

Projections de personnes âgées dépendantes et aide à la décision pour les collectivités

Noémie DE ANDRADE

Université de Strasbourg – UMR 7363 – Sage / Ined / Eneis Conseil

La population âgée dépendante représente un enjeu qui questionne de plus en plus au niveau local. Établir des diagnostics prospectifs de l'état et de la structure de la population âgée dépendante future constitue une forte attente pour les décideurs publics. Les questions du maintien à domicile et, plus largement, des politiques de soutien à la perte d'autonomie au sein de territoires infra-nationaux sont en effet devenues centrales aujourd'hui, du fait de l'accélération du phénomène de vieillissement que connaissent nos sociétés.

Dans le cadre de l'élaboration de leurs différents programmes de planification de l'action publique en matière médico-sociale, les collectivités sont de plus en plus en attente d'une identification prospective des besoins engendrés par l'évolution des effectifs de personnes âgées dépendantes.

Établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), Conseil généraux..., les collectivités doivent être en mesure d'identifier les besoins à venir de leurs administrés âgés en situation de dépendance, sous la forme d'aides au maintien à domicile ou de placements en structures d'hébergement.

À travers le prisme de la dépendance, la question posée ici est celle de la mesure d'une population vulnérable (population âgée dépendante), pour répondre à un questionnement politique : quelles hypothèses peut-on poser en termes d'évolution de la dépendance, afin de donner aux pouvoirs publics une connaissance suffisamment fine pour définir les contours de leurs futures politiques de soutien à l'autonomie ?

1. Contexte et enjeux de l'étude de la dépendance des personnes âgées à l'échelon local

1.1. Les défis de la vieillesse

1.1.1 L'incertitude de l'anticipation de la dépendance : une méconnaissance forte du processus d'entrée en dépendance et de son évolution

Une des difficultés principales à laquelle l'exercice de projections ayant trait à la dépendance confronte tient au fait qu'il s'agit de « prédire » les effets d'un phénomène (la survenance d'une situation de dépendance) pour lequel les facteurs « catalyseurs » de vulnérabilité ne sont encore que peu connus et multiples : « l'entrée dans la dépendance est l'aboutissement d'une chaîne causale d'événements vécus par les personnes (accidents de

santé, changements brutaux d'état matrimonial, de domicile, de situation professionnelle), le résultat d'un processus dont on ignore beaucoup »¹.

D'autres facteurs peuvent être considérés comme influant sur le niveau de dépendance des personnes âgées, sur lesquels il est possible de s'appuyer pour anticiper des évolutions futures : l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) réalise des projections à l'aide du modèle de microsimulation *Destinie*, qui permet de prendre en compte un grand nombre d'événements démographiques, mais aussi économiques et contextuels. Le modèle impute un état de dépendance aux individus et les fait passer d'une situation de dépendance à une autre en tenant compte de la surmortalité des personnes dépendantes, de la génération d'appartenance, etc.

Ce modèle a l'avantage de faire intervenir des paramètres individuels susceptibles d'influer sur le niveau de dépendance comme, par exemple, le niveau d'études : les personnes ayant fait des études seraient ainsi caractérisées par une espérance de vie plus longue, induisant une probabilité plus forte de se trouver en situation de dépendance, tout en étant par ailleurs sujettes à des niveaux de dépendance par âge plus faibles, notamment chez les hommes².

La situation familiale jouerait également un rôle prépondérant puisque, jusqu'à 80 ans, le fait d'avoir deux ou trois enfants encore vivants retarderait l'entrée en dépendance (phénomène qui s'observerait particulièrement chez les femmes). À l'inverse, au-delà de cet âge, les femmes avec au moins quatre enfants sont plus fréquemment dépendantes³.

Le Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé (Credes), devenu Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) en juin 2004, à partir de ses enquêtes annuelles sur la santé et la protection sociale, a établi des liens entre facteurs de fragilité sociale et vieillissement précoce⁴ ; liens de causalité qui impliquent une entrée prématurée en état de dépendance.

