



HAL
open science

Analyse des déterminants à la prise en charge sociale de la dépendance liée à l'âge.

Sébastien Dambrine

► **To cite this version:**

Sébastien Dambrine. Analyse des déterminants à la prise en charge sociale de la dépendance liée à l'âge.. 2022. hal-03798818v1

HAL Id: hal-03798818

<https://hal.science/hal-03798818v1>

Preprint submitted on 5 Oct 2022 (v1), last revised 16 Nov 2023 (v2)

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Analyse des déterminants à la prise en charge sociale de la dépendance liée à l'âge.

Analyse des déterminants à la prise en charge sociale de la dépendance liée à l'âge	1
Introduction.....	2
Définition de la dépendance	2
Définition institutionnelle	2
Outils et modalité d'évaluation.....	3
Acteurs de la prise en charge de la dépendance.....	6
Les acteurs informels.....	6
Les acteurs professionnels	7
Méthodologie :	11
Analyse statistique	11
Bases de données et indicateurs utilisés.....	11
Choix de l'échelle géographique	13
Choix de la classe d'âge	14
Résultats	15
Analyse des déterminants au recours à l'aide d'un proche et d'un professionnel	15
Effet des variables sociologiques	15
Effet des variables liées à l'urbanisme	17
Effet des facteurs matériels et du niveau de dépendance.....	18
Analyse de l'interdépendance des variables explicatives du recours à l'aide d'un proche ou d'un professionnel.....	20
Effet des variables sociologiques	21
Effet sur les moyens matériels et financiers	22
Discussion :	28

Résumé

Cette étude a pour but de comprendre les facteurs pouvant expliquer les variations de recours à l'aide humaine chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Afin d'avoir un regard éclairé sur la question de la dépendance liée à l'âge, nous considérons importante l'étude statistique des différents déterminants du recours à l'aide humaine. Cette étude se situe dans un esprit de compréhension des mécanismes qui pourraient entraîner une prédisposition à la dépendance. Nous pourrions, ainsi apporter un regard éclairé sur les éventuelles lacunes du système de financement de la dépendance et ainsi proposer des pistes d'amélioration. Nous situerons notre recherche à l'échelle départementale selon une double contrainte de disponibilité des données, mais également d'un nombre d'observations suffisantes pour la robustesse des conclusions.

Notre recherche se concentre sur une partie de la population susceptible d'être en situation de dépendance liée à l'âge. Pour faire cette distinction nous utiliserons les résultats de l'enquête Vie Quotidienne et Santé et nous intéresserons à la population qui déclare recevoir de l'aide dans les actes de la vie quotidienne. Tout d'abord nous allons nous intéresser à la notion de dépendance et en particulier les critères permettant de définir une personne comme dépendante. Nous rechercherons ensuite les différentes modalités de prise en charge qu'elles soient collectives ou individuelles ainsi que leurs modes de financement.

Introduction

Définition de la dépendance

Définition institutionnelle

La loi du 24 janvier 1997 donne une définition claire et simple de ce qu'est la dépendance liée à l'âge ; elle « est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière. » Il s'agit ici d'une notion qui dépasse l'état de bonne santé, mais concerne *in fine* la capacité d'un individu à se maintenir dans cet état de bonne santé par l'accomplissement sans aide des actes essentiels de la vie. Cette aide peut ici être active, c'est-à-dire des prestations humaines (par exemple la réalisation des courses), mais également passives, c'est-à-dire une surveillance qui pourrait survenir lorsqu'il n'est pas certain que l'intégrité physique ou morale d'une personne soit conservée en l'absence de l'intervention d'un tiers. Nous pourrions par exemple penser aux nouvelles prestations proposées par La Poste permettant de favoriser le lien social, mais également d'avoir une

évaluation régulière permettant de remonter rapidement les situations à risque. Par situation à risque nous pouvons par exemple envisager le cas d'une personne présentant des troubles cognitifs et/ou mnésiques, la présence du facteur permet de suivre dans une certaine mesure l'évolution de ces troubles et mieux anticiper le moment où une majoration des aides peut être nécessaire, voir dans certains cas des aménagements du domicile comme le retrait du gaz. Nous pourrions dans cette même logique penser à la question des troubles de l'équilibre qui une fois apparus nécessite que l'aménagement du domicile soit repensé. La présence du facteur permettant de remonter ces informations aux proches il sera alors possible de réaliser un travail avec la personne pour par exemple faire accepter le retrait des tapis dans le but de prévenir une chute et ses conséquences.

L'OMS définit des directives applicables aux interventions communautaires liées au déclin des capacités intrinsèques (SIPA : soins intégrés pour les personnes âgées)¹. Les capacités intrinsèques sont définies comme « étant l'ensemble des capacités physiques et mentales d'un individu ». Elles se différencient des capacités fonctionnelles qui sont en revanche définies « comme l'association et l'interaction des capacités intrinsèques avec l'environnement dans lequel vit une personne ». Ces recommandations font état de 5 fonctions essentielles : la locomotion, la cognition, le sensoriel, le psychosocial et la vitalité.

Cet état de dépendance s'oppose donc à la conception d'une pleine autonomie dès lors que la présence d'une tierce personne s'impose dans le quotidien de l'être dépendant. C'est cette notion de nécessaire intervention extérieure qui est par ailleurs retenue dans les modalités d'évaluation de la dépendance. Nous retrouvons par ailleurs le concept d'aide intrinsèque dans les procédures d'évaluation par la prise en compte des aides mécaniques dans l'autonomie réelle de la personne évaluée. Par exemple, le périmètre réel de marche est estimé avec l'usage d'une canne plutôt que ce qu'il serait sans l'usage de cette aide.

Outils et modalité d'évaluation

La principale modalité d'évaluation de la dépendance qui est par ailleurs celle que nous retenons dans nos variables explicatives est l'évaluation GIR (groupe iso ressources) se basant sur l'outil de la grille AGGIR que nous allons détailler.

Cette grille se veut capable d'illustrer le degré de dépendance ou le niveau de perte d'autonomie d'une personne se basant sur des variables de deux types. Cette évaluation a comme principal objectif de déterminer la nature et le montant des aides attribuées ou non au demandeur. Il est donc nécessaire

¹ « Integrated Care for Older People ».

d'entamer une démarche de prise en charge sociale de compensation de la dépendance pour obtenir une classification GIR reconnue par l'état. Ceci n'empêchant en rien l'usage de cette échelle par les acteurs professionnels dans un but d'évaluation des besoins non liés à une quelconque aide sociale. Les premières variables dites discriminantes sont prises en compte dans le scoring du GIR et sont orientées principalement sur la personne elle-même sans tenir compte de son entourage. Les dernières au nombre de sept sont dites illustratives. Elles ne modifient pas le score GIR, mais permettent d'orienter l'évaluateur dans la nature des aides proposées.

Sont donc évalués :

- Variables discriminantes :
 - Cohérence : capacité à communiquer et à s'exprimer de façon sensée
 - Orientation : capacité à se repérer dans le temps et l'espace.
 - Toilette : capacité à se laver et à se maintenir propre.
 - Habillage : capacité à s'habiller et à se déshabiller (notamment de façon adaptée)
 - Alimentation : capacité à manger des aliments ou des plats déjà préparés (n'évalue pas la capacité à cuisiner ou à réchauffer)
 - Élimination : capacité à assurer ses besoins urinaires et fécaux de façon autonome et continente.
 - Transferts : capacité à passer des positions assises, allongées et debout.
 - Déplacement à l'intérieur : capacité à se déplacer à l'intérieur en tenant compte des aides mécaniques (type canne, déambulateur, fauteuil...)
 - Communication à distance : capacité à utiliser un téléphone ou une alarme notamment dans un intérêt d'appel aux secours.
- Variables illustratives :
 - Gestion : capacité à gérer ses finances, ses biens...
 - Cuisine : capacité à confectionner des repas pour soit ou son entourage (notamment dans le cas d'un couple)
 - Ménage : capacité à effectuer l'ensemble des travaux ménagers.
 - Transport : capacité à se déplacer à l'aide de tout moyen de transport (par exemple conduire soit même ou commander un taxi pour réaliser un trajet)
 - Achats : réaliser des achats soit en boutique soit par correspondance.
 - Suivi du traitement : respecter les prescriptions des ordonnances médicales (l'approvisionnement en médicament n'est pas évalué)
 - Activité de temps libre : pratiquer des activités de loisir, sociales...

Nous pourrions bien entendu avoir un esprit critique sur l'opportunité de ne pas tenir compte des variables dites illustratives dans la classification de la dépendance. Il est en effet notable que si la personne évaluée ne présente pas d'incapacités majeures, mais que son état ne lui permet ni d'entretenir son logement ni de réaliser ses repas, le maintien à son domicile de façon autonome semble précaire si ce n'est dangereux. Cependant bien que la question se pose cela n'est pas ici l'objet de l'étude. Nous nous réservons en revanche l'opportunité de le faire ultérieurement.

