



Conseil économique, social  
et environnemental régional

**CONTRIBUTION PRÉSENTÉE PAR  
LA COMMISSION DE LA SANTÉ, DE LA SOLIDARITÉ  
ET DES AFFAIRES SOCIALES**

**LA DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES**

**EN ÎLE-DE-FRANCE**

**Adoptée par la Commission le 11 mai 2011  
et le Bureau du CESER le 1<sup>er</sup> juin 2011**

# LA DEPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES EN ILE-DE-FRANCE

<b>A- L'ETAT DES LIEUX.....</b>	<b>3</b>
<b>1-Le vieillissement de la population francilienne .....</b>	<b>3</b>
a) La définition de la « dépendance » .....	4
b) La mesure de la perte d'autonomie .....	4
c) Les effectifs de personnes âgées en perte d'autonomie .....	5
<b>2- Les projections .....</b>	<b>6</b>
a) Une augmentation programmée du nombre de personnes âgées... ..	6
b) ... dépendantes .....	6
c) Les besoins de financement .....	7
<b>B- L'OFFRE DE SERVICES ET D'EQUIPEMENTS POUR LES FRANCILIENS AGES EN PERTE D'AUTONOMIE. ....</b>	<b>10</b>
<b>1- La situation actuelle en Ile-de-France: .....</b>	<b>10</b>
a) une offre moins développée que celle de l'ensemble du territoire national.....	10
b) de fortes disparités départementales et infra départementales .....	10
<b>2- L'évaluation des besoins :.....</b>	<b>12</b>
a) des changements dans les procédures et les orientations .....	12
b) l'adaptation à la situation des personnes âgées franciliennes.....	13
<b>3- Des difficulté pour les aidants familiaux .....</b>	<b>13</b>
<b>C- QUELLES PERSPECTIVES REGIONALES ?.....</b>	<b>14</b>
<b>1- Les actions de prévention à promouvoir.....</b>	<b>15</b>
<b>2- Les emplois à créer et à développer .....</b>	<b>16</b>
<b>3- Un nouveau statut pour les aidants familiaux ? .....</b>	<b>17</b>
<b>4- Les nouvelles technologies à privilégier .....</b>	<b>18</b>
<b>5- Conclusion .....</b>	<b>18</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>21</b>

## LA DEPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES EN ILE-DE-FRANCE

### Un sujet d'actualité

Le vieillissement de la population, aujourd'hui présenté comme phénomène inquiétant et porteur de difficultés futures, doit d'abord être perçu comme une chance pour notre société. Car, il témoigne des progrès enregistrés, non seulement sur le plan scientifique et médical mais également sur le plan des conditions de vie de la population et ce, quel que soit l'âge. Chacun sait que la grande majorité des personnes âgées de 65 ans et plus vit bien et en bonne santé. Mais, aujourd'hui la « dépendance » est devenue un enjeu sociétal majeur mobilisant les acteurs politiques et, plus globalement, les personnes concernées directement et leur entourage ainsi que tous ceux professionnels, associations, institutions... qui contribuent à sa prise en charge. Une intense réflexion est engagée au plan national sur cette question. Dans des délais très courts, devraient être organisées des conférences interrégionales et interdépartementales pour élargir le débat au niveau de la population. L'ensemble des travaux, visant à préparer les décisions relatives à la prise en charge de la perte d'autonomie, devrait intervenir dans les mois qui viennent.

C'est dans ce contexte que le CESER décide d'apporter sa contribution sur la question de la « dépendance » en Ile-de-France. La Commission santé, solidarité et affaires sociales n'a pas abordé le problème du financement global de la dépendance qui relève du débat national. Cependant, en partant de l'évaluation de la situation actuelle et future, la Commission a tenté de confronter les besoins à l'état de l'offre, avant de proposer des orientations destinées à mieux anticiper les problèmes posés.

### A- L'état des lieux

#### 1-Le vieillissement de la population francilienne

Toutes les régions ne sont pas égales devant le vieillissement. Avec un taux de 60 ans et plus voisin de 18% en 2008, la région Ile-de-France se distingue comme étant la plus jeune de la France métropolitaine. De plus, sur les 2.052.524 personnes âgées, près de 90% (89,8) ont moins de 85 ans. L'Ile-de-France connaît un vieillissement sous l'effet conjugué de deux facteurs : l'accroissement de l'espérance moyenne de vie qui a d'ailleurs davantage augmenté en Ile-de-France que dans les autres régions et l'entrée en retraite progressive de la génération des baby boomers qui n'est pas encore parvenue à son terme. L'examen de la situation infra régionale révèle des disparités notables. C'est ainsi que la part des 60 ans et plus varie de 19,5% à Paris à 15% en Seine-Saint-Denis. Si l'on prend pour base le taux de 18% observé régionalement, on peut opérer une classification grossière en distinguant :

- les départements plutôt « vieux » : Paris : 19,5% les Yvelines et les Hauts de Seine : (18%),
- les départements plutôt « jeunes » : La Seine-et-Marne (16,1%), l'Essonne (17,6%), la Seine-Saint-Denis (15%), le Val de Marne (17,1%) et le Val d'Oise (16%).

Au niveau infra-départemental, les situations sont également disparates. A titre d'exemple, on citera Paris, ville incontestablement vieillissante, plus particulièrement dans son centre et à l'ouest. Quant aux Yvelines, le schéma départemental met en évidence l'opposition entre

la jeunesse de ses villes nouvelles et le vieillissement des agglomérations de grande taille (Versailles) et limitrophes des Hauts de Seine.

**a) La définition de la « dépendance »**

Toutefois, le vieillissement n'implique pas nécessairement la « dépendance » et l'évolution la plus remarquable des dernières décennies en Ile-de-France comme ailleurs, est certainement la progression de l'espérance de vie sans incapacité majeure qui permet à de nombreuses personnes de mener une vie à domicile sans limite d'activités jusqu'à un âge avancé (au-delà des 80 ans).

Malgré ces très remarquables progrès sans précédents dans l'histoire, il existe une fraction de personnes âgées qui connaît de multiples handicaps moteurs et sensoriels dont certains empêchent l'accomplissement des actes élémentaires de la vie quotidienne comme faire sa toilette, préparer et prendre ses repas, s'habiller.... C'est ce groupe qu'on englobe de manière générale sous l'expression de « personnes âgées dépendantes. »

**b) La mesure de la perte d'autonomie**

Est considérée comme dépendante, une personne qui a besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. La dépendance est mesurée selon la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe ISO Ressources). Cette grille nationale, dont l'usage est critiqué en dépit de sa révision récente, demeure l'outil de mesure de la perte d'autonomie chez les plus de 60 ans (6 groupes sont définis, cf. annexe).