Une dégradation accélérée de l'état de santé peut être liée, chez les personnes âgées, à :

- une situation de chômage ou une absence de qualification (risques sociaux de vieillissement prématuré les plus importants) ;
- une situation familiale fragile (veuvage, divorce) ;
- des niveaux de ressources peu élevés ;

¹ A. Parant, « La dépendance du grand âge. Un défi sous-estimé », *Risques*, n° 47, septembre 2001, p. 38-44.

² M. Duée et C. Rebillard, « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 », in Insee, *Données sociales. La société française. Édition 2006*, p. 613-619.

³ M. Duée et C. Rebillard, « La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme », Insee, Direction des études et synthèses économiques, Document de travail, G 2004/02, 2004.

⁴ Le vieillissement précoce étant entendu ici comme un état de santé qui ne correspond pas à l'état de santé habituel d'une personne du même âge ; il s'exprime en années et renvoie à la notion de vieillissement relatif.

– un faible niveau d’instruction¹.

1.1.2. Des bouleversements démographiques et sociétaux

Le papy-boom

On entendra ici par « personne âgée », une personne de 60 ans ou plus.

En France, les générations nombreuses issues du *baby-boom*, nées approximativement de 1946 à 1974, ont, pour les plus anciennes, atteint l’âge de 60 ans dans la seconde moitié des années 2000.

De par leurs seuls effectifs, ces générations constituent une arrivée massive de personnes à l’âge de la retraite, mais également à l’âge à partir duquel sont susceptibles d’apparaître les premiers signes de dépendance².

L’Insee a réalisé de nouvelles projections de la population pour la France métropolitaine à l’horizon 2060 à l’aide de son modèle de projections Omphale 2010³. Selon la variante centrale de cet exercice prospectif⁴, la population âgée de 60 ans ou plus (qui représentait, en 2009, 22,5 % de la population totale) augmenterait de 23,9 % entre 2009 et 2020 et de 43,4 % entre 2009 et 2030.

Le boom attendu pour ces classes d’âges laisse anticiper l’arrivée brutale et massive d’une population âgée qui, ne serait-ce qu’en termes d’effectifs, impliquera nécessairement la formulation d’arbitrages par les collectivités.

Entourage : demain, qui aidera les personnes âgées dépendantes ?

L’accroissement important des effectifs de personnes âgées anticipé pour les prochaines années, tout particulièrement celui des personnes âgées dépendantes, invite à s’interroger sur les évolutions futures de l’aide informelle dont ces dernières pourraient bénéficier⁵.

Des études récentes⁶ interrogent l’entourage futur des personnes âgées dépendantes. Cette aide informelle est la plupart du temps assurée par le conjoint ou par un enfant (si conjoint et/ou enfant(s) il y a).

¹ An. Mizrahi et Ar. Mizrahi, *Disparités sociales de morbidité en France*, Rapport CreDES, 1997.

² Sera explicité par la suite ce qui est entendu ici par « dépendance » et « être dépendant ».

³ Outil méthodologique de projection d’habitants, d’actifs, de logements et d’élèves. Projections de population départementales et régionales Omphale à l’horizon 2042.

⁴ Variante qui suppose le maintien de la fécondité à son niveau élevé – 1,95 enfant par femme pendant toute la projection – ; des hypothèses relatives à la mortalité plus optimistes que celles retenues dans la précédente projection de l’Insee ; un solde migratoire de + 100 000 personnes par an.

⁵ Entre le 1^{er} janvier 2003 et le 1^{er} janvier 2011, le nombre de personnes âgées bénéficiaires de l’allocation personnalisée d’autonomie (APA) est passé, en France métropolitaine, de 597 428 à 1 147 761, soit une augmentation de 92,1 % (source : Drees, Enquête annuelle « Aide sociale »).

⁶ J. Gaymu, « Comment les personnes dépendantes seront-elles entourées en 2030 ? Projections européennes », Ined, *Population et sociétés*, n° 444, avril 2008.