Le classement GIR ainsi obtenu répartit les personnes évaluées dans 6 groupes numérotés de 1 à 6 où le groupe 1 est le plus dépendant. L'annexe 2-1 du code de l'action sociale et des familles² interprète le classement GIR de la façon suivante :

- « Le GIR 1 comprend des personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- Le GIR 2 est composé essentiellement de deux sous-groupes :
 - D'une part, les personnes qui sont confinées au lit ou au fauteuil tout en gardant des fonctions mentales non totalement altérées (les "grabataires lucides") et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit ;
 - D'autre part, les personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices (les "déments perturbateurs") ainsi que certaines activités corporelles que, souvent, elles n'effectuent que stimulées. La conservation des activités locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles, mais fréquentes pour les activités corporelles.
- Le GIR 3 regroupe surtout des personnes ayant conservé des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour les activités corporelles. Elles n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination tant fécale qu'urinaire.
- Le GIR 4 comprend deux sous-groupes essentiels :
 - D'une part, des personnes n'assurant pas seuls leurs transferts, mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement, et qui doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillement, la plupart s'alimentent seules.

² « Article Annexe 2-1 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance ».

- D'autre part, des personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs, mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas.

Dans ces deux sous-groupes, il n'existe pas de personnes n'assurant pas leur hygiène de l'élimination, mais des aides partielles et ponctuelles peuvent être nécessaires (au lever, aux repas, au coucher et ponctuellement sur demande de leur part).

- Le GIR 5 est composé de personnes assurant seules les transferts et le déplacement à l'intérieur du logement, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques. »

Le GIR 6 se composant des personnes autonomes. Cependant il est peu fréquent qu'une évaluation soit demandée sur une personne relevant de ce groupe. Nous pouvons donc considérer ce niveau comme un point zéro qui représente une autonomie complète. Dans cette situation il est aisé d'imaginer qu'en l'absence de difficultés les évaluations n'ont simplement pas lieu.

Acteurs de la prise en charge de la dépendance

Les acteurs informels

Nous considérerons ici comme acteurs informels toute personne liée d'une relation familiale ou amicale apportant un service à une personne âgée dépendante. Marie Ève Joël³ insiste sur le caractère complexe de la définition de l'aidant informel, mais en précise les contours : « on parle tantôt d'aide informelle, naturelle, familiale, profane, de proximité, non professionnelle. La complexité de l'aide informelle, son caractère multidisciplinaire, sanitaire et social, à géométrie variable, évolutif dans le temps ont été bien mis en évidence. La situation d'aide est loin d'être homogène. Les pathologies et les polypathologies des personnes âgées sont différentes. »

L'étude VQS (vie quotidienne et santé) qui est notre source s'agissant des acteurs informels considère l'aidant « proche » comme étant soit un conjoint, un ami, ou une personne du cercle familial. Cette définition est suffisamment large et nous ne pouvons que l'approuver.

Il est notable comme le souligne Marie Ève Joël que cette aide informelle est protéiforme. Il est donc difficile d'en tracer des contours exacts. Elle peut compléter ou se substituer à une aide professionnelle, et ce malgré la technicité élevée de certains actes pratiqués au domicile. Le proche aidant devenant ainsi une sorte de professionnel par procuration et celui-ci peut soit apprendre au contact de professionnels diplômés soit assister à des formations réservées aux aidants comme il s'en développe de plus en plus notamment par la création de diplômes universitaires ou interuniversitaires

³ Joël, « Les aidants informels, approches économiques ».

accessibles aux proches aidants. L'association Française des aidants proposant par ailleurs un catalogue de formation spécialisé.⁴

Les acteurs professionnels

Les services d'hébergement

La prise en charge institutionnelle regroupe les EHPAD (8 personnes sur 10) et les résidences non médicalisées de type foyers logements. Ces deux dernières permettent aux seniors les plus autonomes de se maintenir dans un environnement plus sécurisé que le domicile en gardant une autonomie renforcée. La grande majorité des seniors en institution doivent donc faire face au coût des EHPAD dont la tarification se compose de trois tarifs :

- Le forfait hébergement : financé par le résident et soumis à l'aide sociale au titre des APL / ALS

APL : L'allocation personnalisée au logement est selon l'INSEE versée « aux locataires sous condition de ressources. Elles visent à limiter le taux d'effort, c'est-à-dire la part des ressources consacrée aux dépenses de logement par les ménages locataires bénéficiaires, ou à permettre à ces ménages d'accéder à des logements de meilleure qualité, à taux d'effort donné. ».

Le montant de l'APL dépend d'une part de la zone géographique (3 zones existent, Zone 1 Paris, Zone 2 agglomérations de plus de 100 000 habitants, Zone 3 reste du territoire), du montant des revenus des 12 derniers mois et bien entendu du montant du loyer. Le plafond pour une personne seule est de 296,82 € pour la zone 1, 258,69 € pour la zone 2 et 242,46 pour la zone 3.

En EHPAD le résident peut prétendre aux APL si l'établissement est conventionné, le cas échéant une demande l'ALS (Allocation logement social) est possible selon des conditions et montants similaires à l'APL.

- Le forfait dépendance : financé par le résident et soumis à l'aide sociale au titre de l'APA

⁴ Association Française des aidants, « Catalogue de formation professionnelle 2021 ».

APA : L'INSEE définit l'APA comme « une prestation qui permet de financer les dépenses d'aide auxquelles font face les personnes de 60 ans ou plus en perte d'autonomie, qu'elles résident à domicile ou en établissement.

Gérée par les départements, cette prestation en nature est, à domicile, dédiée à la prise en charge d'aides humaines, d'aides techniques ou de services (aménagement du logement, hébergement temporaire en structure d'accueil de jour, répit pour les aidants informels, etc.). Le degré de perte d'autonomie est évalué à l'aide de la grille AGGIR (autonomie gérontologie groupes isoressources), qui classe les personnes âgées en six niveaux. Les quatre premiers niveaux ouvrent droit à l'APA. »

Par l'arrêté du 30 décembre 2021, depuis le 1^{er} janvier 2022 le montant minimal horaire des services d'aide à domicile est fixé à 22 €. Le montant maximal de l'APA pour la catégorie GIR 1 est de 1807,89 € et descend jusqu'à 705,13 € pour le GIR 4

- Le forfait soins : pris en charge par l'assurance maladie.

Le tarif de l'EHPAD comporte donc pour le résident les deux premiers forfaits et est soumis à de grandes variations. Celles-ci dépendent de plusieurs facteurs tels que le niveau de gamme de l'établissement et des prestations complémentaires qu'il propose (nombre et richesse des activités, niveau de standing des installations...), mais également de son emplacement géographique et de la structure juridique de l'établissement (lucratif, associatif, public). Le tarif médian des EHPAD en France est de 2004 euros en 2019 la plus grande différence de tarif se joue sur la structure juridique de l'établissement où la moyenne nationale du tarif médian des EHPAD publics est de 1946 euros contre 2709 euros pour un EHPAD Privé commercial et 2073 euros pour un EHPAD privé non lucratif⁶. En 2016 le tarif médian est de 1798 euros pour les zones rurales et de 2046 euros pour les zones urbaines.⁸

⁶ « Analyse statistique n°9 ».

⁸ « Analyse statistique n°4 ».

L'offre de soins de ville

La prise en charge ambulatoire s'organise autour de différents acteurs qu'ils soient travailleurs sociaux, médicaux ou paramédicaux. La prise en charge sociale : nous retrouverons dans ce domaine les métiers de l'aide sociale traditionnels comme les assistantes sociales (qu'elles soient des collectivités territoriales ou des services de santé) ainsi que des mandataires de justice intervenant dans la gestion financière de la personne dépendante. La prise en charge par mandataire s'effectue suite à une décision de justice et représente une part de la population des plus de 60 ans en forte hausse au fur et à mesure que la population vieillit. On observe par ailleurs que la catégorie des plus de 60 ans représente 48% des majeurs protégés en 2015⁹, alors que la population des plus de 60 ans ne représente que 24,9% pour la même année (Insee, structure de la population au 1er janvier par sexe et groupe d'âge en années révolues). Nous observons donc que l'âge renforce le risque de se trouver sous une mesure de protection judiciaire. L'étude de la fédération nationale des Centres Régionaux d'Études, d'Action et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (ANCREAI) note par ailleurs que la proportion de mesure augmente très fortement à partir de l'âge de 75 ans.