Il s'agit ici de la vision administrative et économique qui réduit la population dépendante aux seuls bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) versée par les conseils généraux.

Une autre conception de nature juridique repose sur la définition figurant dans la loi du 24 janvier 1997 sur la PSD (Prestation Sociale Dépendance) stipulant que la dépendance est « *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* ».

En mettant l'accent sur les besoins d'aide et pas seulement sur les droits accordés, cette seconde conception a pour effet d'élargir la population concernée.

Le débat, plus actuel, opposant les concepts de dépendance et de perte d'autonomie, est d'une autre nature. Les défenseurs de la seconde expression s'attaquent à la définition juridique. Ils estiment, qu'elle met d'abord l'accent sur les pertes et qu'elle place la personne âgée dans l'état de soumission.

Ils y opposent une vision plus positive conservant à la personne âgée, affectée par des limites d'activité, la capacité de se gouverner elle-même et de pouvoir, tout en bénéficiant des aides nécessaires, continuer à faire des choix et demeurer pleinement un citoyen. Les deux notions ne relèvent pas du même registre, l'une étant plus biologique et médicale, l'autre plus philosophique et éthique. (Sources : la dépendance de la personne âgée et sa prise en charge en France et en Auvergne. CESER d'Auvergne. Déc. 2010).

On ajoutera, et ce n'est pas négligeable, que la perte d'autonomie, à la différence de la dépendance réservée aux seules personnes âgées, permet d'élargir la réflexion à toutes les personnes dépendantes d'un tiers quel que soit leur âge et donc aux personnes

handicapées. La question de la « convergence » entre les groupes âgés et handicapés étant ici posée. Le choix entre les différentes conceptions est loin d'être anodin, car il conditionne la teneur des réponses apportées au problème. Il constitue un enjeu qui sera au cœur des débats sur la prise en charge de la dépendance.

### c) Les effectifs de personnes âgées en perte d'autonomie

En tenant compte du nombre de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) dispensée par les conseils généraux, on observe qu'au 31.12.2008 leur nombre en Ile-de-France atteignait 116.694, ce qui représente 5,6% de la population âgée de 60 ans et plus. Le tableau suivant fait apparaître des disparités importantes : la Seine-et-Marne, les Yvelines, les Hauts-de-Seine et l'Essonne présentent des taux sensiblement inférieurs (entre 4,6 et 4,9) à la moyenne régionale quand la Seine-Saint-Denis, Paris et, à un degré moindre, le Val d'Oise connaissent des taux supérieurs

#### Les bénéficiaires de l'APA au 31.12.2008 et en % population 60 ans et plus du département

Paris	27.296	6,2
Seine-et-Marne	10.092	4,6
Yvelines	10.767	4,1
Essonne	10.534	4,9
Hauts-de-Seine	15.501	5,4
Seine-Saint-Denis	18.587	8,1
Val de Marne	12.762	5,6
Val d'Oise	11.155	6
Total Ile-de-France	116 694	5,6

Source : DREES – Les résultats départementaux de l'APA (Région Ile-de-France) – Décembre 2008

L'ORS, en 2008, considère que les données ci-dessus sous-estiment la réalité, la perte d'autonomie des personnes âgées recouvrant un champ beaucoup plus large que celui des seuls bénéficiaires de l'APA. En effet, on ne peut exclure des effectifs les 135.000 Franciliens ou plus qui seraient atteints de la maladie Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Il ne s'agit là que d'une estimation, car il n'existe pas de véritable recensement. Mais, à leur propos, on sait que les 3/4 ont dépassé les 80 ans et que la région Ile-de-France présente le plus grand nombre de personnes atteintes. La prise en charge des soins ne pose pas normalement de problème majeur aux familles, la maladie étant classée comme ALD et prise en charge à 100%. Mais, pour ce qui concerne la prise en charge de la perte d'autonomie corrélative, il n'en va pas de même. Selon l'ORS, 42% des malades Alzheimer, soit presque la moitié, échapperaient à l'APA. Ils ne bénéficieraient ainsi d'aucune aide du seul fait que les critères utilisés pour évaluer la « dépendance » ne sont pas d'ordre cognitif. (Source : ORS. Maladie d'Alzheimer : Epidémiologie, prise en charge et prévention en Ile-de-France. Bulletin de Santé n° 13 septembre 2008).

Il faut en second lieu tenir compte des personnes ne bénéficiant pas de l'allocation personnalisée d'autonomie, parce que moins lourdement dépendantes, mais qui, ayant effectué une demande auprès d'un organisme de retraite (Régime général, MSA, RSI....) ont été classifiées GIR 5 et 6.

En troisième lieu, il faut leur ajouter les bénéficiaires de l'aide sociale légale départementale. Au total, on peut estimer que l'on atteint ici les 70.000 personnes supplémentaires, parmi lesquelles la CNAV Ile-de-France recensait en 2009, 35.000 GIR 5 et 6.

Enfin, on doit noter aussi l'existence de populations qui, soit par ignorance, soit par peur, notamment des récupérations sur succession qu'auraient à subir leurs enfants, demeurent à l'extérieur de tous les dispositifs d'aide. Ainsi, si on retient le concept de perte d'autonomie, les besoins mesurés en termes d'effectifs sont nettement plus importants que les seules 116.000 personnes recensées de l'APA qui constituent déjà une lourde charge pour les conseils généraux. Il importe d'en tenir compte dans les politiques d'action sociale et les mesures d'accompagnement.

## **2- Les projections**

Au delà de la seule situation présente, il est important de connaître les évolutions attendues dans le moyen terme. Des projections ont été élaborées par divers organismes régionaux (INSEE, DREES, DRASSIF...) qui devraient permettre de préparer les adaptations nécessaires. Il en ressort les principales données suivantes :

### **a) Une augmentation programmée du nombre de personnes âgées...**

Si l'on prend pour année de départ 2006, la population francilienne âgée de 60 ans et plus devrait, d'ici 2030, s'accroître de 46%, alors que dans le même temps la population francilienne totale n'augmenterait, pour sa part, que de 8%.