Distinguant plusieurs situations familiales, ces travaux prospectifs permettent de classer les personnes âgées dépendantes en quatre groupes : sans partenaire ni enfant survivant, sans partenaire mais avec un enfant survivant, avec un partenaire mais sans enfant survivant, avec un partenaire et un enfant survivant.

Les principales conclusions de ces travaux sont relativement optimistes quant à l'évolution de cette aide :

- la part de la population dépendante sans aidants familiaux potentiels pourrait rester stable ;
- la part de la population dépendante ayant à la fois conjoint et enfant survivant devrait augmenter fortement.

Ces tendances se dessinent principalement sur la base de la baisse du veuvage (baisse de la mortalité, rapprochement des espérances de vie des hommes et des femmes, baisse de la proportion de femmes sans enfant ou avec uniquement un enfant) : les femmes seront donc particulièrement concernées et devraient, de plus en plus, pouvoir compter sur la présence d'un partenaire. Toutefois, en termes d'effectifs, la très forte croissance du nombre de personnes âgées laisse entrevoir en définitive une augmentation de la population vivant sans aucun aidant familial¹.

1.2. Une question primordiale au niveau local

1.2.1. L'origine des travaux de projection de la population dépendante

Cette démarche appliquée et son approche locale ont été rendues nécessaires par la demande formulée par les acteurs publics et politiques de connaître, afin de mieux pouvoir l'anticiper, le niveau de dépendance de la population âgée à un horizon de dix ou vingt ans.

De fait, nombreuses sont les problématiques du champ médico-social nécessitant d'avoir une approche prospective et pour lesquelles les cabinets de conseil et bureaux d'études peuvent être sollicités². Ces derniers, dans le cadre d'une demande de plus en plus forte des collectivités de bénéficier d'une vision prospective des enjeux relatifs notamment à l'autonomie des personnes âgées, s'attachent à fournir les éléments de décision nécessaires à l'anticipation des besoins. Que cela soit pour évaluer la politique de structuration du secteur de l'aide à domicile à l'échelle départementale, chiffrer les incidences de la prise en charge des personnes âgées dépendantes sur le budget d'une collectivité, ou encore anticiper et connaître les besoins dans l'optique d'améliorer les réponses de prise en charge, les demandes d'accompagnement et d'évaluation des collectivités sont variées et nombreuses.

¹ *Ibid.*

² Ensis Conseil cofinance les travaux de recherche menés dans le cadre de ma thèse, portant sur la mise en place d'un outil de projection de besoins sociaux au niveau local. C'est au sein de cette structure que ces recherches peuvent trouver leurs terrains d'application.

1.2.2. Aide aux personnes âgées : une pluralité de compétences et d'acteurs

Les départements sont les chefs de file de l'Action sociale et, de fait, chargés de mener les politiques en faveur des personnes âgées. Leurs actions portent sur différents niveaux, notamment :

- l'organisation de l'offre à domicile et en établissement ainsi que sa qualité ;
- l'information du public et la coordination des actions menées par les différents intervenants ;
- le versement de prestations individuelles pour permettre ou faciliter l'accès à l'offre disponible.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, prévoit l'adoption par les Conseils généraux de schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.

Entre autres nouvelles dispositions, l'article L.312-4 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) précise notamment que les schémas d'organisation sociale et médico-sociale doivent permettre : « [...] d'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population, dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante, [et] déterminer les perspectives et objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services [...] ».

Les Conseils généraux sont les commanditaires « naturels » d'une démarche prospective relative à la dépendance. Pour autant, ils ne sont pas les seuls à s'interroger sur l'avenir de la population dépendante puisque, à une échelle territoriale plus fine, d'autres collectivités disposent, elles aussi, de marges de manœuvre. Les intercommunalités et les communes ont la possibilité d'exercer des compétences sociales facultatives originellement attribuées aux départements, par le biais d'une délégation. À l'avenir, on peut imaginer que ces délégations se multiplieront : dans ce sens, le pré-projet de décentralisation (Acte III de la décentralisation) prévoit pour certaines grandes agglomérations une récupération de compétences régionales et départementales.

