

DOSSIERS solidarité et *santé*

Dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes

Des dépenses comparables en institution et à domicile.

N° 42

Août 2013

La France compte 1 320 000 personnes âgées dépendantes en 2008 d'après les enquêtes Handicap-Santé. Elles représentent 10% des personnes de plus de 60 ans et une sur trois vit en institution (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, maison de retraite ou unité de soins de longue durée). Les dépenses de santé de ces personnes sont mal connues et l'appariement des enquêtes Handicap-Santé avec le système d'information de l'assurance-maladie permet de les éclairer.

Lorsqu'elles vivent à domicile, les personnes âgées dépendantes ont des dépenses de santé jusqu'à trois fois plus élevées que celles qui sont autonomes, notamment en raison des soins infirmiers, de kinésithérapie et de certains matériels médicaux. En revanche, elles ont des dépenses plus faibles en soins de spécialistes, dentaire et optique. Enfin, à niveau de dépendance comparable, les dépenses des personnes hébergées en institution sont proches de celles de leurs homologues à domicile.



Lucie CALVET, Alexis MONTAUT

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Ministère de l'Économie et des Finances

Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

Avec le vieillissement de la population, la prise en charge des personnes âgées dépendantes est devenue un enjeu majeur. La dépendance est un état délicat à définir. Elle peut l'être cependant, par analogie avec le handicap, comme un état durable de la personne âgée entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser des actes de la vie quotidienne. L'étude se focalise sur les personnes de 60 ans ou plus, âge à partir duquel l'Allocation Personnalisée d'Autonomie peut être perçue.

En 2011, deux rapports, celui de Bertrand Fragonard « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées¹ » et celui du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie « Assurance maladie et perte d'autonomie - Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées », ont relevé le manque d'information sur le coût de la dépendance. Ces deux rapports ont souligné la nécessité d'améliorer le système d'information et la nécessité, entre autres, de distinguer dans les dépenses de l'assurance maladie la part des dépenses liée à la dépendance de celle liée à la santé.

L'enquête Handicap-Santé, appariée avec les données de remboursement de l'assurance maladie permet aujourd'hui de mesurer les dépenses de soins de ville des personnes âgées selon le niveau de dépendance, mesuré par le Groupe Iso-Ressources (GIR).

Cette étude a deux objectifs : d'une part, mesurer les dépenses de soins de ville des personnes âgées de 60 ans ou plus selon leur niveau de dépendance et selon le type de dépenses (médecins généralistes, soins infirmiers, pharmacie, ...), et d'autre part comparer la dépense et le recours aux soins des personnes âgées vivant à domicile à celles vivant en établissement pour personnes âgées.

Une personne âgée de 60 ans ou plus sur dix est dépendante

En France, en 2008, 1 320 000 personnes âgées de 60 ans ou plus sont dépendantes, d'après les données des enquêtes Handicap-Santé 2008-2009 réalisées auprès de personnes vivant à domicile (2008) ou en institution (2009) (voir encadré 1). Le niveau de dépendance est mesuré par le GIR, ou plus exactement par un pseudo-GIR reconstitué à partir des réponses des enquêtés² pour le volet « ménages » (voir encadré 2). Ainsi, le périmètre de l'étude n'est pas limité aux seuls bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), mais à toutes les personnes âgées dépendantes, de 60 ans ou plus, qui pourraient y prétendre³.

Un tiers d'entre elles vivent en institution (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou Ehpad, maisons de retraite et Unités de soins de longue durée, ou USLD). Sont définies ici comme « dépendantes » les personnes classées dans les groupes iso-ressources 1 à 4, soit 10 % des personnes de 60 ans ou plus (voir tableau 1). La très grande majorité des personnes de 60 ans ou plus (86 %) est classée en GIR 6 (personnes autonomes) et vit à domicile. La proportion de personnes en institution augmente avec le niveau de dépendance : 60 % des personnes en GIR 1 et 2 sont ainsi hébergées en institutions. Dans cette étude, les dépenses de santé de ces personnes âgées, issues des données de remboursement de l'assurance maladie appariées aux données des enquêtes Handicap-Santé (voir encadré 1), sont décrites selon leur niveau de dépendance.

¹ Quatre groupes de travail ont été constitués réunissant les principaux acteurs et ont été chargés de traiter le thème de la dépendance sous tous ses aspects, sociaux, démographiques, médicaux et financiers. Le groupe n°4 animé par Bertrand Fragonard était en charge de ce dernier aspect.

² Eghbal-Téhérani S., Makdessi Y., (2011), « Les estimations GIR dans les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009 », Document de travail, *Série Sources et méthodes* Drees, n°26.

³ Au 31 décembre 2008, le nombre de bénéficiaires de l'APA était de 1 115 000 personnes (Clotilde Debout, Seak-Hy Lo (2009) « L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 31 décembre 2008 » *Études et Résultats* n°690.) Cet écart de 200 000 personnes peut être expliqué par deux facteurs : d'une part, par le non recours à l'APA de personnes potentiellement éligibles ; et d'autre part, la « reconstruction » théorique du niveau de dépendance (le GIR) par la Drees, à partir des informations de l'enquête Handicap Santé, qui ne correspond pas parfaitement à la manière de « coder » le GIR lors de l'évaluation menée par les services des conseils généraux auprès des demandeurs (cf. Eghbal-Téhérani, Makdessi, 2011).

TABLEAU 1

Nombre et proportion de personnes par GIR et type d'hébergement

GIR	Nombre d'individus			Part dans l'ensemble des 60 ans ou plus		
	Ménage	Institution	Ensemble	Ménage	Institution	Ensemble
1 et 2	180 000	240 000	420 000	1 %	2 %	3 %
3	210 000	80 000	290 000	1 %	1 %	2 %
4	510 000	100 000	610 000	4 %	1 %	5 %
5	570 000	40 000	610 000	4 %	0 %	4 %
6	11 720 000	40 000	11 760 000	86 %	0 %	86 %
Total	13 190 000	500 000	13 690 000	96 %	4 %	100 %

CHAMP : FRANCE, PERSONNES DE 60 ANS OU PLUS VIVANT À DOMICILE OU EN EHPAD, USLD OU MAISON DE RETRAITE.

SOURCES : INSEE, ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ 2008, VOLET « MÉNAGES » ET 2009, VOLET « INSTITUTION ». EFFECTIFS ESTIMÉS À PARTIR DE LA RECONSTITUTION DU PSEUDO-GIR (VOIR INFRA).

NOTE : LES GIR1-2 ONT ÉTÉ REGROUPÉS POUR OBTENIR UN EFFECTIF SUFFISANT.

ENCADRÉ 1

L'appariement de l'enquête Handicap-Santé avec les données du Sniir-am, une source de données inédite

L'enquête Handicap-Santé a été réalisée en 2008 auprès de 30 000 individus vivant à domicile pour le volet Ménage⁴ (HSM) et en 2009 auprès de 9 000 individus vivant dans 1 500 institutions (Ehpad, USLD, maison de retraite, établissement psychiatrique, Centres d'hébergement et de réinsertion sociale, ...) pour le volet Institution⁵ (HSI). Ce dispositif d'enquête permet d'étudier la santé et la situation au regard de la dépendance des personnes interrogées. En particulier, les niveaux de dépendance ont été mesurés en calculant un **pseudo-GIR** construit à partir des déclarations des enquêtés aux questions sur les Activités de la vie quotidienne (AVQ ou ADL, *activities of daily living*, en anglais) et les Activités instrumentales (AIVQ ou IADL, *instrumental activities of daily living*, en anglais) des enquêtes HSM et HSI. Cette définition permet d'élargir le champ d'étude à la population ciblée par l'APA, sans se restreindre aux seuls bénéficiaires de cette allocation.

Pour compléter ce dispositif, les données de l'enquête ont été appariées aux données médico-administratives de remboursement de l'assurance maladie. (le système d'information inter-régime de l'assurance maladie, le Sniir-am)⁶. Ces données permettent de connaître le recours aux soins et les dépenses de santé des enquêtés sur les douze mois précédant l'enquête avec une décomposition très fine des postes de dépenses. La fusion de ces deux sources permet pour la première fois d'analyser les dépenses de santé des personnes âgées en les croisant avec leur niveau de dépendance.

Pour la partie « ménage », on s'appuie sur un échantillon représentatif de 7 200 personnes âgées de 60 ans ou plus pour lesquelles on dispose à la fois d'une estimation de leur niveau de dépendance (GIR 1 à 6) et de leurs dépenses de soins de ville (taux de recours, dépense moyenne remboursée aux personnes ayant eu effectivement recours, ticket modérateur, dépassement, participations et forfaits divers) par grands postes (soins de généralistes, de spécialistes, consommables dont médicaments, transports, soins infirmiers, soins de kinésithérapie, biologie, soins optiques et dentaires). Pour la partie « institution », le champ retenu est les personnes âgées de plus de 60 ans hébergées en Ehpad, en maison de retraite ou en USLD. Cet échantillon comporte 2 300 individus répartis dans 583 établissements.

Le champ couvert par les données du Sniir-am correspond à l'ensemble des soins de ville remboursés par l'assurance maladie. Les soins d'ostéopathe ou de psychologue par exemple en sont donc exclus. De même, l'automédication ne peut être mesurée ici. Enfin, les Services de soins infirmier à domicile (SSIAD) sont également exclus du champ.

Pour le volet « ménages », les données du Sniir-am se rapportent à la période du 1er juillet 2007 au 30 juin 2008, soit 12 mois de consommations médicales. Les données appariées avec les informations relatives aux hospitalisations n'étant pas disponibles au moment de la réalisation de l'étude, seuls les « soins de ville » sont pris en compte⁷.

Le degré de dépendance d'une personne âgée dépend du niveau des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité qu'elle subit, et non directement de son état de santé. Toutefois, la frontière entre dépendance et problèmes de santé est poreuse, dans la mesure où ces limitations résultent souvent de problèmes de santé actuels ou passés. La difficulté pour évaluer le coût de la dépendance en termes de dépenses de santé provient ainsi du lien étroit qui existe entre niveau de dépendance et état de santé. En effet, les personnes les plus dépendantes sont également les plus malades, cumulant souvent plusieurs pathologies. Or, seule une partie de leur dépense est attribuable à la perte d'autonomie, le reste étant la conséquence de leur état de santé. Dans cette étude, la maladie est repérée par la présence

⁴ Bouvier G., « Le volet Ménage de l'enquête Handicap-Santé, Présentation, calcul des poids », Document de Travail INSEE (2011).

⁵ Bouvier G., « Le volet Institution de l'enquête Handicap-Santé, Présentation, calcul des poids », Document de Travail INSEE (2011).

⁶ Montaut A., Calvet L., Bouvier G., Gonzalez L., (2013) « L'appariement handicap-santé et données de l'assurance maladie » Document de travail, *Série sources et méthodes*, n°39.

⁷ D'après les chiffres fournis dans le rapport « Vieillesse, longévité et assurance Maladie » du HCAAM (2010), pour les personnes âgées de 60 ans ou plus, les dépenses de soins de ville représentent 1,5 fois la dépense d'hôpital.

d'une ou plusieurs Affections de longue durée (ALD, voir encadré 3). Cette distinction permet de comparer les dépenses de santé des personnes malades (en ALD) selon leur degré de dépendance.