- La prise en charge médicale et paramédicale :

Le législateur a fait pour choix de placer le médecin traitant (dans la grande majorité des cas un médecin généraliste) comme coordinateur du parcours de soins. Ce rôle est renforcé par la loi HPST qui insiste sur le rôle d'orientation, de coordination et de synthèse du médecin traitant. Ces rôles font par ailleurs l'objet d'un forfait patientèle médecin traitant (FPMT) établissant une tarification par patient selon l'âge et les comorbidités. Ainsi dans le cadre du suivi gérontologique le médecin traitant se voit attribuer un forfait de 5 ou de 42 euros par patient de moins de 80 ans par an selon qu'il ait une ALD ou non et un forfait de 70 euros pour tous les patients de plus de 80 ans. La prise en charge paramédicale regroupe ainsi l'ensemble des personnels infirmiers qu'ils interviennent de façon libérale ou salariée (SSIAD, HAD). Dans le cadre des SSIAD, le rôle de coordination est fixé par circulaire ministérielle, celle-ci dispose que l'infirmier coordinateur est « la clé de voûte du dispositif de soins infirmiers à domicile ». La prise en charge paramédicale de la dépendance ne se borne cependant pas aux stricts soins infirmiers, mais propose un panel large de compétences. Nous retrouverons ainsi les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les pédicures podologues, les ergothérapeutes et les psychomotriciens. Ces deux derniers professionnels n'agissant généralement que de façon salariée dans les SSIAD et HAD par exemple. Le financement de la prise en charge médicale et paramédicale se fait essentiellement par l'assurance maladie. Le montant de la prise en charge varie selon les activités d'une prise en charge totale à nulle. Concernant les actes relevant des professions libérales, la part

⁹ « Etude relative à la population des majeurs protégés. Profils, parcours et évolutions – ANCREAI ».

sécurité sociale couvre l'ensemble des honoraires médicaux (hors dépassements d'honoraires et ticket modérateur) et l'ensemble des actes infirmiers qu'ils soient médicaux ou non (AMI ou AIS selon la nomenclature générale). Les SSIAD et HAD font l'objet d'une prise en charge totale par l'assurance maladie.

- La prise en charge domestique des actes simples :

Elle peut se faire par l'intermédiaire des professionnels de l'aide à domicile. L'aide à domicile intervient donc dans les actes de la vie courante tels que l'entretien du logement, la réalisation des courses, la surveillance quotidienne. Mais également dans la réalisation d'actes de soins simples tels que les aides à la toilette. Ce secteur intervient en complément du secteur paramédical, mais également en suppléance afin de répondre aux besoins non couverts par l'offre des services pris en charge par l'assurance maladie. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) établit dans une étude de mai 2016 le coût médian horaire de l'aide à domicile à 23,55 euros. Ce tarif s'établit sur une composition des coûts majoritairement liés aux charges de masse salariale à hauteur de plus de 85% soit en moyenne 20,55 euros¹¹.

L'étude d'Arnaud Fizzala¹² établit un reste à charge moyen de 80 euros par mois croissant selon la gravité du GIR. Sans surprise, le taux d'effort est ainsi croissant en fonction de la sévérité du

GIR. Sur une comparaison de ressources, cette étude nous montre que le taux d'effort est croissant jusqu'au plafond de ressource de l'APA. Celui-ci décroît alors naturellement puisque les bénéficiaires reçoivent le même montant de participation (10%) alors que les revenus augmentent. En effet à un taux de prise en charge identique, l'augmentation du niveau de vie améliore la capacité à payer des individus et par conséquent diminue le taux d'effort c'est-à-dire le rapport entre le montant de la dépense et le revenu.

Nous apprenons par ailleurs qu'un quart des bénéficiaires ont un plan d'aide dit saturé. C'est-à-dire qu'ils ont atteint le montant maximal attribué au GIR dont ils relèvent.

¹¹ CNSA et DGCS, « Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts ».

¹² Fizzala, « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix ».

Méthodologie :

Analyse statistique

Nous procéderons à une étude ayant pour but de vérifier si un effet statistiquement significatif d'une variable x sur une variable y peut s'observer. Nous utiliserons pour cela une base de données constituée des valeurs exposées au point suivant, regroupées en un fichier classé par département. L'échelle départementale que nous avons sélectionnée permet par ailleurs de maximiser le nombre d'observations et renforcer la robustesse des résultats. Nous pouvons donc pour chaque variable réaliser 98 observations. Cette base de données est ensuite traitée sur le logiciel RStudio¹³ en utilisant la méthode de la régression linéaire. Nous souhaitons par cette méthode d'analyse mettre en lumière les mécanismes qui peuvent influencer le recours à l'aide, marqueur du niveau de dépendance ainsi que ceux qui pourront motiver les décideurs (ici les conseils départementaux) dans les décisions d'orientation budgétaire.

Nous choisirons pour cette approche d'effectuer nos régressions avec des variables explicatives sociologiques (niveau de vie, espérance de vie, taux de pauvreté des +75 ans, indice de vieillissement, catégories socioprofessionnelles des retraités, composition du foyer fiscal), nous nous intéresserons ensuite aux facteurs d'urbanisme en utilisant deux variables explicatives (part de zones urbaines dans le département et part de communes isolées), enfin nous nous concentrerons sur les facteurs matériels pouvant expliquer le recours à l'aide (taux d'équipement, densité d'infirmier.e libéraux.les (IDEL), budget APA, GMP départemental). Nous choisissons d'intégrer le GMP dans les facteurs matériels, car cet indicateur sert principalement d'objectivation des moyens financiers attribués à un service de prise en charge, cela fait donc plus sens de le classer avec les dépenses plus qu'avec les variables sociologiques.

Enfin nous réaliserons une étude de l'interdépendance des variables explicatives. Nous souhaitons par ce travail améliorer notre compréhension des mécanismes qui peuvent expliquer les observations relevées dans le point précédent et ainsi enrichir le spectre de notre analyse.

Bases de données et indicateurs utilisés

- Enquête vie quotidienne et santé¹⁴ : Nous étudierons la période de fin 2014 à début 2015, l'enquête VQS volet 2022 étant en cours, les données ne nous sont pas encore disponibles. Nous sélectionnerons donc par la suite des indicateurs provenant d'études se concentrant

¹³ RStudio est un logiciel de traitement des données et d'analyse statistique se basant sur le langage R en utilisant la version 4.1.1 de R du 08/10/2021

¹⁴ « L'enquête Vie quotidienne et santé (VQS) ». 1. Dénombrement de la population déclarant, ou non, recevoir une aide et/ou utilisant des aménagements dans la vie quotidienne

autour de l'année 2015 pour réduire les biais liés aux facteurs exogènes tels que la crise de la covid 19 par exemple.

- Part de la population de plus de 75 ans et plus ayant recours à l'aide d'un proche
- Part de la population de plus de 75 ans et plus ayant recours à l'aide d'un professionnel
- Revenus et pauvreté des ménages en 2014¹⁵
 - Taux de pauvreté des plus de 75 ans.
 - Rapport interdécile 9^e et 1^{er} décile du niveau de vie
 - Nombre moyen de personnes par foyer (calcul à partir des données fournies)
- Indicateurs sociaux départementaux ; indicateurs de contexte¹⁶ :
 - Espérance de vie à l'âge à 65 ans (2017)
 - Niveau de vie (2017)
 - Indice de vieillissement (2017)
 - Part de retraités anciens de cadres, artisans et chefs d'entreprise (2017)
 - Part de retraités anciens agriculteurs (2017)
 - Part de retraités anciens employés et ouvriers (2017)
 - Part de grands espaces urbains départementaux (2018)
 - Part de communes isolées (2018)
 - Taux d'équipement en place d'hébergement pour les 75 ans et plus. (2014)
 - Nombre d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants (2014)
 - Taux d'équipement en place de SSIAD pour 1000 personnes de plus de 75 ans (2014)
- Estimation de la population au 1^{er} janvier, année 2014¹⁷
 - Population de 75 ans et plus
 - Part des 75 ans et plus (calcul à partir des données fournies)
- Rapport Labazée¹⁸ : année analysée 2015
 - Dépenses départementales au titre de l'APA
- DREES, « L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) - Bénéficiaires et dépenses des départements »¹⁹ : tableau données détaillées par GIR, âge et sexe en 2015
 - Utilisation du nombre de bénéficiaires pour calculer la dépense moyenne par bénéficiaire

¹⁵ « Revenus et pauvreté des ménages en 2014 | Insee ».

¹⁶ « Indicateurs de contexte – Action sociale départementale | Insee ».

¹⁷ « Estimation de la population au 1^{er} janvier 2022 | Insee ».

¹⁸ Labazée, « MISSION RELATIVE A LA TARIFICATION ET AUX PERSPECTIVES D'EVOLUTION DES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE ».

¹⁹ « L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) - Bénéficiaires et dépenses des départements ».

- Utilisation du nombre de bénéficiaires par GIR pour le calcul du GMP départemental 2015. (Pour l'obtention d'un GMP départemental, il a été nécessaire de considérer le GIR 5 et 6 dans la même catégorie en utilisant la notation du gir 5)
- Observatoire des territoires :
 - Densité de population départementale en 2017²⁰
- INSEE : « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les départements »²¹
 - Taux de bénéficiaires de l'APA à domicile ou en établissement

Choix de l'échelle géographique

Nous choisissons d'effectuer notre analyse à l'échelle nationale en utilisant des données départementales. En plus de l'intérêt de robustesse des résultats, nous considérons en effet plus pertinent de concentrer notre recherche sur la base des collectivités territoriales qui interviennent dans le financement de la dépendance et qui ont pour responsabilité de mener la politique de santé publique à destination des séniors.