L'un des enjeux pour ces collectivités est notamment le maintien du lien social pour les personnes âgées en luttant contre le sentiment d'isolement. En effet, la poursuite d'une vie autonome passe notamment par l'intégration des personnes âgées dans la vie de la Cité : maintien du lien social et accès aux loisirs, accès facilité aux moyens de transport ou aux lieux publics, exercice effectif de leur citoyenneté, etc.

1.2.3. L'analyse prospective démographique : un socle pour anticiper les besoins des personnes âgées utile mais insuffisant

Le niveau et la nature des besoins relevant de situations de vulnérabilité sont intimement liés à l'évolution démographique d'une population. Ces besoins sont également, en grande partie, fonction de l'âge des individus ; variable qui joue un rôle structurant puisque les besoins évoluent et se transforment selon les stades de la vie. Toutefois, l'apport unique

des projections démographiques s'est révélé relativement restrictif pour éclairer les collectivités sur les besoins futurs de leur population âgée. En effet, le travail de mise en perspective démographique ne porte pas un regard suffisamment large sur l'ensemble des leviers qui interviennent dans l'apparition de ces besoins.

Afin d'objectiver et d'anticiper de façon plus fine et concrète les besoins futurs des personnes âgées en situation de perte d'autonomie, il s'agit d'associer aux projections démographiques des éléments ayant trait au niveau de dépendance des seniors.

2. Méthode, sources et définitions

2.1. Définitions et limites

2.1.1. L'allocation personnalisée d'autonomie

Dans le cadre de cet exercice prospectif, on entendra par « personne âgée dépendante et vulnérable », une personne bénéficiaire de l'APA, bien que cette définition, de par son caractère contractuel lié à la perception d'une allocation, ne permette pas de considérer toute la population âgée dépendante (les limites de la prise en compte de l'APA en tant qu'indicateur seront traitées par la suite). L'APA concerne aussi bien les personnes âgées résidant à domicile que celles vivant en établissement d'hébergement. La création de l'APA fait suite à une volonté de réforme rapide de la première allocation pour les personnes âgées dépendantes : la prestation spécifique dépendance (PSD), mise en œuvre par la loi n° 97-60 datant du 24 janvier 1997, montrait dès sa création un certain nombre de limites. La mise en place de l'APA a permis d'élargir le nombre de personnes bénéficiant d'une aide, puisque les personnes âgées en dépendance moyenne sont prises en compte alors que la PSD ne concernait que les personnes âgées en dépendance « lourde ». D'autre part, les modalités d'attribution de l'APA sont les mêmes sur l'ensemble du territoire – contrairement à la PSD ; le montant du nouveau plan d'aide étant modulé selon le degré de dépendance et selon les revenus de la personne. Par ailleurs, à l'inverse de la PSD, l'APA ne fait plus l'objet d'un recours sur succession.

Pour qu'une personne âgée soit qualifiée de « dépendante » au sens de l'APA, il faut, en plus de remplir les conditions administratives (avoir 60 ans ou plus), que sa situation corresponde à un certain nombre de critères sur une échelle de perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne (être en manque ou en perte d'autonomie, avoir besoin d'une aide pour des actes essentiels de la vie ou être dans un état nécessitant une surveillance régulière¹).

Les personnes âgées prétendant au bénéfice de l'Allocation personnalisée d'autonomie sont classées dans des Groupes ISO-Ressources déterminant à la fois le niveau de la perte d'autonomie de l'individu mais aussi le plan d'aide qui lui sera attribué et donc le montant maximal de la prestation. Cette classification en six niveaux de perte d'autonomie est réalisée sur la base d'une évaluation faite à partir de la grille nationale Aggir ; seules les personnes classées en GIR 1 à 4 (niveau de dépendance du plus lourd au plus modéré) peuvent avoir recours à l'APA :

¹ <https://www.service-public.fr/>.