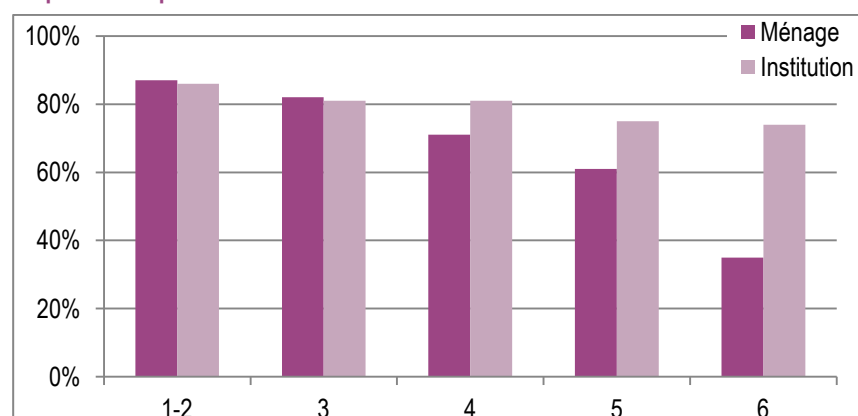
La difficile distinction entre le « care » et le « cure »⁸

Les personnes âgées les plus dépendantes sont aussi plus souvent en ALD. En effet, à domicile, 90 % des personnes en GIR 1-2 sont en ALD contre 35 % des personnes en GIR 6. Voir graphique 1. En institution, la majorité des personnes est en ALD quel que soit le GIR (de 90 % en GIR 1 et 2 à 70 % en GIR 6). C'est en partie parce qu'elles ont une santé plus dégradée que ces personnes ne peuvent être maintenues à domicile.

Comme indiqué ci-dessus, la frontière entre ALD et dépendance est toutefois ténue car de nombreuses situations de dépendance ont pour origine une affection de longue durée (par exemple la maladie d'Alzheimer, un accident vasculaire cérébral, ...). Dans la suite de cette étude, les dépenses de soins de ville seront présentées selon le niveau de dépendance et la présence d'ALD.

GRAPHIQUE 1

Proportion de personnes en ALD selon le GIR et leur lieu de vie



CHAMP : FRANCE, PERSONNES DE 60 ANS OU PLUS VIVANT À DOMICILE OU EN EHPAD, USLD OU MAISON DE RETRAITE.

SOURCES : INSEE 2007-2008 – APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ MÉNAGES – SNIIRAM, ET 2009 – APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ INSTITUTION – SNIIRAM, CALCULS DREES.
NOTE : LA PROPORTION DE PERSONNES EN ALD EST APPRÉCIÉE AVEC UNE PLUS GRANDE MARGE D'ERREUR POUR LES PERSONNES EN GIR 1-2 EN RAISON DU PETIT NOMBRE DE PERSONNES ENQUÊTÉES DANS CETTE SITUATION.

ENCADRÉ 2

La grille Aggir, un outil pour mesurer la dépendance

La grille Aggir (Autonomie, gérontologique et groupe iso-ressource) permet d'évaluer le degré de dépendance d'une personne âgée. Ce degré est évalué sur la base de dix critères, mesurant l'autonomie physique et psychique :

- cohérence,
- orientation,
- toilette,
- habillage,
- alimentation,
- élimination,
- transferts (se lever, se coucher, s'asseoir),
- déplacement à l'intérieur,
- déplacement à l'extérieur,
- communication à distance (téléphone, alarme, sonnette...).

⁸ La littérature anglo-saxonne différencie « to cure » et « to care », le « soigner » (au sens médical) et « prendre soin » (aide à l'autonomie).

En fonction de leur degré de difficultés pour réaliser ces actions, les personnes sont réparties en 6 groupes, dits "iso-ressources" (GIR), du plus léger, le GIR 6 au plus grave, le GIR1.

Cette grille d'évaluation est utilisée par les Conseils généraux comme outil d'éligibilité pour l'octroi de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA), entrée en vigueur en 2002.

Le GIR 1 correspond aux personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions mentales sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le GIR 2 comprend deux groupes de personnes âgées : celles qui sont confinées au lit ou fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.

Le GIR 3 correspond pour l'essentiel aux personnes âgées ayant conservé leurs fonctions mentales, partiellement leur capacité à se déplacer mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles n'assument pas seules l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale.

Le GIR 4 comprend essentiellement deux groupes de personnes : d'une part celles qui n'assument pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. La grande majorité d'entre elles s'alimente seule ; d'autre part celles qui n'ont pas de problèmes pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que les repas.

Le GIR 5 correspond aux personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Le GIR 6 regroupe toutes les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

Alzheimer et affections psychiatriques fréquentes en institution

En institution, les ALD les plus fréquentes sont la maladie d'Alzheimer et les affections psychiatriques de longue durée⁹. Voir graphique 2. La maladie d'Alzheimer est la principale ALD chez les personnes en GIR 1 et 2 (40 % des individus en ALD¹⁰), tandis que les affections psychiatriques sont la principale ALD chez les personnes en GIR 5 et 6 (30 % des individus en ALD). Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont surreprésentées en institution, car le maintien à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est particulièrement difficile, notamment lorsqu'il n'y a pas d'aidant familial (Chazal, 2011).

Ces pathologies¹¹ sont donc moins fréquentes chez les personnes âgées qui vivent à leur domicile ; 35 % des personnes en GIR 1 et 2 à domicile et en ALD souffrent de la maladie d'Alzheimer (mais les effectifs sont faibles, la majorité des personnes en GIR1-2 vivant en établissement), et moins de 10 % des personnes en GIR 3-4. Les tumeurs, l'hypertension artérielle et le diabète sont les principales ALD des personnes vivant à domicile. Elles concernent chacune 20 à 25 % des personnes en ALD.

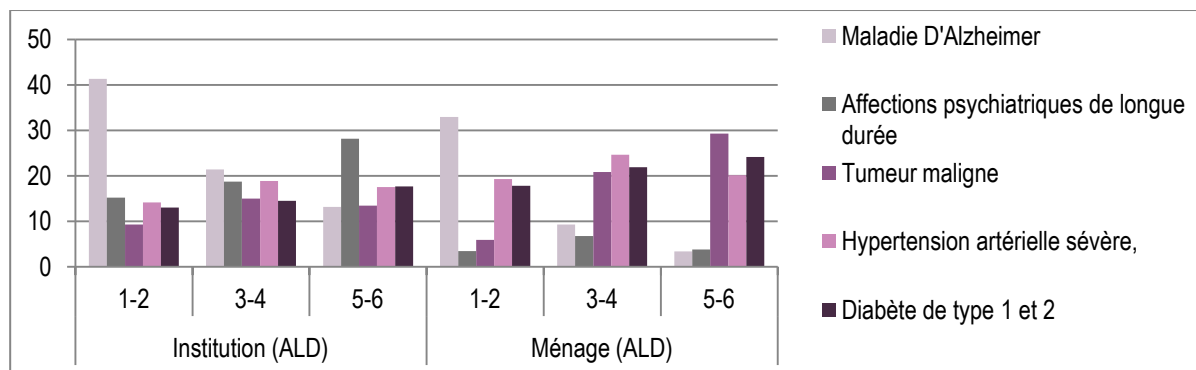
⁹ Les établissements psychiatriques sont exclus du champ de l'étude.

¹⁰ Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'enquête auprès des Établissements d'hébergement pour personnes âgées, selon laquelle 36 % des résidents sont atteints de démence pour l'ensemble des établissements pour personnes âgées et même 42 % des résidents pour les seuls Ehpad.

¹¹ Les pathologies et polyopathologies les plus fréquentes des personnes âgées sont décrites dans le rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014 » de la Cnam p 47-49.

GRAPHIQUE 2

Part des personnes atteintes de chaque ALD, parmi les personnes atteintes d'au moins une ALD



CHAMP : FRANCE, PERSONNES DE 60 ANS OU PLUS EN ALD VIVANT À DOMICILE OU EN EHPAD, USLD OU MAISON DE RETRAITE.

SOURCES : INSEE 2007-2008 – APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ MÉNAGES – SNIIRAM, ET 2009 – APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ INSTITUTION – SNIIRAM, CALCULS DREES.

NOTE : SEULES LES CINQ AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE LES PLUS FRÉQUENTES SONT REPRÉSENTÉES SUR LE GRAPHIQUE. LES AUTRES ALD LES PLUS FRÉQUENTES, QUI N'APPARAISSENT PAS DANS LE GRAPHIQUE, SONT LES INSUFFISANCES CARDIAQUES GRAVES, LES INFARCTUS CORONAIRES, LES ARTÉRIOPATHIES CHRONIQUES ET LES AVC INVALIDANTS.

ENCADRÉ 3

Les Affections de longue durée

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur. Les trente affections ouvrant droit au dispositif ALD sont les suivantes :

- Accident vasculaire cérébral (AVC) invalidant
- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
- Bilharziose compliquée
- Insuffisance cardiaque, trouble du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves
- Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
- Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH
- Diabète de type 1 et diabète de type 2
- Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave
- Hémoglobinopathies, hémolyses
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
- Hypertension artérielle sévère¹²
- Maladie coronaire
- Insuffisance respiratoire chronique grave
- Maladie d'Alzheimer et autres démences
- Maladie de Parkinson
- Maladies métaboliques héréditaires
- Mucoviscidose
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique
- Paraplégie
- Périarthrite noueuse, Lupus Erythémateux Aigu Disséminé, sclérodermie généralisée
- Polyarthrite rhumatoïde
- Affections psychiatriques de longue durée
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
- Sclérose en plaques
- Scoliose structurale évolutive

¹² Suppression des nouveaux cas d'hypertension artérielle sévère de la liste des ALD depuis 2011.

- Spondylarthrite ankylosante grave
- Suites de transplantation d'organe
- Tuberculose active, lèpre
- Tumeur maligne

À cette liste s'ajoutent les formes évolutives ou invalidantes d'affections graves caractérisées hors liste (ALD 31) et les polyopathologies invalidantes (ALD 32).

L'information sur la présence d'ALD est issue des données du Sniir-am. Sont considérées comme étant en ALD les personnes ayant bénéficié au moins une fois dans l'année d'une exonération de ticket modérateur pour motif d'ALD.

Dans la partie suivante, on présente les dépenses de soins de ville des personnes âgées vivant à domicile. Dans la troisième partie, les dépenses de soins de ville des personnes âgées en institution sont décrites et comparées à celles des personnes âgées vivant à domicile, du moins pour la partie qui est individualisable et donc comparable. En effet, si les consommations de soins, dès lors qu'elles ont été remboursées, sont intégralement connues pour les personnes qui vivent à domicile, pour celles qui vivent en institution, une partie des dépenses est prise en charge par l'institution (soins infirmiers, matériel médical), et n'est donc pas individualisable. La comparaison de dépenses entre les personnes vivant à domicile et celles en institution est en outre rendue délicate par le fait que les deux populations sont bien distinctes, notamment en terme d'état de santé, avec des profils de pathologies différents.

Les dépenses de soins de ville des personnes âgées à domicile augmentent avec le niveau de dépendance

Les dépenses de santé sont croissantes avec la présence d'ALD et avec le niveau de dépendance. En moyenne, à niveau de dépendance donné, les personnes avec ALD ont une dépense de santé deux fois plus élevée que les personnes sans ALD. Par ailleurs, parmi les personnes avec ALD, les dépenses de santé augmentent avec le niveau de dépendance : elles s'élèvent à 9 400 € pour les soins de ville en GIR 1-2 contre 3 500 € en GIR 6. Il faut noter cependant que ces chiffres sont des dépenses moyennes, toutes ALD confondues, alors que le poids des différentes ALD diffère selon le niveau de dépendance.

En particulier, les dépenses en actes de soins infirmiers (AIS)¹³, soins de masseur-kinésithérapeute et matériel médical deviennent prépondérantes chez les plus dépendants, puisqu'elles représentent 6 000 € par an pour les GIR 1 et 2, contre 500 € en GIR 6. Voir *graphique 3*. À l'opposé, les dépenses en spécialistes, dentaire et optique s'amenuisent à mesure que le niveau de dépendance augmente. Les autres soins (généraliste, médicament, biologie et actes médicaux infirmiers (AMI)¹⁴) ne dépendent pas directement du niveau de dépendance, mais plutôt du fait d'être en affection de longue durée.

