notamment une approche sociologique de l'évolution des comportements des futurs demandeurs de l'APA ; l'identification et analyse des facteurs liés aux politiques publiques médico-sociales, sociales et sanitaires qui pourraient influencer le recours à l'APA ;
- Une analyse de l'impact de ces projections en termes d'évolution des dépenses d'APA et de ressources humaines consacrées à la gestion de cette prestation.

Le présent rapport rend compte des résultats de la première étape de l'étude : **le travail documentaire**. Il a pour double objectif :

- D'actualiser et partager un diagnostic problématisé (mise à jour des éléments disponibles, fiables et complémentaires) ;
- De décliner, aux étapes suivantes, la méthodologie appropriée.

Dans un premier temps, nous présenterons la méthodologie qui a guidé ce travail et le contexte de l'étude. Dans un second temps, nous restituerons une analyse structurée des sources étudiées. En conclusion, nous rappellerons l'impact des résultats du travail documentaire pour la suite de l'étude.

Méthodologie

La méthodologie de l'étude a été présentée lors d'un premier comité technique (CoTech) le 12 mai 2021.

Le travail documentaire réalisé pour cette mission a été effectué dans un temps très restreint, du fait du calendrier initial de la mission, c'est-à-dire moins de deux mois pour conduire les recherches et analyser les articles et documents sélectionnés.

De ce fait, nous nous sommes concentrés sur trois types de recherches (détaillées ci-après) :

- Des bases spécifiques pour la recherche de données chiffrées ;
- Deux bases de données pour la recherche de littérature scientifique ;
- Une collecte de documents déjà compilés par le PGI.

A cela se sont ajoutés tous les documents fournis par le conseil départemental.

1. Bases spécifiques pour la recherche de données chiffrées

Les différentes bases de données étudiées sont les suivantes :

- **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)** : pour des données détaillées sur les bénéficiaires de l'APA (âge, sexe, GIR), sur les dépenses APA, les bénéficiaires du minimum vieillesse :

<https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa-beneficiaires-et-depenses/information/>

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>

- **Données gouvernementales** permettant d'obtenir des renseignements sur la population au sein des communes françaises, la répartition entre communes rurales et urbaines :

<https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/data-insee-sur-les-communes/>

- **Base permanente des équipements** pour des éléments sur les différents équipements présents dans les départements français (commerces, services de santé, services de proximité, etc.) :

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1161>

- **Données populationnelles, de santé et d'équipement** donnant des informations sur l'espérance de vie à 65 ans, sur le nombre de cadres par rapport aux ouvriers dans chaque département, etc. :

https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/donnees_ouvertes

- **Données de santé et générales** : cette source apporte des données sur les différents services de soins présents dans chaque département ainsi que sur la démographie médicale :

<https://www.scoresante.org/indicateurs.html>

- **Données sur les retraités affiliés à la Caisse d'assurance retraite et de santé au travail** (Carsat) : pour des données sur les niveaux de retraites des bénéficiaires, par exemple :

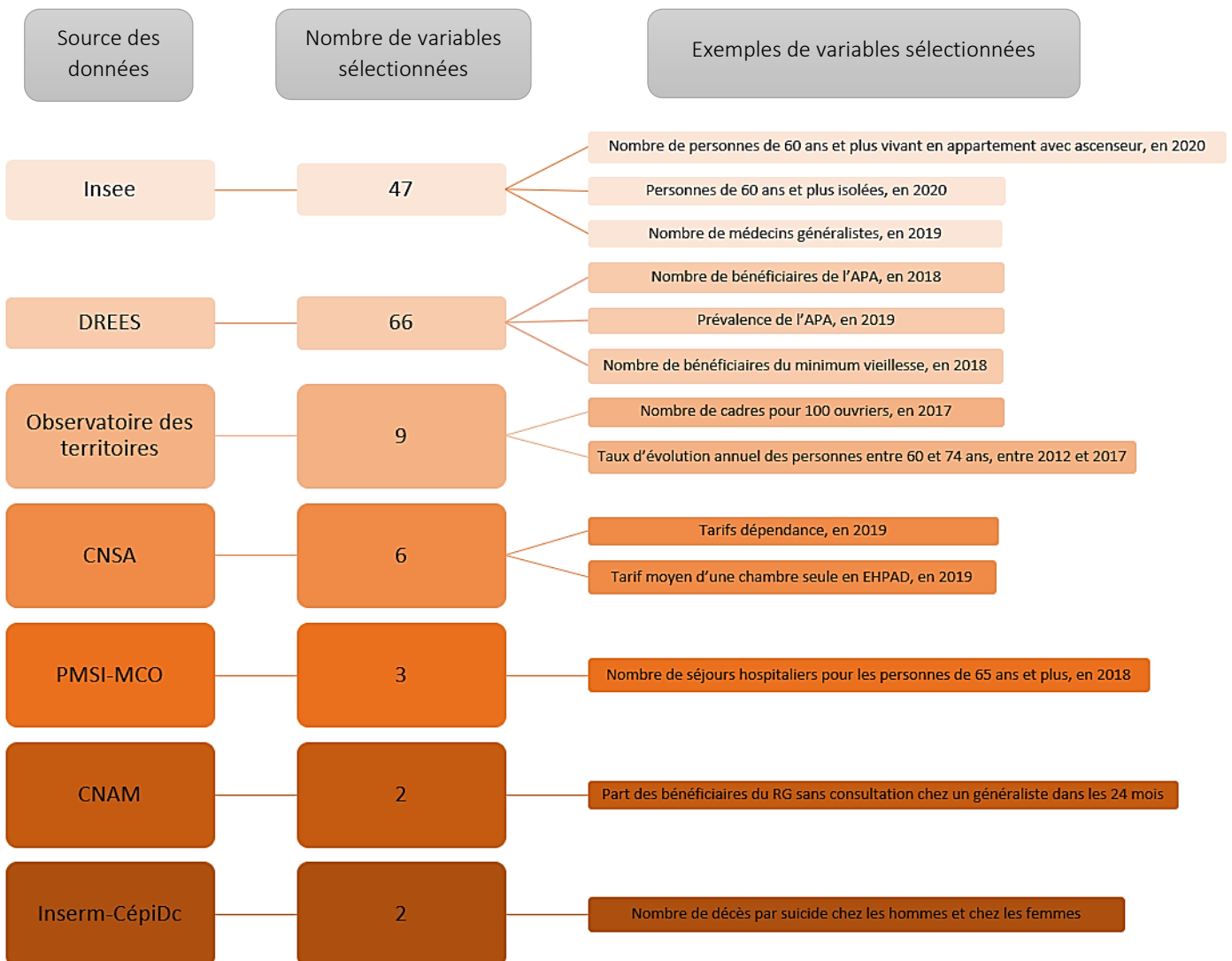
https://www.statistiques-recherches.cnnav.fr/images/stat-en-region/Donnees_fiches_regionales_et_departementales.xlsx

- **Données de la Caisse nationale d'assurance maladie** (Cnam) provenant des deux Observatoires de la fragilité (Grand Nord et Grand Sud). Ces bases permettent d'extraire des données telles que les bénéficiaires ne disposant pas d'un médecin traitant ou ceux n'ayant pas consulté un médecin généraliste durant les 24 derniers mois, par exemple :

https://www.observatoires-fragilites-grand-sud.fr/#c=indicator&f=00000&i=diag_rg_com.score_moyen&s=2020&t=A01&view=map48

http://www4.observatoiredesfragilites.fr/adws/app/2e0cab6-7c9e-11e9-b906-61a7b7e00fb3/index.html?_ga=2.92689053.1218452492.1624273573-515750715.1602247085

Les recherches sur ces bases de données ont permis de sélectionner 135 indicateurs dans un premier temps, détaillés dans le schéma ci-après. La liste exhaustive des indicateurs sélectionnés ainsi que leurs sources est disponible dans le rapport annexe.



Afin de réduire ce nombre d'indicateurs, nous effectuerons, dans un second temps, une analyse statistique par régression. Nous partons de l'hypothèse que l'ensemble des indicateurs retenus ont un impact sur la prévalence de l'APA à domicile. Ainsi, la régression statistique va nous permettre de distinguer les variables ayant un impact confirmé sur notre variable à expliquer (la prévalence de l'APA).

2. Bases de données pour la recherche de la littérature scientifique

Etant donné le temps imparti pour cette mission, nous nous sommes concentrés sur deux bases de données principales.

En premier lieu la **Banque de données en santé publique (BDSP)**¹. La période couverte va jusqu'en 2018 car la BDSP a cessé d'être alimentée début 2019. C'est l'une des banques de données les plus riches concernant les publications en sciences sociales.

Pour mener les recherches, nous avons mobilisé des mots-clés indexés dans le thésaurus en santé publique de la BDSP. D'autres mots-clés ou expressions non indexés dans le thésaurus ont également été mobilisés lorsque nécessaire ; ce sont ceux indiqués entre guillemets dans le tableau ci-dessous, qui regroupe toutes les équations de recherche mobilisées pour ce travail, ainsi que le nombre d'articles ensuite obtenus / retenus puis sélectionnés ou non pour analyse.

Nous avons choisi pour période de recherche 2001-2018, depuis la création de l'APA jusqu'à la date limite possible sur la BDSP.

	Termes utilisés	Nombre de références		Articles finalement retenus pour analyse
		<i>Obtenues</i>	<i>Retenues (critères du titre-résumé)</i>	
#1	« Allocation personnalisée d'autonomie »	12 074		/
#2	[Prestation autonomie ²]	996	11	7
#3	#2 ET [Aide technique]	5334		/
#4	#3 ET [Domicile]	1340	9	4
#6	#2 ET [Habitat]	461		/
#7	#6 ET [Domicile]	197	4	1
#8	#2 ET [Personne âgée] ET [Domicile] ET [Non-recours]	314	2	1

¹ <https://bdsp-ehesp.inist.fr/>

² Le terme « prestation autonomie » est le terme générique et officiel du thésaurus en Santé Publique qui recouvre les différentes variantes telle que « Aide personnalisée à l'autonomie », « Allocation personnalisée d'autonomie », « Allocation prestation autonomie », « Allocation spécifique dépendance », « APA », « Prestation dépendance », « Prestation personnalisée d'autonomie », « Prestation spécifique dépendance » et « PSD ».

En complément, nous avons mené une recherche par le biais de la **base de données des études et publications de la DREES**³.

Les recherches ont été réalisées sur la rubrique nommée « Grand âge et autonomie » avec deux filtres différents, les deux couvrants la période la plus récente depuis les dernières modifications apportées à l'APA à savoir 2015 et la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) :

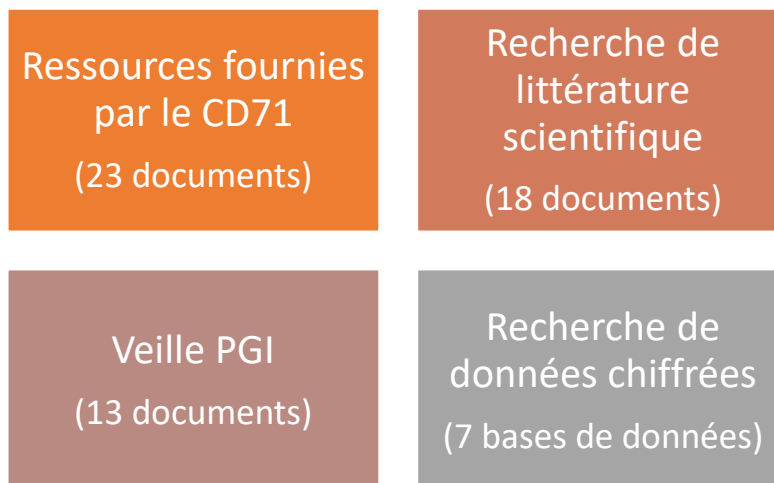
- **Prestations de soutien à l'autonomie et à l'hébergement** : 7 documents identifiés et 5 finalement retenus.
- **Limitations et besoin d'aide des seniors** : 1 document identifié mais finalement pas retenu.

3. Analyse de documents déjà collectés par le PGI

Une grande partie des articles retenus pour ce travail documentaire étaient déjà recensés au PGI, de par un important travail de veille quotidienne effectué par l'ensemble de l'équipe technique.

Il s'agit notamment de toute la littérature « grise », à savoir de nombreux rapports émanant de différentes institutions et permettant d'être en veille sur les actualités (chiffres, évolutions législatives, etc.) du secteur de la gérontologie et autour de notre objet associatif, la qualité de vie dans l'avancée en âge.

Avec les ressources fournies par le conseil départemental (cartographies, atlas, études et statistiques annuelles), notre travail documentaire repose donc sur une soixantaine de sources analysées.



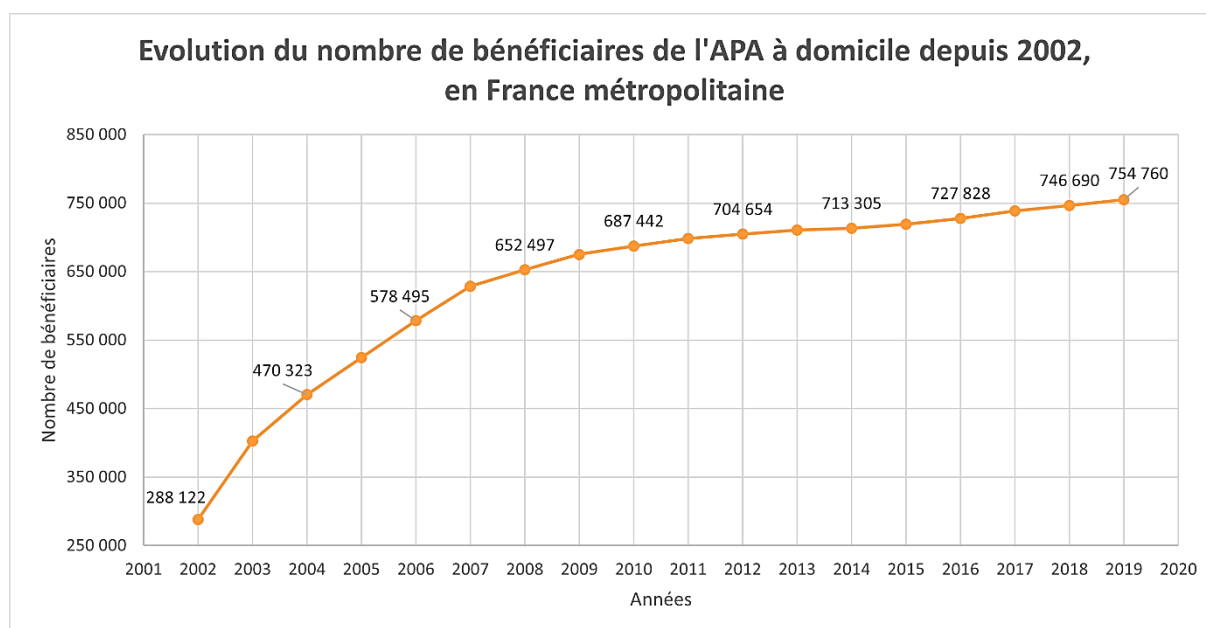
³ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/recherche>

Contexte : réglementation et évolution

L'APA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002 (loi du 20 juillet 2001) et « vise à une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées pour accomplir les gestes ordinaires de la vie courante » (Kerjosse, 2002)⁴. Cette aide se substitue alors à la prestation spécifique dépendance (PSD) qui avait été créée en 1997 mais répondait de manière partielle et inégale aux besoins identifiés. En effet, l'APA est désormais ouverte à toute personne de plus de 60 ans, sans conditions de ressources (mais avec une participation financière selon les plafonds de revenus), qui justifie d'un niveau de GIR entre 1 à 4. Autre changement majeur, l'APA n'est pas récupérable sur succession comme c'était le cas de la PSD, représentant un frein majeur pour les potentiels bénéficiaires.