- GIR 1 : personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants, ou personne en fin de vie ;
- GIR 2 : personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ou personne âgée dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer ;
- GIR 3 : personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels ;
- GIR 4 : personne n'assumant pas seule ses transferts (se lever, se coucher, s'asseoir) mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et devant aussi parfois être aidée pour la toilette et l'habillage, ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas ;
- GIR 5 et GIR6 : personnes peu ou pas dépendantes¹.

2.1.2. Quelles sources ?

Les effectifs de personnes âgées sont obtenus à partir d'effectifs de projections démographiques. Pour ce faire, deux possibilités existent :

- si le territoire compte plus de 50 000 habitants, l'Insee réalise des projections démographiques pour chaque année jusqu'en 2042, par sexe et âge détaillé, selon trois variantes ; dans cette application, seuls les résultats de la variante centrale² sont utilisés ;
- dans le cas contraire, c'est un modèle de projection de populations locales fondé sur l'évolution du parc de logements qui est utilisé³.

Puisqu'ici être « dépendant » signifie « être bénéficiaire de l'APA », les données relatives aux personnes âgées allocataires de l'APA sont fournies par les Conseils généraux *via* une demande formulée par les territoires eux-mêmes. Le modèle de projection nécessite d'avoir à disposition, sur le plus grand nombre d'années possible, le nombre de bénéficiaires en établissement et à domicile (hypothèse qui varie en fonction de la demande : dans certains cas, seule la projection de la population dépendante à domicile est souhaitée), ventilé par groupe d'âges et par GIR.

¹ *Ibid.*

² À l'échelle départementale et pour les territoires comptant plus de 50 000 habitants, les projections démographiques sont réalisées par l'Insee à l'aide du modèle Omphale 2010.

³ Ces projections démographiques sont établies à partir de données sociodémographiques issues des différents recensements de population publiés par l'Insee (1999, 2006, 2007, 2008 et 2009) et de l'état civil. Les estimations de programmation de logements utilisées pour les différentes variantes dessinées proviennent des différents documents de programmation et de planification disponibles. Les projections sont réalisées par bonds de cinq ans.

2.1.3. Les limites de l'APA et de la grille Aggir

L'évolution du recours à l'APA n'est pas uniquement fonction de celle de la situation effective de la dépendance. L'évolution, selon le type de recours par exemple, peut également être liée et résulter de volontés politiques particulières comme la priorisation du soutien à domicile, qui va mécaniquement limiter l'évolution de l'APA en établissement. En ce sens, les stratégies des territoires peuvent être sensiblement différentes. La montée en charge des taux de prévalence peut tout autant traduire la diminution d'un phénomène de non-recours par les personnes âgées que la baisse continue du phénomène d'ignorance du dispositif (qui reste un jeune dispositif).

Par ailleurs, il s'agit de bien voir dans la grille Aggir une grille d'éligibilité à une prestation en fonction de critères prédéfinis¹ plutôt qu'une grille révélatrice des besoins réels des personnes âgées. Ainsi, les interprétations de cette grille peuvent aboutir à un classement d'une même personne dans des GIR différents selon le professionnel à qui l'évaluation de cette dernière sera confiée. Au-delà même de la difficile interprétation de l'évolution des taux de prévalence de l'APA et des limites d'interprétation de la grille Aggir, l'APA en elle-même ne permet pas de saisir toutes les facettes qui composent et accentuent la situation de dépendance d'une personne âgée.

2.1.4. La difficile hiérarchisation de la dépendance : les facteurs d'aggravation de la perte d'autonomie

L'exemple classique est la comparaison entre une personne âgée vivant seule en milieu rural, avec de faibles ressources et sans proche à proximité, classée en GIR 5, et une personne classée en GIR 4 mais vivant en ville avec des ressources financières importantes et un aidant familial à proximité : bien que la situation de dépendance dans les actes de la vie quotidienne puisse être plus importante pour la personne en GIR 4, des facteurs environnementaux rendent peut-être la personne classée en GIR 5 plus vulnérable ou plus fragile, et donc nécessitant des besoins d'accompagnement par un service professionnel renforcés au titre de la prévention de l'aggravation de la situation de la personne et de l'entrée dans la dépendance (*via* l'APA).