Au sein de la population âgée, ce sont les groupes 75 ans et plus et surtout 85 ans et plus qui connaîtraient la plus forte progression, respectivement + 61% et + 84%, ce qui pour cette dernière tranche représenterait un quasi doublement. Malgré cela, avec un taux de 60 ans et plus de 22% la région Ile-de-France devrait demeurer la plus jeune de France, le taux national se situant à 29%.

Selon les territoires, l'évolution ne sera pas la même. Le résultat le plus notable des projections en ce domaine est qu'on devrait assister à un rééquilibrage régional, puisque ce sont les zones les plus jeunes actuellement qui connaîtront, au cours de la période, le plus fort vieillissement. En effet, sur les 440.000 personnes âgées de 75 ans et plus supplémentaires en 2030, 61% se trouveront en grande couronne, 29% en proche couronne. Paris, pour sa part, ne connaîtra qu'une hausse de 10%, demeurant le département le plus vieux de la région.

### **b) ... dépendantes**

Pour la même période, les projections réalisées font apparaître les tendances suivantes :

- La population « dépendante » devrait s'accroître de 23.600 personnes (+15% en 15 ans). La perte d'autonomie se concentrant chez les 85 ans et plus et affectant alors près du ¼ de cette tranche d'âge.
- La part de personnes vivant en institution diminuerait (29% au lieu de 33% en 2005), au profit du maintien à domicile. Mais, quel que soit le lieu de vie et malgré le recul de l'âge d'apparition des handicaps, ces personnes âgées auront besoin d'aides.

- Même si l'espérance de vie des hommes progresse, nombre d'entre eux dépassant désormais les 80 et 85 ans, la population en perte d'autonomie sera majoritairement féminine, les hommes ne comptant que pour ¼ du groupe.
- Les besoins d'aide étant d'autant plus élevés que les handicaps sont lourds, il est important de mesurer la part que représenteront, dans les années à venir, les personnes lourdement dépendantes affectées de handicaps moteurs et/ou mentaux et de pathologies qui entravent toute capacité à effectuer les actes essentiels de la vie courante. Les chiffres sont éloquentes. En 2020, près de 44% des 75 ans et plus des personnes âgées dépendantes le seraient lourdement et leur nombre augmentera de 12.800 personnes chez les seuls 85 ans et plus.
- Il faut retenir encore que tous les départements connaîtront une augmentation du nombre de personnes dépendantes qui sera variable suivant la localisation. Sur les 14.700 personnes dépendantes supplémentaires de 75 ans et plus que comptera l'Île-de-France en 2020, 39% se trouveraient en grande couronne. La Seine-et-Marne demeurerait jeune. Ce sont les Yvelines et l'Essonne qui devront assumer la charge la plus lourde avec respectivement + 54 et + 48% de personnes supplémentaires à faible autonomie.

La petite couronne verra sa population dépendante augmenter de 8.300 personnes, soit une augmentation de près d'1/4 (23,1%) avec des disparités départementales significatives :

Seine-Saint-Denis	+26%
Val de marne	+ 21%
Hauts-de-Seine	+13%

Source : INSEE Ile-de-France - Regards sur la dépendance des personnes âgées en Ile-de-France

Quant à Paris, la situation demeurera stable, puisque si, en 2005, on y comptait 8,2% de personnes en perte d'autonomie parmi les 75 ans et plus, le taux passera à 8,7% en 2020.

Il reste à examiner les évolutions quantitatives attendues pour ce qui est des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie cognitive. Les analyses menées par l'ORS indiquent que « dans l'hypothèse de taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées constants par sexe et âge, 153.000 Franciliens de 75 ans et plus en souffriraient en 2015, soit 32.000 de plus qu'en 2006 » (Source: Maladie d'Alzheimer : épidémiologie, prise en charge et prévention en Ile-de-France, ORS, Bulletin de Santé n°13, Septembre 2008).

### c) Les besoins de financement

Sur le territoire métropolitain, la région francilienne se distingue par un certain nombre de particularismes ayant chacun une incidence sur les dépenses de perte d'autonomie et leur prise en charge.

Certains sont bien connus :

- L'Île-de-France étant la région la plus jeune en France métropolitaine, la perte d'autonomie des personnes âgées y représente une charge relativement moindre pour les conseils généraux.

- Le coût des logements et de l'hébergement en institution, qui pèse sur les budgets familiaux, y est, de manière générale, sensiblement plus élevé, que sur le reste du territoire métropolitain.
- Une dernière spécificité est moins connue, alors qu'elle représente une donnée essentielle dans l'analyse des dépenses de dépendance. En termes de ressources, en Ile-de-France, on recense à la fois le plus grand nombre de ménages âgés à revenus élevés et le moins de ménages « modestes » (source INSEE).

#### **Le niveau des ressources et les règles d'attribution de l'APA**

Les règles d'attribution de l'APA destinée à aider la personne âgée à faire face aux dépenses engendrées par son état de santé (rémunération d'une auxiliaire de vie, paiement d'une aide technique, aménagement du logement, paiement des frais de nursing en établissement...) sont, dans l'ensemble, peu contraignantes. Aucune condition de ressources n'étant exigée, toutes les personnes âgées peuvent en bénéficier dès lors qu'elles ont plus de 60 ans et qu'elles ont été classées entre les GIR 1 et 4 de la grille AGGIR, par une équipe médicosociale spécialisée. Toutefois, le texte stipule que les bénéficiaires apportent une contribution et que le montant de l'allocation est fonction des revenus. Il résulte de ces dispositions que le niveau des ressources des personnes dépendantes va exercer une influence déterminante sur les chances effectives qu'elles auront de pouvoir choisir entre le maintien à domicile et l'entrée en institution et sur ce que sera, quelque soit le mode d'hébergement retenu, leur reste à charge.

#### **La part à la charge des personnes âgées**

Le reste à payer est fonction d'un barème à trois niveaux :

- le premier plancher, en deçà duquel l'APA couvre la totalité des dépenses de dépendance.
- le second plafond, au delà duquel le bénéficiaire ne touchera que 10% du montant de l'APA et aura ainsi à assumer 90% des frais de dépendance.
- Pour les autres ménages, se situant entre les 2 seuils, la participation financière variera entre 10 et 90% du montant.