Mais c'est également un changement sémantique qui s'opère, passant du vocable « dépendance » à celui de « perte d'autonomie » qui est alors perçu comme plus politiquement correct pour évoquer les personnes âgées ayant besoin d'aide dans leur vie quotidienne. Notons tout de même que la loi ne définit pas clairement l'autonomie et que ce terme de « perte d'autonomie » continue d'entretenir une confusion entre **l'autonomie fonctionnelle**, c'est-à-dire la capacité à effectuer par soi-même un certain nombre d'actes de la vie quotidienne, et **l'autonomie décisionnelle**, à savoir la capacité à déterminer par soi-même, les règles de sa conduite en connaissance de cause.

Les graphiques ci-dessous présentent l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile depuis sa création en 2002. En France métropolitaine, nous constatons une augmentation continue du nombre de bénéficiaires.



Source : DREES

⁴ L'ensemble des sources se retrouvent dans la bibliographie en fin de rapport.

Il faudra attendre la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV) promulguée en décembre 2015 pour connaître la première grande réforme de l'APA. Celle-ci se structure autour de trois grands axes :

- **La meilleure prise en compte des besoins et attentes des bénéficiaires, et de leurs aidants**, via la conduite d'une évaluation multidimensionnelle de la situation par les équipes médico-sociales du Département, mais aussi par une revalorisation des plafonds nationaux des plans d'aide ;
- **La reconnaissance et le soutien des proches aidants** avec la possibilité financière d'un droit au répit ;
- **L'optimisation de la gestion de l'APA** en allégeant les procédures d'attribution et en simplifiant son versement.

En 2015, on comptait alors, en France métropolitaine, 1 232 992 bénéficiaires de l'APA dont 719 141 à domicile.

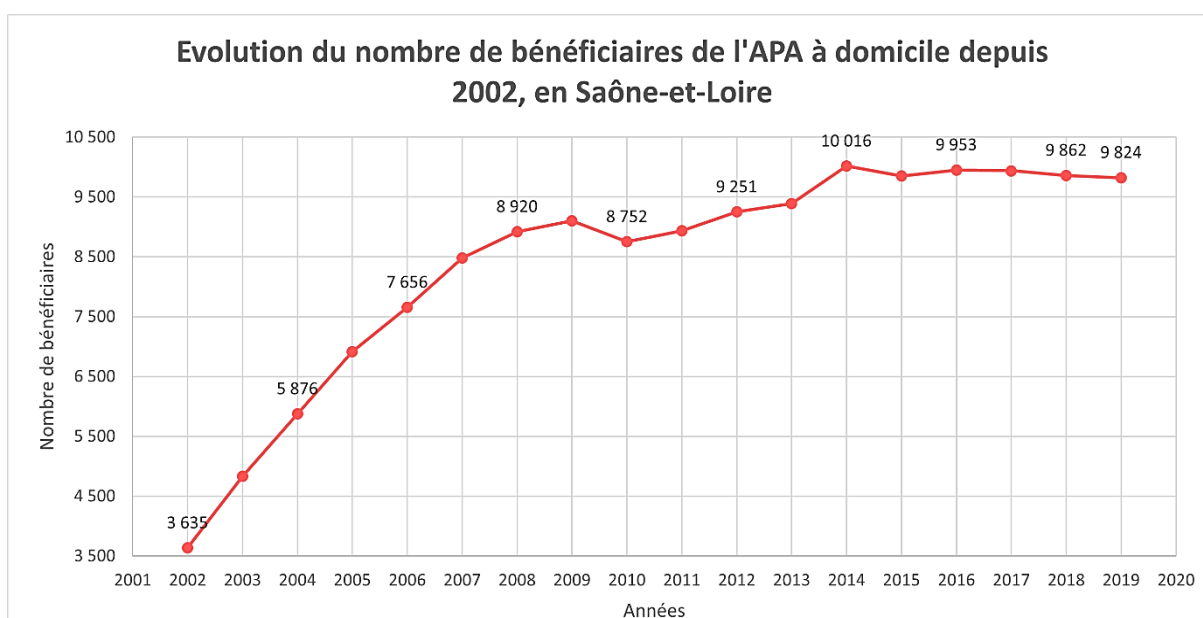
Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2017 fait état d'un premier bilan suite à cette réforme.

Il y est notamment relevé un important délai de mise en œuvre pour la réévaluation des plans d'aide, avec des fortes disparités départementales du fait d'une surcharge de travail importante (mise à jour des données, saisie dans les systèmes d'information, etc.). Ainsi la révision des plans d'aide s'est faite de manière progressive, et, en 2017 elle concernait, conformément aux orientations de la loi ASV, les personnes les plus dépendantes.

Concernant le soutien aux proches aidants, ce même rapport fait état de la création effective d'un droit au répit mais qui « impose une participation financière de la personne aidée et des critères d'accessibilité trop restrictifs » (IGAS, 2017).

Nous reviendrons dans la suite de ce travail documentaire sur l'importance du rôle des aidants en faveur du soutien à domicile de leurs proches âgés.

Notre étude étant ciblée sur le département de Saône-et-Loire, voici quelques chiffres sur l'évolution de l'APA sur ce territoire. On constate que le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile a également connu une croissance importante entre 2002 et 2019. Contrairement aux chiffres de la France métropolitaine, nous pouvons constater de légères baisses du nombre de bénéficiaires lors de certaines années (2010 et 2015).



Source : DREES

Analyse

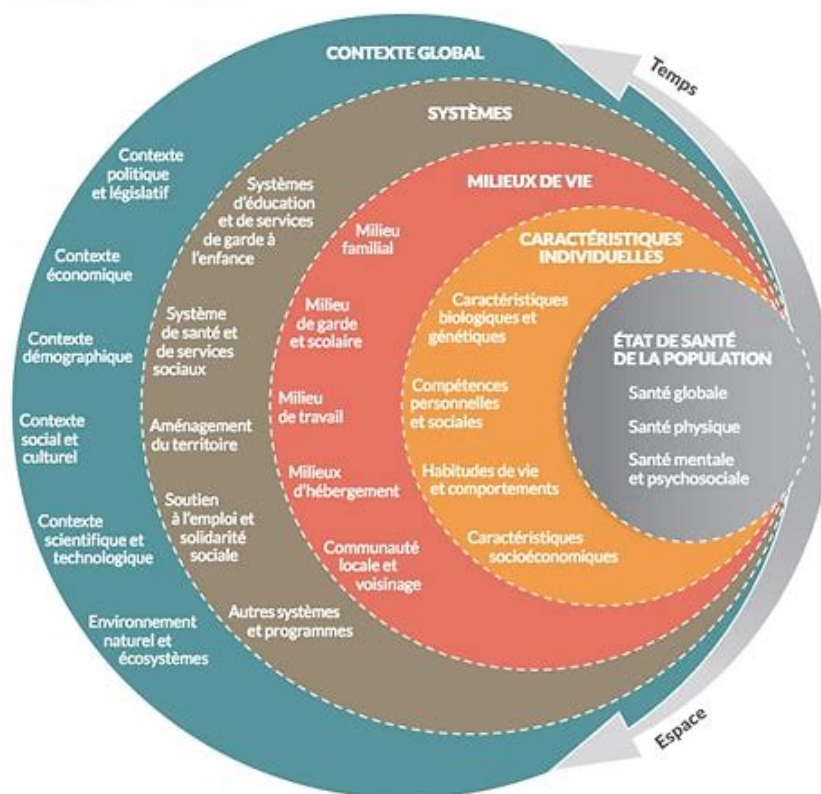
Afin de restituer les résultats du travail documentaire réalisé pour cette première phase, nous avons choisi de nous appuyer sur la définition de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ainsi que ses principaux déterminants.

Pour rappel, l'OMS définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et sociétal, [ne consistant] pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »⁵.

Nous avons choisi de classer les différents indicateurs et thématiques retrouvés dans la littérature actualisée selon les **déterminants de santé**, à savoir l'ensemble des circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces facteurs vont influencer l'état de santé d'une population, soit isolément, soit en association avec d'autres facteurs, sur lesquels il est la plupart du temps possible d'agir.

Le schéma ci-après résume ainsi la carte de la santé et de ses déterminants, sur lesquels nous allons nous baser pour structurer les différentes parties de cette analyse.

Carte de la santé et de ses déterminants



Source : ministère de la Santé et des services sociaux de Québec

⁵ Définition extraite de la Constitution de l'OMS, adoptée en 1946 et entrée en vigueur en 1948.

1. L'état de santé de la population

L'ensemble de ce déterminant recouvre par exemple les dimensions de **santé globale, physique** ou encore la **santé mentale et psychosociale**.

Comme le rappelle le récent rapport rédigé par l'Institut Montaigne et intitulé « Bien vieillir : faire mûrir nos ambitions », le fait est que « *l'état de santé de chacun est étroitement lié à son âge et la population âgée nécessite des soins plus fréquents, nombreux et coûteux* » (Institut Montaigne, 2021)

1.1 L'apparition des premières fragilités liées au vieillissement

Le premier exemple que l'on peut citer est celui de la répartition des affections de longue durée (ALD) chez les plus de 60 ans. Ce sont en effet 61,5 % des ALD qui concernent les 60 ans et plus, dont les principales sont les maladies cardiovasculaires, le diabète, les tumeurs malignes et les affections psychiatriques de longues durées (Institut Montaigne, 2021, d'après des chiffres de la DREES de 2018).

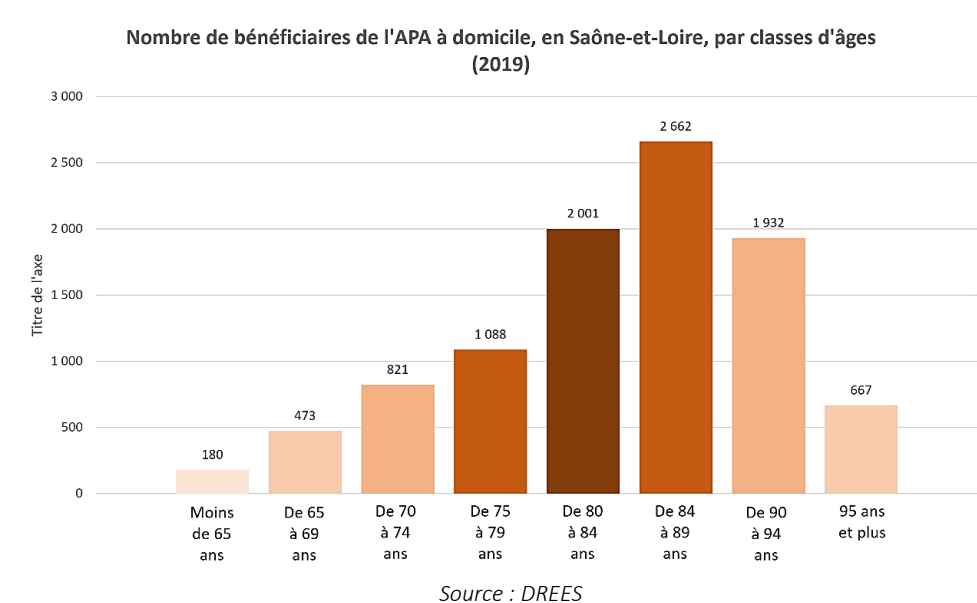
Pour illustrer l'apparition des premières fragilités, nous pouvons également prendre les indicateurs de l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité (EVSI). Pour rappel, cet indicateur mesure le nombre d'années qu'une personne peut compter vivre sans souffrir d'incapacité dans les gestes de la vie quotidienne. Comme le souligne le rapport cité *supra*, l'espérance de vie en bonne santé, ou sans incapacité, est un « *défi pour les années à venir* ». En effet si nous connaissons toutes et tous les chiffres liés au vieillissement démographique et à la gérontocroissance, il est à noter que cet « *allongement de l'espérance de vie ne se traduit pas forcément par une amélioration de la durée de vie en bonne santé* ».

Par exemple, si aujourd'hui une femme de 65 ans peut espérer vivre 23,2 ans, le nombre moyen d'années qu'il lui reste à vivre sans incapacité n'est que de 11,2 ans (contre 19,4 et 10,1 ans pour un homme).

Autrement dit, les premiers signes de fragilité pouvant être liés à la perte d'autonomie se manifestent aux environs de 75 ans. C'est d'ailleurs l'âge sur lequel se basent les gériatres, et certains programmes de prévention, telle que la démarche PAERPA⁶, déployée à partir de 2014 sur plusieurs territoires pilotes comme la Nièvre ou le Doubs pour notre région, et qui a visé les personnes âgées à partir de 75 ans dans l'objectif de les soutenir le plus longtemps possible dans leur autonomie et dans leur cadre de vie habituel.

On le constate grâce au graphique suivant : le recours à l'APA est donc plus fréquent dès 75 ans, avec l'exemple de la Saône-et-Loire où les classes d'âge ayant recours à l'APA sont les plus nombreuses dès 75 ans, avec un large pic entre 80 et 90 ans.

⁶ Personnes âgées en risque de perte d'autonomie.



Notons que les personnes âgées, grâce notamment aux différents soutiens possibles à domicile, entrent en établissement de plus en plus tardivement, l'âge moyen d'entrée en EHPAD étant par exemple passé de 84 ans et 5 mois en 2011 à 85 ans et 2 mois en 2015 (DREES, enquête EHPA). La difficulté que cela pose est bien identifiée puisque le public hébergé est de plus en plus dépendant, environ 50 % des résidents d'EHPA ayant un niveau de GIR entre 1 et 2.

1.2 Focus sur la santé mentale

La santé mentale et psychosociale est un fort enjeu pour les politiques de prévention, et le sera de plus en plus avec les conséquences actuelles et à venir de la crise sanitaire que nous traversons depuis plus d'un an maintenant.

Bien avant la crise sanitaire liée à la pandémie Covid-19, l'état psychologique des personnes âgées était déjà une préoccupation majeure. La dégradation de la santé mentale va en effet de pair avec la sensation d'être physiquement ou cognitivement limité et avec la diminution de la fréquence des relations sociales. Si le phénomène du suicide chez les jeunes générations est souvent fortement médiatisé, il n'en reste pas moins que ce sont bien les personnes âgées qui représentent la population la plus à risque de décès par suicide. Les 65-74 ans se suicident en effet trois fois plus que les 15-24 ans (et six fois plus entre 86 et 94 ans). Toujours selon les constats rapportés par l'Institut Montaigne, « *un senior sur quatre à domicile a consommé des médicaments psychotropes dans l'année* » et les nombreuses enquêtes menées sur ce sujet traduisent « *l'existence de troubles psychiatriques chez les personnes âgées : forte prévalence des tentatives de suicide et suicide, forte prévalence de la dépression, troubles anxieux et addictions chez les seniors* ».

Focus initiative locale

Dans le cadre d'un programme de formation à destination des services du domicile dans le contexte de reprise d'activité en sortie de premier confinement, le PGI a réalisé en juin 2020, avec le soutien financier de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bourgogne-Franche-Comté, une série de vidéos dans le cadre du repérage des fragilités des aînés à domicile. L'une d'entre elles traite justement de la prévention des risques liés à la dépression, avec le témoignage du Pr Pierre Vandiel, chef de service de l'unité psychiatrie de l'adulte du CHRU de Besançon et membre du conseil scientifique du PGI.