Au regard de tous les indicateurs qui renforceraient le risque d'une entrée précoce en dépendance, il convient de rappeler qu'il est bien sûr réducteur de s'en tenir à une définition de la dépendance en tant que situation de vulnérabilité correspondant uniquement à une reconnaissance statutaire et contractuelle. Nombreux sont les facteurs qui accroissent la vulnérabilité des personnes âgées en situation de perte d'autonomie : isolement (entendu ici comme « vivre seul »), mauvaise adaptation du logement (logement trop grand, énergivore, vieux bâti, insalubre, coûteux à entretenir, sur plusieurs étages...), précarité économique, etc.

¹ L'évaluation se fait suivant dix-sept critères. Seules dix variables dites « discriminantes » faisant référence à la perte d'autonomie physique et psychique sont utilisées dans le calcul du GIR : 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...). Chacune de ces variables est classée : A (actes accomplis seul spontanément, totalement et correctement), B (actes partiellement accomplis) ou C (actes non réalisés).

Le cadre de vie est également déterminant. En ville, les problèmes d'insalubrité des logements sont prégnants (s'ils sont différents, ils ne sont toutefois pas nécessairement plus nombreux qu'en milieu rural), les problèmes d'accessibilité liés à « l'environnement » sont également importants (risques de chutes liées aux transports non adaptés, trottoirs...), les personnes âgées vivant en habitat collectif peuvent rencontrer des problèmes d'accessibilité (portes d'immeuble, ascenseurs...), etc. En milieu rural, les personnes âgées sont plus fréquemment sujettes à des situations d'isolement géographique et peuvent souffrir de la raréfaction des services. Autre facteur de vulnérabilité, la précarité économique des personnes âgées est en partie atténuée par le ticket modérateur dans le cadre de l'APA¹.

2.2. Méthode, hypothèses et limites des projections

2.2.1. La méthode

Les effectifs projetés de bénéficiaires sont obtenus en appliquant des taux de prévalence de l'APA à une population de personnes âgées de 60 ans ou plus aux horizons souhaités (souvent 2020 et 2030), estimée selon le scénario central des projections démographiques établies. On prend ainsi en compte l'influence de l'évolution démographique générale sur celle du nombre futur de bénéficiaires de l'allocation. Les hypothèses d'évolution de la dépendance sont formulées sur l'évolution à venir de l'intensité des proportions d'APA par groupe d'âge et niveau de dépendance.

2.2.2. Les hypothèses

Trois variantes de projection du nombre de bénéficiaires de l'APA sont usuellement retenues dans cet exercice : une variante optimiste, une variante intermédiaire et une variante pessimiste². Pour chacune d'elles, des hypothèses ont également été posées quant à la répartition par GIR des personnes âgées dépendantes estimées, et donc quant à l'évolution de la prévalence par niveau de dépendance. L'année de départ de la projection est 2012.

Variante optimiste : hypothèse est ici faite que l'âge d'entrée en dépendance reculera, l'espérance de vie sans incapacité évoluant au même rythme que l'espérance de vie globale.