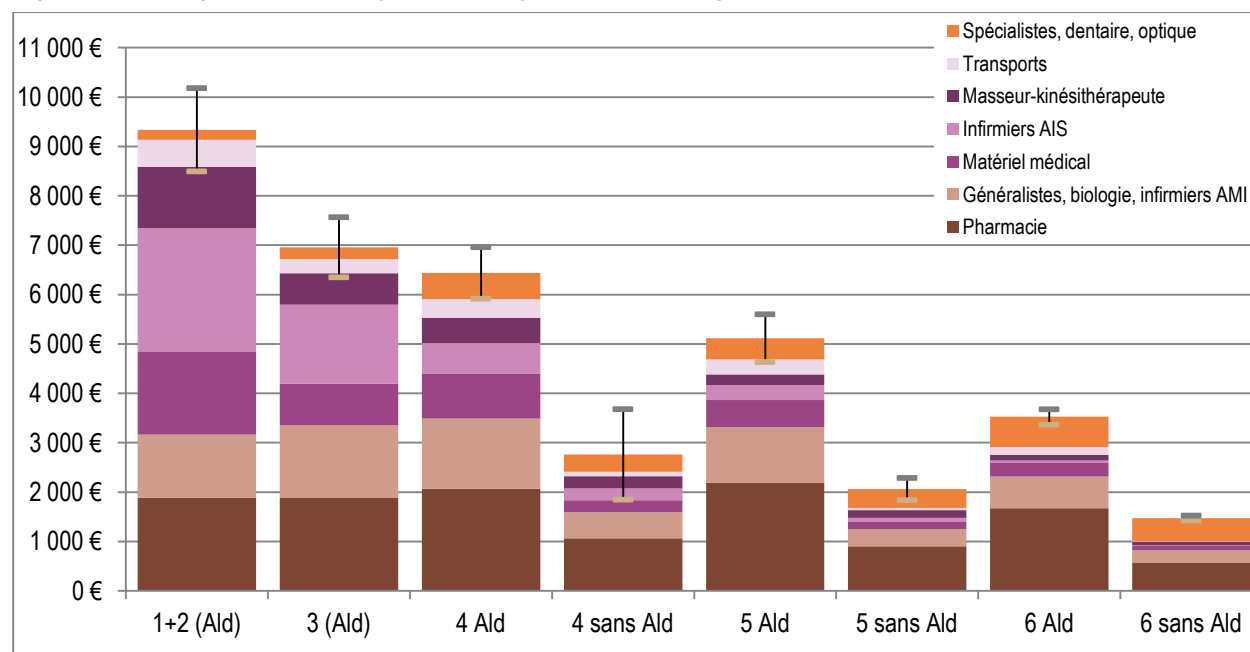
Par ailleurs, une fois pris en compte le niveau de dépendance et la présence d'ALD, les dépenses ne dépendent plus de l'âge ni du sexe des personnes âgées.

¹³ Les soins infirmier AIS sont les séances curatives et préventives visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser le manque d'autonomie du patient. Ce sont des actes qui, par définition, sont à destination des personnes dépendantes.

¹⁴ Les soins infirmier AMI regroupent les prélèvements, injections, pansements, ... Ces actes sont plus fréquents pour les personnes souffrant d'une ALD.

GRAPHIQUE 3

Répartition des dépenses de santé (soins de ville) selon le GIR et la présence d'ALD



CHAMP: FRANCE, PERSONNES DE 60 ANS OU PLUS VIVANT À DOMICILE.

SOURCES : INSEE 2007-2008 – APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ-MÉNAGES – SNIIRAM, CALCULS DREES.

NOTE DE LECTURE : EN MOYENNE, LA DÉPENSE DE SANTÉ EN SOINS DE VILLE DES PERSONNES DE 60 ANS OU PLUS EN GIR 4 ET EN ALD S'ÉLÈVE À 6 400 €. LE POSTE DE DÉPENSE LE PLUS ÉLEVÉ EST LES MÉDICAMENTS (2 000 €) SUIVI DU GÉNÉRALISTE, BIOLOGIE ET INFIRMIER AMI (1 500 €). LES TRAITS NOIRS CORRESPONDENT AUX INTERVALLES DE CONFIANCE À 95 % POUR LE MONTANT TOTAL DES DÉPENSES EN SOINS DE VILLE.

POUR PLUS DE VISIBILITÉ, LES POSTES DE DÉPENSES QUI AUGMENTENT AVEC LE NIVEAU DE DÉPENDANCE ONT ÉTÉ REPRÉSENTÉES EN ORANGE/ROUGE, CELLES QUI DIMINUENT AVEC LE NIVEAU DE DÉPENDANCE ONT ÉTÉ REPRÉSENTÉES EN VERT ET CELLES QUI AUGMENTENT POUR LES PERSONNES EN ALD SONT REPRÉSENTÉES EN BLEU.

EN GIR 1 2 ET 3 PRÈS DE 90 % DES PERSONNES SONT EN ALD.

Actes de soins infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et matériel médical : trois postes de dépenses importants des personnes âgées dépendantes

Actes de Soins Infirmiers, premier poste de dépenses de soin pour les plus dépendants

Les personnes âgées les plus dépendantes ont besoin d'aide pour les soins personnels : pour se lever du lit, se laver, s'alimenter, et pour l'élimination. Pour ces activités quotidiennes personnelles indispensables, les personnes âgées dépendantes peuvent bénéficier de l'aide d'un auxiliaire de vie, d'un infirmier libéral ou d'un infirmier issu d'un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile¹⁵). Seules les dépenses en infirmiers libéraux sont étudiées ici, car le champ des données utilisées correspond aux dépenses individualisables et financées par l'assurance maladie, ce qui exclut les SSIAD et les auxiliaires de vie. Les Actes médicaux infirmiers (AMI, prélèvements et injections, pansements,...) sont également écartés, pour se concentrer sur les Actes Infirmiers de Soins (notés AIS, c'est-à-dire les aides pour la toilette, pour les repas,...). Ces actes sont, par définition, destinés aux patients dépendants, puisqu'il s'agit de séances de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne. Ces séances peuvent inclure des soins d'hygiène.

¹⁵ Au 31 décembre 2008, les 2 285 SSIAD disposent de 93 534 places installées pour les personnes âgées de plus de 60 ans. Le fonctionnement des SSIAD est entièrement financé par l'assurance maladie, qui leur verse une dotation fixe par place installée. L'évaluation du coût réel d'une place en SSIAD demeure complexe, compte tenu de l'absence d'une connaissance objective des modalités de prise en charge (fonctionnement en continu ou non, amplitude horaire, zone de desserte, caractéristiques de la population accueillie, taille critique, structure du personnel,...). Néanmoins le coût d'une place en SSIAD tel que calibré dans le cadre de l'ONDAM est actuellement de 10 500 €. À titre de comparaison, le coût d'une place en SSIAD spécialisé « Alzheimer » a pour sa part été évalué à 15 000 €. Source : Rapport du HCAAM « Vieillesse, longévité et assurance maladie ».

En GIR 1 à 3, une personne sur trois a recours pour les soins personnels à un infirmier libéral (hors SSIAD) au moins une fois dans l'année. Voir *tableau 2*. En GIR 1 et 2, lorsque les personnes ont recours, les dépenses sont très élevées, ce qui fait de l'aide aux soins personnels leur plus gros poste de dépense. En effet, les GIR 1 et 2 ayant eu recours à des AIS ont une dépense moyenne de 7 900 € par an, contre 3 500 € par an pour les GIR 4 en ALD. Cela correspond à peu près à deux séances de soins infirmiers par jour pour les personnes en GIR 1 et 2, et une séance par jour pour les GIR 4. Une séance correspond à un soin d'une trentaine de minutes de la part de l'infirmier. Les GIR 6, autonomes, n'ont pas recours à ce type de soins.

TABLEAU 2

Recours et dépenses moyenne pour les actes de soins infirmiers, masseur-kinésithérapeute, matériel médical et transports selon le GIR

		GIR							
		1+2	3	4 ALD	4 Non ALD	5 ALD	5 Non ALD	6 ALD	6 Non ALD
Actes Infirmiers de Soins (AIS)	Proportion ayant eu recours	32 %	30 %	18 %	14 %	9 %	7 %	1 %	0 %
	Dépense* moyenne par an (€)	7 900	5 300	3 500	1 700	3 400	1 300	-	-
	Nombre* moyen d'actes par an	740	470	320	180	330	140	-	-
Actes de kinésithérapie	Proportion ayant eu recours	59 %	53 %	50 %	31 %	30 %	36 %	22 %	17 %
	Dépense* moyenne par an (€)	2 100	1 200	1 000	800	700	400	500	400
	Nombre* moyen d'actes AMS par an	24	19	19	22	18	19	16	18
	Nombre* moyen d'actes AMK par an	70	36	29	14	17	6	12	4
Matériel médical	Proportion ayant eu recours	81 %	76 %	73 %	48 %	68 %	33 %	46 %	21 %
	Dépense* moyenne par an (€)	1 700	900	1 000	300	650	200	450	150
Transports	Proportion ayant eu recours	60 %	56 %	55 %	31 %	42 %	16 %	26 %	7 %
	Dépense* moyenne par an (€)	900	500	700	300	700	300	600	200

* PARMIS LES PERSONNES AYANT EU RECOURS.

CHAMP : FRANCE, PERSONNES DE 60 ANS OU PLUS VIVANT À DOMICILE.

SOURCES : INSEE 2007-2008 – APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ-MÉNAGES – SNIIRAM, CALCULS DREES.

LECTURE : 32 % DES GIR 1 OU 2 QUI VIVENT À DOMICILE ONT EU RECOURS DANS L'ANNÉE À DES SOINS INFIRMIERS AIS (AIDES AUX SOINS PERSONNELS, PRODIGUÉES PAR DES INFIRMIERS LIBÉRAUX). CES PERSONNES EN GIR 1 OU 2 QUI ONT EU RECOURS ONT DÉPENSÉ EN MOYENNE 7 900 €, CE QUI CORRESPOND À 740 ACTES INFIRMIERS POUR UNE ANNÉE.

Les personnes dépendantes consomment aussi de nombreux soins de kinésithérapie

Après l'aide aux soins personnels des infirmiers libéraux, les soins de kinésithérapie constituent un deuxième poste important de dépense chez les personnes âgées dépendantes, même si des personnes autonomes peuvent aussi avoir recours à ce type de soins : 20 % des personnes en GIR 6 ont eu recours à un masseur-kinésithérapeute au moins une fois dans l'année, contre 60 % des personnes en GIR 1 et 2. Les plus dépendants dépensent aussi davantage lorsqu'ils ont recours à des soins de kinésithérapie : 2 000 € par an en moyenne pour les GIR 1 et 2, contre 500 € pour les GIR 5 et 6. Voir *tableau 2*.

Les masseurs kinésithérapeutes peuvent prodiguer deux types de soins : les actes AMK et les actes AMS. Les actes AMK sont les actes non orthopédiques prodigués dans le cas de rhumatismes et d'inflammations, lors des affections neurologiques (paralysie, myopathie) et respiratoires, pour le drainage des lymphœdèmes (jambes gonflées), les brûlures et la rééducation de la déambulation du sujet âgé. Ce sont ces actes AMK qui expliquent le surplus de dépenses en masseur-kinésithérapeute des personnes âgées dépendantes par rapport à celles qui sont autonomes. En effet, une personne en GIR 1 et 2 reçoit en moyenne 70 actes AMK par an. À l'opposé, une personne en ALD mais autonome (GIR 6) reçoit 12 actes AMK par an. Un acte correspond à un traitement d'une trentaine de minutes de la part du masseur-kinésithérapeute.