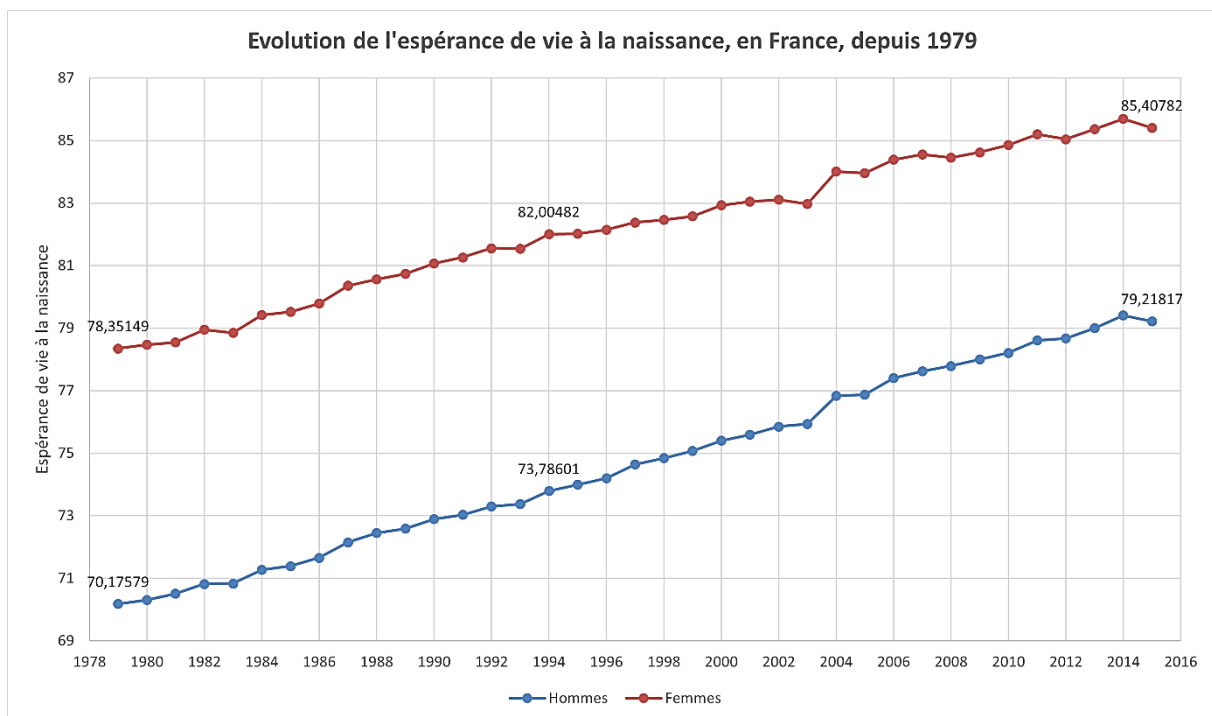
[Visionner la vidéo](#)

2. Les caractéristiques individuelles

Ce déterminant recouvre des caractéristiques diverses comme les **caractéristiques biologiques et génétiques, personnelles et sociales, socioéconomiques** ou encore les **habitudes de vie et comportements**.

2.1 Les différences liées au sexe

Nous pouvons tout simplement débiter par cette différence bien connue, les femmes vieillissent actuellement plus nombreuses et plus longtemps, même si les différences d'espérance de vie tendent à s'estomper depuis plusieurs années déjà.



Source : DREES

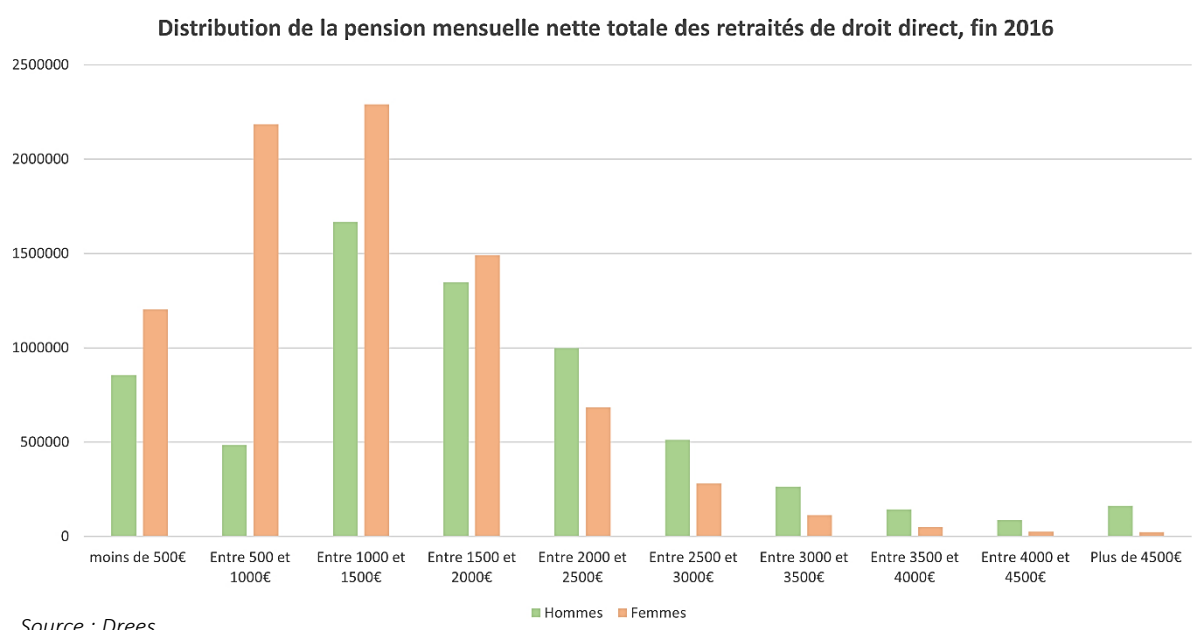
Le graphique ci-dessus montre bien la réduction de l'écart entre l'espérance de vie des hommes et des femmes. En effet, en 1979, cet écart était de 8,18 années alors qu'en 2015, il n'est plus que de 6,18 années.

Les femmes sont ainsi plus nombreuses à bénéficier de l'APA à domicile (tout comme c'est le cas en établissement). En France métropolitaine, 226 731 hommes sont bénéficiaires de l'APA à domicile pour 490 335 femmes, en 2018. Cette tendance se confirme en Saône-et-Loire où 2 882 hommes bénéficient de l'APA à domicile pour 6 980 femmes, en 2018.

Les femmes sont également surreprésentées dans les situations de précarité, et donc plus fragilisées, notamment du fait de différents facteurs que nous allons détailler ci-après que sont les revenus, la catégorie socio-professionnelle (CSP) ou encore les compétences vis-à-vis du numérique.

2.2 Les différences liées aux revenus et aux CSP

L'écart entre les pensions de retraite est très marqué entre les hommes et les femmes. Actuellement, « les retraites des femmes ne représentent que 61,5 % des retraites des hommes » (Institut Montaigne, 2021).



Pour illustration, le graphique ci-dessus nous confirme que les femmes, en 2016, ont tendance à avoir une pension mensuelle nette moins élevée que les hommes. En effet, une grande partie des femmes reçoit une pension entre 500 et 2 000 euros alors que les hommes ont plutôt une pension comprise entre 1 000 et 2 500 euros. De plus, pour les pensions mensuelles supérieures à 3 000 euros, nous constatons que ce sont majoritairement des hommes qui les perçoivent.

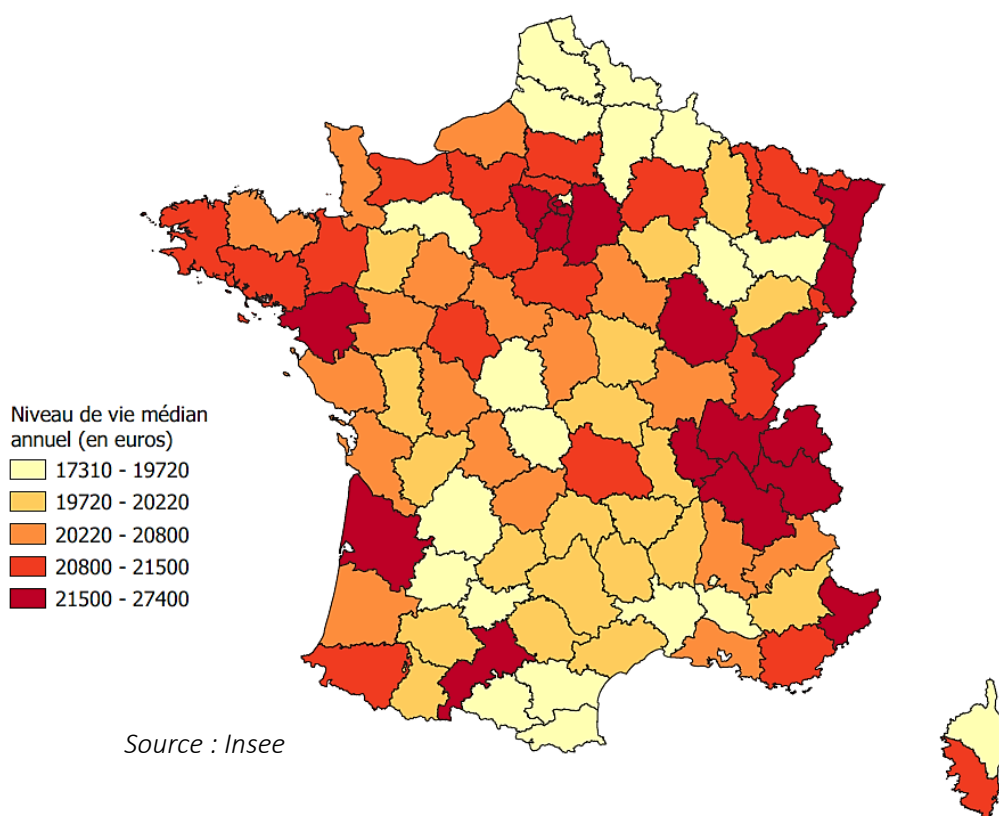
Mais de manière générale, si le niveau de vie des seniors est, à l'heure actuelle, légèrement supérieur à celui de l'ensemble de la population, il reste de fortes disparités parmi elles et eux, liées au sexe et à la CSP et qui ont un impact sur la fragilité et donc le potentiel recours à l'APA. Les constats dressés par le rapport de l'Institut Montaigne sont clairs : « les personnes les moins aisées financièrement, les moins

diplômées et celles qui font face à des épisodes de précarité, ont plus de risques de devenir fragiles que les autres ».

Une étude menée en 2013, non à l'échelle des individus mais des communes et des départements, montrait ainsi que dans les départements les plus riches⁷, l'APA prend en charge des populations plus dépendantes. A l'opposé les bénéficiaires de l'APA dans les départements considérés comme plus modestes sont davantage classés en GIR 4. L'auteur fait l'hypothèse d'une demande plus tardive, à un GIR plus élevé, pour les populations des départements plus aisés car leurs moyens financiers et/ou les structures d'aide leur permettent d'assurer un soutien à domicile plus longtemps sans recourir à l'APA. Selon lui, « *l'APA impose des critères et attribue des allocations selon des règles normatives sur lesquelles les bénéficiaires ont finalement peu de contrôle. C'est pourquoi les populations pouvant assumer les coûts se dispensent donc des contraintes qu'elle engendre tant qu'elles le peuvent (...) l'APA viendrait donc dans un second temps renforcer la coordination de l'aide et fonctionnerait comme une 'tutelle de fait', définissant les besoins et les aides pour le maintien à domicile des personnes les plus dépendantes* ».

L'auteur conclut en expliquant que pour lui, le recours à l'APA est plus tardif pour les personnes les plus aisées car elles gardent leur autonomie décisionnelle dans l'organisation de leur soutien à domicile quand le besoin financier « *oblige les plus pauvres à faire appel à l'APA dès le GIR 4 et 3 et donc subir le contrôle et la prescription* » (Trabut, 2013)

Niveau de vie annuel médian par département, en 2017



⁷ L'étude en question entend par départements les plus riches, les 10 départements ayant les revenus médians les plus importants des 84 départements métropolitains pour lesquels les auteurs possédaient les données départementales de l'APA.

La Saône-et-Loire présente quant à elle un niveau de vie annuel médian de 20 230 euros, en 2017. Cela place ainsi le département à la 55^{ème} place des départements français dans le classement décroissant des niveaux de vie médians.

2.3 Les compétences vis-à-vis du numérique

Les démarches numériques prenant une part de plus en plus importante dans notre quotidien, quel que soit notre âge, il était important d'évoquer les compétences personnelles des populations les plus âgées vis-à-vis du numérique puisque cela peut impacter le recours à l'APA, notamment dans la recherche d'information ou les premières démarches administratives⁸.

Selon l'INSEE, en 2019, « *une personne sur six n'utilise pas Internet, plus d'un usager sur trois manque de compétences numériques de base* » (Legleye, 2019). Si l'âge n'est pas le seul facteur, les personnes âgées sont évidemment particulièrement concernées par ces constats. Ainsi les plus de 75 ans sont la classe d'âge la plus touchée par :

- Un manque d'équipement à Internet pour 53,2 % ;
- Le non-usage d'Internet au cours de l'année pour 64,2 % ;
- Le fait d'avoir au moins une incapacité⁹ numérique pour 90 % ;
- L'illectronisme¹⁰ pour 67,2 %.

Pour corroborer nos propos précédents sur la plus grande précarité des femmes âgées, ajoutons que ce sont également elles qui sont les plus exclues des usages numériques. Le rapport produit par les Petits Frères des Pauvres en 2018 à propos de l'exclusion numérique des personnes âgées constate ainsi que « *les plus grands exclus du numérique sont davantage des femmes de plus de 80 ans, vivant seules, avec de faibles revenus* » (Sénécal, 2018).

Complétant le constat de l'INSEE, ce rapport fait également état du fait que l'âge n'est pas le seul marqueur discriminant et qu'il y a également un important **fossé social et culturel**. Alors que le fossé générationnel pourrait tendre à se résorber à l'avenir – de nombreux jeunes retraités ayant maintenant largement utilisé le numérique durant leur vie professionnelle notamment – les deux autres fossés risquent de se maintenir.

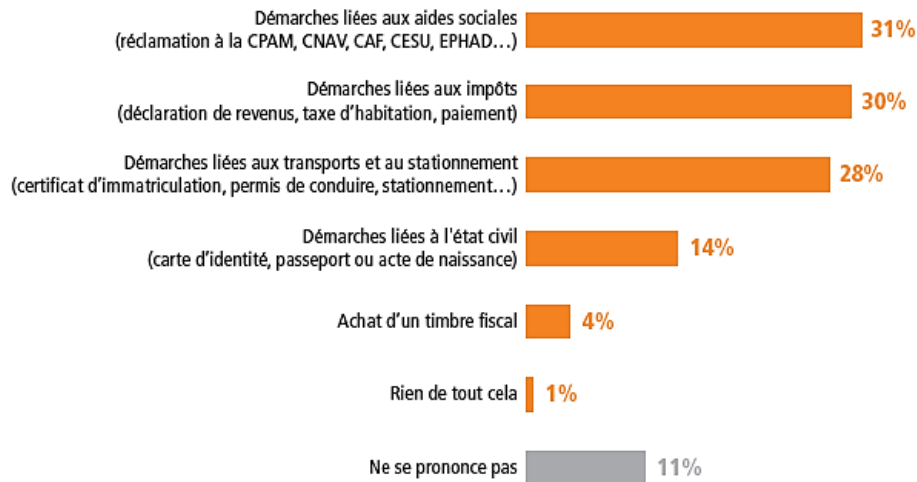
Pour les plus âgés, **l'abandon des démarches en ligne** est un exemple criant permettant d'illustrer l'urgence de sensibiliser/accompagner les plus précaires à l'usage du numérique afin d'éviter le non-recours aux droits. Près d'un tiers des plus de 60 ans a en effet déjà renoncé à effectuer une démarche en ligne comme illustré ci-dessous.

⁸ Notons aussi que l'exclusion des usages numériques est un risque de fragilité au cours du vieillissement, par l'aggravation de l'isolement social au sein d'une société désormais numérique.

⁹ C'est-à-dire portant sur la capacité à trouver de l'information, à communiquer, à utiliser un logiciel ou à résoudre un problème lié au numérique.

¹⁰ L'illectronisme étant défini par le fait de ne pas posséder les compétences numériques de base (envoyer des courriers électroniques, consulter ses comptes en ligne, utiliser des logiciels) ou de ne pas se servir d'internet (incapacité ou impossibilité matérielle).

ABANDON DES DEMARCHES EN LIGNE



(Source : CSA pour les Petits Frères des Pauvres, 2018)

3. Les milieux de vie

L'ensemble de ce déterminant recouvre différents critères tels que le **milieu familial**, de **garde et scolaire**, de **travail**, d'**hébergement** ainsi que la **communauté locale et le voisinage**.

3.1 L'adaptation du logement et du cadre de vie

C'est un constat bien connu et martelé depuis plusieurs années déjà dans de nombreux rapports, un soutien à domicile de qualité passe par un logement et un cadre de vie le plus adaptés possible¹¹.