#### **Au regard de ces règles, quelle est la situation francilienne ?**

Sous l'effet des niveaux de ressources observés, les études de l'INSEE donnent l'estimation suivante :

Répartition des ménages en 2005 en fonction des niveaux de l'APA :

	Part de l'APA
8% des ménages bénéficient de	100%
15,1% ont	10%
76,9% se situent	entre 10 et 90%

Dans une région qui connaît de très grandes disparités, la classe prépondérante (76,9%), celle aux revenus moyens, doit assumer l'essentiel des financements de la prise en charge. Le niveau de l'APA, entre 10 et 90%, demeure insuffisant pour couvrir le coût de la perte d'autonomie.

### Moyenne mensuelle de l'APA à domicile en 2009 en euros

Seine-Saint-Denis	484
Val d'Oise	486
Paris	647
Seine et Marne	572
Yvelines	667
Hauts de Seine	577
Val de Marne	610

Source : DREES – Résultats départementaux de l'APA – novembre 2009  
(l'Essonne n'a pas communiqué ses chiffres)

Le fait de vivre seul a également un impact, variable d'ailleurs selon la localisation. Les personnes vivant seules en grande couronne se trouvent plus fréquemment en deçà du premier seuil alors qu'en petite couronne et à Paris, ce sont les ménages à plusieurs personnes qui relèvent le plus souvent d'une prise en charge totale.

### Quelles perspectives d'évolution ?

Cette question présente un intérêt à la fois pour les départements qui doivent prévoir leurs dépenses et pour les personnes âgées qui veulent pouvoir évaluer ce à quoi elles devront faire face en cas de dépendance. Mais avancer des prévisions en la matière est particulièrement difficile, dans le contexte actuel d'incertitude quant au devenir des dispositifs de prise en charge. De plus, l'évolution du nombre de personnes affectées par la perte d'autonomie comme les comportements de cohabitation familiale sont eux aussi aléatoires.

L'INSEE a calculé qu'en 2020 la région pourrait compter 286.000 personnes âgées de plus, soit un accroissement de 42% de personnes âgées supplémentaires susceptibles d'être dépendantes. La catégorie intermédiaire entre les deux seuils de l'APA, devrait connaître la plus forte hausse, 43,6% alors que le groupe de personnes âgées contribuant à hauteur de 90% des frais ne devrait augmenter que d'à peine 1/3. Enfin, la catégorie à très faibles revenus, bénéficiant de la prise en charge intégrale des frais de dépendance, devrait croître de 41,5%, ce qui est loin d'être négligeable.

Le dernier tableau donne un aperçu de ce que pourrait être la situation en 2020 selon les territoires et attire l'attention sur les déséquilibres qui risquent particulièrement d'affecter les territoires de la grande couronne et leurs habitants.

### Ménages supplémentaires attendus en 2020 en %

	En dessous 1er plancher de l'APA	Entre le 1 <sup>er</sup> et le 2 <sup>nd</sup> plancher	Au dessus du 2 <sup>nd</sup> plafond
Paris	+ 29,3	+28	+24,4
Petite couronne	+35,8	+35,8	+28,3
Grande couronne	+60,5	+59,3	+56,9
Ile de France	+41,5	+43,6	+34,6

Source générale INSEE Ile-de-France, Regards sur la dépendance des personnes âgées en Ile-de-France.

## **B- L'offre de services et d'équipements pour les Franciliens âgés en perte d'autonomie**

### **1- La situation actuelle en Ile-de-France**

#### **a) une offre moins développée que celle de l'ensemble du territoire national**

Comme pour les personnes en situation de handicap, notre territoire continue d'accuser globalement une offre moins développée que celle des autres régions. Pour 1.000 personnes âgées de plus de 75 ans, on compte en 2009 en Ile-de-France 79 places d'EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes - médicalisés) alors que la moyenne nationale est de 89 places pour l'ensemble du territoire. Les taux de l'Ile-de-France sont aussi inférieurs pour les SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile) - 15,8 places contre 17,2-, et en hébergement temporaire - 1,32 contre 1,54 (chiffres 2006). A ce déficit des soins infirmiers à domicile, s'ajoute celui des infirmiers libéraux avec un effectif moyen pour la France entière de 13,5 alors que pour l'Ile-de-France il est de 9,5. Seuls les accueils de jour se sont plus développés en Ile-de-France.

Les efforts de l'Etat et des conseils généraux se sont conjugués pour améliorer cette situation. Ainsi depuis 2005, l'outil de programmation pluriannuelle des financements Etat/Assurance maladie/CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) a donné priorité aux besoins de l'Ile-de-France, le PRIAC (Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie) 2008-2013 témoigne de la poursuite de cette volonté de rattrapage en prévoyant la création sur ces cinq années de 7.139 places d'EHPAD, 5.989 de SSIAD, 2.000 d'hébergement temporaire et d'accueil de jour. L'ARS (Agence Régionale de Santé) mise en place en 2010 et chargée dorénavant de la programmation confirme pour les deux dernières années du PRIAC la poursuite de cet effort avec la création de 4.300 places d'EHPAD et de SSIAD.

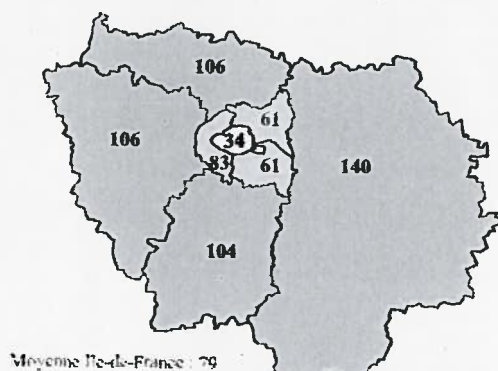
#### **b) de fortes disparités départementales et infra départementales**

En se basant sur le rapport de l'ORS d'Ile-de-France intitulé « L'offre en EHPAD et EHPA en Ile-de-France en 2009 » (*les taux d'équipement sont calculés en rapportant les capacités autorisées au 30 juin 2009 à la population des 75 ans et plus ; source : Recensement de la population - INSEE - 2006*), les constats sont parlants.

Les départements de la grande couronne ont pour le nombre de places d'EHPAD une situation beaucoup plus favorable que Paris et la périphérie. Les écarts, toujours rapportés à 1.000 habitants, sont importants : 140 places pour la Seine-et-Marne, 106 pour les Yvelines et le Val d'Oise, 104 pour l'Essonne alors que Paris compte 34 places, le Val de Marne et la Seine-Saint-Denis 61, les Hauts-de-Seine 83.