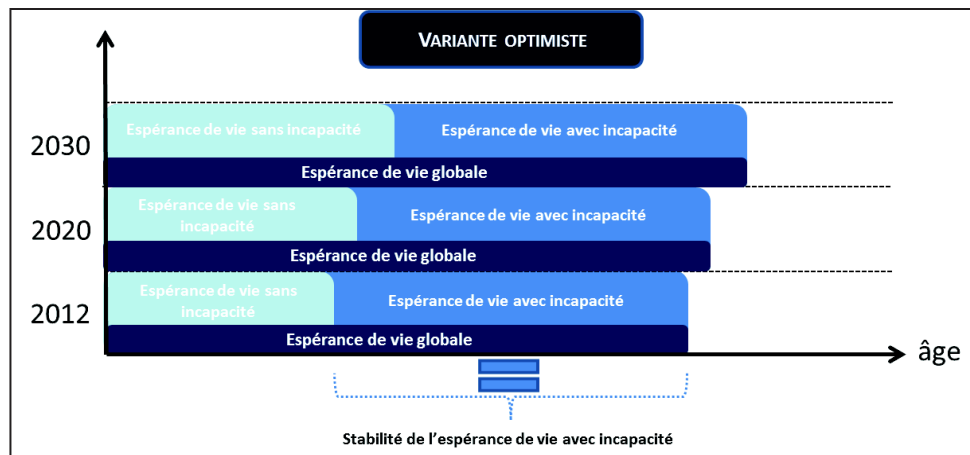
D'après les projections et les hypothèses établies par l'Insee dans sa variante centrale, la mortalité baisserait en France d'environ cinq années d'ici à 2040 ; l'espérance de vie à la naissance atteignant 83,1 ans pour les hommes et 88,8 ans pour les femmes en 2040 à l'échelle nationale. Cette évolution appliquée aux différents territoires étudiés et hypothèse faite que cette évolution s'y fera de la même façon et sera de plus en plus rapide, on estime que, à l'horizon 2020, l'espérance de vie aura augmenté en moyenne d'une année et de trois années à l'horizon 2030.

¹ Le ticket modérateur de l'APA représente la part laissée à la charge du bénéficiaire déterminée en fonction de ses ressources.

² Chacune de ces variantes s'inspire très largement des principales orientations anticipées de l'évolution de la dépendance établies par la Drees dans son dernier exercice prospectif : « Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060 - Sources, méthode et résultats », Drees, Document de travail, n° 23, septembre 2011.

Comme le précise la Drees, l'idée sous-jacente de cette variante est que les gains d'espérance de vie globale obtenus à l'horizon 2020 et 2030 seront des gains d'espérance de vie sans incapacité : la durée de vie en dépendance resterait donc stable. Il s'agit donc ici de reculer les niveaux de dépendance par âge au même rythme que les progrès de l'espérance de vie globale. Dans la variante optimiste, hypothèse est faite que les gains d'espérance de vie sans incapacité se feraient de façon identique quel que soit le niveau de dépendance atteint : la répartition par GIR resterait stable.