S'il est vrai que les régions, de par les agences régionales de santé, organisent le schéma régional de l'offre de soins et que la plupart des prestations médicales ont une prise en charge au titre de l'assurance maladie, concernant la compensation de la dépendance, nous retrouvons en revanche une prise en charge départementale. Les conseils départementaux votent et définissent les montants de prise en charge de l'allocation personnalisée à l'autonomie. Nous chercherons ainsi quelles peuvent être les facteurs extérieurs qui expliquent ces décisions. Nous ne considérerons cependant pas l'orientation politique des conseils départementaux. Il serait par ailleurs bien compliqué de dégager une statistique crédible sur l'orientation politique et la stratégie de lutte contre la dépendance. Ceci n'est pas l'objet de cette recherche qui se veut volontairement neutre et apolitique. Nous partirons du postulat que les conseils départementaux orientent leurs politiques financières liés à la dépendance en fonction des besoins de la population qu'ils représentent et que s'il y a choix politiques ceux-ci seront quoi qu'il en soit orientés par la notion de besoin.

²⁰ « Densité de population | L'Observatoire des Territoires ».

²¹ « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les départements - Insee Focus - 71 ».

Choix de la classe d'âge

Michel Duée et Cyril Rebillard²² fixent un âge d'entrée en dépendance situé autour de 80 ans. Nous pouvons par ailleurs constater que l'indicateur du taux de dépendance par classe d'âge confirme ce chiffre. Le graphique ci-dessous montre en effet que la barre des 10% est franchie à l'âge de 80 ans. Les données de l'étude Vie Quotidienne et Santé nous permettent de distinguer les personnes de plus de 75 ans de celles âgées de plus de 60 ans. Les courbes ci-dessous et l'analyse menée par Duée et Rebillard nous poussent à retenir ce dernier groupe. En effet il nous paraît plus pertinent de cibler la part de population où la prévalence de la dépendance est plus importante, ce afin de réduire les possibles biais liés à la représentativité de la population dépendante au regard de la population autonome.

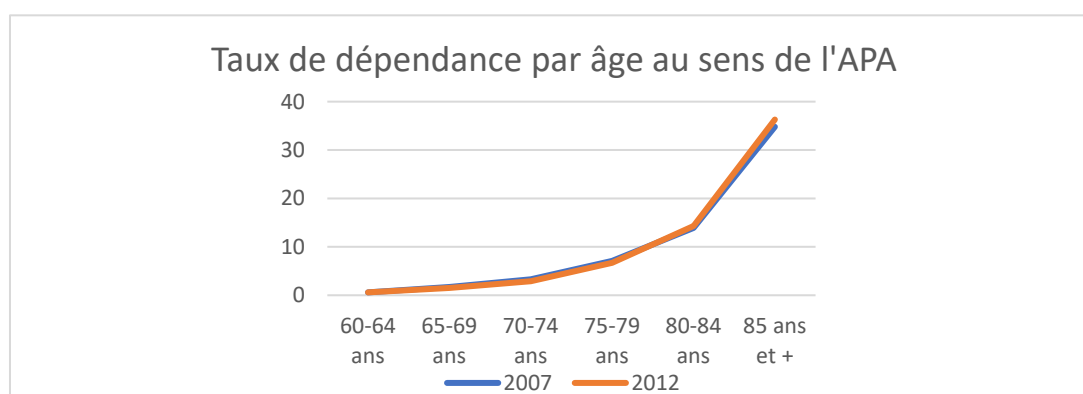


Figure 1 Dépendance par âge. Tableaux de l'économie Française édition 2014 INSEE

Nous avons par ailleurs effectué un test comparatif de deux variables identiques (niveau de vie) en modifiant la population de 60 à 74 ans pour le groupe 1 et de 75 ans et plus pour le groupe 2. Si les deux groupes présentent une significativité comparable inférieure à 0,1 % cependant l'effet est plus élevé pour la classe d'âge des 75 ans et plus. Nous avons également démontré par un test d'égalité des coefficients sur deux régressions indépendantes (statistique de student égale à 2,96) que les coefficients sont significativement différents. L'effet est donc différent. Cela justifie l'analyse différenciée de la population des plus de 75 ans.

²² « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 – Données sociales : La société française | Insee ».

Résultats

Analyse des déterminants au recours à l'aide d'un proche et d'un professionnel

Effet des variables sociologiques

Nous analyserons ici l'effet des variables sociologiques sur les variables dépendantes que sont le recours à l'aide d'un proche et le recours à l'aide d'un professionnel. Nous regrouperons tout d'abord dans le tableau 1 les variables explicatives de type sociologique telles que le niveau de vie, l'espérance de vie, le taux de pauvreté, l'indice de vieillissement, la part des retraités-cadres et artisans, la part des retraités issus de l'agriculture, la part des retraités issus de la classe ouvrière, le rapport entre le 9e et le 1^{er} décile du niveau de vie ainsi que la composition du foyer fiscal par le nombre moyen de personnes qui le compose. Cette analyse nous permettra de déterminer si un lien statistiquement significatif se retrouve dans l'analyse des variables dépendantes de façon à mieux comprendre l'effet de l'origine sociale sur le fait d'avoir besoin d'une tierce personne dans les actes de sa vie quotidienne. En d'autres termes si une population pauvre a plus ou moins besoin d'aide qu'une population riche. Nous nous intéressons également à l'effet de l'âge de la population, en tendant de démontrer si l'indice de vieillissement peut induire des modifications dans le recours à l'aide. Enfin nous chercherons un lien entre le nombre de personnes en moyenne par foyer et le recours, ceci permettant de vérifier si le fait d'être isolé minore ou majore le fait de recevoir de l'aide.

Tableau 1 Analyse de l'effet des variables sociologiques sur le recours à l'aide humaine

	Variables sociologiques								
	Niveau de vie	Espérance de vie	Taux de pauvreté des + 75 ans	Indice de vieillissement	Part des cadres et artisans	Part des agriculteurs	Part des ouvriers	Rapport 9 ^e et 1 ^{er} décile du niveau de vie	Nombre moyen de personnes par foyer fiscal
Proche	-1,702 ^e -05 ⁽¹⁾ (-6.976 ***) ⁽²⁾ R ² 0.33 ⁽³⁾	-0,0218 (-3.037 **) R ² 0.08	0,0075 (8.168 ***) R ² 0.41	0,0001 (0.507) R ² 0.002	-0,3381 (-4.15 ***) R ² 0.15	0,0078 (0.063) R ² 0.004	0,406 (4.596 ***) R ² 0.18	0,006 (0.615) R ² 0.004	0,04 (1.368) R ² 0.01
Professionnel	-1,525 ^e -05 (-7.086 ***) R ² 0.34	0,0054 (0.826) R ² 0.007	0,0051 (5.501 ***) R ² 0.24	0,0006 (3.834 ***) R ² 0.13	-0,283 (-3.925 ***) R ² 0.14	0,395 (3.853 ***) R ² 0.13	0,105 (1.237) R ² 0.001	-0,02 (-2.36 *) R ² 0.05	-0,078 (-2.524 *) R ² 0.06

Légende : inférieur à 0,1% ***, inférieur à 1% **, inférieur à 5% *, inférieur à 10% (.) ⁽¹⁾ estimation du coefficient ⁽²⁾ T value, ⁽³⁾ R carré

Nous constatons que les variables sociologiques relatives au niveau de vie et à l'espérance de vie ont un effet statistiquement significatif sur le recours des plus de 75 ans à l'aide d'un proche. En effet plus le niveau de vie est élevé moins les plus de 75 ans auront tendance à avoir besoin d'aide informelle. Cet effet est confirmé par l'observation de l'effet de différentes variables, notamment s'agissant du taux de pauvreté des plus de 75 ans où plus le taux est élevé plus le taux de recours augmente. L'espérance de vie quant à elle a également un rôle vertueux, une année d'espérance de vie à 65 ans supplémentaire diminue en moyenne de 2 % le taux de recours à l'aide informelle. Enfin l'observation des catégories socioprofessionnelles confirme également cet effet vertueux du niveau de vie où les CSP+ ont un recours inférieur aux classes ouvrières.

S'agissant de l'effet sur le recours à l'aide d'un professionnel, nous constatons une similarité des résultats sur les variables du niveau de vie, du taux de pauvreté et de la part de CSP+ parmi les retraités. Nous pouvons donc formuler une hypothèse qu'un lien vertueux est présent entre le niveau de richesse et le niveau de dépendance.

Cependant certaines différences s'observent. L'aide professionnelle étant en partie accompagnée d'un reste à charge, l'accès s'effectue donc de façon différente. Nous pouvons constater que la mesure de l'inégalité devient statistiquement significative à 5 %. Un écart d'une unité entre le 9^e et le 1^{er} décile du niveau de vie départemental entraîne une diminution de 2 % du recours à l'aide d'un professionnel ce qui nous semble être un effet important. Le nombre de personnes moyennes par foyer devient également significatif à 5 % où chaque individu supplémentaire à la moyenne de personne par foyer fiscal diminue de 7 % le recours à l'aide d'un professionnel (il est à noter que l'écart type de la série est de 0,14, une diminution de 7 % ne s'observe donc jamais). Nous pouvons formuler l'hypothèse que ce phénomène s'explique par un besoin inférieur de recours à l'aide pour les actes simples de la vie quotidienne lorsqu'ils sont effectués de manière régulière et normale par un membre de la cellule familiale. Cette significativité ne se retrouve pas lorsqu'il s'agit de l'aide informelle. Le caractère régulier et normal de l'aide diminuant donc probablement la déclaration de l'aide d'un proche par un phénomène de sous déclaration lié à l'absence de prise de conscience de cette aide. Ceci nous amène donc à questionner l'opportunité de ne pas inclure les variables illustratives (ménage, courses...) dans le calcul du niveau de dépendance lors de l'évaluation AGGIR.