Les actes AMS sont des actes de rééducation prodigués suite à un accident, une blessure ou un traumatisme (fractures, entorses, lombalgies, ...). Ces actes ne sont pas plus fréquents pour les personnes dépendantes que pour les autres personnes âgées. En moyenne les personnes ayant eu recours au kinésithérapeute ont eu 20 actes AMS dans l'année.

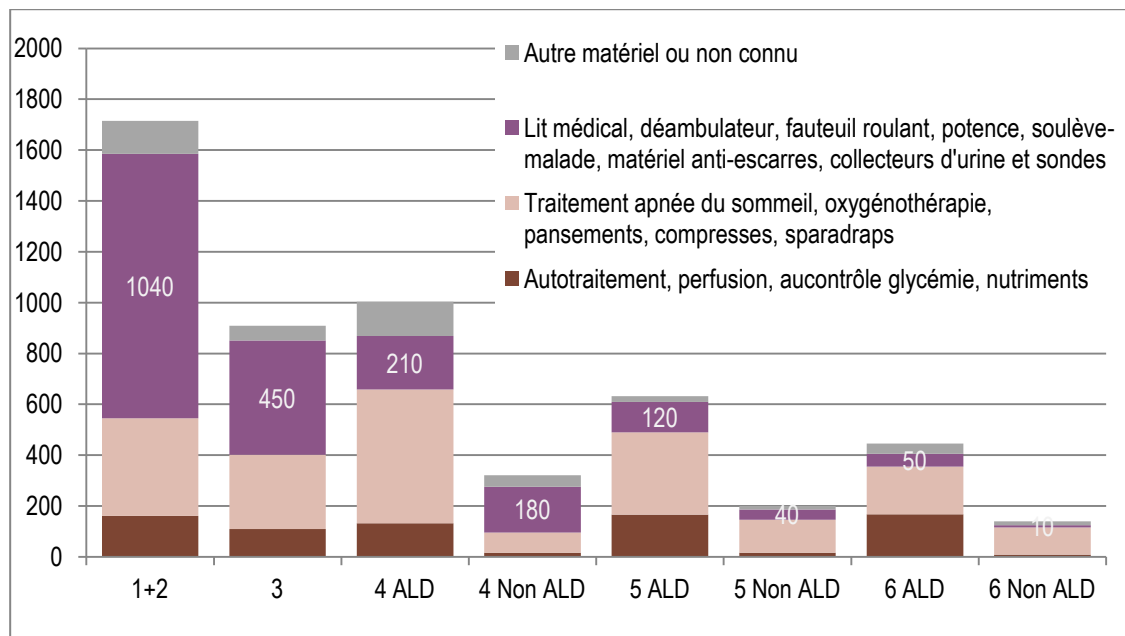
Une dépense importante en matériel médical

Le dernier grand poste de dépenses qui distingue, parmi les personnes âgées, les plus dépendantes des autonomes est le matériel médical. En GIR 1-2, 80 % des personnes ont acheté du matériel médical dans l'année, contre 50 % en GIR 6 avec ALD et 20 % en GIR 6 sans ALD. *Voir tableau 2.*

Les personnes en GIR 6 sans ALD, lorsqu'elles consomment, dépensent en moyenne 150 € par an, principalement pour des traitements de l'apnée du sommeil, l'oxygénothérapie, des pansements, compresses et sparadraps. *Voir graphique 4.* Pour les GIR 6 avec ALD viennent s'ajouter 200 € de dépenses en auto-traitements (seringues, perfusions), nutriments et appareils de contrôle de la glycémie, en lien avec leurs affections de longue durée. Enfin, à mesure que le degré de dépendance augmente, s'ajoutent des dépenses pour les appareils suivants : déambulateurs, lits médicaux et véhicules pour personnes handicapées physiques à partir des GIR 4, et enfin potences, soulève-malade, matériel anti-escarres, voire collecteurs d'urines et sondes, pour les plus dépendants. Les personnes en GIR 1 et 2, ayant acheté du matériel médical dans l'année, ont une dépense moyenne de 1 700 €, dont 1 000 € pour ces matériels liés à la dépendance.

GRAPHIQUE 4

Répartition des dépenses selon le type de matériel médical



CHAMP : FRANCE, PERSONNES DE 60 ANS OU PLUS VIVANT À DOMICILE AYANT AU MOINS UNE DÉPENSE EN MATÉRIEL MÉDICAL SUR LES 12 MOIS PRÉCÉDENT L'ENQUÊTE.
SOURCES : INSEE 2007-2008 – APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ-MÉNAGES – SNIIRAM, CALCULS DREES.

Spécialistes, optique et dentaire : un recours moindre pour les plus dépendants

Le recours à des médecins spécialistes décroît avec le niveau de dépendance : 50 % des personnes en GIR 1-2 et 60 % des personnes en GIR 3 ont consulté un médecin spécialiste dans l'année, contre 75 % des personnes en GIR 4 à 6. Voir *tableau 3*. Ce moindre recours peut s'expliquer par le fait que les spécialistes, contrairement aux généralistes, ne se déplacent pas à domicile, ce qui peut pénaliser les personnes dépendantes. Par ailleurs, lorsqu'elles consultent, les personnes en GIR 1 à 3, quasiment toutes en ALD, ont une dépense de 200 € par an en spécialiste, soit inférieure à la dépense des personnes en GIR 4 à 6 en ALD (350 €).

Lorsque les personnes en GIR 1 à 3 ont consulté des spécialistes, elles ont consulté 4 fois par an en moyenne, contre 5 à 6 fois pour les autres personnes en ALD. La radiologie est la seule spécialité où les plus dépendants consultent autant que les autres, une fois par an en moyenne.

TABLEAU 3

Recours au médecin spécialiste, aux soins dentaires et optiques selon le GIR.

		GIR							
		1+2	3	4 ALD	4 Non ALD	5 ALD	5 Non ALD	6 ALD	6 Non ALD
Spécialistes	Proportion ayant eu recours	52 %	62 %	75 %	83 %	77 %	75 %	87 %	73 %
	Dépense* moyenne par an (€)	210	200	380	270	330	270	390	230
	Nombre* de séances par an	4,3	4,2	6,2	5,2	5,8	5	5,2	4,5
Dentiste	Proportion ayant eu recours	16 %	14 %	24 %	23 %	29 %	30 %	34 %	42 %
Prothèses dentaires	Proportion ayant eu recours	10 %	7 %	13 %	12 %	13 %	16 %	15 %	15 %
Prothèses optiques	Proportion ayant eu recours	9 %	7 %	23 %	10 %	22 %	24 %	23 %	22 %

* PARMIS LES PERSONNES AYANT EU RECOURS.

CHAMP: FRANCE, PERSONNES DE 60 ANS OU PLUS VIVANT À DOMICILE.

SOURCES : INSEE 2007-2008 – APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ-MÉNAGES – SNIIRAM, CALCULS DREES.

De même que pour les spécialistes, les GIR 1 à 3 recourent moins aux soins dentaires et optiques que les autres. Dans le cas des soins dentaires, 15 % d'entre eux ont consulté au moins une fois un dentiste dans l'année, contre 25 % pour les GIR 4 et près de 40 % pour les GIR 6. Voir tableau 3. L'étude menée par l'Inserm¹⁶ sur le recours aux soins et l'état de santé des séniors dépendants montre que le manque de mobilité est le premier frein au recours aux soins dentaires, suivi par les troubles cognitifs. Pour les prothèses optiques et dentaires, les GIR 1 à 3 dépensent également moins que les autres. Il s'agit à nouveau de prestations pour lesquelles les praticiens ne se déplacent pas au domicile des personnes.

Généralistes, médicaments, biologie, infirmiers AMI : des postes de dépenses importants pour les personnes en ALD

Les personnes dépendantes bénéficient du fait que le généraliste se déplace à domicile.

Après 60 ans, quasiment tous les individus, qu'ils soient dépendants ou autonomes, ont consulté un généraliste dans l'année. En effet, 93 % des personnes âgées de 60 ans ou plus ont eu recours au moins une fois dans l'année à un généraliste, soit toutes les personnes en ALD et 9 personnes sur 10 sans ALD. Les personnes dépendantes (GIR 1 à 4) dépensent entre 300 et 400 € par an en médecin généraliste. Voir tableau 4. Ces personnes recourent une fois par mois au généraliste en moyenne

¹⁶ Abu-Zaineh M., Clerc-Urmes I., Davin B., Lupi-Pégurier L., Paraponaris A., Thiébaud S., Ventelou B. (2012) « Recours aux soins et état de santé bucco-dentaire des séniors dépendants » Rapport final Appel à projet « Handicap et perte d'autonomie ».

Pour les personnes en GIR 1 et 2, le médecin généraliste se déplace au domicile 8 fois sur 10. À titre de comparaison, les personnes autonomes (GIR 6) en ALD consultent le généraliste deux fois moins souvent, et 8 fois sur 10 ce sont elles qui se rendent au cabinet du médecin.

TABLEAU 4

Recours au généraliste, à la pharmacie, aux soins infirmier AMI et aux actes de biologies, et dépense moyenne parmi les personnes ayant consommé

		GIR							
		1-2	3	4 ALD	4 Non ALD	5 ALD	5 Non ALD	6 ALD	6 Non ALD
Généraliste	Proportion ayant eu recours	99 %	97 %	98 %	95 %	100 %	90 %	98 %	90 %
	Dépense* moyenne par an (€)	400	400	390	320	360	220	240	160
	Nombre* de consultations	12,5	12,5	12,5	10,5	11,5	7,5	8,5	6
	Dont visites au domicile	80 %	80 %	60 %	60 %	50 %	30 %	20 %	10 %
Pharmacie	Proportion ayant eu recours	100 %	96 %	100 %	95 %	100 %	91 %	100 %	91 %
	Dépense* moyenne par an (€)	1 900	2 000	2 100	1 100	2 200	1 000	1 700	600
Infirmier AMI	Proportion ayant eu recours	60 %	66%	75%	56%	71%	45%	54%	35%
	Dépense* moyenne par an (€)	1 230	1 400	1 090	170	770	90	410	60
Biologie	Proportion ayant eu recours	81 %	81 %	90 %	84 %	89 %	73 %	91 %	72 %
	Dépense* moyenne par an (€)	170	190 €	240	140	250	130	200	120

* PARMIS LES PERSONNES AYANT EU RECOURS.

CHAMP: FRANCE, PERSONNES DE 60 ANS OU PLUS VIVANT À DOMICILE.

SOURCES : INSEE 2007-2008 – APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ-MÉNAGES – SNIIRAM, CALCULS DREES.