## Taux d'équipement sur la totalité des places d'EHPAD

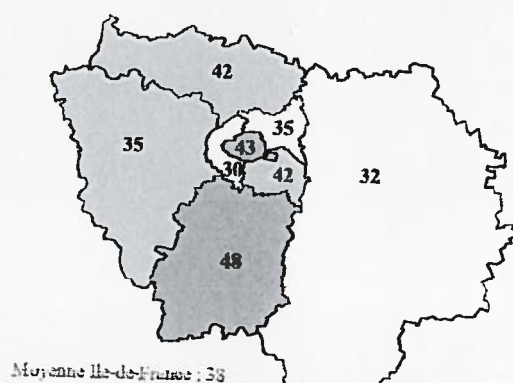
« L'offre en EHPAD et EHPA en Ile-de-France en 2009 » -Rapport de l'ORS IDF - novembre 2009



L'Etat et les conseils généraux ont donc donné priorité à la création de places à Paris, en Seine-Saint-Denis, dans le Val de Marne. Néanmoins, le coût du foncier, le manque de projets présentés par des promoteurs (commerciaux et associatifs) n'ont pas permis de corriger ces déséquilibres, même si l'on peut souligner un nombre d'ouvertures d'établissements particulièrement important en Seine-Saint-Denis.

La situation des hébergements collectifs non médicalisés est différente du fait de la création de logements foyers dès les années 70 par Paris et les communes de la petite couronne.

## Taux d'équipement en EHPA en capacité totale autorisée au 30 juin 2009



- Taux inférieur à la moyenne régionale
- Taux autour de la moyenne régionale
- Taux supérieur à la moyenne régionale

Source : Carte réalisée à partir des données fournies par la Drass, les Ddass et les Conseils généraux des huit départements d'Ile-de-France.

*« En Ile-de-France, le taux d'équipement en EHPA sur la totalité des capacités autorisées est de 39 places pour 1.000 personnes âgées de 75 ans ou plus, avec d'importantes disparités géographiques*

*Le taux d'équipement des Hauts-de-Seine (30 places pour 1.000 personnes âgées de 75 ans ou plus) est nettement inférieur à la moyenne régionale. Le taux le plus élevé est celui de l'Essonne avec 48 places pour 1.000, juste devant celui de Paris (43 places pour 1.000) ».*

Les services contribuant au soutien à domicile : Service d'Aide à Domicile (SAD), Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD)... accueils de jour, hébergements temporaires sont liés à la densité des tissus urbains et à la facilité des transports. Ils sont ainsi plus nombreux à Paris et à la périphérie.

On constate donc que la grande couronne comporte plus d'établissements mais que les possibilités de soutien au domicile sur ces territoires sont plus limitées. Cette situation est aggravée par les déficits en professionnels de santé et para médicaux étudiés dans le rapport d'octobre 2010 présenté par le Docteur Olivier AYNAUD au nom de la Commission Santé, solidarité et affaires sociales de notre CESER.

## **2- L'évaluation des besoins**

### **a) des changements dans les procédures et les orientations**

L'ARS (Agence Régionale de Santé) d'Ile-de-France prévoit pour décembre 2011 la finalisation du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale. Son volet personnes âgées devra s'articuler avec les schémas gérontologiques des départements. La loi HPST (Hôpital Patients, Santé et Territoires du 21 Juillet 2009) instaure la généralisation de la procédure d'appels à projets. L'ARS et les conseils généraux vont donc déterminer conjointement les besoins sur un territoire. Dans la perspective de réduction des inégalités cet outil peut être plus efficace.

Ces nouvelles procédures de régulation de l'offre hospitalière, ambulatoire et médico-sociale vont prendre en compte les priorités affirmées par l'ARS dans le plan stratégique régional de santé en cours de validation :

- la réduction des inégalités territoriales : il s'agit d'un objectif des planifications précédentes mais pour sa mise en œuvre l'ARS va disposer avec les appels à projet d'un outil nouveau.
- une approche intégrée entre prévention, soin et prise en charge médico-sociale : les limites d'une appréciation des besoins en fonction d'un ratio population âgée/nombre de places sont manifestes en Ile-de-France. Leur appréciation à partir du parcours de la personne, de la filière gériatrique -ce qui suppose d'avancer sur les décloisonnements entre le sanitaire (médecine de ville, ambulatoire, hôpital) et le médico-social - devrait conduire à une offre d'équipements et de services plus diversifiée et axée sur le soutien au domicile.
- la prévention, préférable au soin, rejoint les politiques de santé publique mais aussi toutes les actions menées pour assurer le maintien de la personne âgée à son domicile aussi longtemps que possible.

Les orientations de cette politique régionale devront tenir compte de la situation de la population âgée en Ile-de-France et des données concernant son évolution.

#### **b) L'adaptation à la situation des personnes âgées franciliennes**

Plus particulièrement que dans d'autres régions, les Franciliens âgés sont des personnes isolées. La canicule de 2003 avait contribué à la prise de conscience par l'opinion publique de cette donnée. Remédier à ces situations d'isolement ne nécessite pas des réponses lourdes en termes d'équipements et de médicalisation.

Des efforts supplémentaires seront nécessaires pour augmenter l'offre de logements collectifs et de logements adaptés, les collectivités locales et en particulier la Région ont à veiller à la prise en compte de ce besoin dans les programmes immobiliers de construction ou de rénovation.

Le maintien à domicile souhaité par les personnes âgées ne peut s'envisager sans la prise en compte des potentiels de recours à des professionnels médicaux et para médicaux qualifiés. Des actions sont donc à entreprendre ou à poursuivre pour leur meilleure répartition sur le territoire francilien. L'offre régionale en services et dispositifs de soutien aux aidants a besoin d'être développée sur les territoires de la grande couronne, si l'on veut que les Franciliens puissent choisir en toute liberté de rester à domicile plutôt que d'entrer en établissement.

D'autre part, comme vu précédemment, les ressources des personnes âgées en Ile-de-France présentent de fortes disparités et des évolutions préoccupantes. L'accessibilité aux équipements et services, quelles que soient les ressources est une question qui ne semble pas avoir encore été prise en compte. L'offre du secteur public est particulièrement en diminution en Ile-de-France. Le devenir des personnes âgées dépendantes prises intégralement en charge par l'assurance maladie dans le cadre des USLD (Unité de Soins de Longue Durée), va se poser du fait de la fermeture de lits de l'APHP. Le secteur commercial s'est beaucoup plus développé que le secteur associatif, le tarif moyen des hébergements est évalué à 2.000 € au niveau national, ce chiffre ne correspond pas aux réalités franciliennes et les établissements du secteur lucratif s'approchent davantage des 3.000 € et plus.