Effet des variables liées à l'urbanisme

Nous poursuivons cette analyse par le tableau 2, présentant l'effet de la densité urbaine sur le recours à l'aide humaine. Nous cherchons ici à déterminer si le fait d'habiter en zone rurale plutôt qu'en ville (c'est-à-dire potentiellement plus loin des proches ou des services) entraîne un effet sur le recours.

Tableau 2 Analyse de l'effet de l'urbanisme sur le recours à l'aide humaine

	Urbanisme	
	Grandes aires urbaines	Communes isolées
Proche	-0,0004 ⁽¹⁾ (-1.714 .) ⁽²⁾ R ² 0.03 ⁽³⁾	0,0012 (2.392 *) R ² 0.06
Professionnel	-0,0009 (-4.915 ***) R ² 0.20	0,0017 (4.135 ***) R ² 0.15

Légende : inférieur à 0,1% ***, inférieur à 1% **, inférieur à 5% *, inférieur à 10% (.) ⁽¹⁾ estimation du coefficient, ⁽²⁾ T value, ⁽³⁾ R carré

Effet sur le recours à l'aide d'un proche

Nous constatons une significativité faible à modérée de l'effet de l'urbanisation sur le recours à l'aide d'un proche. L'effet en plus d'être d'une significativité discutable se trouve par ailleurs d'une importance tout aussi basse. En effet, une augmentation de 1 % de la proportion de grands espaces urbains diminue de 0.04 % le recours à l'aide d'un proche tandis qu'une augmentation de 1 % de la part des communes isolées augmente de 0,12% le recours à l'aide d'un proche. Nous pouvons donc en conclure qu'il est probable que plus les personnes âgées sont localisées en zones urbaines moins elles auront recours à l'aide informelle. Cet effet s'expliquant selon nous par l'effet de ressources où les zones urbaines ont un niveau de vie sensiblement plus élevé (Cf analyse d'interdépendance, tableau 4).

Effet sur le recours à l'aide d'un professionnel

Nous effectuons des constats similaires lorsqu'il s'agit du recours à l'aide d'un professionnel, mais notons cette fois-ci une significativité forte. L'effet passant à 0.09 % pour la part de zones urbaines et 0.17 % pour la part de communes isolées. Nous formulons la même hypothèse explicative.

Effet des facteurs matériels et du niveau de dépendance

Enfin dans le tableau 3 nous nous intéressons à l'effet des facteurs matériels (taux d'équipement et moyens financiers) et du niveau de dépendance de la population sur le recours à l'aide humaine. Comme nous avons déjà pu le soulever, le GPM est introduit à cette analyse, car il est pris en compte pour l'évaluation des établissements de prise en charge de la dépendance, le GIR qui le compose entraînant directement l'évaluation financière des aides. Nous cherchons donc ici à déterminer si un taux d'équipement plus élevé en EHPAD a un effet sur le recours à l'aide et particulièrement des proches. Nous nous interrogeons également sur un éventuel lien opportuniste entre les dépenses

départementales et le recours puis nous chercherons si un département présentant un GMP plus élevé semble entraîner un recours plus important.

Tableau 3 Analyse de l'effet des facteurs matériels sur le recours à l'aide humaine

	Facteurs matériels et niveau de dépendance						
	Taux d'équipement	Densité D'IDEL	Tx d'équipement SSIAD	Dépenses moyennes par bénéficiaire	Dépenses liées à l'APA	GMP départemental	Taux de bénéficiaires de l'APA en 2013
Proche	-0.0004 ⁽¹⁾ (-3.248 **) ⁽²⁾ R ² 0.1 ⁽³⁾	2.213 ^e -04 (0.00047 ***) R ² 0.1201	0.0016 (0.274) R ² 0.012	1,536 ^e -05 (1.90 .) R ² 0.04	4,497 ^e -11 (-0.305) R ² 0.09	-8,952 ^e -05 (-0.464) R ² 0.002	0.0081 (8.581 ***) R ² 0.43
Pro	-0,00023 (-1.239) R ² 0.02	2.892 ^e -04 (5.37 ^e -08 ***) R ² 0.27	0.001533 (0.246) R ² 0.01	1.003 ^e -05 (1.462) R ² 0.02	-1,208 ^e -10 (-0.937) R ² 0.01	-0,000021 (-1.273) R ² 0.02	0.0069 (8.268 ***) R ² 0.42

Légende : inférieur à 0,1% ***, inférieur à 1% **, inférieur à 5% *, inférieur à 10% (.) ⁽¹⁾ estimation du coefficient ⁽²⁾ T value, ⁽³⁾ R carré

Nous constatons que seules trois variables explicatives sont statistiquement significatives. S'agissant des variables budgétaires, nous ne constatons pas d'effet significatif sur les dépenses départementales et le recours à l'aide d'un proche. Nous ne pouvons donc pas valider une hypothèse d'effet d'aubaine. Le calcul du GMP départemental n'explique pas non plus le recours.

En revanche le taux d'équipement en place d'EHPAD et la densité d'infirmière libérales sont très liés au recours à l'aide informelle. Le premier à un effet négatif où 10 lits de plus pour 1000 personnes de 75 ans et plus diminuent de 0,6 % le taux de recours. Il est donc possible de constater que plus l'offre est importante plus les séniors ont tendance à diminuer l'aide informelle ce qui peut donc induire un report vers les EHPAD. En revanche plus le nombre d'IDEL est important plus le recours à l'aide d'un proche est élevé. Cet effet est en revanche très faible. En effet chaque infirmière libérale de plus pour 100 000 habitants (toutes classes d'âge confondues) entraîne une augmentation de 0.0002 % du recours à l'aide informelle. Ainsi même en doublant le nombre moyen d'IDEL nous ne trouverions pas un effet très important. Nous verrons par la suite que plus la population de personnes âgées est importante plus le nombre d'IDEL est élevé ce qui peut en partie expliquer ce résultat.

S'agissant de l'aide professionnelle nous ne constatons de significativité que pour la densité d'infirmière libérale pour laquelle nous formulons la même hypothèse explicative. Nous pouvons donc considérer que notre base de données ne permet pas d'affirmer qu'un lien entre les ressources liées à l'APA entraîne un recours à l'aide d'un professionnel et que celui-ci n'est pas non plus influencé par l'offre des EHPAD et des SSIAD. Nous pouvons tenter d'expliquer ce phénomène par le caractère

protéiforme de l'aide professionnelle qui rend difficile une analyse significative sur ces différents indicateurs.

Enfin, nous constatons que le recours à l'aide des proches est très lié au taux de bénéficiaires de l'APA. Ce constat très intuitif permet de renforcer l'hypothèse selon laquelle les personnes répondant positivement à la question « recevez-vous l'aide d'un proche ? » y répondent bien dans le cadre d'une situation de dépendance. Ceci vient donc confirmer la pertinence du modèle. S'agissant de l'effet sur le recours à l'aide professionnelle, l'APA finançant l'aide professionnelle cette régression n'a pas d'autres intérêts que sa valeur dans une question de robustesse.

Analyse de l'interdépendance des variables explicatives du recours à l'aide d'un proche ou d'un professionnel

Nous analyserons ici l'interdépendance des variables explicatives du recours à l'aide humaine. Nous procéderons en deux temps, tout d'abord en nous intéressant exclusivement aux variables sociologiques (tableau 4). Dans cette première analyse, nous chercherons à déterminer les liens qu'ont les différentes variables entre elles. Ceci aura pour intérêt de mieux comprendre les mécanismes observés lorsque ces dernières ont le recours à l'aide humaine comme variable dépendante. En effet nous observons des significativités élevées entre le niveau de vie et le recours, ainsi nous pourrions rechercher à confirmer ces observations en tentant de démontrer par exemple qu'un lien existe entre la part de cadre et le niveau de vie.