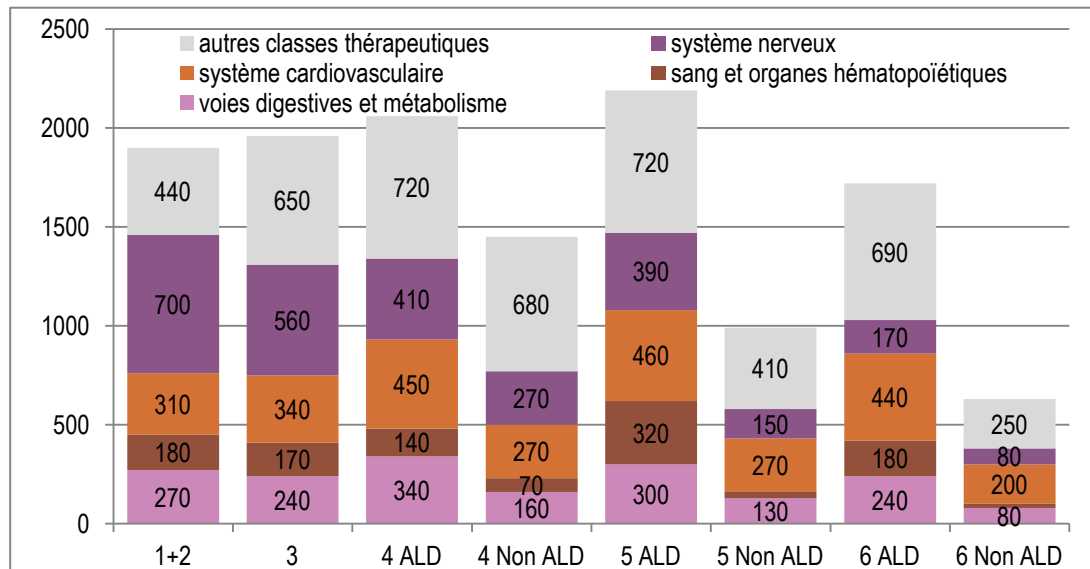
Le médicament : une dépense importante mais qui dépend peu du niveau de dépendance

En général, pour les personnes de 60 ans ou plus, le médicament est la principale dépense de santé au sein des soins de ville. Sur l'ensemble des personnes de 60 ans ou plus, la dépense de médicament représente 40 % de la dépense de soins de ville. En GIR 6 avec ALD, les dépenses en médicaments représentent à elles seules la moitié des dépenses de santé. Seuls les GIR 1 et 2 font exception, l'aide infirmière aux soins personnels étant leur principale dépense. Comme pour le généraliste, presque toutes les personnes de 60 ans ou plus consomment des médicaments remboursables au moins une fois dans l'année. Pour les personnes en ALD, cette dépense en pharmacie est proche de 2 000 € par an. En moyenne, les personnes en ALD ont une dépense de médicament deux fois plus élevée que les personnes sans ALD. Voir tableau 4.

Les médicaments pour le système cardiovasculaire constituent la première classe thérapeutique en termes de dépenses de pharmacie pour les GIR 4 à 6. Pour les plus dépendants (GIR 1 à 3), ce sont les médicaments du système nerveux qui occupent la première position (soit un tiers de la dépense de médicament). Voir graphique 5.

GRAPHIQUE 5

Décomposition de la dépense en médicament par classe thérapeutique

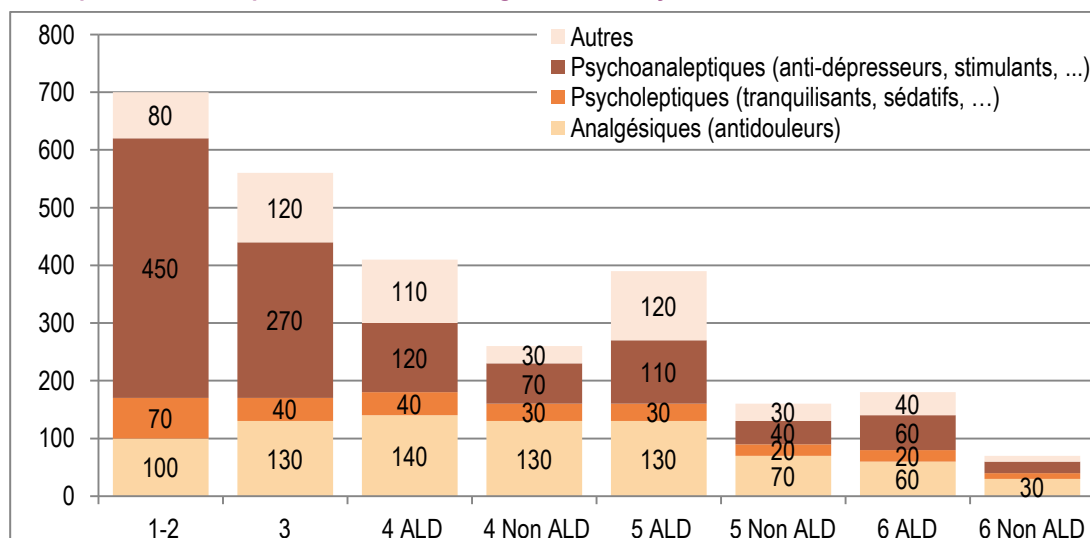


CHAMP: FRANCE, PERSONNES DE 60 ANS OU PLUS VIVANT À DOMICILE AYANT AU MOINS UNE DÉPENSE DE MÉDICAMENT SUR LES 12 MOIS PRÉCÉDENT L'ENQUÊTE.
SOURCES : INSEE 2007-2008 – APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ-MÉNAGES – SNIIRAM, CALCULS DREES.

Si les personnes dépendantes dépensent autant en médicaments du système nerveux (700 € par an en GIR 1 et 2) c'est en raison d'une grande consommation de psychoanaleptiques (médicaments anti-démence, antidépresseurs et psychostimulants). En GIR 1 et 2, la dépense est de 450 € par an en psychoanaleptiques contre moins de 60 € en GIR 6. Voir graphique 6.

GRAPHIQUE 6

Décomposition de la dépense en médicament agissant sur le système nerveux



CHAMP: FRANCE, PERSONNES DE 60 ANS OU PLUS VIVANT À DOMICILE AYANT AU MOINS UNE DÉPENSE EN MÉDICAMENT SUR LES 12 MOIS PRÉCÉDENT L'ENQUÊTE.
SOURCES : INSEE 2007-2008 – APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ-MÉNAGES – SNIIRAM, CALCULS DREES.

Infirmier AMI : dépense importante pour les personnes en affections de longue durée

Les actes infirmiers AMI correspondent à des actes médicaux : des prélèvements, des injections sous-cutanées ou musculaires et des perfusions par exemple. Ces soins peuvent être prodigués par des infirmiers libéraux indépendamment des aides à la toilette et aux activités du quotidien (AIS). Alors que les soins AIS ciblent les personnes en perte d'autonomie, les soins AMI sont des actes médicaux et concernent surtout les personnes en ALD. Cependant, les plus dépendants étant majoritairement en ALD, les soins infirmiers médicaux représentent également une dépense importante pour les personnes âgées dépendantes : entre 1 000 € et 1 400 € par an pour les GIR 1 à 4 lorsque les personnes sont en ALD.

Les personnes en GIR 1, 2 et 3 ayant eu recours à des soins médicaux infirmiers (AMI) ont eu recours en moyenne 200 fois par an, soit une séance de soins infirmiers AMI tous les deux jours.

Peu de variations dans les « restes-à-charge »

Alors que les dépenses en soins de ville varient dans un rapport de un à six selon le GIR et la présence d'ALD, les restes-à-charge (avant remboursement éventuel par les organismes complémentaires) sont en moyenne assez similaires. Le « reste-à-charge » est composé du montant du ticket modérateur, des participations forfaitaires et des dépassements d'honoraire. En moyenne les personnes âgées de 60 ans ou plus ont un reste-à-charge proche de 700 € annuel, soit près de 60 € par mois. Les personnes âgées les plus dépendantes sont celles qui ont le reste à charge le plus bas en moyenne (510 €), alors que ce sont les personnes en GIR 4, sans ALD qui ont le reste à charge le plus élevé (870 €). Pour un même niveau de dépendance, le reste-à-charge des personnes avec ALD est inférieur de 100€ à celui des personnes sans ALD.

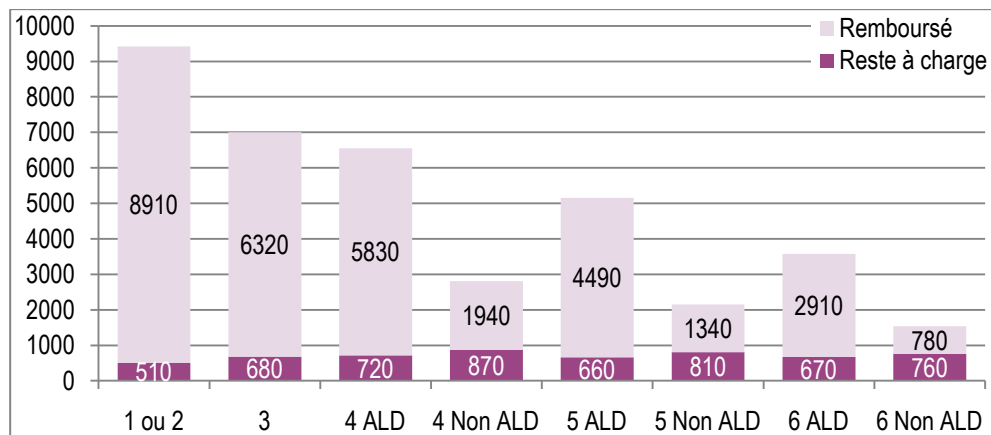
Le reste-à-charge plus faible des personnes les plus dépendantes s'explique en partie par la structure de leurs dépenses, les soins les moins remboursés par l'assurance maladie étant peu consommés (optique, dentaire), et par le faible recours aux soins où les dépassements d'honoraires sont plus fréquents (spécialistes). Les personnes en ALD ont un niveau de reste-à-charge proche des personnes sans ALD malgré des dépenses de soins deux fois plus élevées grâce à l'exonération de ticket modérateur pour les soins liés à l'affection de longue durée.

Ce reste-à-charge inférieur pour les personnes en ALD est spécifique aux personnes âgées. Legal, Raynaud et Vidal (2009) montrent qu'à âge donné les personnes en ALD ont en moyenne un reste-à-charge plus élevé que les personnes sans ALD, sauf pour les plus de 60 ans, pour lesquels le reste-à-charge des personnes avec et sans ALD est comparable¹⁷.

¹⁷ Contrairement aux chiffres présentés ici, ceux de Legal *et alii* tiennent compte des dépenses hospitalières, mais celles-ci bénéficient d'un taux de prise en charge par l'assurance maladie élevé, que les personnes soient ou non en ALD.

GRAPHIQUE 7

Décomposition de la dépense de soins de ville entre « reste à charge » et remboursement de l'assurance maladie



CHAMP: FRANCE, PERSONNES DE 60 ANS OU PLUS VIVANT À DOMICILE.

SOURCES : INSEE 2007-2008 – APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ-MÉNAGES – SNIRAM, CALCULS DREES.

NOTE DE LECTURE : EN MOYENNE LES PERSONNES ÂGÉES EN GIR 4 AVEC UNE ALD DÉPENSENT 6 550 € DE SOINS DE VILLE SUR 12 MOIS. AU SEIN DE CETTE SOMME, 5 830 € SONT REMBOURSÉS PAR L'ASSURANCE MALADIE ET 720 € RESTENT À LA CHARGE DE L'ASSURÉ (AVANT PRISE EN CHARGE ÉVENTUELLE PAR UNE MUTUELLE).

En institution, des dépenses de santé importantes pour tous les GIR et proches des dépenses des personnes à domicile

Les personnes âgées en institution représentent seulement 4 % de l'ensemble des personnes des 60 ans ou plus, mais 32 % des personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4) et 60 % des GIR 1 et 2. Les dépenses de santé des personnes en institution ne sont pas directement comparables à celles des personnes vivant à domicile. Tout d'abord, les institutions prennent en charge une partie des soins et assurent le suivi médical du patient (*voir encadré 4*). Seuls les soins qui échappent aux dotations des établissements sont individualisables et peuvent être comparés aux soins consommés par les personnes qui vivent à domicile. Ensuite, les populations à domicile et en institution n'ont pas le même état de santé (état de santé plus dégradé en institution, maladies psychiatriques plus fréquentes, ...). De plus, même à pathologies et état de santé comparables, les personnes en établissement ont probablement d'autres caractéristiques sociales qui expliquent leur lieu de résidence (personnes plus isolées, caractéristiques socio-économiques, etc.). Enfin, les données sur les dépenses de soins de ville des personnes vivant à domicile sont légèrement antérieures à celles sur les personnes vivant en établissement (données sur 12 mois entre 2007 et 2008 pour les personnes à domicile et totalité de l'année 2009 pour les personnes en établissement, *voir encadré 5*).