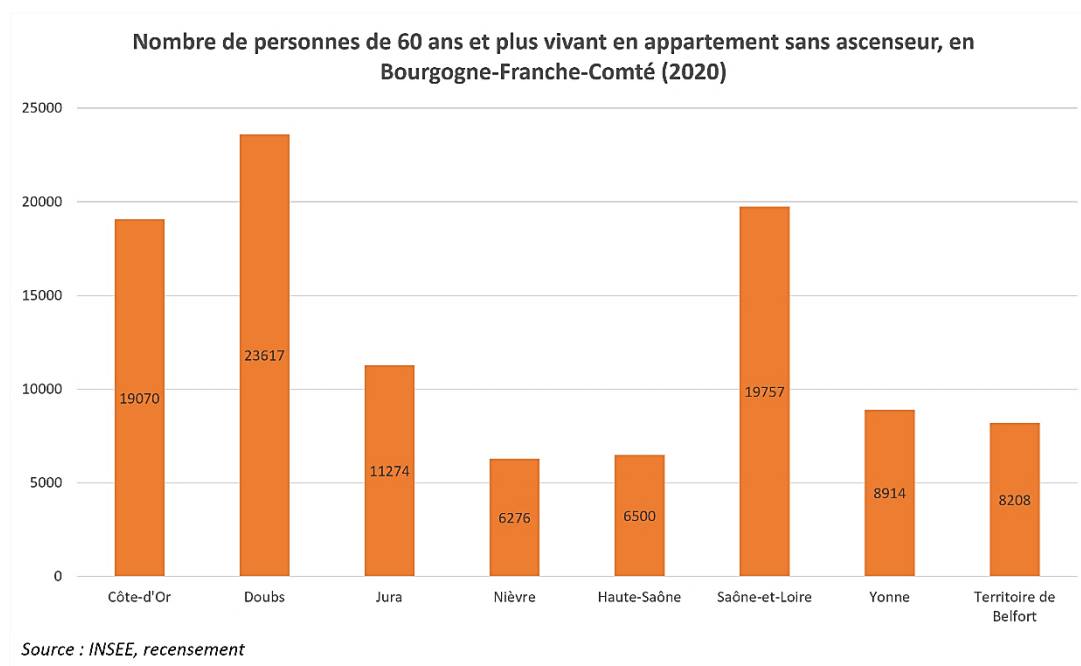
Les chiffres ont été rappelés tout récemment par Luc Broussy dans son rapport « Nous vieillirons ensemble » remis en mai 2021 aux trois ministres Brigitte Bourguignon (autonomie), Emmanuelle Wargon (logement) et Jacqueline Gourault (cohésion des territoires) : en France, il y a chaque année près de 10 000 décès liés aux chutes chez les plus de 65 ans. Mais au-delà des décès, les chutes entraînent aussi de multiples conséquences ; ainsi « 85 % des recours aux urgences pour accident de la vie courante chez les 65 ans et plus sont dus à une chute (...) et 75 000 hospitalisations chaque année sont motivées par une fracture du col du fémur chez les personnes de 65 ans ou plus et dans 9 cas sur 10 cette fracture était consécutive à une chute » (Broussy, 2021).

La corrélation est donc très probable entre mauvaise adaptation du logement, chute et apparition de fragilités et potentielle entrée en dépendance et recours à l'APA.

Le logement en lui-même est donc primordial, mais aussi son accessibilité. Ainsi rappelons qu'en 2020 en France métropolitaine, plus de 2 millions de personnes de 60 ans et plus vivaient en appartement

¹¹ Nous aborderons ici principalement l'adaptation du logement et du bâti car l'aménagement de la commune et la question des transports et services fait partie du déterminant « systèmes » qui sera traité un peu plus loin.

sans ascenseur (INSEE, recensement). Un logement peut être très bien adapté, mais s'il se situe au 6^{ème} étage sans ascenseur, il sera synonyme d'enfermement pour la personne qui y vit.



Si l'on évoque de nouveau le logement, de nombreux aménagements peuvent être réalisés, permettant d'éviter le risque de chute, notamment avec l'apport d'aides techniques.

3.2 Les aides techniques

Le constat est le même au travers de plusieurs rapports et études : l'immense majorité des plans d'aide APA comprennent des heures humaines et très peu d'aides techniques, le ratio étant d'environ 92 % des crédits d'APA utilisés pour de l'aide humaine et 6 % pour les aides techniques environ (Bérardier, 2012 ; IGAS, 2013 ; Broussy, 2021).

Pour rappel, il n'y a pas de définition claire des aides techniques au sens de l'APA et par défaut la définition est celle retenue dans le cadre de la prestation de compensation du handicap (PCH). Cette dernière, comme inscrite dans le code de l'action sociale et des familles (CASF), décrit une aide technique comme « *tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel* ». Comme le souligne un rapport de l'IGAS remis en 2013 sur la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, « *une telle définition ne va pas de soi pour les équipes médico-sociales APA, l'expression 'aides techniques' recouvrant pour elles une réalité floue au périmètre mal identifié* » (Blanchard, 2013).

Dans son enquête sur les usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement, la DREES regroupe ainsi les aides techniques dans quatre grandes catégories :

- Les aides à l'hygiène de l'élimination ;
- Les aides aux déplacements ;
- Les aides aux transferts ;
- Les aides auditives.

Ainsi ces aides peuvent être par exemple « *des protections absorbantes, des déambulateurs, des lève-personnes, des appareils auditifs, etc.* ». Les aménagements du logement « *peuvent servir à l'accessibilité des pièces (élargissement de portes ou couloirs), adapter des pièces (salle de bain, cuisine) ou des meubles (lits, sièges)* » (Bérardier, 2012), mais ils ne sont pas considérés comme des aides techniques « *dans la mesure où [ils] ne peuvent pas être déplacés d'un lieu à un autre par les personnes* » (Blanchard, 2013).

Dans le cadre de l'APA, lorsque des aides techniques sont préconisées, ce sont pour la majorité d'entre elles la téléalarme ou les fournitures d'hygiène.

Le recours aux aides techniques peut aussi être influencé par la présence ou non d'un proche (conjoint notamment) puisque celui-ci pouvant assurer certaines tâches (présence, repas, hygiène, etc.), les aides techniques ne sont pas forcément perçues comme utiles (Couvert, 2017).

Afin de mieux sensibiliser les personnes mais aussi les équipes médico-sociales de l'APA, le rapport de Luc Broussy formule plusieurs propositions qui pourraient avoir un impact sur les aides techniques et/ou aménagements du logement préconisés dans les plans d'aide, et notamment :

- **Evaluer les besoins d'adaptation du logement** à chaque demande d'APA et créer au sein de la prestation un volet adaptation du logement ;
- Sanctuariser une **dotation APA aide numérique et domotique**.

Luc Broussy reprend ici une des propositions déjà évoquées par Dominique Libault en 2019, celle de proposer une prestation en trois volets : aides humaines, aides techniques et répit et accueil temporaire¹². L'ajout de la partie « numérique et domotique » répond au besoin de penser les logements connectés de demain, sans doute nécessaires pour un soutien à domicile plus efficient : objets connectés, tablettes numériques, détecteurs de chute, chemin lumineux, piluliers sécurisés, etc.

L'une des propositions est également d'ouvrir le droit de prescription des aides techniques aux ergothérapeutes¹³ afin d'en faciliter l'accès, ce qui va dans le sens des conclusions du rapport rendu par Philippe Denormandie et Cécile Chevalier en 2020. Ces derniers réaffirmaient le fait que si l'APA peut financer les aides techniques, cela reste en réalité à un niveau très limité et de manière très disparate selon les départements ; ils préconisaient un niveau de remboursement des aides techniques dans l'APA au même niveau que celui de la PCH. Les auteurs reprenaient les propos d'Agnès Buzyn et de Sophie Cluzel, à l'initiative de ce rapport : « *il nous faut considérer aujourd'hui les aides techniques comme des accélérateurs de l'autonomie des personnes, pour la développer mais aussi la reconquérir* » (Denormandie, 2020).

¹² Nous verrons dans la partie « contexte politique et législatif » que c'est ce vers quoi le gouvernement semble s'orienter dans le cadre de l'avant-projet de loi Générations solidaires.

¹³ La prescription des aides techniques a été ouverte aux ergothérapeutes au 2^e trimestre 2021 dans le cadre de la stratégie nationale d'amélioration de l'accès aux aides techniques des personnes âgées et en situation de handicap (comité de pilotage national créé en janvier 2021 par le ministre de la Santé Olivier Véran).

La prévention et la communication apparaissent ainsi primordiales pour favoriser la démocratisation des aides techniques. Certains auteurs font l'hypothèse à ce sujet d'un « *apprentissage générationnel* » : des jeunes retraités qui ont vécu des difficultés dans l'accompagnement de la dépendance de leurs parents auraient en effet peut-être davantage tendance à envisager pour leur propre vieillissement des déménagements et aménagements préventifs (Branchet, 2015).

Mais de manière générale la politique de prévention mérite d'être renforcée et nous en parlerons plus en détail dans notre partie consacrée aux déterminants « systémiques ».

Focus initiative nationale

L'Assurance retraite a bien saisi cette problématique de l'accès et de l'usage aux aides techniques et vient de lancer un nouveau site internet « **Bien chez soi** », répertoriant différentes solutions et aides techniques qui visent à mieux vivre à domicile en toute sécurité et autonomie. Les « fiches produits » permettent de retrouver les fourchettes de prix, les lieux de vente, l'avis d'un ergothérapeute ainsi que les possibilités de financement existantes.

[Visiter le site internet](#)

3.3 Les nouvelles formes d'habitat

Outre les possibilités d'adapter son logement, le fait de disposer de différentes alternatives pour vivre et vieillir « chez soi » (en se sentant chez soi) est à mentionner car de nombreuses initiatives fleurissent depuis quelques années.

Si l'on peut citer les formules plus classiques comme les résidences autonomes ou les résidences services, on voit apparaître sous le vocable général d'habitat « alternatif », et maintenant « inclusif », de nombreux projets émanant de divers porteurs.

Démocratisé depuis la loi ELAN¹⁴ du 23 novembre 2018, le concept **d'habitat inclusif** trouve une définition et une existence juridique, inscrit au CASF comme un mode d'habitat « *destiné aux personnes âgées et handicapées qui font le choix, à titre de résidence principale, d'un mode d'habitation regroupé, entre elles ou avec d'autres personnes (...) et assorti d'un projet de vie sociale et partagé* » (article L.281-1 du CASF). La loi institue à cette occasion le forfait pour l'habitat inclusif financé par la CNSA et versé au gestionnaire via des appels à projet lancés par les ARS avec les conférences des financeurs de l'habitat inclusif, pour le financement de ce projet de vie sociale et partagé.

Le concept peine à se concrétiser véritablement, par la lourdeur et la complexité des démarches et par ce forfait « uniquement » destiné à financer le porteur de projet et donc à rémunérer les professionnels qui auront pour mission d'assurer le projet de vie partagé.

¹⁴ Loi pour l'évolution du logement, de l'aménagement et du numérique.

En 2019, l'ARS BFC avait missionné un collectif d'acteurs¹⁵ pour réaliser un état des lieux de l'habitat inclusif en région. Il en ressortait que 71 dispositifs déjà existants pouvaient prétendre s'inscrire dans le champ de l'habitat inclusif, une large partie étant les Vill'âges bleus© portés par la Mutualité Française Bourguignonne (12 à l'époque) et les colocations Ages & Vie (39 à l'époque).

En 2020, Denis Piveteau et Jacques Wolfrom ont remis au Premier ministre un rapport intitulé « Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous » et qui va plus loin en instituant le vocable d'habitat API pour « **Accompagné, Partagé et Inséré** » dans la vie locale. Très technique, le rapport introduit le concept comme un mode d'habitat qui « *permette de vivre chez soi sans être seul, en organisant, dans des logements ordinaires, aménagés à cette fin, regroupés en unités de petite taille, une solidarité de type familial, sécurisées en services et ouvertes sur l'extérieur* » (Piveteau, 2020).

Les auteurs décrivent une nouvelle aide, individuelle cette fois, qui se nomme **l'Aide à la vie partagée** (AVP) et serait versée par les Départements grâce au concours de crédits de la CNSA, cette fois directement aux habitants de l'habitat API, à la fois les personnes bénéficiant déjà de l'APA (ou de la PCH), mais aussi les personnes les plus autonomes et ce afin de solvabiliser le coût des fonctions liées au partage de vie.¹⁶

Les tableaux ci-après – issus du rapport - reprennent l'organisation des aides financières dont pourraient bénéficier les habitants, en comparant ce qui existe depuis la loi ELAN et ce qui changerait avec cette AVP entrée en vigueur cette année.

Aujourd'hui

<i>Fonction</i>	Logement	Partage de vie	Aide à l'autonomie « mutualisée »	Aide individuelle à l'autonomie
<i>Solvabilisation d'un bénéficiaire de l'APA ou de la PCH</i>	APL/AL (de plein droit)	Forfait « habitat inclusif » (versé au porteur de projet sur appel à projet)	APA ou PCH (de plein droit)	
<i>Solvabilisation d'un non bénéficiaire de l'APA ou de la PCH</i>	APL/AL (de plein droit)	Forfait « habitat inclusif » (versé au porteur de projet sur appel à projet)	<i>(en principe : pas de besoin. En réalité, besoins non couverts, notamment de supervision, prévention, incitation à faire...)</i>	<i>(en principe : pas de besoin)</i>

« de plein droit » signifiant : prestation obligatoirement versée si les conditions en sont remplies.

¹⁵ L'APF France handicap BFC, l'Association de Familles de Traumatisés crâniens et de Cérébrolésés (AFTC) BFC, l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) et la Novelline.

¹⁶ Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021, l'AVP peut être versée, à titre de droit personnel se substituant au forfait versé au gestionnaire, par des Départements volontaires et sous réserve de conventionnement de l'habitat inclusif concerné.

Demain

<i>Fonction</i>	Logement	Partage de vie	Appui au parcours de vie	Aide à l'autonomie « mutualisée »	Aide individuelle à l'autonomie
<i>Solvabilisation d'un bénéficiaire de l'APA ou de la PCH</i>	APL/AL foyer (de plein droit)	AVP (de plein droit)		APA ou PCH (de plein droit)	
<i>Solvabilisation d'un non bénéficiaire de l'APA ou de la PCH</i>	APL/AL foyer (de plein droit)	AVP (de plein droit)		Forfait de services mutualisés (de plein droit)	<i>(en principe : pas de besoin)</i>

Tout comme dans la loi ELAN, les auteurs rappellent dans leur rapport la possibilité de mutualisation de l'APA et de la PCH pour que les habitants puissent bénéficier de services d'aide plus présents et organisés de manière plus efficiente. Les aides seraient alors versées directement au prestataire de service et cela pourrait ainsi avoir un impact à moyen et long terme sur la façon de gérer l'APA pour les Départements.

3.4 Les aidants

Afin de terminer sur cette partie liée aux déterminants du « milieu de vie », il faut bien sûr évoquer la place des proches aidants auprès des personnes âgées, comme facteur influençant le besoin et le recours aux aides extérieures.

Tout d'abord, précisons qu'en 2019, 19 % des Français déclarent apporter une aide régulière et bénévole à un ou plusieurs proches malades, en situation de handicap ou de dépendance. On compterait ainsi près de **11 millions d'aidants**. 3,9 millions de ces aidants apportent une aide régulière à une personne âgée de 60 ans ou plus vivant à domicile, et 720 000 à une personne âgée de plus de 60 ans vivant en établissement¹⁷.

En 2020, la Fondation April et l'Institut BVA ont réalisé le baromètre annuel de l'aidant (qui prend en compte les aidants de personnes âgées, en situation de handicap et souffrant de maladies chroniques) dont voici un extrait en images ci-dessous.

¹⁷ Sources : BVA - Fondation April 2019 ; DREES 2015, 2016.

► Portrait de l'aidant



58 % sont des femmes



62 % sont en activité



80 % ont moins de 65 ans

► Qui aident-ils ?