Effet des variables sociologiques

Tableau 4 Interdépendance des variables sociologiques

	Variables sociologiques				
	Niveau de vie	Part de cadres	Urbaines	Isolées	Densité population
Espérance de vie à 65 ans	-7.038e-05 ⁽¹⁾ (1.74.) ⁽²⁾ R2 0.03 ⁽³⁾	4,87 (4.451 ***) R ² 0.17	-0,0018 (-0.543) R ² 0.003	0,0028 (0,404) R ² 0.002	1,66 ^e -05 (0,569) R ² 0.003
Indice de vieillissement	-0,0046 (-3.175 **) R2 0.095	-52,07 (-1.187) R ² 0.01	-0,92 (-11,18 ***) R ² 0.56	1,96 (11.84 ***) R ² 0.59	-0,0022 (-2.08*) R2 0.04
Niveau de vie		19083,2 (8.424 ***) R ² 0.425	0,0049 (4.487 ***) R ² 0.17	-0,0019 (-3.506 ***) R ² 0.11	0,3135 (4.8 ***) R ² 0.19
Taux de bénéficiaires de l'APA en 2013	-0.0014 (-6.792 ***) R2 0.32	-0.1911 (-2.738 **) R2 0.07	-0.058 (-2.942 **) R ² 0.08	0.1434 (3.586 ***) R ² 0.12	-0.0003 (-1.488) R ² 0.02

Légende : inférieur à 0,1% ***, inférieur à 1% **, inférieur à 5% *, inférieur à 10% (.)⁽¹⁾ estimation du coefficient⁽²⁾ T value, ⁽³⁾ R carré

Nous constatons que seule la part de retraités issus de catégories socioprofessionnelles supérieures (Cadres et chefs d'entreprise) a un effet statistiquement significatif certain. En effet plus la part de cadre augmente plus l'espérance de vie à 65 ans augmente. Une augmentation de 10 % de la part de cadres dans les retraités serait donc responsable de presque une demi-année de vie supplémentaire. Nous pouvons cependant constater un effet peu significatif (supérieur à 10 %) du niveau de vie sur l'espérance de vie. Plus le niveau de vie départemental serait élevé plus l'espérance de vie à 65 ans aurait tendance à être longue.

S'agissant des indicateurs d'urbanisme, nous constatons un effet très significatif sur l'indice de vieillissement. En effet plus le département est urbanisé moins l'indicateur est élevé. Ainsi par effet de réciprocité plus les communes sont rurales plus elles leur population a tendance à vieillir. Cet effet se confirme par un lien statistiquement élevé avec la densité de population où plus la population est dense, plus l'indice est faible.

Nous constatons également un effet statistiquement significatif du niveau de vie. Plus le niveau de vie est élevé plus l'indice de vieillissement est faible. Ceci s'expliquant par ailleurs par les effets sur le niveau de vie que nous analyserons au point suivant.

Lors de notre étude de l'interdépendance des variables sur le niveau de vie, nous constatons des effets très significatifs sur l'ensemble des variables analysées. Sans grande surprise, plus il y a de CSP+ plus le niveau de vie est élevé. Ceci n'a bien évidemment pas pour but de vérifier une évidence, mais au

contraire de nous rassurer sur la robustesse du modèle d'analyse. S'agissant des données d'urbanisme et démographiques il est à constater que plus la commune est urbaine et dense plus le niveau de vie augmente. Là encore nous n'arrivons pas à une conclusion surprenante. Il est cependant intéressant de constater que le modèle permet de le vérifier.

Concernant le taux de bénéficiaires de l'APA qui peut nous indiquer un niveau de dépendance plus ou moins élevé dans un département, nous constatons également des liens très forts avec le niveau de vie. Ceci confirme un peu plus que plus les départements les moins favorisés ont tendance à avoir un besoin d'aide supérieur.

Effet sur les moyens matériels et financiers

Nous poursuivons cette analyse d'interdépendance par l'étude des moyens matériels et financiers (tableau 5). Concernant les moyens financiers, ceci pourra nous permettre de mieux comprendre ce qui peut motiver ou non l'attribution des budgets et les mécanismes de décision des conseils départementaux. Nous pourrions ainsi emmètre une critique plus objective sur les décisions d'orientation budgétaire en recherchant par exemple si le vieillissement de la population explique une part plus importante du budget lié à l'APA. Ainsi nous pourrions objectiver si les départements ont tendance à apporter une réponse qui suit l'évolution démographique. Enfin concernant les moyens matériels nous pourrions tenter de rechercher ce qui peut expliquer qu'un département soit plus riche en structure d'accueil pour personnes âgées.

Tableau 5 Interdépendance des variables matérielles et financières

	Effet sur les moyens matériels et financiers					
	Niveau de vie	Indice de vieillissement	Taux de pauvreté	Esp de vie à 65ans	Zones urbaines	Communes Isolées
Dépenses APA	3234 ⁽¹⁾ (1.564) ⁽²⁾ R ² 0.02 ⁽³⁾	-601 994 (-4.719 ***) R ² 0.19	-540 378 (-0.753) R ² 0.01	-1 002 309 (-0.193) R ² 0.0004	1 048 144 (7.609 ***) R ² 0.37	-1 860 190 (-6.072 ***) R ² 0.28
Taux d'équipement EHPAD	0,002 (1.818 .) R ² 0.003	0,108 (0.876) R ² 0	-2,59 (-6.034 ***) R ² 0.26	-4,912 (-1.069) R ² 0.01	-0,3730 (-2.816 **) R ² 0.08	0,5784 (2.006 *) R ² 0.04
Taux d'équipement SSIAD	-0.0003 (-1.655) R ² 0.03	0.03557 (2.659 **) R ² 0.07	0.03981 (0.566) R ² 0.003	-1.3276 (-2.704 **) R ² 0.07	-0.06993 (-4.509 ***) R ² 0.17	0.16844 (5.467 ***) R ² 0.24
Densité IDEL	-0.0184 (-4.249 ***) R ² 0.16	1.4501 (5.102 ***) R ² 0.21	8.683 (6.348 ***) R ² 0.30	38.16 (3.435 ***) R ² 0.11	-0.8684 (-2.258 *) R ² 0.05	2.238 (2.859 **) R ² 0.08
Dépenses totales	8,966e+04 (2.877 **) R ² 0.08	-12 392 777 (-6.903 ***) R ² 0.33	-4 667 633 (-0.418) R ² 0.002	-57 957 812 (-0.720) R ² 0.005	18 319 677 (9.371 ***) R ² 0.48	-29 918 970 (-6.39 ***) R ² 0.30
Recettes totales	9,061e+04 (2.918 **) R ² 0.08	-12 362 324 (-6.903 ***) R ² 0.33	-4 745 181 (-0.426) R ² 0.002	-56 578 278 (-0.705) R ² 0.005	18 295 935 (9.392 ***) R ² 0.48	-29 817 866 (-6.381 ***) R ² 0.30
Part de dépenses Apa	-3,335e-06 (-1.679 .) R ² 0.03	0,00052 (4.183 ***) R ² 0.15	-0,000012 (-0.179) R ² 0.0003	0,0069 (1.396) R ² 0.02	-0,00044 (-2.731 **) R ² 0.07	0,0006824 (2.008 *) R ² 0.04

	Part de 75 ans et plus	Population de 75 ans et plus	Taux de bénéficiaires de l'APA en 2013	Part de dépenses APA	Dépenses totales	Recettes totales
Dépenses APA	-7 080 834 (-4.876 ***) R ² 0.20	8,621e+02 (23.184***) R ² 0.85	531 825 (0,617) R ² 0.003		5,721e-2 (18.86 ***) R ² 0.79	5,731e-2 (18.799 ***) R ² 0.79
Taux d'équipement EHPAD	275,27 2.139 (*) R ² 0.05	-5,363e-05 (-0.67) R ² 0.005	-1.538 (-2.583 *) R ² 0.06	76.306 (0.313) R ² 0.01	-9,460 ^e -9 (-2.059 *) R ² 0.04	-9,738e-9 (-2.098 *) R ² 0.05
Taux d'équipement SSIAD	0.4193 (2.742 **) R ² 0.07	-1.631 ^e -05 (-1.773 .) R ² 0.03	0.10378 (1.238) R ² 0.02	3.7198 (0.359) R ² 0.001	-5.285 ^e -10 (-0.823) R ² 0.007	-5.322 ^e -10 (-0.829) R ² 0.007
Densité IDEL	14.077 (4.167 ***) R ² 0.15	-1.417 ^e -04 (-0.657) R ² 0.004	9.048 (5.254 ***) R ² 0.22	360.73 (1.521) R ² 0.02	9.893 ^e -08 (0.429) R ² 0.002	-1.331 ^e -08 (0.373) R ² 0.008
Dépenses totales	-1,515e+10 (-7.631 ***) R ² 0.378	1,287e+4 (18.768 ***) R ² 0.79	-9 925 595 (-0.743) R ² 0.006			
Recettes totales	-1,514e+10 (-7.658 ***) R ² 0.38	1,282e+4 (18.65 ***) R ² 0.78	-9 699 621 (-0.728) R ² 0.005			
Part de dépenses Apa	0,639 (4.505 ***) R ² 0.17	-6454e-08 (-0.704) R ² 0.005	0.0012 (1.466) R ² 0.02		-2,184e-11 (-3.684 ***) R ² 0.12	-2,185 ^e -11 (-3.677***) R ² 0.03

Légende : inférieur à 0,1% ***, inférieur à 1% **, inférieur à 5% *, inférieur à 10% (.) ⁽¹⁾ estimation du coefficient ⁽²⁾ T value, ⁽³⁾ R carré

En analysant l'effet des variables explicatives sur les recettes et dépenses, nous pouvons constater que les ressources des départements semblent significativement liées au niveau de vie de leurs habitants. En synthèse plus les habitants sont riches plus le département a un budget élevé, ce qui en soit n'est pas très surprenant, mais nous amène à renforcer la crédibilité de la base de données.