Dépenses de santé des personnes âgées hébergées en institution : une structure de soins et des besoins différents

Les personnes en institution sont presque toutes en ALD

En établissement pour personnes âgées, la plupart des personnes sont en ALD : que ce soit en GIR 1 ou 6, plus de trois résidents sur quatre sont en ALD. *Voir graphique 1*. Les personnes vivant en institution sont en moyenne plus âgées, en plus mauvaise santé et sont plus souvent seules (*cf. Bouvier, Lincot, Rebiscoul, 2011 et Weber, 2011*). Par rapport à leurs homologues qui vivent à domicile, les personnes en institution sont aussi plus souvent atteintes de maladies neurolo-

giques¹⁸ ou psychiatriques. En particulier, la prévalence de la maladie d'Alzheimer, à niveau de GIR donné, est bien plus élevée en établissement pour personnes âgées qu'à domicile (Chazal, 2011).

ENCADRÉ 4

Forfait de l'établissement et prise en charge des soins.

Les établissements pour personnes âgées prennent au minimum en charge les dépenses en soins infirmiers et certains matériels médicaux de leurs résidents (déambulateurs, pansements,...). La dotation des établissements pour couvrir ces dépenses de santé est alors qualifiée de « forfait partiel ». Toutefois, certaines structures peuvent aussi, si elles en ont les moyens techniques, prendre en charge davantage de soins : médecin généraliste, biologie, masseur-kinésithérapeute et autres auxiliaires médicaux. On parle alors de « forfait global » : 4 institutions sur 10¹⁹ ont opté pour le forfait global

Indépendamment du type de forfait, certains établissements, équipés d'une « Pharmacie à Usage Interne » (PUI), prennent en charge la totalité des dépenses en pharmacie et en matériel médical, c'est le cas de 3 établissements sur 10²⁰. Le type de forfait de l'établissement (global ou partiel) et la présence d'un PUI sont en théorie indépendants, mais en pratique, les PUI sont plus fréquemment dans les établissements au forfait global. Dès lors, lorsqu'on souhaite comparer les dépenses de santé des personnes vivant à domicile et celles résidant en institutions, on se restreint systématiquement aux personnes en institution pour lesquelles les soins sont individualisés et transitent par l'assurance-maladie (forfait partiel pour les soins de généraliste, par exemple, ou établissements sans PUI pour la pharmacie).

Aussi les dépenses en spécialistes, optique, dentaire sont estimées sur l'ensemble des établissements, alors que les dépenses en médecins généralistes, masseur-kinésithérapeute et autres auxiliaires médicaux ne sont estimées que dans les établissements au forfait partiel (les dépenses en médicament sont estimées sur les établissements sans PUI). On peut noter, toutefois, que les Ehpad en tarif global avec PUI hébergent des personnes avec un état de santé un peu plus dégradé en moyenne que les Ehpad au forfait partiel sans PUI (GIR moyen pondéré supérieur de 6,7% et Pathos moyen pondéré supérieur de 9,9%²¹).

ENCADRÉ 5

L'enquête Handicap-Santé en institution

L'étude des dépenses de soins de ville en institution a été réalisée avec l'enquête Handicap Santé en Institution. L'échantillon comporte 9 000 individus hébergés dans 1 500 institutions, dont 2 283 individus dans le champ de notre étude, c'est-à-dire les personnes âgées (60 ans ou plus) hébergées en Ehpad, maisons de retraite ou USLD et pour lesquelles l'appariement avec le Sniir-am a réussi. Cet échantillon est redressé afin de rester représentatif de l'ensemble des 60 ans ou plus vivant dans ces 3 types d'établissement. Les données du Sniir-am se rapportent à la période du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2009, soit 12 mois de consommations médicales. Les données relatives aux hospitalisations ne sont pas étudiées ici, seuls les « soins de ville » sont pris en compte.

Les effectifs de personnes en institutions sans ALD sont très faibles : plus de 3 personnes sur 4 sont en ALD, les personnes sans ALD sont donc très peu nombreuses dans l'échantillon ce qui ne permet pas d'obtenir des estimations solides sur cette population. Ainsi, seules les dépenses de soins de ville des personnes en ALD sont calculées, et sont comparées à celles de leurs homologues qui vivent à domicile.

Une dépense totale légèrement inférieure en institution

En institution, les dépenses en soins de ville sont proches de 4 000 € quel que soit le niveau de dépendance. Toutefois, ces dépenses ne comprennent pas les soins infirmiers ni une partie du matériel médical, toujours pris en charge par les établissements. Sur un champ comparable, c'est-à-dire une fois exclus ces soins infirmiers et le matériel médical, les dépenses de santé des personnes en institution sont légèrement inférieures à celles des personnes à domicile. Voir graphique 8.

¹⁸ En 2007, 82 % des résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées souffraient d'au moins une maladie neurologique ou psychiatrique (Perrin-Haynes, 2011). Parmi les pathologies neurologiques et psychiatriques les plus fréquentes sont le syndrome démentiel, dont la maladie d'Alzheimer (36 % des résidents), les états dépressifs (34 %), les états anxieux (27 %) et les troubles du comportement (26 %). De plus, trois quarts des résidents ont au moins une pathologie cardiovasculaire. La plus fréquente est l'hypertension artérielle (52 % des résidents), suivi de l'insuffisance cardiaque (23 %) et des troubles de rythme (22 %). Par ailleurs, 47 % des résidents souffrent d'affections ostéo-articulaires (pathologie de la hanche, pathologie vertébro-discale, polyarthrite) et 32 % des résidents souffrent d'incontinence urinaire.

¹⁹ Enquête EHPA 2007.

²⁰ Enquête EHPA 2007.

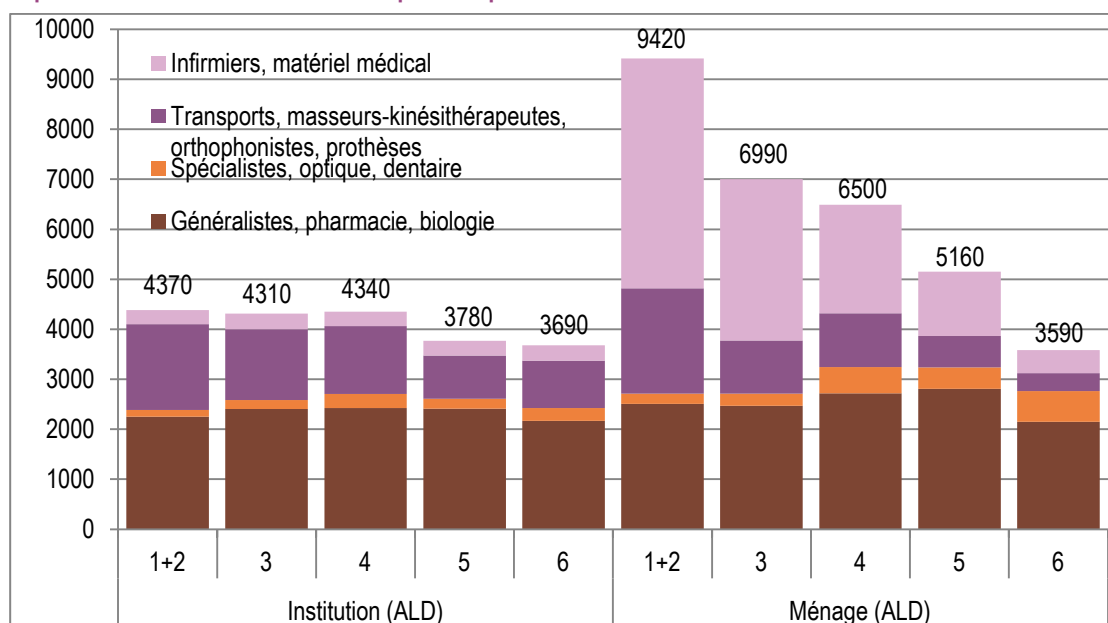
²¹ « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014 », Cnam p 63-66.

Encore moins de dépenses en spécialistes, optique et dentaire en institution

En institution, comme en ménage, les dépenses en spécialiste, optique et dentaire décroissent avec le degré de dépendance, mais les personnes qui vivent en institution dépensent presque moitié moins (100 à 300 €) que celles qui vivent à domicile (200 à 600 €) à GIR comparable. En revanche, les personnes en institution ont une dépense supérieure en soins de masseur-kinésithérapeute et en transports à celle de leurs homologues qui vivent à domicile, sauf pour les GIR 1-2. Enfin, pour les autres soins, c'est-à-dire majoritairement la pharmacie, les personnes vivant en institution et celles vivant à domicile ont des dépenses du même ordre de grandeur, même si les médicaments consommés ne sont pas les mêmes.

GRAPHIQUE 8

Dépenses annuelles en soins de ville pour les personnes en ALD vivant en institution ou à domicile



CHAMP: FRANCE, PERSONNES DE 60 ANS OU PLUS, EN ALD, VIVANT À DOMICILE OU EN EHPAD, USLD OU MAISON DE RETRAITE AU FORFAIT PARTIEL ET SANS PUI.

SOURCES : INSEE 2007-2008 - APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ-MÉNAGES - SNIRAM ET 2009 - APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ INSTITUTION - SNIRAM, CALCULS DREES
LECTURE : UNE PERSONNE EN GIR 1 OU 2, HÉBERGÉE DANS UNE INSTITUTION AU FORFAIT PARTIEL ET SANS PUI, DÉPENSE EN MOYENNE 4 370 € PAR AN EN SOINS DE VILLE, DONT 2 250€ EN GÉNÉRALISTE, PHARMACIE ET BIOLOGIE, 130 € EN SPÉCIALISTES, DENTAIRE ET OPTIQUE, ET 1 710€ EN MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE, TRANSPORTS ET AUTRES AUXILIAIRES MÉDICAUX ET PROTHÈSES.

Médicament : plus de médicaments du système nerveux, et moins de médicaments cardio-vasculaires que pour les personnes à domicile

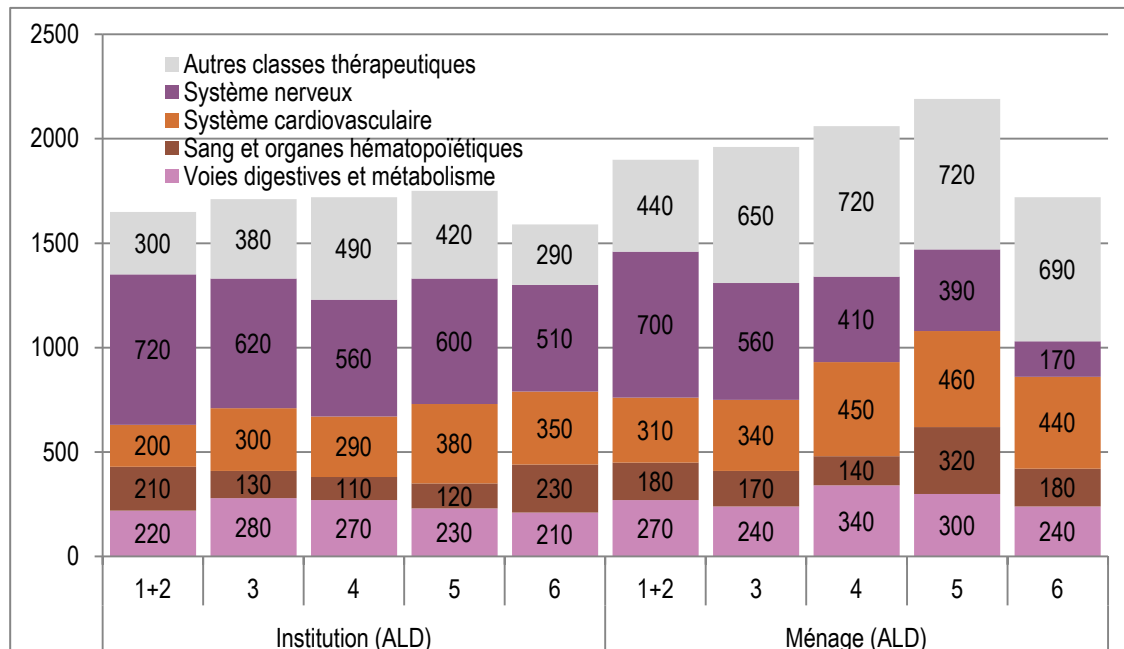
Comme les personnes vivant à domicile, les personnes hébergées en établissement pour personnes âgées consomment presque toutes des médicaments au moins une fois dans l'année. En institution et à domicile, les personnes dépensent en moyenne entre 1 700 € et 2 000 € par an en pharmacie. Voir graphique 9.