→ Les aidants aident en majorité
1 personne (61 %)



→ Ils sont **39 %** à aider **2 personnes**
ou plus (+5 points depuis 2019)



→ **58 %** aident un proche en situation
de dépendance due à la vieillesse
(+12 points depuis 2019)



→ **79 %** aident un membre de leur
famille (-11 points depuis 2019)

Concernant le rôle des aidants vis-à-vis de l'APA, une étude de 2009 avait permis de mettre en évidence que la personne elle-même est à l'origine de 19 % des demandes, alors que c'est le cas de la famille pour 51 %. Il y a sans doute un décalage entre les besoins perçus par la personne et ceux identifiés par l'environnement professionnel ou familial (Trabut, 2013).

Si 75 % des bénéficiaires de l'APA sont aussi aidés par ailleurs par un proche, 68 % reçoivent une aide mixte provenant à la fois de leur entourage et de professionnels (Petite, 2006), démontrant l'importance des proches aidants dans le soutien à domicile.

Le recours croissant à l'aide professionnelle en fonction du degré de perte d'autonomie et de l'âge ne se traduit pas par une diminution du recours à l'aide de l'entourage. Les aidants contribuent ainsi de manière décisive au soutien à domicile de leurs proches âgés, retardant l'entrée de ceux-ci en établissement. La sociologue Claude Attias-Donfut a largement contribué aux travaux autour de la question des solidarités familiales et publiques, notamment lors d'une enquête réalisée pour la CNAV en 1995, dans laquelle elle démontrait combien, « *loin de fonctionner comme des vases communicants (...) les solidarités publiques renforcent et soutiennent les solidarités privées, tout en contenant les inégalités sociales* »¹⁸. Cela nous interroge sur la sollicitation de plus en plus importante et le risque d'épuisement des aidants ainsi que sur leurs disponibilités liées à leur statut d'actif pour la plupart et à l'éloignement géographique (Brabant-Delannoy, 2019).

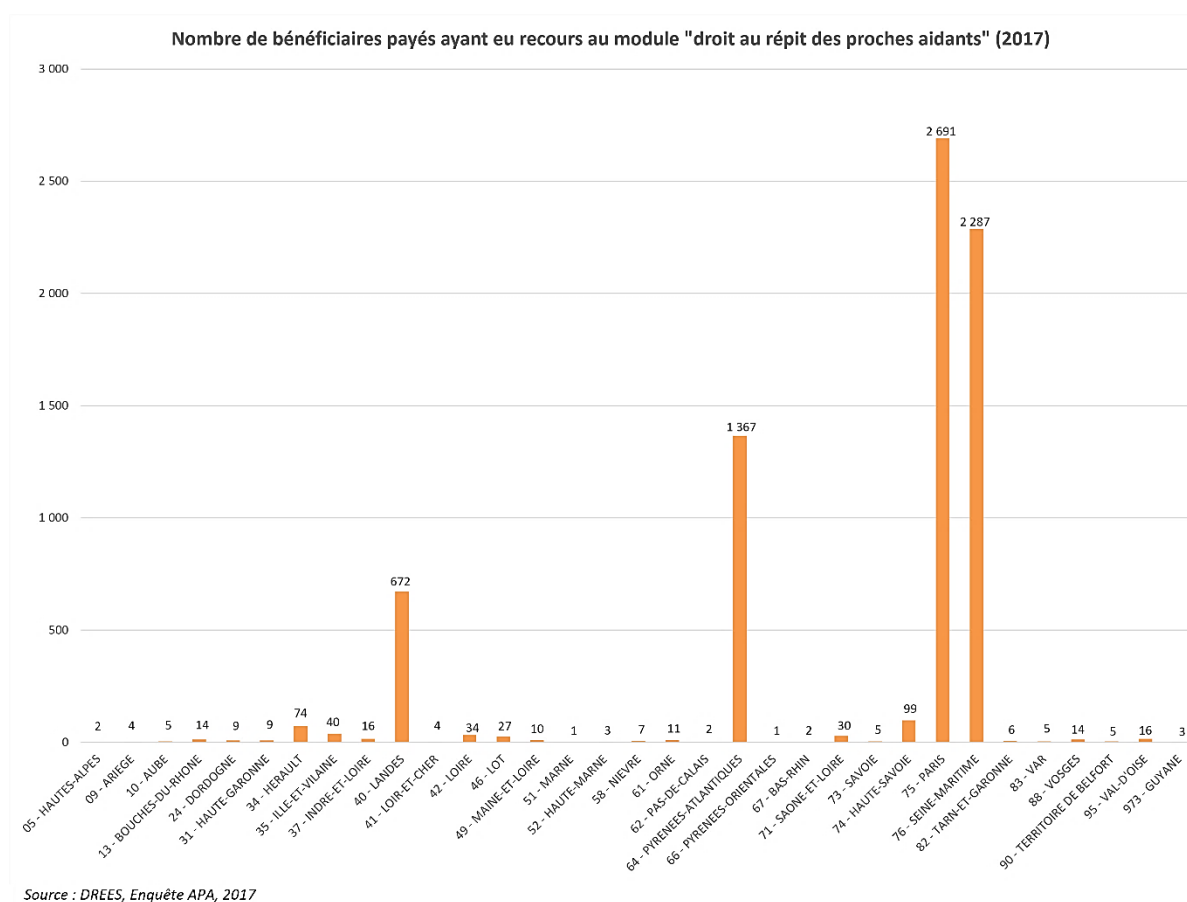
¹⁸ Attias-Donfut C., *Les solidarités entre générations. Vieillesse, familles, Etat*, coll. « Essais & Recherches », 1995

L'impact du rôle d'aidant sur leur propre santé est problématique. Selon le baromètre BVA en 2019, 37% des aidants déclarent ne pas compter sur d'autres personnes pour exercer leur rôle, notamment lorsqu'ils habitent avec la personne aidée et qu'ils font partie des catégories socio-professionnelles les moins favorisées.

Ces situations relatives à la présence d'un proche aidant unique soulèvent le problème de ce qu'il advient lorsque cet aidant, pour diverses raisons, ne peut plus assumer son rôle.

Enfin, notons qu'un quart des aidants, tous publics aidés confondus, a déjà été contraint de reporter des soins.

La loi ASV a permis d'instituer un « droit au répit » au sein de l'APA avec l'attribution d'une enveloppe de 500 € par an, exclusivement dédiée au financement des dispositifs de répit pour les aidants (accueil de jour, hébergement temporaire, etc.), ou encore une possibilité de prise en charge de la personne aidée lors l'aidant est hospitalisé.



En réalité cette enveloppe reste plutôt restrictive et le dispositif peu mobilisé comme le montre le graphique ci-dessus. En effet, en 2017, seulement 33 départements français avaient mis en place ce dispositif, et parmi eux, seulement 16 plus de 10 fois.

Le Collectif Je t'Aide, qui propose depuis 4 ans un plaidoyer pour militer en faveur des droits et d'une meilleure reconnaissance des aidants, expliquait en 2020 dans le plaidoyer consacré au répit que cette aide était en réalité circonscrite aux « aidants de personnes âgées très dépendantes (GIR 1 et 2) ayant

saturé leur plan APA » et que « les recours à ce droit au répit, du fait de sa difficulté d'accès, se compteraient sur les doigts d'une main »¹⁹.

4. Les systèmes

Ce déterminant englobe à la fois les **systèmes d'éducation et de services de garde à l'enfance**, les **systèmes de santé et services sociaux**, **l'aménagement du territoire**, le **soutien à l'emploi et à la solidarité sociale** ou tout autre système et programme.

4.1 Les spécificités liées aux espaces ruraux et urbains

Les spécificités des espaces ruraux et urbains peuvent être des indicateurs précieux. Nous avons retenu la définition de l'INSEE pour distinguer ces deux milieux. Ainsi, une commune rurale est définie selon le critère du nombre d'habitants, soit moins de 2 000 habitants.

Une étude menée en 2011, qui prenait comme spécificité la région des Pays de la Loire, a montré par exemple les différences d'équipements selon les territoires. Les places en SSIAD en milieu rural étaient par exemple plus importantes par rapport au taux régional. En revanche, le milieu urbain s'avérait plus développé en ce qui concerne les nouveaux services et nouvelles modalités d'accueil. Le milieu rural serait donc moins équipé en structures adaptées de types hébergements temporaires, accueils de jour, etc. (Blanchet, 2011).

De manière générale, sur cet aspect territorial, citons les écarts importants dans les équipements en établissements et services médico-sociaux ou dans la part des bénéficiaires de l'APA selon les départements.

Comme le rappelle l'Institut Montaigne dans son rapport, s'appuyant notamment sur les chiffres mentionnés dans le rapport de Laurent Vachey au sujet de l'instauration de la branche autonomie, le taux de bénéficiaires de l'APA à domicile en 2014 parmi les plus de 60 ans varie de 2,6 à 9,4 % selon les départements. Si la prévalence de la perte d'autonomie ainsi que les facteurs socio-économiques peuvent expliquer une partie de ces écarts, « *près de la moitié des disparités dans l'attribution de l'APA sur le territoire restent donc très largement inexplicables et participent de différences d'appréciation et de pratiques entre les acteurs locaux* » (Institut Montaigne, 2021).

4.2 L'aménagement du territoire

Nous avons commencé à l'évoquer dans la partie consacrée à l'adaptation du logement : bien vivre chez soi repose aussi sur l'environnement immédiat du domicile ainsi que sur les possibilités de se déplacer dans son quartier, sa commune, etc.

Luc Broussy le rappelle dans son rapport « Vieillir chez soi » en indiquant la nécessité d'une « *approche holistique* » pour mieux vivre et vieillir à domicile. Les trois principales conditions étant :

¹⁹ Collectif Je t'Aide, 24h24, 7j/7, 365j/an : quel répit pour les aidant.es ? 2020

- Le logement adapté (cf. les sujets traités dans la partie précédente) ;
- Une ville bienveillante ;
- Une mobilité qui prend en compte les fragilités.

Sur l'aspect bienveillant de la ville, rappelons que le périmètre de vie d'une personne âgée se comprend à l'échelle du quartier. Celui-ci est « généralement inférieure à 500 mètres et a en outre tendance à rétrécir avec l'avancée en âge ». C'est donc dans ce périmètre privilégié que doivent se trouver autant que possible commerces, services publics et services de santé.

L'auteur appelle de ses vœux plusieurs changements en faveur d'une ville plus bienveillante et notamment :

- **La généralisation du label Villes amies des Aînés** porté par le Réseau Francophone du même nom :

Le Réseau Francophone des Villes amies des Aînés (RFVAA) est né en 2012 après le lancement mondial de la démarche par l'OMS. Ayant une implantation particulière dans la région Bourgogne-Franche-Comté²⁰, le RFVAA s'attache depuis à développer la démarche avec à ce jour 178 adhérents parmi lesquels une majorité de communes et intercommunalités.



(Source : Guide mondial des Villes Amies des Aînés, OMS, 2007)

²⁰ Le siège du RFVAA se situe à Dijon et l'association est présidée par François Rebsamen le Maire de la ville. Par ailleurs les villes de Besançon et Dijon font parties des premières à avoir intégré la démarche et contribué à fonder le réseau en France.

Comme on le voit sur le schéma, les thématiques traitées sont larges et englobent tous les aspects que devraient prendre en considération une ville ou un territoire bienveillants, pour toutes et tous et notamment dans l'avancée en âge.

En juillet 2021, le RFVAA inaugurera le lancement de son label, celui-là même que Luc Broussy cite comme un objectif ambitieux à destination des territoires souhaitant se lancer dans une « *véritable politique d'adaptation au vieillissement* » (Broussy, 2021).

- Intégrer la question du vieillissement dans les **programmes « Action Cœur de Ville » et « Petite Ville de Demain »** :

Sous la responsabilité de l'Agence Nationale pour la Cohésion des Territoires (ANCT) ces programmes concernent respectivement 222 et 1 600 villes en 2021. Les objectifs étant de redonner dynamisme et attractivité aux centres villes et de trouver un meilleur équilibre entre centre et périphérie. Luc Broussy préconise donc d'aboutir à « *une politique publique claire, lisible et cohérente d'adaptation des villes et des territoires au vieillissement* » via ce type de programme notamment, puisqu'il existe déjà un lien privilégié « *entre l'ANCT et les élus locaux, communaux ou intercommunaux* » et que celui-ci « *doit être considéré comme un atout pour avancer sur les sujets d'adaptation des villes et des territoires au vieillissement* » (Broussy, 2021).

Il apparaît que le type de commune semble aussi avoir un impact sur le recours à l'APA. Une étude menée en 2015 montre en effet des disparités communales dans la répartition de l'APA, aussi bien en nombre de bénéficiaires qu'en termes de dépenses, et ce au sein d'un même département.

Les auteurs identifient ainsi 7 types de communes en matière d'APA à domicile :

- **Les communes urbaines** avec beaucoup d'APA :

Il s'agit plutôt de communes de centre-ville²¹ avec une population relativement âgée et un niveau d'équipement élevé (services de santé, médico-sociaux, commerces, etc.)

- **Les communes jeunes** avec l'APA financée par les bénéficiaires :

Il s'agit de communes plutôt aisées et plutôt jeunes (couronnes de grands pôles principalement) avec des bénéficiaires de l'APA ayant un reste à charge moyen assez élevé.

- **Les communes très âgées** avec APA :

Ce sont des communes avec des populations plutôt âgées, peu riches, vivant seules en majorité. Le niveau d'équipement en EHPA et EHPAD y est plus important qu'ailleurs.

- **Les banlieues** avec bénéficiaires de l'APA plutôt aisés :

Communes de banlieues autour des grands pôles urbains, elles disposent d'un bon niveau d'équipement en services médicaux et paramédicaux et l'APA à domicile y est marquée par un reste à charge relativement élevé.

- **Les communes jeunes périphériques** à APA diffuse :

Ce sont des communes couronnes de grands pôles avec une population jeune et relativement peu de retraités et les bénéficiaires de l'APA y sont peu nombreux.

²¹ Au sens du type de commune défini par l'INSEE à partir des unités urbaines.

- **Les communes isolées** avec petite APA bien diffusée et masculine :

Communes situées hors des pôles urbains, la population y est vieillissante et les bénéficiaires de l'APA plutôt nombreux. Les services y sont très rares.

- **Les communes rurales** à petit besoin d'APA :

Communes de très petite taille, souvent dépourvues de tout service et équipements, la population y est âgée mais très faible.

Ces typologies mettent en avant l'importance des équipements et services pour la population âgée notamment. L'auteur pose la question « *de savoir si, pour que les personnes âgées dépendantes puissent rester à domicile, cela ne nécessite pas une certaine proximité avec un certain nombre de services fournis par la commune* » (Branchet, 2015).

On comprend donc d'autant plus ici l'enjeu lié au vieillissement massif des territoires périurbains - au sein desquels les familles ont emménagé massivement dans les années 70 et dont la population s'est peu renouvelée depuis, avec le départ des plus jeunes - mais aussi des territoires ruraux. Ici **l'adaptation des mobilités** prend aussi tout son sens.

Pour « *une personne âgée qui devient fragile, ne plus pouvoir se mouvoir de façon autonome revêt une dimension symbolique forte vécue comme une perte de liberté et d'autonomie* » (Broussy, 2021).

Luc Broussy consacre ainsi une large partie de son rapport à cette question des mobilités, depuis la problématique de la marche à pied, la voiture, jusqu'aux transports collectifs. Il y est ainsi question à la fois du mode de transport et des espaces de mobilité et de cheminements avec leurs équipements : bancs, arrêts de bus, toilettes publiques, etc. Diverses propositions sont émises que nous pouvons citer en guise d'exemples :

- Adopter dans chaque ville, en partenariat avec le Cerema et « Place aux piétons », un plan de protection des piétons âgés et fragiles ;
- Systématiser la formation des conducteurs de bus à la fragilité des clients âgés ;
- Amorcer le déploiement des plateformes de mobilité en direction du public senior ;
- Massifier le dispositif Sortir + avec le concours des organismes de protection sociale et les conférences des financeurs ;
- Porter une attention particulière au vieillissement dans les zones périurbaines.

Si l'APA peut prendre en charge des frais liés aux déplacements, cela reste plutôt des aides techniques à la marche (déambulateur, etc.) Le fait de bénéficier de l'APA peut également ouvrir des droits aux cartes prioritaires de stationnement ou d'invalidité.