Nous pouvons constater que plus un département est urbain plus les dépenses liées à l'APA augmentent, à contrario plus il comporte de communes isolées plus les dépenses diminuent. Ceci en soit est tout à fait logique, car plus la densité de population est élevée plus la dépense croît (nous constatons une relation statistiquement significative à coefficient positif entre la densité et les dépenses APA : Coef 4094 T value 2.858). Ainsi puisque la dépense augmente en fonction du nombre d'habitants nous trouvons ici un nouvel argument en faveur de la solidité de notre base de données.

Nous pouvons par ailleurs nous intéresser plus particulièrement à la part des dépenses liées à l'APA sur le budget global qui nous permet de mieux interpréter la capacité qu'ont les conseils départementaux à lutter contre la dépendance liée à l'âge. Tout d'abord nous constatons que plus le département compte de personnes de plus de 75 ans plus il a tendance à majorer ses dépenses en faveur de l'APA. Cependant nous pourrions nous demander si cet effet ne s'explique pas simplement par le fait que le département étant plus grand, il a donc un revenu plus grand et des dépenses plus grandes. Nous observerons donc la part des plus de 75 ans sur la population totale afin d'éliminer l'effet de la taille du département. Nous constatons donc que plus l'indice de vieillissement et la part des plus de 75 ans augmente, plus la part des dépenses liées à l'APA diminue. Nous constatons en effet que plus la population du département prend de l'âge, plus le budget total se réduit. À chaque point supplémentaire, un département dépenserait en moyenne plus de 600 000 euros de moins. Ceci se confirme lorsque l'on étudie l'influence de la part des 75 ans et plus, un point supplémentaire ferait dépenser environ 7 millions d'euros de moins. En effet, plus la proportion de séniors est importante, plus faible sera le montant des dépenses liées à l'APA. Nous constatons en revanche que plus le budget du département est conséquent (marqué par le volume total de dépenses et de recettes) plus la dépense est importante. Ceci nous amène donc à penser que ces résultats s'expliquent simplement par un effet de richesse. Les départements les plus vieillissants étant les départements les plus pauvres. Cette hypothèse se confirme par l'analyse de l'effet de l'indice de vieillissement et de la part de 75 ans et plus sur le volume des recettes totales et des dépenses totales qui montre systématiquement un effet négatif très significatif.

Ceci nous amène donc à considérer un indicateur plus pertinent qu'est celui de la part des dépenses liées à l'APA en fonction du budget total du département. Une fois cette valeur intégrée nous pouvons constater un effet tout aussi significatif, mais surtout bien plus intuitif. Cette fois-ci plus l'indice de

vieillessement et plus la part de 75 ans est élevée plus la part de dépenses liées à l'APA est élevée. Chaque point d'indice de vieillissement supplémentaire augmente la part de dépenses de 0,05 % (ce qui sur une dépense moyenne de plus de 56 millions d'Euros représente environ 28 000 euros), tandis qu'une augmentation d'1 % de la part de 75 ans et plus augmente de 0.63 % la dépense liée à l'APA (soit plus de 353 000 euros en moyenne).

Nous nous intéressons ensuite aux effets sur les taux d'équipements (EHPAD et SSIAD) et la densité d'IDEL. Concernant les EHPAD, le taux d'équipement départemental ne semble pas statistiquement lié aux indicateurs d'âge et de vieillissement à l'exception de la part de personnes âgées de 75 ans et plus qui se trouve significative à 5 % où pour 1 % supplémentaire entraîne 2,42 places supplémentaires pour 1000 personnes de plus de 75 ans.

Nous constatons cependant que le taux de pauvreté a un effet négatif très significatif sur le taux d'équipement où pour 1 % de taux de pauvreté supplémentaire le département perd 2.64 places pour 1000 personnes de plus de 75 ans.

S'agissant des facteurs urbains, l'effet est significatif. Il est à noter une tendance à la baisse pour les zones urbaines qui est significativement vérifiée par une tendance à la hausse pour les zones rurales. Ainsi plus le département est dense plus son taux d'équipement a tendance à être bas. Ceci se vérifie par ailleurs par la significativité de l'effet des recettes et dépenses départementales qui tend à démontrer que plus un département est riche plus le nombre de places diminue (dans une proportion très moindre, il faut en effet 100 000 000 d'euros de différence pour perdre une place). Les départements urbains étant plus riches cette dernière observation nous conforte dans l'idée d'un lien entre l'urbanisme et le taux d'équipement.

S'agissant des SSIAD nous constatons que les variables démographiques ont une influence significative sur le taux d'équipement en SSIAD. En effet plus le département a tendance à vieillir plus il aura de places en SSIAD, 10 points d'indice de vieillissement supplémentaires entraînent une augmentation de 0,34 place. Considérant que l'écart type de l'indice de vieillissement est de 25,48 et que la moyenne du taux d'équipement est de 19,8 cet effet n'est pas à négliger. Cet effet se confirme par une significativité forte de l'influence positive du nombre de personnes de plus de 75 ans sur le nombre de places tant en proportion qu'en valeur absolue. L'espérance de vie à 65 ans quant à elle a un effet négatif sur le taux d'équipement, l'espérance de vie étant elle-même influencée par le niveau de vie et l'origine sociale.

Ces observations laissent à penser que le nombre de places de SSIAD sont fortement liées aux besoins de la population et que ce besoin semble être évalué par le biais des variables démographiques.

Enfin nous pouvons constater un lien fortement significatif entre le caractère urbain ou rural des départements où plus la population se trouve en zone isolée plus le nombre de places est élevé. Ceci mis en parallèle avec nos observations précédentes confirme l'effet du besoin sur l'offre.

Enfin, nous constatons que la densité d'IDEL est très sensible aux facteurs démographiques et sociologiques. En effet plus la population vieillit ou plus la part des 75 ans est importante plus la densité augmente. L'illustration la plus frappante se retrouve dans le fait qu'augmenter de 1 % la part de 75 ans et plus augmente la densité d'IDEL de 14 pour 100 000 habitants (pour une moyenne à 168).

Enfin l'effet du niveau de vie n'est pas non plus à négliger. Il se confirme par l'augmentation de 8 IDEL par point de taux de pauvreté supplémentaire ainsi que la corrélation avec les indicateurs urbains dont nous avons vu qu'ils étaient très significativement liés au niveau de vie.

La densité d'IDEL relevant naturellement de l'exercice libéral, il n'y a donc pas de contraintes à l'installation ni d'incitations particulières (tout du moins il n'est pas à noter de campagnes d'importances dans ce sens). La liberté d'installation s'exerçant nous pouvons constater que plus le besoin est important, plus il y a d'infirmières libérales. En d'autres termes plus il y a des personnes âgées ou de gens disposés à être en moins bonne santé plus la densité est élevée ce qui peut d'une certaine manière s'avérer rassurant. Ceci peut nous amener à penser que dans le cas particulier des IDEL la liberté d'installation a un rôle bénéfique sur la couverture des besoins de la population. Cette adaptation est d'ailleurs bien plus importante que dans le cadre des SSIAD et des EHPAD où le niveau de vie n'a pas d'effet statistiquement significatif. Nous avons constaté au contraire que plus le taux de pauvreté est important moins il y a de places d'EHPAD ce qui est l'inverse pour les IDEL.

Discussion :

Notre étude permet de démontrer le lien statistiquement significatif entre le recours à l'aide d'un proche ou d'un professionnel et le niveau de vie. Nous pouvons donc confirmer que des enjeux d'égalité sociale se posent clairement, plus le niveau de vie départemental est élevé moins la population à recours à de l'aide humaine. Nous ne saurions expliquer par une autre raison que le lien santé précarité très décrit dans la littérature et qui est par ailleurs mis en avant par le Haut Conseil de la Santé Publique²³ qui nous précise : « Les personnes précaires cumulent aussi les facteurs de risque et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres. Par ce qu'elle implique comme perte des repères et des sécurités, par ce qu'elle entraîne en termes de perte de la confiance en soi, en autrui et en l'avenir, la précarité s'accompagne en effet du risque d'un affaiblissement du souci de soi et de sa santé — et ce d'autant plus quand les attitudes et connaissances héritées de la socialisation (et ce, dès l'enfance) étaient déjà éloignées des normes médicales. »

Ainsi il semble que les luttes pour l'accessibilité aux soins qu'elles soient formelles ou informelles soient tout à fait liées aux luttes de réduction de l'exclusion et de la précarité. Ces inégalités étant d'autant plus grandes que le niveau de financement de l'APA n'est pas harmonisé de façon nationale et se trouve conditionné par des orientations budgétaires départementales, laissant alors aux conseils départementaux la responsabilité de la décision et le poids de son financement. Nous voulons bien volontiers croire qu'aucun conseil départemental ne vote de gaité de cœur une prise en charge APA faible, mais que cette décision vient à la suite d'arbitrages prenant en compte des facteurs exogènes à la dépendance elle-même. Cette hypothèse semble se confirmer par l'analyse de l'effet des ressources départementales sur le montant versé au titre de l'APA. En effet, plus un département est riche plus le budget APA est élevé. Quand bien même la part de budget consacré à l'APA est liée au besoin, en valeur cette dépense est moindre.