En institution, les médicaments agissant sur le système nerveux représentent la classe thérapeutique la plus importante en terme de dépenses, et ce pour tous les GIR et pas uniquement chez les plus dépendants, comme à domicile. Voir graphique 10. En effet, les maladies psychiques de longue durée sont fréquentes chez les GIR 5 et 6 en institution, ce qui explique que les dépenses soient aussi élevées pour ces personnes.

En institution, la dépense en psycholeptiques (tranquillisants et sédatifs) est largement supérieure à celle des personnes vivant à domicile, probablement en lien avec ces pathologies psychiques. La dépense en psychoanaleptiques (antidépresseurs, stimulants, anti-démence) est aussi supérieure en institution. Cela s'explique pour partie par une plus forte prévalence en institution des maladies neurologiques comme la maladie d'Alzheimer.

GRAPHIQUE 9

Dépenses en médicaments selon la classe thérapeutique pour les personnes en ALD en institution et en ménage

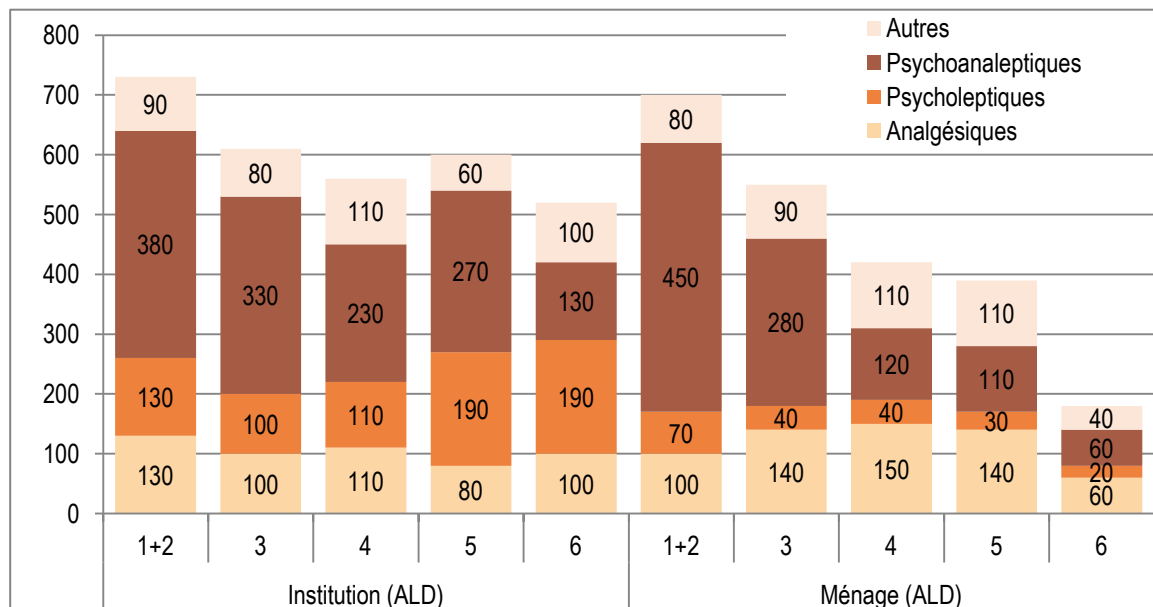


CHAMP: FRANCE, PERSONNES DE 60 ANS OU PLUS, EN ALD, VIVANT À DOMICILE OU EN EHPAD, USLD OU MAISON DE RETRAITE ET AYANT CONSOMMÉ DES MÉDICAMENTS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS. ÉTABLISSEMENTS SANS PHARMACIE À USAGE INTERNE.

SOURCES : INSEE 2007-2008 - APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ-MÉNAGES - SNIIRAM ET 2009 - APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ INSTITUTION - SNIIRAM, CALCULS DREES.

GRAPHIQUE 10

Décomposition de la dépense en médicament agissant sur le système nerveux pour les personnes en ALD en institution et en ménage



CHAMP: FRANCE, PERSONNES DE 60 ANS OU PLUS, EN ALD, VIVANT À DOMICILE OU EN EHPAD, USLD OU MAISON DE RETRAITE ET AYANT CONSOMMÉ DES MÉDICAMENTS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS. ÉTABLISSEMENTS SANS PHARMACIE À USAGE INTERNE.

SOURCE : INSEE 2007-2008 - APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ-MÉNAGES - SNIIRAM ET 2009 - APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ INSTITUTION - SNIIRAM, CALCULS DREES.

Médecin généraliste²² : une consultation par mois en moyenne pour tous les GIR en institution

En institution, comme en ménage, toutes les personnes de plus de 60 ans en ALD ont consulté au moins une fois un généraliste dans l'année (Voir tableau 5). Les personnes vivant en institution ont une dépense moyenne de 400 € quelles soient dépendantes ou autonomes. Pour les GIR 6 en institution, cela peut s'expliquer par des besoins de soins plus importants, en lien avec un état de santé plus dégradé qu'à domicile. Cela pourrait également être lié à des modes d'organisation des soins dans les institutions, mais les données ne nous permettent pas d'étayer cette hypothèse.

En institution, les personnes recourent en moyenne 12 fois au généraliste sur une année, c'est autant que pour les personnes en GIR 1 à 5 qui vivent à domicile. Les consultations au cabinet du médecin sont rares : c'est principalement le médecin qui se déplace.

TABLEAU 5

Nombre moyen de recours au généraliste pour un individu ayant eu recours au moins une fois dans l'année. Personnes en ALD, en institution et en ménage, selon le GIR

GIR	En institution (ALD)					En ménage (ALD)				
	1+2	3	4	5	6	1+2	3	4	5	6
Nombre de séances	13	12,5	12	11,5	12,5	12,5	12,5	12,5	11,5	8,5
Dont visites	70 %	70 %	70 %	70 %	50 %	80 %	80 %	60 %	50 %	20 %
Dépense totale (€)	420	400	390	370	390	400	400	390	360	240

CHAMP : FRANCE, PERSONNES DE 60 ANS OU PLUS AYANT EU RECOURS AU MOINS UNE FOIS DANS L'ANNÉE À UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE, EN ALD, VIVANT À DOMICILE OU EN EHPAD, USLD OU MAISON DE RETRAITE (ÉTABLISSEMENTS AU FORFAIT PARTIEL).

SOURCES : INSEE 2007-2008 – APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ-MÉNAGES – SNIIRAM ET 2009 – APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ INSTITUTION – SNIIRAM, CALCULS DREES. LECTURE : EN INSTITUTION, LES PERSONNES EN ALD ET GIR 3 ONT VU EN MOYENNE 12 FOIS UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS L'ANNÉE. SUR CES 12 SÉANCES, À 8 REPRISES C'EST LE MÉDECIN QUI A RENDU VISITE AU PATIENT DANS L'INSTITUTION, ET À 4 REPRISES, LES CONSULTATIONS ONT EU LIEU AU CABINET DU MÉDECIN. EN MOYENNE, UNE SÉANCE A COÛTÉ 36 €. EN MÉNAGE, LES CHIFFRES PRÉSENTÉS ICI PORTENT SUR LES PERSONNES EN ALD.

Soins de masseur-kinésithérapeute : des dépenses supérieures en institution

Le recours au masseur-kinésithérapeute est très similaire en institution et en ménage : une personne sur trois y a recours en GIR 5-6, contre une sur deux en GIR 1 à 4 (Voir tableau 6).

Excepté pour les personnes les plus dépendantes (GIR 1 et 2) les dépenses en soins de masseur-kinésithérapeute sont plus élevées en institution qu'en ménage : les personnes en GIR 3 et 4 ont une dépense de 1 500 € par an en institution contre 1 000 € en ménage et les GIR 5 et 6 dépensent 1 000 € par an en institution contre 500 € en ménage.

Ces dépenses plus importantes s'expliquent par le fait que les personnes en institution ont recours à deux fois plus de séances de masseur-kinésithérapeute dans l'année que leurs homologues qui vivent à domicile. Ce sont surtout les soins de type AMK qui expliquent cet écart. Des difficultés de mobilité pourraient expliquer simultanément ce recours plus élevé aux soins de masseur-kinésithérapeute et le placement en institution.

²² Ces résultats portent uniquement sur les personnes hébergées dans des institutions au forfait partiel. En forfait global, les soins de généraliste sont pris en charge par l'institution et ne sont donc pas connus dans l'enquête.

TABLEAU 6

Proportion de personnes ayant eu recours au masseur-kinésithérapeute au moins une fois dans l'année, dépense annuelle et nombre de séances moyens pour une personne ayant eu recours.

GIR	En institution (ALD)					En ménage (ALD)				
	1+2	3	4	5	6	1+2	3	4	5	6
Proportion ayant eu recours	55 %	50 %	50 %	35 %	30 %	60 %	50 %	50 %	30 %	20 %
Dépense* annuelle moyenne (€)	1 000	1 300	1 500	1 100	1 100	2 100	1 100	1 000	600	400
Nombre* de séances:	97	63	75	53	58	94	55	48	35	28
dont AMS (nombre séances)	29	24	36	24	15	25	19	19	18	16
dont AMK (nombre séances)	67	39	39	30	43	69	36	29	17	12

* PARMIS LES PERSONNES AYANT EU RECOURS.

CHAMP: FRANCE, PERSONNES DE 60 ANS OU PLUS, EN ALD, VIVANT À DOMICILE OU EN EHPAD, USLD OU MAISON DE RETRAITE (ÉTABLISSEMENTS AU FORFAIT PARTIEL).

SOURCES : INSEE 2007-2008 – APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ-MÉNAGES – SNIIRAM ET 2009 – APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ INSTITUTION – SNIIRAM, CALCULS DREES.

Spécialistes : les personnes en institution recourent moins

Le recours aux spécialistes est plus faible en institution (*Voir tableau 7*). En ménage et en GIR 1-2, une personne sur deux a eu recours à au moins un spécialiste, alors qu'en GIR1-2 en institution, c'est seulement le cas d'une personne sur trois. Les dépenses sont également moindres en institution : lorsqu'elles ont consommé, c'est pour un montant de 200 € par an pour les personnes qui vivent en institution (GIR 1 à 6), contre 400 € pour les GIR 4 à 6 et 200 € pour les GIR 1 à 3 qui vivent à domicile.

Les personnes vivant à domicile et ayant eu recours dans l'année à au moins un spécialiste ont eu en moyenne 4 à 6 consultations dans l'année. C'est deux fois plus que des personnes en institution (deux consultations dans l'année en moyenne). Le spécialiste le plus consulté en institution comme en ménage est le radiologue.