Le fait est que nombreuses sont les personnes âgées qui renoncent à certains déplacements et parmi les premiers qui sont concernés se trouvent : l'aide à une personne dépendante (11 %), les loisirs et le bénévolat (7 %) et s'occuper des petits enfants (5 %) ²².

Nous retrouvons ici les mêmes constats que ceux relatifs à l'exclusion numérique, à savoir que « *les personnes qui renoncent le plus à leurs déplacements ont en majorité plus de 80 ans, vivent seules, ont des revenus modestes et sont plutôt des femmes* » (Laboratoire de la Mobilité inclusive, 2014).

²² Lecture : parmi les 60 ans et plus qui renoncent à des déplacements, 11 % concernent les déplacements pour l'aide à une personne dépendante.

4.3 Le système français d'assurance santé et vieillesse

Notre étude y étant consacrée, citons en première place le rôle prépondérant de l'APA dans la prise en charge de la perte d'autonomie. Les chiffres parlent d'eux-mêmes puisqu'entre 2002 et 2019, le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile, en France métropolitaine, est passé de près de 280 000 à 750 000 personnes.

Nous en reparlerons dans la partie suivante dédiée aux déterminants de « contexte global », mais la prochaine évolution en ce sens sera apportée par la création de la 5^{ème} branche de la sécurité sociale dite « branche autonomie » (Vachey, 2020).

La future loi Générations Solidaires dont l'avant-projet devrait finalement être présenté en conseil des ministres fin juillet esquisse également des pistes en faveur du « *virage domiciliaire* » avec notamment la création d'un **service autonomie** qui gérerait l'ensemble des prestations à domicile pour la personne et son aidant, ainsi que la transformation de l'APA en une « *prestation autonomie domicile* »²³.

4.4 La transformation du modèle de l'EHPAD

Même si l'objet de l'étude est circonscrit à l'APA à domicile, il est important d'évoquer la transformation à venir de notre vision du modèle de l'EHPAD, qui n'a que peu changé depuis la loi dite « 2002-2 » rénovant l'action sociale et médico-sociale.

L'avant-projet de loi Générations solidaires le rappelle d'ailleurs : s'il n'est pas question d'envisager la fin de l'EHPAD, il s'agit cependant d'en « *limiter la création* »²⁴.

Le modèle qui se dessine est celui de l'EHPAD plateforme, largement décrit récemment dans le rapport du Think Thank Matières Grises intitulé « L'EHPAD du futur commence aujourd'hui ».

Pour les auteurs, « *il n'y a pas sur le long terme, d'alternative à l'EHPAD (...) la question n'est donc pas de savoir s'il faut oui ou non remplacer les EHPAD : la question consiste plutôt à trouver les moyens pour que ces 7 500 établissements, présents dans tous les coins du territoire, puissent évoluer et s'adapter afin de répondre aux nouveaux besoins des personnes âgées de demain et notamment à l'exigence domiciliaire qui doit permettre de se sentir à domicile en établissement* » (Broussy et al., 2021).

Pour résumer ce rapport, nous reprendrons le schéma dressé par les auteurs, de ce que pourrait être à plus ou moins long terme l'EHPAD plateforme, avec des services qu'ils ont nommés « IN » et « OUT » selon si l'établissement se positionne en pôle ressources pour les personnes âgées d'un territoire ou s'il s'agit de capitaliser sur l'expertise de l'EHPAD pour déployer des services « hors les murs ».

²³ <https://www.gerontonews.com/story.php?story=CZ0QUWJCC>

²⁴ https://www.gerontonews.com/grand-age-et-domicile-vers-la-creation-d-un-nouveau-service-autonomie-NS_CZ6QUWO4B.html



**EHPAD
DU FUTUR**

Chantier n°3 : rendre possible l'ehpad plateforme



Usage des outils numériques

IN : Accès depuis l'Ehpad à une gamme complète de produits et de services digitaux visant la prévention, la sécurité et la facilitation de la vie sociale, ateliers d'accompagnement des personnes âgées à l'usage de ces technologies

OUT : Offre à domicile d'une gamme complète de produits et de services digitaux visant la prévention, la sécurité et la facilitation de la vie sociale, accompagnement à domicile des personnes âgées à l'usage de ces technologies



Hébergement temporaire

IN : Dans l'Ehpad, en cas d'urgence, de fin de vie ou de besoin de répit de l'aidant



Repas, nutrition

IN : Ateliers de prévention de la dénutrition, prise de repas au sein de l'Ehpad

OUT : Aide à la prise de repas, livraison de repas, prévention de la dénutrition à domicile



Sécurisation

IN : Ateliers de prévention des risques de chute au sein de l'Ehpad, point d'information et de mise en relation sur l'offre de sécurisation, y compris technologique

OUT : Aménagement du domicile, lit médicalisé, domotique, objets connectés, téléassistance, 24h/24, 7j/7



Télé médecine

IN : Accessible au sein de l'Ehpad pour les personnes âgées du territoire

OUT : Accès à la télé médecine pour les personnes âgées du territoire depuis leur domicile



Soutien aux proches aidants

IN : Plateforme de répit, accompagnement, ateliers, entretiens psychologiques

OUT : Relayage, garde itinérante de nuit



Vie sociale et lutte contre l'isolement

IN : Activités culturelles et de loisirs au sein de l'Ehpad

OUT : Activités culturelles et de loisirs hors de l'Ehpad



Blanchisserie

IN : Accessible au sein de l'Ehpad pour les personnes âgées du territoire

OUT : Collecte et livraison à domicile de linge blanchi et repassé



Aide à domicile

OUT : Service d'auxiliaire de vie, entretien du domicile, du linge et de l'environnement de la personne âgée



Soins à domicile

OUT : Intervention hors les murs et jusqu'au domicile du médecin coordonnateur, de l'infirmière coordinatrice et des aides-soignantes, actes de soins infirmiers, toilette médicalisée



Centre d'information et d'orientation des personnes âgées

IN : Au sein de l'Ehpad, accessible physiquement et à distance pour les personnes âgées du territoire et leurs familles



Mobilité

IN : Service de transport adapté accessible depuis l'Ehpad

OUT : Service de transport adapté accessible depuis le domicile



Prévention des fragilités

IN : Ateliers de prévention, activité physique adaptée au sein de l'Ehpad

OUT : Adaptation de l'habitat, activité physique adaptée à domicile



Comme pour la question du développement de l'habitat inclusif ou API, les impacts sur le parcours résidentiel des personnes âgées, et donc le recours à l'APA seront à étudier sur le moyen et long terme en fonction des évolutions constatées.

Focus initiative locale

En Saône-et-Loire, la Mutualité Française coordonne actuellement, dans le cadre d'une expérimentation nationale « Article 51 », un Dispositif Renforcé d'Accompagnement à Domicile (DRAD) permettant d'assurer à domicile, pour des personnes âgées en perte d'autonomie, des prestations proches voire identiques à celles proposées à des personnes vivant en EHPAD. L'expérimentation s'appuie sur :

- Une **organisation renforcée** des soins à domicile ;
- Le déploiement d'un **système intelligent d'adaptation du domicile**.

[En savoir plus](#)

4.5 La place de la prévention

Nous souhaitons terminer cette partie en évoquant la place de la prévention et son évolution, passant d'une approche de la gestion de la crise à la gestion des risques.

Comme le rappelle la CNSA dans les cahiers pédagogiques dédiés à la mise en place de la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie en 2017 : « *il est des situations sur lesquelles il est possible d'agir pour préserver l'autonomie, pour faire reculer la perte d'autonomie dite 'évitabile' en repérant et en agissant plus tôt sur les premiers signes de fragilité des âgés et pour mieux accompagner ceux qui ont besoin de l'être* ».

Passer du curatif au préventif fait en effet partie des propositions évoquées par de nombreux rapports depuis plusieurs années maintenant, depuis le plan « Bien Vieillir » 2007-2009, en passant par le rapport Aquino « Anticiper pour une autonomie préservée » en 2013 jusqu'aux récents rapports de Luc Broussy et de l'Institut Montaigne.

En 2013, Jean-Pierre Aquino évoquait déjà la « *perte d'autonomie évitable* » quand Luc Broussy applique fortement la prévention à tout ce qui concerne l'adaptation des logements en proposant par exemple d'envoyer un questionnaire à l'ensemble des personnes âgées dès 70 ans pour les sensibiliser à cette thématique. L'Institut Montaigne propose quant à lui « *d'instaurer une règle d'or attribuant 1 € de dépenses en faveur de la prévention de la perte d'autonomie pour 10 € de dépenses curatives* ».

Notons que dans leurs missions d'accompagnement menées auprès des retraités fragilisés, non dépendants, et dans le partage des compétences avec les conseils départementaux, les caisses de retraites de l'interrégime²⁵ se sont très fortement emparé de cette question de l'évaluation et du repérage de la fragilité des retraités GIR 5/6. Ainsi, le PGI est par exemple porteur du programme FRAGIRE : missionné par les caisses de retraite de l'interrégime, il a élaboré, avec un comité d'experts réunissant cliniciens, chercheurs et professionnels de l'action sociale, une grille de détection

²⁵ CARSAT, MSA, CNRACL et ex-RSI avant sa fusion avec le régime général.

interdisciplinaire des risques de fragilité (grille FRAGIRE) adaptée aux besoins spécifiques des retraités GIR 5-6. Cette grille a été expérimentée par les Evaluateurs des Besoins d'Aide à Domicile (EBAD) du Gie IMPA, ce qui a permis d'en valider la reproductibilité et la validité. La grille FRAGIRE constitue maintenant la base scientifique du dossier d'évaluation commun de l'interrégime : SIREVA.

Afin d'accompagner la mise en place de la détection des situations de fragilité et d'accompagnements concertés et adaptés, et dans la poursuite de la dynamique FRAGIRE, l'interrégime a ensuite sollicité l'appui du PGI pour développer la professionnalisation dans le champ de l'évaluation et du repérage de la fragilité. Un dispositif de formation national a ainsi été mis en place afin de renforcer l'expertise des évaluateurs, d'améliorer les pratiques et *in fine* d'optimiser la politique de prévention de la perte d'autonomie.

La dernière avancée en matière de prévention est l'arrivée du programme ICOPE²⁶ lancé par l'OMS en 2020. Destiné aux personnes de plus de 60 ans, il « *consiste à favoriser une approche intégrée de la santé qui prend en compte les capacités des personnes, les pathologies associées, l'environnement et le mode de vie avec pour objectif de développer un plan de soins centrés sur la personne, en considérant ses souhaits et ses aspirations. L'accent est mis sur le fait que le patient est acteur de la prise en charge et du suivi* »²⁷.

Le schéma ci-dessous décrit les process du modèle ICOPE :

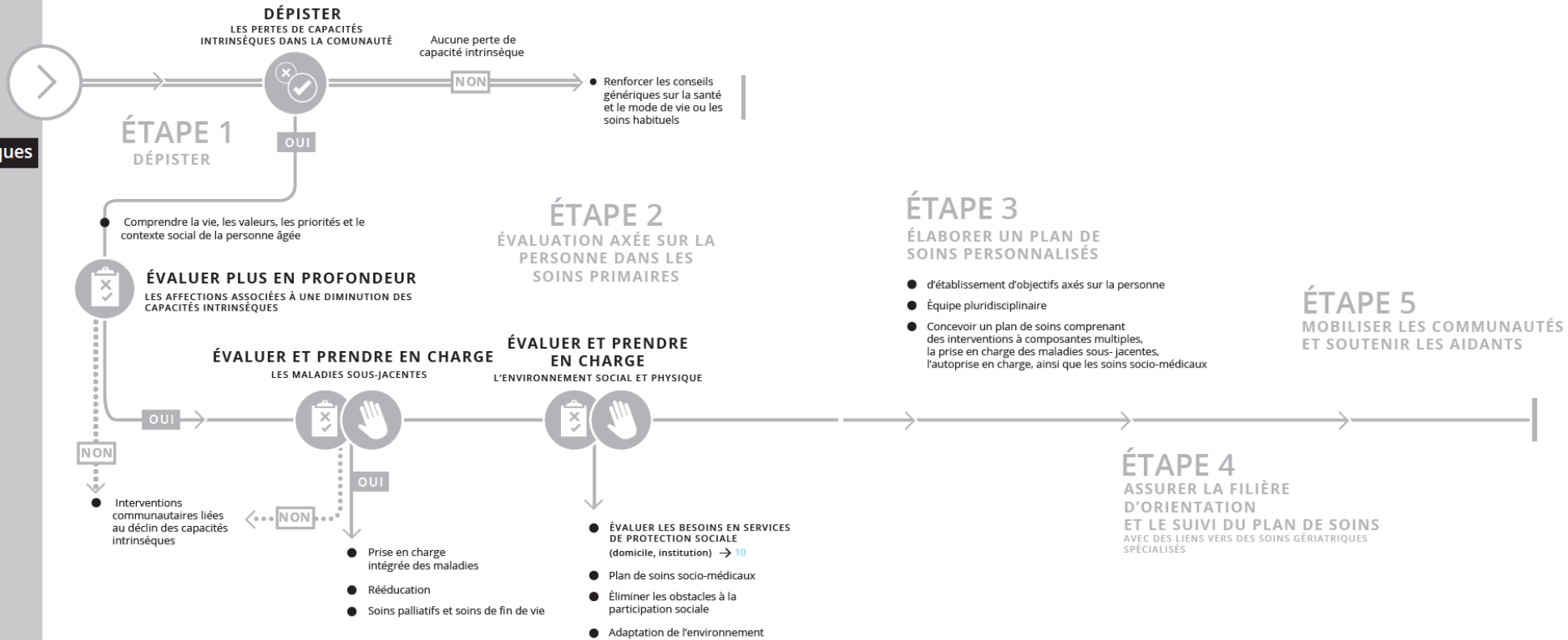
²⁶ *Integrated Care for Older People* ou « Soins intégrés pour les personnes âgées » pour la traduction française.

²⁷ <https://inspire.chu-toulouse.fr/fr/programme-icope/>

3

Filière de soins génériques

Évaluation et filière axée sur la personne dans les soins primaires



(Source : Manuel ICOPE, OMS, 2019)

Dans l'objectif d'implémenter le programme ICOPE sur les territoires et favoriser les activités de coordination des professionnels en faveur du public ciblé en termes de parcours de santé, la direction générale de la santé a lancé un Appel à manifestation d'intérêt (AMI) « Expérimentation nationale d'un dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge », à l'automne 2020.

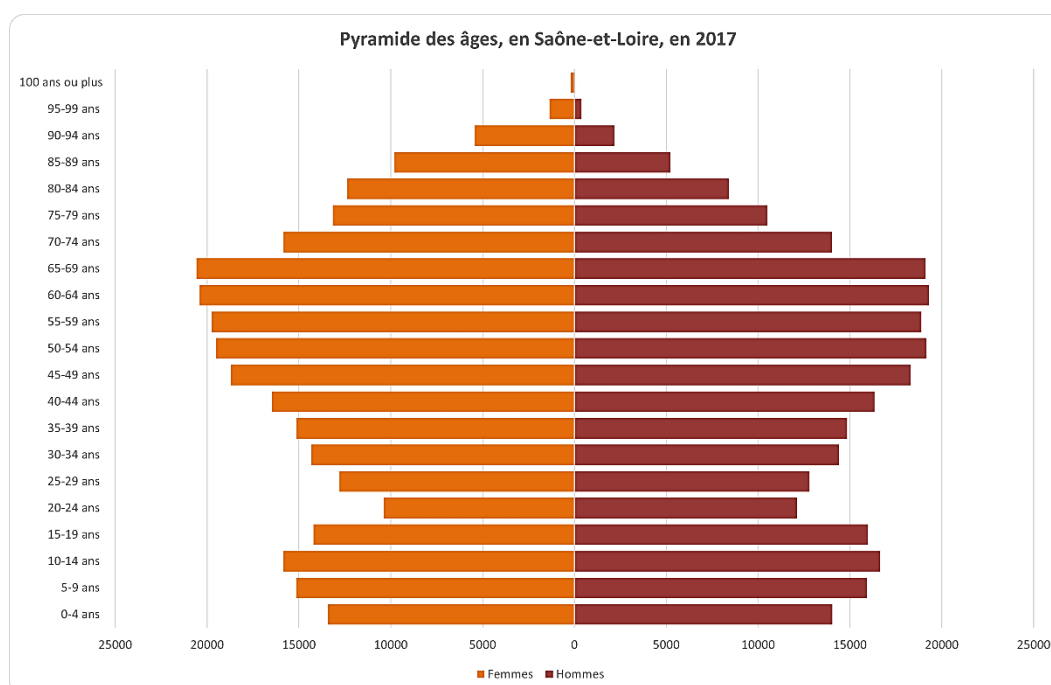
Le PGI a été pilote et porteur d'un projet régional durant la phase AMI et coordonnera en 2021 une réponse de la Bourgogne-Franche-Comté à l'appel à projet national afin de proposer une expérimentation de parcours santé prévention initié via l'application ICOPE et intégrant l'ensemble de la démarche²⁸.