L'APA n'étant bien entendu qu'une composante de la prise en charge de la dépendance nous devons nous intéresser à d'autres facteurs. Un détail intéressant ressort de cette étude, nous pourrions plus parler d'une différence importante qui renforce notre regard sur le lien santé précarité. En effet nous pouvons comparer l'effet du taux de pauvreté sur le taux d'équipement en place d'EHPAD face à la densité d'infirmières libérales. Lorsque le reste à charge des premiers s'estime en milliers d'euros par mois les seconds n'en ont par essence pas (en cela que la prise en charge par l'assurance maladie est intégrale pourvu que le soin soit prescrit et que l'infirmière conventionnée ce qui est sauf de rarissime exception le cas). Alors que les premiers ont tendance à reculer face à la pauvreté très probablement en raison d'une disposition à payer moindre, les seconds ont un effet clairement inverse. Faut-il pour

²³ « adsp n° 73 - Les inégalités sociales de santé ».

autant y voir un mécanisme de compensation ? Nos données ne peuvent pas nous permettre de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse nous pouvons en revanche constater que plus la pauvreté s'installe plus les personnes dépendantes ont recours à des solutions sans reste à charge. Ne s'agit-il pas encore d'une inégalité ? Cette inégalité s'agissant des EHPAD est d'autant plus importante, Le CNSA²⁴ démontre que l'urbanisme joue un rôle important dans les tarifs moyens. Plus le département est urbanisé plus le tarif est élevé. Au final nous retrouvons une inégalité protéiforme où les classes modestes des villes doivent rejoindre des EHPAD ruraux, car moins onéreux, mais installés dans des zones où le taux d'équipement est moindre ce qui réduit d'autant plus l'accès aux soins des populations y résidant.

Conclusion

Cette étude dont l'objectif était de comprendre les mécanismes par lesquels les personnes âgées ont recours à l'aide humaine (formelle et informelle) nous a permis de mettre en avant le rôle prépondérant du niveau de vie. Pour cela nous avons procédé à plusieurs séries de régressions linéaires nous permettant d'évaluer l'effet ainsi que la significativité de cet effet.

Nous considérons donc important que le financement de la dépendance ne soit plus lié à la richesse du territoire, mais au contraire aux besoins du territoire, indépendamment de sa capacité à les financer. Ceci conduit donc à repenser l'échelle territoriale décidant des montants, mais surtout finançant les montants. Si une discussion peut avoir lieu sur un tarif de l'APA variable en fonction des besoins de la population (ce qui est d'ailleurs l'esprit de la dégressivité du barème en fonction des ressources), il semble totalement incohérent qu'à ressources égales une personne âgée dépendante se voie offrir des droits différents selon sa situation géographique. Ce n'est en tout cas pas l'esprit de l'article 1 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme.

En synthèse nous souhaitons que ces résultats mettent en valeur l'importance de la lutte contre les inégalités financières dans les politiques de luttés et de prévention de la dépendance. Avoir un regard plus attentif aux précarités permet d'anticiper les besoins d'un territoire et de définir des zones prioritaires d'action. Bien entendu dire que les zones précaires doivent recevoir plus de professionnels de santé n'est pas une révolution, cependant ce lien objective encore un peu plus cet appel à agir et amène à mieux réfléchir les méthodes de redistribution.

Enfin nous n'oublions pas les autres leviers que sont par exemple la formation et la professionnalisation des intervenants, la juste rémunération des auxiliaires de vie, les actions en faveur des conditions de travail des professionnels, mais aussi des aidants informels et bien d'autres actions

²⁴ « Analyse statistique n°4 ».

encore. Nous souhaiterions que la dépendance prenne une place plus importante dans les stratégies de prévention sanitaire liées à la précarité sociale. Et par ailleurs comme nous l'avons évoqué précédemment, que ces stratégies puissent avoir un regard décentralisé sur la gestion de la dépendance. Les départements devraient selon nous se contenter d'évaluer les besoins de la population et de coordonner la réponse de l'état sans que la charge financière ne leur revienne afin que le budget attribué au département ne soit plus lié à sa disposition à payer, mais relève réellement de la solidarité nationale.

Nous pouvons cependant considérer des limites liées à l'utilisation de bases de données différentes se répartissant sur plusieurs années (de 2014 à 2018). Nous n'avons par ailleurs pas eu à disposition l'ensemble des réponses à l'enquête vie quotidienne et santé (VQS) ceci ne nous permettant pas de réaliser un modèle PROBIT ou LOGIT qui aurait permis une analyse plus fine. Nous n'avons pas encore eu à disposition les dernières données de l'enquête VQS ce qui ne nous permet pas d'évaluer l'effet de la crise sanitaire. Nous pourrions par ailleurs envisager pour des travaux futurs de reproduire cette étude en tenant compte de ces données nouvelles. Ceci nous permettra de réaliser une analyse en panel et donc de développer avec plus de robustesse une approche prédictive.

Table des abréviations :

- EHPAD : Établissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
- SAAD : Service d’Aide A Domicile
- IDEL : Infirmier.e Diplômé.e d’Etat Libérale
- APA : Allocation Personnalisée d’Autonomie
- APL : Allocation Personnalisée au Logement
- GIR : Groupe Iso Ressource
- AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
- GMP : Gir Moyen Pondéré

Table des illustrations :

Tableau 1 Analyse de l’effet des variables sociologiques sur le recours à l'aide humaine	16
Tableau 2 Analyse de l'effet de l'urbanisme sur le recours à l'aide humaine	18
Tableau 3 Analyse de l'effet des facteurs matériels sur le recours à l'aide humaine	19
Tableau 4 Interdépendance des variables sociologiques.....	21
Tableau 5 Interdépendance des variables matérielles et financières.....	23
Figure 1 Dépendance par âge. Tableaux de l’économie Française édition 2014 INSEE.....	14

Bibliographie :

- « adsp n° 73 - Les inégalités sociales de santé ». Consulté le 28 janvier 2022.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=113>.
- CNSA. « Analyse statistique n°4 : Analyse des tarifs des EHPAD en 2016 », 21 juin 2017.
<https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees-documents-statistiques/statistiques-des-etablissements-et-services-medico-sociaux/analyse-statistique-ndeg4-analyse-des-tarifs-des-ehpad-en-2016>.
- CNSA. « Analyse statistique n°9 : Analyse des tarifs des EHPAD en 2019 – accessible », 23 avril 2021.
<https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees-statistiques/statistiques-des-etablissements-et-services-medico-sociaux/analyse-statistique-ndeg9-analyse-des-tarifs-des-ehpad-en-2019-accessible>.
- « Article Annexe 2-1 - Code de l’action sociale et des familles - Légifrance ». Consulté le 14 janvier 2022.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034696537/.
- Association Française des aidants. « Catalogue de formation professionnelle 2021 ». Consulté le 28 janvier 2022.
<https://www.aidants.fr/vous-etes-professionnel/participer-formation/decouvrir-nos-formations#Nos%20th%C3%A9matiques>.
- CNSA, et DGCS. « Etude des prestations d’aide et d’accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts », mai 2016.
https://www.cnsa.fr/documentation/enc_saad_2016_rapport_vdef.pdf.
- « Densité de population | L’Observatoire des Territoires ». Consulté le 19 novembre 2021.
<https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/densite-de-population>.
- « Estimation de la population au 1^{er} janvier 2022 | Insee ». Consulté le 28 janvier 2022.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>.

- « Etude relative à la population des majeurs protégés. Profils, parcours et évolutions – ANCREAI ». Consulté le 1 février 2022. <https://ancreai.org/etudes/etude-relative-a-la-population-des-majeurs-protoges-profils-parcours-et-evolutions/>.
- Fizzala, Arnaud. « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix ». Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Consulté le 28 janvier 2022. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/dependance-des-personnes-agees-qui-paie-quoi-lapport-du>.
- « Indicateurs de contexte – Action sociale départementale | Insee ». Consulté le 12 novembre 2021. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2382585?sommaire=2382915>.
- « Integrated Care for Older People: Guidelines on Community-Level Interventions to Manage Declines in Intrinsic Capacity ». Consulté le 14 janvier 2022. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550109>.
- Joël, Marie-Ève. « Les aidants informels, approches économiques ». *Pour* 233, n° 1 (2018): 53-60. <https://doi.org/10.3917/pour.233.0053>.
- « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 – Données sociales : La société française | Insee ». Consulté le 30 septembre 2021. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371933?sommaire=1372045>.
- Labazée, Monsieur Georges. « MISSION RELATIVE A LA TARIFICATION ET AUX PERSPECTIVES D'EVOLUTION DES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE », s. d.
- « L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) - Bénéficiaires et dépenses des départements ». Consulté le 12 novembre 2021. <https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa-beneficiaires-et-depenses/information/>.
- « L'enquête Vie quotidienne et santé (VQS) ». Consulté le 12 novembre 2021. https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/2060_l-enquete-vie-quotidienne-et-sante-vqs/.
- « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les départements - Insee Focus - 71 ». Consulté le 23 février 2022. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2513082#tableau-figure2>.
- « Revenus et pauvreté des ménages en 2014 | Insee ». Consulté le 21 janvier 2022. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3126432>.