### **3- Des difficultés pour les aidants familiaux**

Le maintien à domicile est largement souhaité par les personnes âgées et encouragé par les pouvoirs publics. Cependant,

Les évolutions démographiques au niveau national se caractérisent par la croissance non seulement des populations ayant besoin d'aide, mais de celles qui les assistent. Selon l'INED, le groupe des aidants informels actuellement de 3.600.000 personnes, en comprendrait près de 10.000.000 en 2050, soit 1 personne sur 6.

Les conditions économiques modifient la donne. L'insuffisance de la couverture par l'APA, en dépit d'un coût conséquent pour les conseils généraux, rend indispensable cette aide à côté de celle des professionnels qu'elle dépasse, en temps consacré, très largement.

Les exigences de justice sociale doivent être prises en compte. L'analyse des caractéristiques des aidants montre la nécessité d'apporter un appui à cette population si l'on veut répondre aux impératifs de réduction des inégalités et de soutien aux populations en situation de fragilité. Les caractéristiques sont amplifiées en Ile-de-France par les conditions de vie, les logements, les transports, le travail des femmes, les difficultés des rapprochements familiaux et l'isolement...

Les tâches étant majoritairement assumées par :

- *les femmes* qui comptent pour 60% du groupe : conjointes, filles ou belles filles
- *des personnes dont une partie exercent une activité*. Si un peu plus de la moitié est à la retraite, le reste du groupe, appartenant à la population active, se heurte aux difficultés de conciliation de cette charge avec la vie professionnelle.
- *Des familles fragiles socialement et économiquement* : le manque d'argent et l'insuffisance de l'aide rémunérée expliquant, au delà des facteurs affectifs, l'assistance apportée aux parents âgés.
- *Des personnes connaissant elles mêmes de graves problèmes de santé* (troubles cardiovasculaires, psychosomatiques...) au point qu'une part non négligeable d'entre elles disparaissent avant les personnes assistées.

#### 4- Une aide professionnelle sous tension

L'évolution d'ici 2020 entraînera un besoin accru d'aidants professionnels à domicile comme en institutions.

En Ile-de-France, il faudrait créer au moins 18.000 emplois voire plus en institution et environ 20.000 emplois à domicile afin de répondre aux besoins des personnes âgées ayant perdu leur autonomie et ainsi améliorer leur prise en charge.

A domicile, la majorité des emplois resterait des emplois d'aide et d'accompagnement à la vie quotidienne qui nécessitent cependant formation, encadrement et suivi.

### C- Quelles perspectives régionales ?

La perte d'autonomie de la personne âgée devient une réalité concrète, consécutive à un accroissement de la part de la population la plus âgée par rapport à la population générale, accélérant ainsi les problématiques de dépendance, comme le montre cet état des lieux. Cette situation est un **enjeu majeur de société** car elle pose le problème de la dignité de la personne. C'est donc à la société d'apporter une **réponse globale reposant sur le principe de solidarité**, qui devrait permettre de laisser le choix du lieu de vie aux personnes concernées, indépendamment des conditions d'âge ou d'origine de la déficience.

Cela induit naturellement la nécessité d'une réponse avec des offres diversifiées :

- offres globales de services de proximité pour permettre le maintien à domicile,
- aides aux aidants,
- structures d'hébergement temporaire,
- E P H A D.

La réduction des inégalités de l'offre d'équipements et de services demeure une priorité pour le territoire francilien comme pour l'ensemble des territoires.

Cette approche doit aussi inclure dans ses réponses un volet prévention et accompagnement important, en raison des conséquences des maladies chroniques (particulièrement cardio-vasculaires) dans l'apparition des problèmes de dépendance, afin de retarder le plus possible leur venue et d'en minimiser ainsi les charges économiques dans les dépenses de santé, et permettre un mieux vivre.

### **1- Les actions de prévention à promouvoir**

L'évolution des maladies chroniques et leur poids dans la dynamique de croissance des dépenses de santé ont été démontrés par plusieurs études de l'assurance maladie. Cela nécessite d'accroître les actions préventives pour permettre aux personnes de devenir de véritables acteurs de leur santé, ce qui réduirait les facteurs de risque des maladies chroniques.

L'ORS d'Ile-de-France, dans son rapport sur « les Franciliens âgés en perte d'autonomie, état des lieux et perspectives », recommande d'agir sur la perte d'autonomie par la prévention des maladies cardio-vasculaires.

- « Les maladies chroniques et les limitations d'activités sont sources potentielles de perte d'autonomie »,
- L'activité physique des adultes doit être encouragée en Ile de France.

Le Plan Régional de Santé Publique 2006-2010, a fait de « la lutte contre la sédentarité à tous les âges de la vie, en associant une alimentation équilibrée et diversifiée » un de ses objectifs. Dans le cadre de ce plan, à l'exemple notamment de la Mutualité d'Ile-de-France et du GCSMS (Groupement de Coopération Social et Médico-social formé par la MSA, la CNAV et le RSI, des opérations de prévention devraient être organisées sur l'ensemble des territoires franciliens et destinées à tous :

#### **Au niveau de la prévention des maladies cardio-vasculaires :**

Par l'information sur les facteurs de risque au moyen :

- de conférences animées par des spécialistes en cardiologie portant sur les maladies cardio-vasculaires, leurs facteurs de risques et les gestes pour sauver une vie ;
- d'ateliers sur les gestes qui sauvent (reconnaître un arrêt cardiaque, massage cardiaque, utilisation de défibrillateur automatique).

Par l'importance de la nutrition :

- un élément à privilégier au sein de la famille dès la petite enfance,
- la promotion d'une alimentation équilibrée et l'incitation à la pratique d'une activité physique, tant par des conférences que des ateliers de suivi sont souhaitables,
- ainsi que le développement d'initiation à de nouvelles activités physiques type « marche nordique »...