5. Le contexte global

Il s'agit dans cette dernière partie d'évoquer des déterminants parmi ceux liés aux **contextes politique, législatif, économique, démographique, social, culturel, scientifique, technologique**, l'environnement naturel et les **écosystèmes**.

5.1 Le contexte démographique

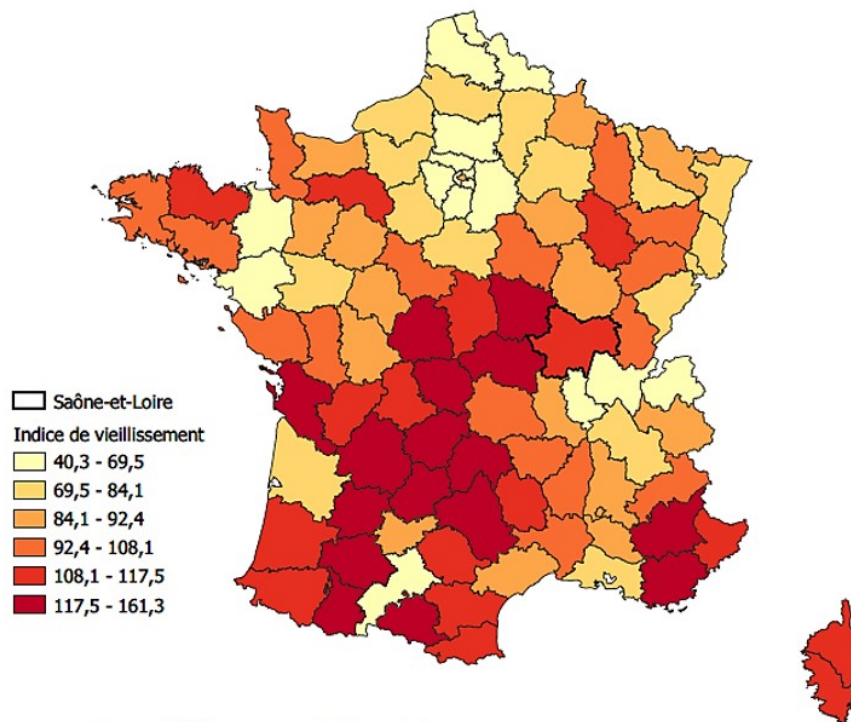
Le contexte démographique arrive logiquement comme sujet majeur, dans la situation que nous connaissons tous bien et rappelée dans chaque étude, rapport ou publication lié à la gérontologie : l'arrivée massive à la retraite des générations issues du baby-boom, comme on peut le constater sur la pyramide des âges, ici pour la Saône-et-Loire, avec une surreprésentation de population entre 60 et 70 ans principalement.



²⁸ Le projet régional n'a pas été retenu en phase d'AMI, mais le collectif d'acteurs reste mobilisé autour de cet enjeu. En 2021, il élaborera la réponse à l'appel à projet qui sera publié prochainement.

L'un des indicateurs souvent utilisés pour comparer le phénomène du vieillissement démographique selon les territoires est l'**indice de vieillissement** qui montre le rapport de la population des plus de 65 ans sur celle des moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les mêmes proportions sur le territoire ; plus l'indice est faible plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé plus il est favorable aux personnes âgées.

Indice de vieillissement, 2017

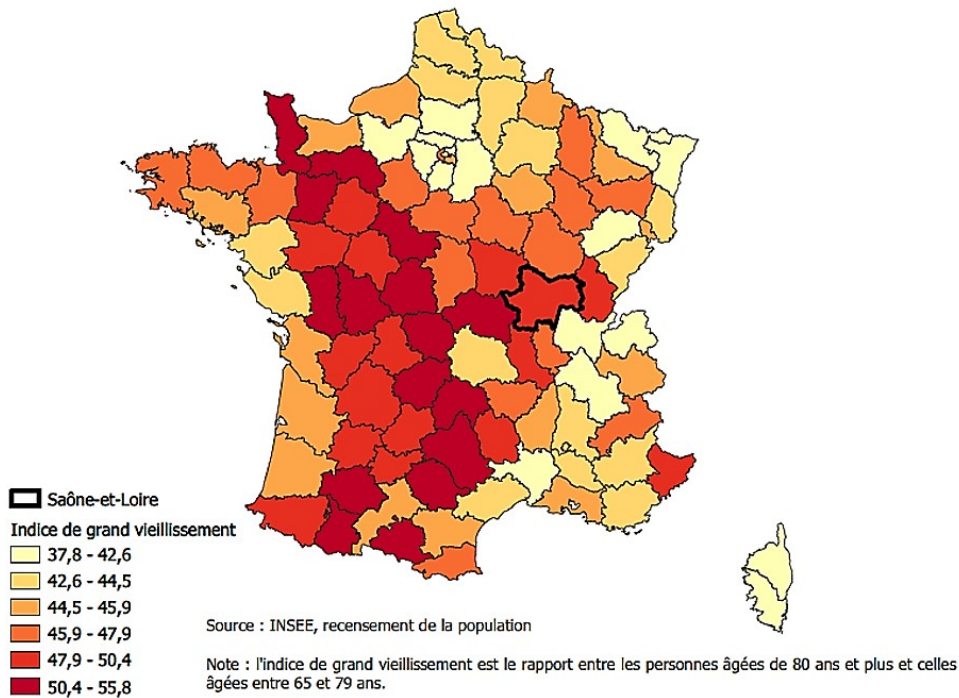


Comme on l'observe sur la carte ci-dessus, cet indicateur est très disparate selon les départements français.

En moyenne en France métropolitaine il est de **81,21** alors qu'en Saône-et-Loire il est de **114,38** (Insee, recensement de la population, 2017), classant le département en 2^{ème} position des territoires les plus vieillissants en Bourgogne-Franche-Comté après la Nièvre.

Un autre indicateur qu'il est important de prendre en compte est l'**indice de grand vieillissement**. Il correspond au rapport entre les personnes âgées de 80 ans et plus et celles âgées entre 65 et 79 ans.

Indice de grand vieillissement, 2017



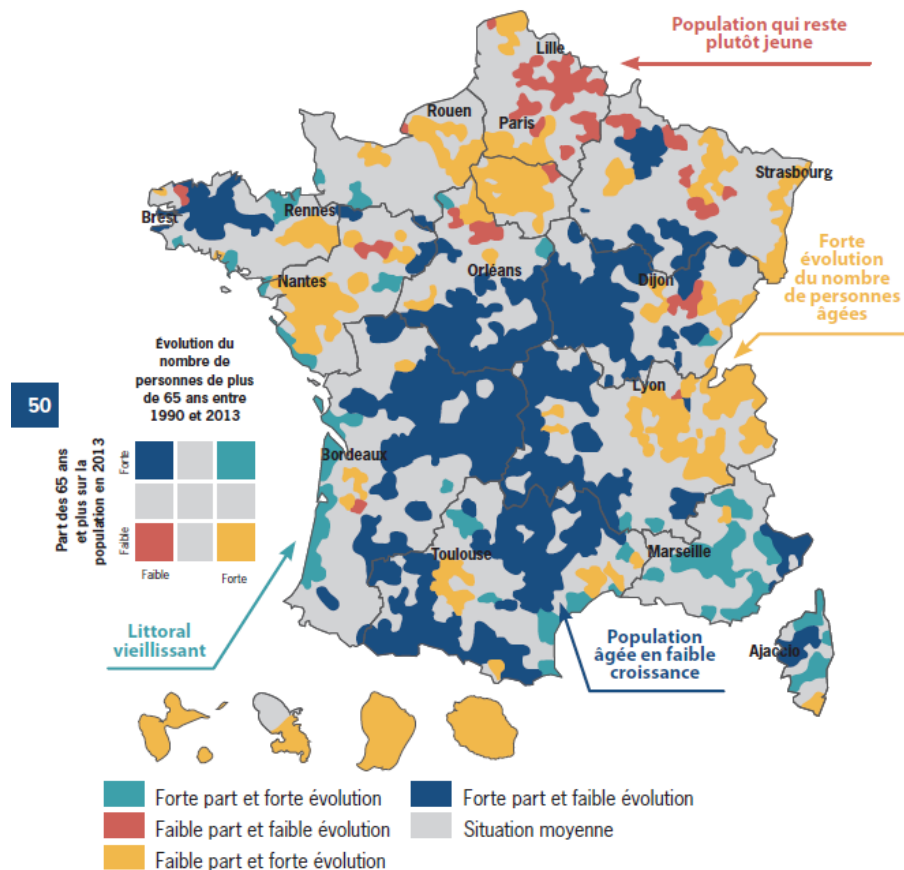
Cet indice s'interprète de la même façon que l'indice de vieillissement « classique ». Ainsi, plus il est faible plus le nombre de personnes entre 65 et 79 ans sera important et plus il sera élevé, plus le nombre de personnes de 80 ans et plus sera important.

Sur la carte précédente, nous pouvons constater que la Saône-et-Loire présente un indice de grand vieillissement de **48,70** ce qui place le département parmi ceux ayant la population de personnes âgées de 80 ans et plus la plus importante dans notre région. En guise de comparaison, en France métropolitaine, cet indice de grand vieillissement est de **45,30**.

Au-delà des chiffres globaux et départementaux relatifs à l'augmentation du nombre de personnes âgées, il est intéressant de se pencher plus en détail sur la géographie variable du vieillissement selon une double dynamique : **l'augmentation de la part des personnes âgées** et **l'évolution de leur nombre**. Ainsi nous aboutissons à quatre types de scénarios, évoqués à la fois dans le rapport de Luc Broussy mais aussi dans celui de l'Institut Montaigne, illustrés via la carte ci-dessous.

Géographie du vieillissement en France

Typologie des EPCI en fonction de la part des plus de 65 ans sur la population totale en 2013 et de l'évolution de leur nombre entre 1990 et 2013



Les quatre scénarios et problématiques que cela engendre étant les suivantes :

- o **Une forte évolution du nombre de personnes âgées**

Il s'agit notamment des grandes aires urbaines (Paris, Lyon, Nantes, etc.). La part des personnes âgées est faible, ces territoires étant attractifs pour les plus jeunes, mais leur nombre augmente fortement. Dans ces zones, comme le rappelle Luc Broussy, « *le défi ne sera pas dans la proportion de personnes âgées mais dans leur nombre* » et c'est dans ces territoires que le besoin en place d'hébergement comme les EHPAD, sera le plus important (Broussy, 2021).

- o **Une population qui reste plutôt jeune**

Dans ces territoires, principalement situés dans le Nord de la France ou la Picardie, la part des personnes âgées dans la population est faible et leur nombre évolue également faiblement. La tendance s'explique par des taux de natalité favorables et une migration interne de personnes âgées peu impactante sur la structure de la population.

○ Un littoral vieillissant

Principalement valable sur le littoral atlantique, la structure de la population dans ce scénario voit le nombre et la part des personnes âgées augmenter sur le territoire du fait des migrations internes : les plus de 65 ans y emménagent massivement pour le cadre de vie et les plus jeunes ont tendance à partir étudier dans les grandes métropoles. L'accès aux services et aux équipements sera une question centrale pour les années à venir dans ce type de territoire.

○ Une population âgée en faible croissance

La Saône-et-Loire se situe en partie dans ce cas de figure et c'est globalement aussi le cas des zones rurales que l'on peut situer dans la « diagonale du vide ». On observe dans ces territoires « *une décroissance de population due à une natalité très défavorable et au départ des jeunes qui n'est que faiblement compensé par le retour au pays d'une partie des personnes âgées* ». La part des personnes âgées y est forte mais leur nombre augmente plus faiblement. Un des enjeux est donc l'isolement des personnes âgées mais aussi le « *développement d'une économie présentielle alimentée par le pouvoir d'achat des seniors* » et le fait de « *retenir ou faire revenir les jeunes* » (Broussy, 2021).

5.2 Le contexte technologique

Comme le rappelle Luc Broussy, « *trois grandes révolutions – numérique, écologique et démographique – sont en train de modifier en profondeur la structure et l'organisation de nos sociétés* ». Nous venons d'évoquer la révolution démographique, et l'aspect écologique n'est pas directement au cœur de notre sujet, ainsi arrêtons-nous un instant sur la **révolution numérique**.

Si nous avons déjà évoqué les compétences numériques sous le prisme de l'âge dans une partie précédente, il s'agit plutôt ici d'évoquer les bouleversements que vont apporter l'apport des nouvelles technologies de manière toujours plus massive dans notre quotidien.

C'est l'un des objectifs du programme « Action publique 2022 » annoncé dès 2019 : la dématérialisation totale des services de l'Etat d'ici 2022. Un enjeu colossal au vu du nombre de Français (et pas seulement les plus âgés) rencontrant des difficultés avec les outils numériques, que cela soit au niveau des usages ou de l'équipement.

Si pour le moment les dossiers de demande pour l'APA peuvent se faire en mairie ou auprès du Département, l'accès à l'information est tout de même compliqué quand on n'a pas accès à Internet, notamment en zone rurale pour les personnes ne pouvant se déplacer dans les lieux d'information.

C'est ainsi que fleurissent de nombreuses initiatives pour favoriser l'inclusion numérique : ateliers de formation, espaces d'information mutualisés, tiers-lieux, etc. En Bourgogne-Franche-Comté, la Région a par exemple soutenu le déploiement de la mission régionale pour la médiation numérique, [MedNum BFC](#), afin de :

- Faciliter la mise en réseau des acteurs de la médiation numérique ;
- Consolider l'offre de médiation numérique par un appui et des outils destinés à renforcer les actions d'inclusion numérique ;
- Créer des parcours et outils pédagogiques pour les aidants numériques afin de soutenir leur montée en compétences ;
- Créer un label régional permettant de valoriser les structures de la médiation numérique.

Focus initiative locale

En Bourgogne-Franche-Comté, l'APF France handicap avec plusieurs partenaires, a lancé le **dispositif INDI** (Investir le Numérique pour Développer l'Inclusion) afin de proposer aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées :

- Des espaces ouverts d'entraide au numérique ;
- Des matériels et logiciels d'accessibilité au numérique ;
- La valorisation de l'accessibilité des Tiers-Lieux de BFC.

[En savoir plus](#)

5.3 Le contexte politique et législatif

Nous l'avons évoqué en introduction de ce rapport, la dernière grande évolution concernant l'APA date de la loi ASV fin 2015.

Le contexte politique et législatif va évoluer dans les prochains mois, avec deux étapes importantes à évoquer : la **création de la 5^{ème} branche** dite « autonomie » et l'arrivée de la **loi Générations solidaires** en lieu et place du projet tant attendu de loi Grand âge et autonomie.

Cela a été l'un des chantiers de ce quinquennat, après des débats récurrents depuis de nombreuses années : l'instauration de la branche autonomie de la sécurité sociale. C'est via le rapport rendu par Laurent Vachey en septembre 2020 que l'on en découvre davantage sur le périmètre, la gouvernance et le financement de cette 5^{ème} branche.