TABLEAU 7

Proportion de personnes ayant eu recours au spécialiste et nombre moyen de séances en cas de recours

GIR	En institution (ALD)					En ménage (ALD)				
	1+2	3	4	5	6	1+2	3	4	5	6
Proportion ayant eu recours	35 %	46 %	52 %	60 %	65 %	52 %	62 %	75 %	77 %	87 %
Nombre* de consultations	2	2,2	2,3	1,7	2,7	4,3	4,2	6,2	5,8	5,2
Dépense* annuelle moyenne (€)	180	180	220	170	220	210	200	380	330	390

* PARMIS LES PERSONNES AYANT EU RECOURS.

CHAMP: FRANCE, PERSONNES DE 60 ANS OU PLUS, EN ALD, VIVANT À DOMICILE OU EN EHPAD, USLD OU MAISON DE RETRAITE.

SOURCES : INSEE 2007-2008 – APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ-MÉNAGES – SNIIRAM ET 2009 – APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ INSTITUTION – SNIIRAM, CALCULS DREES
LECTURE : EN GIR 6, 65 % DES PERSONNES EN ALD VIVANT EN INSTITUTION ONT VU UN SPÉCIALISTE AU MOINS UNE FOIS DANS L'ANNÉE CONTRE 87 % PARMIS LES GIR 6 EN ALD VIVANT À DOMICILE. PARMIS CEUX QUI ONT EU RECOURS, LES PERSONNES VIVANT EN INSTITUTION ON CONSULTÉ EN MOYENNE 2,7 FOIS DANS L'ANNÉE, ALORS QUE CEUX VIVANT À LEUR DOMICILE ONT CONSULTÉ PRESQUE DEUX FOIS PLUS (5,2 CONSULTATIONS EN MOYENNE).

Transport : un recours un peu plus fréquent en institution

Le transport correspond à un déplacement entre le lieu de résidence et une structure de soins pour un motif médical. Ces déplacements se font généralement en ambulance ou en véhicule sanitaire léger (VSL), et plus rarement en taxi ou en voiture personnelle. En institution, 50 % à 70 % des personnes ont eu recours à des prestations de transports contre 25 % à 60 % de celles qui vivent à domicile (*Voir tableau 8*). L'état de santé plus dégradé des personnes en institution et leur isolement expliquent certainement une partie de cet écart (par ailleurs les données ne nous permettent pas d'étudier le rôle de l'établissement dans l'organisation des prestations de transport).

En ménage comme en institution, pour les personnes les plus dépendantes, ce sont des ambulances qui assurent la plupart de ces déplacements, alors que pour les personnes en GIR 5 et 6, les déplacements se font en majorité par véhicules sanitaires légers ou taxis. Les personnes ayant eu recours aux transports ont une dépense comprise entre 400 € et 600 € par an et leurs restes-à-charge sont faibles.

TABLEAU 8

Taux de recours aux transports et dépense moyenne pour les consommateurs

GIR	En institution (ALD)					En ménage (ALD)				
	1+2	3	4	5	6	1+2	3	4	5	6
Proportion ayant eu recours	64 %	71 %	70 %	68 %	54 %	60 %	56 %	55 %	42 %	26 %
Dépense* annuelle moyenne (€)	600	650	450	500	500	1 000	500	700	700	600
Trajets en ambulance	85 %	70 %	55 %	40 %	35 %	85 %	60 %	35 %	20 %	15 %

* PARMIS LES PERSONNES AYANT EU RECOURS.

CHAMP: FRANCE, PERSONNES DE 60 ANS OU PLUS, EN ALD, VIVANT À DOMICILE OU EN EHPAD, USLD OU MAISON DE RETRAITE.

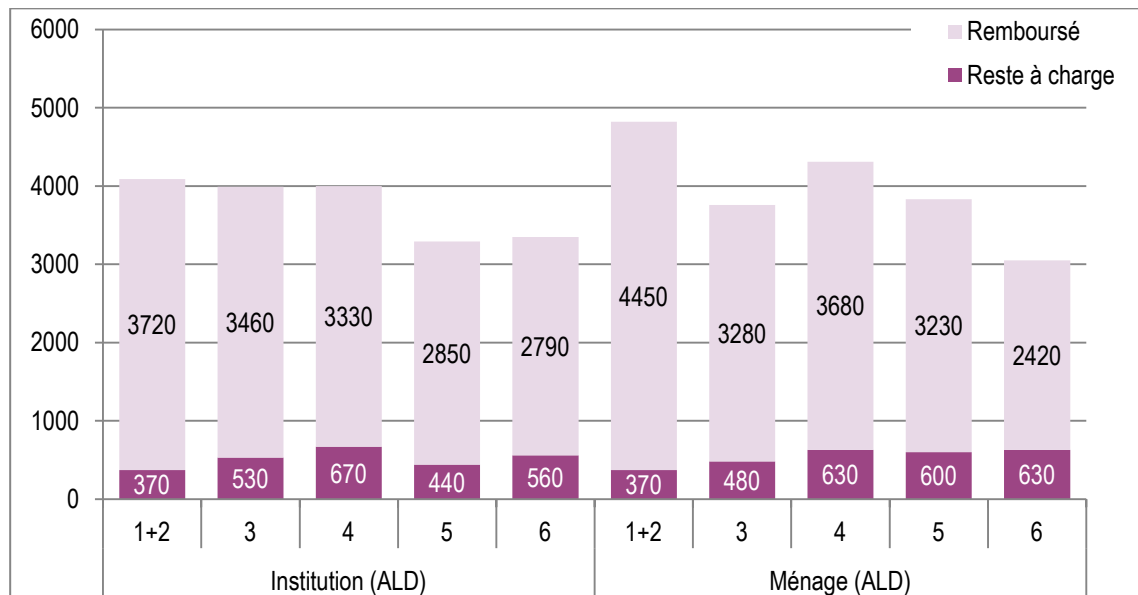
SOURCES : INSEE 2007-2008 – APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ-MÉNAGES – SNIIRAM ET 2009 – APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ INSTITUTION – SNIIRAM, CALCULS DREES.

Des restes à charge proches entre institution et domicile.

À niveau de GIR donné, les montants de reste-à-charge sont similaires en établissement et à domicile pour les personnes en ALD. *Voir graphique 11*. Ils sont un peu plus faibles en moyenne pour les personnes les plus dépendantes (400 € en GIR 1-2 contre 600€ en GIR 6), alors que la dépense totale est plus élevée. Les restes à charge représentent 10 % de la dépense de soins de ville (hors soins infirmiers et matériel médical) pour les personnes en GIR1-2 et 20 % de la dépense pour les personnes en GIR6.

GRAPHIQUE 11

Dépense annuelle, montants remboursés et reste à charge, selon le GIR



CHAMP: FRANCE, PERSONNES DE 60 ANS OU PLUS, EN ALD, VIVANT À DOMICILE OU EN EHPAD, USLD OU MAISON DE RETRAITE, SOINS INFIRMIERS ET MATÉRIEL MÉDICAL EXCLUS. ÉTABLISSEMENTS AU FORFAIT PARTIEL ET SANS PUI.
 SOURCES : INSEE 2007-2008 – APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ-MÉNAGES – SNIIRAM ET 2009 – APPARIEMENT ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ INSTITUTION – SNIIRAM, CALCULS DREES.
 LECTURE : UNE PERSONNE EN GIR 1 OU 2, HÉBERGÉE DANS UNE INSTITUTION AU FORFAIT PARTIEL ET SANS PUI, DÉPENSE EN MOYENNE 4 090 € PAR AN POUR LES SOINS DE SANTÉ. SUR CES 4 090 €, 3 720 € LUI SONT REMBOURSÉS PAR L'ASSURANCE MALADIE ET 370 RESTENT À LA CHARGE DE L'INDIVIDU (TICKET MODÉRATEUR, DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES ET DIVERSES PARTICIPATIONS ET FRANCHISES MÉDICALES).

Conclusion

La dépense de santé des personnes âgées à domicile dépend fortement du niveau de dépendance et varie du simple au double avec la présence d'une ALD.

Qu'elles vivent à leur domicile ou en institution, les personnes âgées dépendantes ont des dépenses importantes en soins infirmiers AIS, en masseur-kinésithérapeute et en matériel médical. Au contraire, elles ont des dépenses faibles en soins de spécialistes, optique et dentaire, signe d'un recours ou d'un accès moindre à ces soins.

Le médicament est le poste de dépense prépondérant des personnes de 60 ans ou plus à domicile et représente 40 % de la dépense de soins de ville de ces personnes. Pour les personnes en ALD la dépense est d'environ 2 000 € par an quel que soit le GIR.

La structure des dépenses de soins de ville est proche entre les personnes vivant à domicile et les personnes en institution même si ces populations ne sont pas tout à fait comparables (davantage de maladies psychiques ou de type Alzheimer en institution). Ces différences d'état de santé se traduisent surtout dans la consommation de médicaments : les dépenses en médicaments du système nerveux sont particulièrement importantes chez les plus dépendants et en institution.

En montants, les reste-à-charge sont proches entre les personnes en institution et à domicile, et entre les plus dépendants et ceux qui sont autonomes. Ils se situent souvent entre 400 et 600€ par an et par personne, hors soins infirmiers et matériel médical.

Ainsi, l'assurance-maladie prend en charge de nombreux soins de « care » : aides à la toilette des infirmiers AIS, soins de masseurs-kinésithérapeutes d'aide à la déambulation, matériel médical (déambulateur, ...). De plus, le fait d'être dépendant peut aussi entraîner un surcoût sur les soins de « cure », même si ce surcoût est plus difficile à mesurer : on peut citer une partie des dépenses en transports (coût des ambulances par rapport aux VSL) ou en généraliste (coût des visites à domicile par rapport aux consultations en cabinet). À l'inverse, les plus dépendants recourent moins que les autres aux spécialistes, au dentaire et à l'optique.

Cette étude sera complétée par la prise en compte des dépenses à l'hôpital, lorsque la base de données sera constituée.

Bibliographie

- Abu-Zaineh M., Clerc-Urmes I, Davin B, Lupi-Péguirier L Paraponaris A, Thiébaud S. Ventelou B (2012) « Recours aux soins et état de santé bucco-dentaire des séniors dépendants » Rapport final Appel à projet « Handicap et perte d'autonomie.
- Bérardier M., Clément E., (2011) « L'évolution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) de 2002 à 2009 - Série révisée » *Études et résultats* n° 780.
- Bouvier G., Lincot L., Rebiscoul C., « Vivre à domicile ou en institution : effets d'âge, de santé, mais aussi d'entourage familial », *France Portrait Social*, (2011).
- CNAM-TS « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014 »
- Chazal J., (2011) « Les pathologies démentielles (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) des personnes âgées vivant en établissement », *Dossiers Solidarité et Santé*, n°22.
- Dutheil N., Scheidegger S., (2009) « Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées », *Études et résultats*, n°515
- Duval J., Lardelier R., Legal R., (2010) « La redistribution opérée par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances complémentaires selon l'âge », *Comptes nationaux de la santé* 2010
- Legal R., Raynaud D., Vidal G., (2009) « La prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux en fonction du risque constaté : quelle contribution de l'assurance maladie et des organismes complémentaires ? », *Comptes nationaux de la santé* 2009
- Marquier R., (à paraître), « Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000 », *Dossiers Solidarité et Santé*.
- Perrin-Haynes J., (2011) « Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement », *Dossiers Solidarité et Santé*, n°22.
- Prévoit J., (2009) « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Études et Résultats* n°699
- Weber A., (2011), « Regards sur les conditions d'entrée en établissement pour personnes âgées. », *Dossiers Solidarité et Santé*, n°18.

DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ

Directeur de la publication : Franck von Lennepe

ISSN : 1958-587X