## **Au niveau du maintien de l'autonomie décliné autour de :**

- **La mémoire**  
Avec des conférences fournissant des informations sur le processus de vieillissement cognitif et des clés pour stimuler ou faire face à la perte de la mémoire, dédramatisant ainsi ces troubles, avec des séries d'ateliers dans le but de stimuler les capacités cognitives par le biais d'art thérapie : chant, peinture etc. Le développement de centres de diagnostic précoce est nécessaire afin de prévenir le plus tôt possible les premiers signes et de freiner leur progression.
- **La prévention des chutes**  
A partir de réunions d'informations destinées au public senior sur les facteurs de risque de chute qui apparaissent avec l'âge, et les moyens de les ralentir et d'ateliers destinés à stimuler les capacités physiques des seniors afin de mieux évoluer dans l'espace.
- **La prévention des déficits sensoriels (vue, ouïe, goût...) par des dépistages organisés et un travail avec les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes, les orthoptistes...**
- **L'accompagnement des aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.**  
Avec un programme d'éducation thérapeutique permettant aux participants de se sentir mieux dans leur rôle d'aidants pour :
  - faciliter l'accompagnement du malade au quotidien pour éviter les complications et mieux collaborer avec les soignants ;
  - améliorer l'information de l'aidant sur la compréhension de la maladie et de ses symptômes ;
  - lui donner les moyens pour aménager des moments de répit afin de diminuer la charge qui est la sienne.

## **2- Les emplois à créer et à développer**

Partant des constats du PRIAC et de l'évolution démographique de la population francilienne, le travail commun DRASSIF- INSEE, s'appuyant sur les hypothèses du centre d'analyse stratégique démontre la nécessité d'au moins 38.000 emplois supplémentaires à créer d'ici 2020, pour répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes.

Avec un scénario plus volontariste dans l'adaptation de l'offre à la demande, c'est 47.900 emplois supplémentaires qu'il conviendrait de créer, dont un nombre important d'AVS (Auxiliaire de Vie Sociale), d'emplois d'aides-soignants à domicile, multiplié par un peu plus de 2,6 en Ile-de France à l'horizon 2020 !

Il convient d'observer que cet important effort nécessitera d'intégrer la dimension ressources humaines en accroissant la disponibilité des personnels qualifiés, à la fois dans les sphères sanitaires, mais aussi sociales et médico-sociales.

Il devra donc y avoir une augmentation conséquente du volume de recrutement, car les carences de personnels sont à l'origine de graves dysfonctionnements.

Cela impliquera donc pour la Région un fort développement des formations à mettre en place avec un accroissement de la qualification et la prise en compte des nouvelles technologies par l'intermédiaire d'une culture de coordination indispensable à une bonne prise en charge des multiples intervenants autour des patients dépendants.

Dans ce domaine, la même problématique que pour les infirmières, constatée par le rapport d'Olivier AYNAUD du 21 octobre 2010 sur la « Territorialité et l'offre de soins » risque de se reproduire pour ces formations si elles ne s'accompagnent pas de la reconnaissance sociale des métiers et d'une rémunération permettant de vivre correctement dans une région connaissant des problématiques de logements et de transports difficiles. Il convient également de prendre en compte les besoins des paramédicaux qui concourent aussi à l'autonomie.

Ce n'est qu'avec la réalisation de l'ensemble de ces conditions qu'une solution à la hauteur des enjeux pourra être trouvée. Elle devra s'accompagner d'une forte **communication** en direction des jeunes populations à la recherche d'emploi pour accéder à des métiers qualifiants, répondant à un besoin sociétal reconnu et permettant de vivre correctement dans notre région.

### 3- Quelle aide pour les aidants familiaux ?

- *Inciter à la meilleure structuration de la coordination des multiples intervenants formels qui assistent la personne âgée par la création d'instances remplissant la fonction de guichet unique.*

Les personnes âgées et les familles aidantes sont confrontées à une multiplicité d'organismes publics ou privés aux pratiques et aux exigences diverses : instances administratives - municipales, départementales - équipes publiques ou privées du médico-social, coordinations gérontologiques dans le domaine du soin.

- *Appuyer le projet développement de la formation des aidants familiaux*

Alors qu'aujourd'hui on estime indispensable que les aidants professionnels acquièrent une qualification, des connaissances et des savoir faire pour prendre en charge les personnes âgées, cette aide familiale ne bénéficie d'aucune formation (alors même qu'elle est amenée à pratiquer des gestes techniques et de manipulation, parfois des actes de soins et qu'il lui faut développer des qualités psychologiques et éviter les situations de maltraitance). Aujourd'hui, 10% des aidants familiaux seulement ont bénéficié de formation alors que plus de 50% d'entre eux souhaitent pouvoir en bénéficier (Fondation Novartis : enquête sur les aidants familiaux en France - 2010).

Enfin, faut-il préconiser la reconnaissance de droits des aidants des personnes âgées comme cela existe pour les aidants des personnes handicapées ?

- *Concourir à l'accroissement des lieux de répit comme les accueils de jour et les structures d'hébergement temporaire, notoirement insuffisants et mal répartis sur le territoire d'Ile-de-France.*

Le maintien à domicile de longue durée implique l'augmentation sensible du nombre de places disponibles répondant aux critères d'accessibilité géographique et financière et de flexibilité temporelle.

Les services qui peuvent soutenir et soulager les aidants : SSIAD, SAAD, hébergement temporaire, accueils de jour sont non seulement inégalement répartis mais fragilisés par leur modèle économique : les rythmes d'activité, les frais de transport, les coûts d'un personnel qualifié ne sont pas suffisamment pris en compte pour permettre une activité équilibrée financièrement. La situation critique de services à domicile financés par les Conseils généraux et la CNAV en est une illustration. Une simplification et une stabilisation de leurs cadres budgétaires et de leurs modalités de financement est attendue.

#### **4- Les nouvelles technologies à privilégier**

Face à ces enjeux, dans une situation budgétaire contrainte pour l'Etat, les collectivités territoriales et sur fond de crise économique, peut-être serait-il souhaitable de regarder également ce que pourrait apporter les nouvelles technologies :

- la communication : email, vidéo, téléphones simples, ordinateurs, ipod...,
- la sécurité : téléassistance, détecteur de chute, capteurs de mouvements, vidéo-surveillance...,
- la santé et le bien-être : télémédecine, dictaphone, appareil pour la prise de médicaments,
- l'apprentissage : internet, logiciels cérébraux...,
- l'amélioration et l'adaptation de l'habitat pour le grand âge.

La Région pourrait initier des expérimentations, avec d'autres collectivités et des pôles de recherche.

#### **5- Conclusion**

Le ministère de la Santé, dans le cadre de la préparation de la nouvelle loi de Santé publique, a fixé trois finalités à long terme à l'horizon 2025, dont l'une est de « développer la capacité d'autonomie de chacun en la soutenant collectivement ».