Rappelons-en le sens premier : il s'agit de « *progresser dans ce qui est un symbole de la sécurité sociale française : un même droit pour tous, partout, et donc plus d'équité dans l'accès aux services et aux prestations* ». Laurent Vachey rappelle le constat, déjà évoqué plus haut dans notre rapport, de la forte inégalité des départements dans le recours à l'APA. S'il est normal d'avoir des écarts en fonction des caractéristiques sociodémographiques et économiques propres à chaque territoires, l'auteur pointe cependant que « *ce qui fait défaut aujourd'hui, c'est d'abord le manque d'études suffisantes pour comprendre les écarts, et partant d'être en capacité de réduire la part qui relève d'inégalités réelles* » (Vachey, 2020).

La branche autonomie permettrait alors de réduire la complexité des prestations et des organisations et donc d'avoir un impact plus uniforme sur la prévention de la perte d'autonomie sur le territoire français.

Le rapport rappelle que la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a confié à la CNSA la gestion de cette nouvelle branche.

Concernant le financement, de nombreuses mesures sont préconisées, que nous ne reprendrons pas toutes ici mais notons que concernant l'APA, l'une des propositions est d'aboutir à la généralisation de la **télégestion de l'APA à domicile** pour favoriser des contrôles d'effectivité des plans d'aides. L'auteur

estime que cela pourrait générer une économie annuelle de 100 M€, mise à profit pour le financement de la branche autonomie.

Autre évolution notoire à observer de près : l'arrivée du préprojet de loi **Génération(s) solidaires**. Alors que le projet de loi « Grand âge autonomie » était l'une des promesses de campagne d'Emmanuel Macron et après avoir été maintes fois repoussé, du fait de la crise sanitaire notamment, c'est finalement un avant-projet qui devrait être présenté en conseil des ministres le 28 juillet 2021.

Les premiers éléments de communication en parlent comme d'un texte qui va « *enclencher le "virage domiciliaire" notamment par la rénovation des services à domicile et la limitation des créations d'EHPAD. Il redistribue aussi les cartes entre Etat et Départements et apporte comme attendu une petite touche intergénérationnelle, dans un cadre néanmoins très médico-social.* »²⁹

Si l'on en croit ces éléments, ce serait un changement pour l'APA qui se transformerait en une « *prestation autonomie à domicile* » permettant « *d'assurer aux personnes âgées sur l'ensemble du territoire, un financement équitable et prenant en compte l'ensemble de leurs besoins* »³⁰.

Celle-ci serait structurée en trois volets :

- **Aides techniques, charges spécifiques et aménagements :**

Il y aurait ici à nouveau quatre sous-volets comprenant :

- Des aides techniques avec un plafond spécifique de 6 600 € sur 5 ans ;
- Des services spécifiques et consommables (téléassurances, téléalarme, géolocalisation, etc.) plafonnés à hauteur de 150 € par mois ;
- L'aménagement du véhicule avec un plafond de 5 000 € sur 5 ans ;
- L'aménagement du logement assorti du même plafond.

- **Soutien de l'aidant et accueil temporaire :**

Ceci regroupe les dépenses relatives à l'accueil temporaire, à l'accueil familial et au relayage, plafonnées à hauteur de 2 400 € par an (soit une prise en charge correspondant à 30 jours d'accueil temporaire à 80 euros par jour) sans distinction de GIR. Ces dépenses seraient complétées d'un dispositif de relais en cas d'hospitalisation du proche aidant comme celui existant dans le cadre de l'APA.

- **Aide humaine :**

Le volet regroupe l'ensemble des prestations d'aide à domicile. Celui-ci serait plafonné à hauteur des plafonds actuellement applicables pour l'APA, indexés sur l'évolution du Smic. Les modalités de prise en charge de l'intervention d'un service prestataire seront encadrées par la fixation d'un tarif horaire national de référence.

Il s'agit d'annonces fortes pour l'ensemble du secteur qu'il s'agira donc de suivre avec attention pour en constater les décisions et applications réelles et les effets à moyen et long terme à l'issue des travaux parlementaires.

²⁹ <https://www.gerontonews.com/story.php?story=CZ0QUWJCC>

³⁰ Ibid

Discussion méthodologique

Cette analyse de la littérature nous a permis de confirmer ou dégager plusieurs thématiques que nous pourrions exploiter aussi bien sur le plan qualitatif - via la réalisation d'entretiens semi-directifs et de focus groupes - que quantitatif.

Sur le plan quantitatif, dans la suite de cette étude, nous effectuerons plusieurs régressions linéaires qui nous permettront de sélectionner les variables qui ont de l'influence sur notre variable principale à expliquer : **la prévalence de l'APA à domicile**. Nous pourrions également, grâce aux données collectées, réaliser une analyse par classification hiérarchique ascendante (CHA) qui permettra de regrouper l'ensemble des départements français qui présentent des caractéristiques similaires. Ces données nous seront utiles pour les différentes projections.

Conclusion

La transition démographique est à l'œuvre à l'échelle mondiale et nationale, avec un vieillissement parfois très marqué dans certains territoires, comme c'est le cas de la Saône-et-Loire, deuxième département le plus vieillissant de la Bourgogne-Franche-Comté³¹.

L'enjeu actuel est de s'attacher à promouvoir une meilleure qualité de vie dans l'avancée en âge et la possibilité de « vieillir chez soi » peu importe son lieu de vie. C'est ainsi que l'APA, qui a 20 ans aujourd'hui, a été un important levier pour soutenir les personnes âgées et leurs aidants dans leur choix de conserver un mode de vie à domicile le plus qualitatif possible malgré les pertes d'indépendance et/ou d'autonomie que peut engendrer l'avancée en âge.

Ce travail documentaire, préalable à l'étude prospective sur l'évolution de l'APA en Saône-et-Loire, a eu pour objectif d'actualiser et partager un diagnostic afin de décliner aux étapes suivantes la méthodologie adaptée.

La collecte des différentes publications scientifiques et de la littérature grise, ainsi que l'analyse des documents déjà fournis par le Département, nous ont permis d'identifier différents facteurs ayant un impact plus ou moins marqué sur le recours à l'APA. Nous avons classé ceux-ci en fonction des différents déterminants de santé définis par l'OMS, depuis ceux liés à l'état de santé en passant par les caractéristiques individuelles, les milieux de vie, les systèmes, jusqu'au contexte global.

Cela nous a permis d'aboutir à différentes thématiques et variables qui seront à investiguer lors des **analyses croisées qualitatives** (entretiens et focus-groupes) et **quantitatives** (construction de scénarios prospectifs, comparaison du département de Saône-et-Loire avec d'autres départements français), et notamment :

- La notion de fragilité dans l'avancée en âge ;
- La santé mentale ;
- Les caractéristiques propres aux individus (sexe, revenus, CSP) ;
- Les compétences en matière de numérique ;
- L'adaptation du logement et l'accès aux aides techniques ;
- Les nouvelles formes d'habitat ;
- Les aidants ;
- L'aménagement du territoire ;
- La transformation du modèle de l'EHPAD et donc l'impact sur les parcours résidentiels ;
- Les actions de prévention ;
- Etc.

Ces différentes thématiques seront à investiguer au regard des évolutions actuelles, et notamment le contexte politique et législatif qui va s'annoncer déterminant d'ici la fin de l'année en matière de politiques publiques axées sur le grand âge et l'autonomie.

Un tel travail documentaire correspond à ce que l'on nomme communément « la phase de divergence », c'est-à-dire une ouverture très large à tous les sujets en lien avec la finalité de l'étude, constituant un *background* de connaissances partagées. Nos étapes méthodologiques suivantes vont constituer « la phase de convergence », qui consistera à recentrer très rapidement l'analyse au regard des objectifs et du rapport d'étude final attendu.

³¹ Au regard de l'indice de vieillissement.

Sigles utilisés

- **AFTC** : Association de familles de traumatisés crâniens et de cérébrolésés
- **ALD** : Affection de longue durée
- **AMI** : Appel à manifestation d'intérêt
- **ANCT** : Agence nationale pour la cohésion des territoires
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **APA** : Allocation personnalisée d'autonomie
- **ASV (loi)** : Adaptation de la société au vieillissement
- **AVP** : Aide à la vie partagée
- **BDSP** : Banque de données en santé publique
- **CARSAT** : Caisse d'assurance retraite et de santé au travail
- **CASF** : Code de l'action sociale et des familles
- **CHRU** : Centre hospitalier régional universitaire
- **CNAM** : Caisse nationale d'assurance maladie
- **CNRACL** : Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
- **CNSA** : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- **CSP** : Catégorie socio-professionnelle
- **DRAD** : Dispositif renforcé d'accompagnement à domicile
- **DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- **EBAD** : Evalueur des besoins d'aide à domicile
- **EHPA** : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
- **EHPAD** : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- **ELAN (loi)** : Evolution du logement, de l'aménagement et du numérique
- **EPCI** : Etablissement public de coopération intercommunale

- **EVSI** : Espérance de vie sans incapacités
- **Gie IMPA** : Groupement d'intérêt économique Ingénierie et maintien à domicile des personnes âgées
- **GIR** : Groupes Iso-ressources
- **ICOPE** : *Integrated care for older people*
- **IGAS** : Inspection générale des affaires sociales
- **INDI** : Investir le numérique pour développer l'inclusion
- **INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques
- **IRV** : Institut régional du vieillissement
- **MSA** : Mutualité sociale agricole
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **PAERPA** : Personnes âgées en perte d'autonomie
- **PCH** : Prestation de compensation du handicap
- **PGI** : Pôle de gérontologie et d'innovation Bourgogne-Franche-Comté
- **PSD** : Prestation spécifique dépendance
- **RFVAA** : Réseau francophone des villes amies des aînés
- **RSI** : Régime social des indépendants
- **SIREVA** : Support interrégime d'évaluation
- **UNA** : Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles

Bibliographie

- AQUINO J-P. *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*. 2013 p. 132.
- ARNAULT L. *Montants d'APA à domicile depuis 2011 : une réallocation au bénéfice des plus dépendants*. Etudes et Résultats, DREES. 2019;(1118):6.
- ARNAULT L, ROY D. *Allocation personnalisée d'autonomie : en 2017, un bénéficiaire sur deux n'utilise pas l'intégralité du montant d'aide humaine notifié*. Etudes et Résultats, DREES. 2020;(1153):6.
- BENSADON A-C, DANIEL C, SCARBONCHI F. *Evaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour le volet domicile. Tome1*. IGAS; 2017 p. 121.
- BERARDIER M. *Viellir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement*. Etudes et Résultats, DREES. 2012;(823):6.
- BLANCHARD P, STROHL-MAFFESOLI, VINCENT B. *Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées*. IGAS; 2013 p. 115.
- BLANCHET M, PIHET C. *Les conséquences socio-spatiales des politiques de la vieillesse en milieu rural dans la région pays de la Loire*. Gérontologie et société. 2011;34(138):35.
- BONESCHI S, ZAKRI M. *La durée de perception de l'allocation personnalisée d'autonomie est de 3 ans et demi en moyenne*. Etudes et Résultats, DREES. 2018;(1082):3.
- BRABANT-DELANNOY L. *Viellissement démographique et besoins des proches aidants*. 2019;(109):3.
- BRANCHET B, WEIL G. *Les disparités communales de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile*. Journal de gestion et d'économie médicales. 2015;33(4):253.
- BROUSSY L. *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : année zéro !* 2013 p. 202.
- BROUSSY L. *Nous vieillirons ensemble... 80 propositions pour un nouveau Pacte entre générations*. 2021 p. 176.
- BROUSSY L, GUEJ J, KUHN-LAFONT A. *L'EHPAD du futur commence aujourd'hui. Propositions pour un changement radical de modèle*. Think Thank Matières Grises; 2021 p. 80.
- BRUNEL M, LATOURELLE J, ROY D. *Les disparités d'APA à domicile entre départements*. Les dossiers de la DREES. 2019;(37):38.
- CAMPEON A, LE BIHAN B. *Les plans d'aide associés à l'Allocation personnalisée d'autonomie - Le point de vue des bénéficiaires et de leurs aidants*. Etudes et Résultats, DREES. 2006;(461):12.
- CAUDRON D. *Les bénéficiaires de l'APA dans la Métropole de Lyon. Exercice de projection*. Observatoire Métropolitain des Solidarités. 2019;8.
- CNSA. *Proches aidants d'une personne âgée bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie*. 2018.
- Cour des comptes. *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler*. Cour des comptes; 2016 p. 198.

- COUVERT N. *Allocation personnalisée d'autonomie : les aides apportées aux personnes âgées*. Etudes et Résultats, DREES. 2017;(1033):6.
- DENORMANDIE P, CHEVALIER C. *Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : Une réforme structurelle indispensable*. 2020 p. 264.
- GUCHER C, ALVAREZ S, CHAUVEAUD C, LAFORGUE D, WARIN P. *Non recours et non adhésion : la disjonction des notions de « "qualité de vie" » et « "qualité de l'aide à domicile" »*. HAL. :294.
- GUEYDAN G. *Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Les cahiers pédagogiques de la CNSA*. 2017;21.
- HEBERT R. *Grandeurs et misères de l'allocation personnalisée d'autonomie en France*. *Gérontologie et société*. 2011;34(138):67-82.
- Institut Montaigne. *Bien-vieillir : faire mûrir nos ambitions*. 2021 p. 89.
- KERJOSSE R. *L'allocation personnalisée d'autonomie au 30 juin 2002*. Etudes et Résultats, DREES. 2002;(191):8.
- LE BIHAN-YOUIYOU B. *La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France : vers la création d'un cinquième risque ?* *Informations sociales*. 2010;1(157):124-33.
- LEGLEYE S, ROLLAND A. *Une personne sur six n'utilise pas internet, plus d'un usager sur trois manque de compétences numériques de base*. *Insee Première*. 2019;(1780):4.
- LIBAULT D. *Grand âge, le temps d'agir*. 2019.8 p. 228.
- Mobilité inclusive. *Mobilité des seniors en France. Constats, perspectives et recommandations - Synthèse*. Laboratoire de la mobilité inclusive; 2014 p. 24.
- PETITE S, WEBER A. *Les effets de l'Allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées*. Etudes et Résultats, DREES. 2006;(459):12.
- PIVETEAU D, WOLFROM J. *Demain, Je pourrai choisir d'habiter avec vous !* 2020 p. 276.
- ROSSO-DEBORD V. *Rapport d'information relatif à la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*. Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale; 2010 p. 128. Report No.: 2647.
- ROY D, MARBOT C. *L'allocation personnalisée d'autonomie à l'horizon 2040*. *Insee Analyses*. 2013;(11):4.
- SAGOT M, LOUCHARTE P, LABORDE C. *Impact du vieillissement sur le recours à l'APA en Ile-de-France. Enjeux départementaux à l'horizon 2040*. IAU Ile-de-France; 2017 p. 78.
- SENECAL I. *L'exclusion numérique des personnes âgées*. Fondation des Petits Frères des Pauvres; 2018 p. 76.
- TRABUT L. *Confusion entre besoin financier et besoin de coordination: Inégalités de revenu et dépendance*. *Retraite et société*. 2013;3(66):17-39.
- VACHEY L. *La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement*. 2020 p. 360.

Sitographie

- **BDSP :**

<https://bdsp-ehesp.inist.fr/>

- **CNAV**

https://www.statistiques-recherches.cnav.fr/images/stat-en-region/Donnees_fiches_regionales_et_departementales.xlsx

- **DREES (Publications) :**

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/recherche?f%5B0%5D=content_type%3A1

- **DREES (Bases de données) :**

<https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa-beneficiaires-et-depenses/information/>

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>

- **Gérontonews :**

<https://www.gerontonews.com>

- **INSEE :**

<https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/data-insee-sur-les-communes/>

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1161>

- **Observatoire des fragilités**

https://www.observatoires-fragilites-grand-sud.fr/#c=indicator&f=00000&i=diag_rg_com.score_moyen&s=2020&t=A01&view=map48

http://www4.observatoiredesfragilites.fr/adws/app/2e0cab6-7c9e-11e9-b906-61a7b7e00fb3/index.html?_ga=2.92689053.1218452492.1624273573-515750715.1602247085

- **Observatoire des territoires**

https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/donnees_ouvertes

- **Score santé**

<https://www.scoresante.org/indicateurs.html>