Des politiques actives du maintien de l'autonomie à tous les âges de la vie posent ainsi clairement la nécessité d'une réponse globale aux problématiques du vieillissement et des risques de la perte d'autonomie qui l'accompagnent.

L'ARS définit dans son projet de plan stratégique de santé, les orientations prioritaires pour répondre aux besoins des personnes âgées en Ile-de-France :

- la réduction des inégalités territoriales en termes de services et d'équipements,
- la mise en place d'un parcours de santé lisible et accessible aux personnes âgées (développement des soins de premiers recours, des réseaux, des coopérations entre structures),

- la possibilité d'un libre choix impliquant des établissements accessibles en fonction des ressources ou l'accompagnement nécessaire au maintien au domicile,
- la nécessité de rééquilibrage entre soin et prévention au profit de cette dernière, pour une meilleure efficacité de la prise en charge des pathologies chroniques et une meilleure protection de la population face aux risques sanitaires,
- le développement d'une approche globale de la personne et de ses besoins pour mettre de la cohérence dans le parcours de santé des usagers.

Le CESER souscrit à ces orientations. Il estime que leur mise en œuvre effective va largement dépendre des mesures prises au niveau national, suite à l'ouverture du chantier sur la dépendance.

Pour l'Île-de-France, il s'agit non seulement de poursuivre le rattrapage en termes d'offres d'équipements mais aussi de traiter des questions d'accessibilité financière. L'évolution des ressources des Franciliens montre un décalage croissant avec le coût des équipements. Cette situation peut conduire un nombre important de personnes âgées à rester chez elles, sans aide suffisante pour compenser leur perte d'autonomie.

Les réponses aux enjeux du vieillissement ne peuvent se concevoir sans le développement des actions de prévention. Le décloisonnement entre le secteur sanitaire et médico-social devrait favoriser les diagnostics précoces, mais la prévention implique aussi la coordination entre tous les acteurs et une approche de la perte d'autonomie plus large que celle liée actuellement aux outils d'évaluation de la dépendance.

Les soutiens au domicile ont besoin d'être repensés et renforcés. La crise que traversent actuellement les services sociaux d'aide à domicile impose de revoir leur financement. Par ailleurs, des soutiens aux aidants peuvent être apportés par les hébergements temporaires, les accueils de jour ou d'autres formules innovantes, mais leur modèle économique est mal assuré et freine leur développement. Les réponses alternatives aux établissements médicalisés sont à encourager : appartements adaptés, unités de vie spécifiques, logements foyers. La dépendance des personnes âgées pose avec acuité dans notre région, la question de l'adaptation du logement nécessaire pour le maintien à domicile. Ceci implique que le chantier de la dépendance concerne non seulement l'État mais aussi les collectivités territoriales et nécessite une gouvernance appropriée.

Pour l'Île-de-France, peut-être plus encore que pour les autres régions, les difficultés de recrutement de personnel qualifié appellent des mesures pour renforcer l'attractivité des métiers et faciliter l'accessibilité aux formations. Ces difficultés sont aggravées dans notre région par le coût de la vie et la question des faibles rémunérations de ces personnels ne peut être éludée.

Ainsi, la Région devrait partir de cette approche globale pour :

- Jouer un rôle fédérateur dans le développement des politiques de prévention en Île-de-France, en encourageant les synergies des opérateurs œuvrant dans ce champ.
- Favoriser la mise en place d'un guichet unique d'information, relais des acteurs locaux, au service des Franciliens, dans lequel ils pourraient trouver des réponses à leurs problématiques de perte d'autonomie sur les territoires.

- Etre un élément moteur et dynamisant pour promouvoir quelques expérimentations d'utilisation des nouvelles technologies dans ce domaine.
- Investir massivement dans la promotion et la formation des divers métiers qui concourent au maintien de l'autonomie, pour permettre aux Franciliens de mieux vivre dans leur domicile, comme ils le manifestent massivement.
- Encourager la lutte contre l'isolement par le développement des lieux permettant du lien social.

En investissant ces différents champs d'intervention, la Région apporterait une efficacité et une synergie à la hauteur de la globalité de réponse que pose la problématique du vieillissement et du maintien de l'autonomie sur notre territoire francilien.



## Annexes

### La grille AGGIR

Les 6 groupes que compte la grille AGGIR (autonomie, gérontologie, groupe ISO ressources), grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie chez les personnes âgées de 60 ans ou plus.

GIR 1 : Perte de l'autonomie motrice et mentale (personnes confinées au lit ou au fauteuil)

GIR 2 : Prise en charge de la plupart des activités de la vie courante

GIR 3 : Besoin d'aide pour leur autonomie corporelle (toilette, habillage...)

GIR 4 : besoin d'aide (toilette, habillage) mais personnes pouvant se déplacer chez elles.

GIR 5 : Besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR 6 : Pas de perte de l'autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'APA.

Les GIR 5 et 6 peuvent obtenir des prestations d'aide à domicile.

### L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'attribution de l'APA est fondée sur une évaluation du degré d'autonomie de la personne réalisée par une équipe médico-sociale. Contrairement à la dépendance au sens de l'enquête « Handicap, Incapacité, Dépendance » (HID), déclarative et donc estimée, l'APA est versée aux personnes dont la dépendance est reconnue administrativement.

Dans son volet « Aide à domicile », le montant de l'APA est déterminé en fonction des besoins relevés par le plan d'aide réalisé par l'équipe médico-sociale : intervention d'une aide à domicile relevant d'un organisme agréé ou autorisé, rémunération d'un salarié employé directement par la personne âgée, financement d'autres formes d'aides (téléalarme, articles d'hygiène, petits aménagements du domicile...). En 2009, le montant maximum mensuel du plan d'aide est de 1 224,63 € pour les personnes classées en GIR 1 (les plus dépendantes), de 1 049,68 € pour les personnes en GIR 2, de 787,26 € pour les personnes en GIR 3 et de 524,84 € pour les personnes en GIR 4.

En établissement, l'APA permet le financement du tarif dépendance fixé pour l'établissement. Elle est versée, directement à la personne bénéficiaire ou à l'établissement d'hébergement, ou sous forme de dotation globale à l'établissement.

Le montant final versé au bénéficiaire, calculé à partir du montant de l'APA déterminé par son degré de dépendance, dépend également de son niveau de ressources.

Lorsque le demandeur vit en couple, les ressources du ménage sont divisées par 1,7. L'APA est une aide individuelle, elle peut donc être touchée par plusieurs personnes d'un même ménage.