FIGURE 1 : VARIANTE OPTIMISTE EN MATIÈRE DE PROJECTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'APA



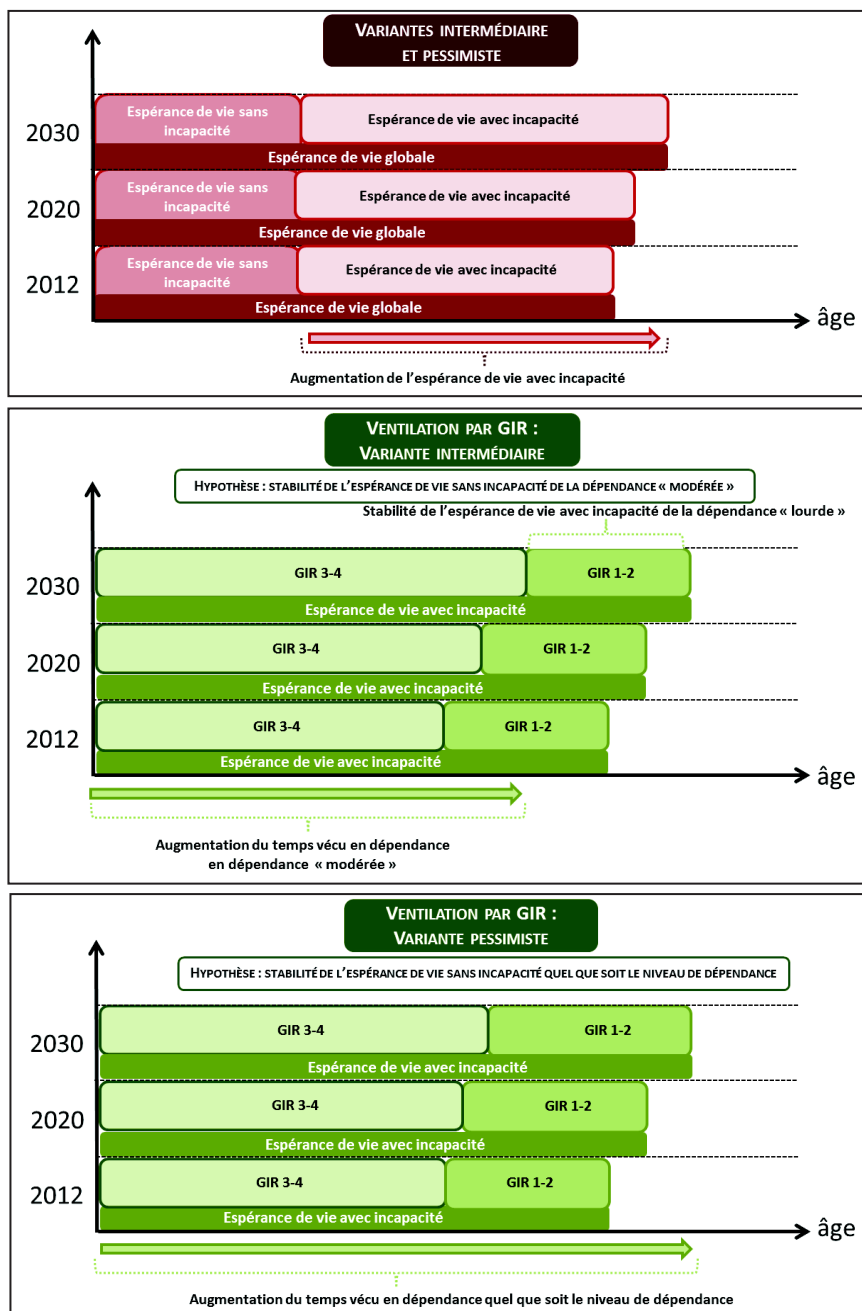
Source : Drees.

Variante intermédiaire : hypothèse est faite que la durée de vie vécue sans incapacité restera stable. Du fait de l'évolution continue de l'espérance de vie globale, ce serait donc la durée de vie en dépendance qui augmenterait. On pose donc que les taux de prévalence de l'APA par âge resteront stables.

Malgré cette stabilité et du fait de la poursuite du phénomène de vieillissement rencontrée pour l'ensemble des territoires étudiés jusqu'à présent, le nombre de bénéficiaires et les taux de prévalence globaux estimés pour l'ensemble de la population âgée de 60 ans ou plus augmentent « mécaniquement ». Cette variante sous-tend que la durée de vie en dépendance s'accroît chez les personnes appartenant aux GIR 3-4 (l'incertitude de l'évolution de la dépendance concernerait la dépendance « modérée » ; Drees) : maintenir constants les taux de prévalence revient à maintenir l'espérance de vie sans incapacité à son niveau actuel, ce qui, combiné à une évolution continue de l'espérance de vie globale, a pour conséquence de faire vivre les personnes âgées plus longtemps en situation de dépendance. Cette seconde variante faisant l'hypothèse d'une évolution de la dépendance plus pessimiste en GIR 3-4, on estime que le nombre de personnes lourdement dépendantes (GIR 1-2) évoluerait de la même façon que dans la variante optimiste ; on déduira donc le nombre de bénéficiaires de l'APA pour les GIR 3-4 en ôtant du nombre total de bénéficiaires projetés le nombre de bénéficiaires en GIR 1-2 obtenu dans la première variante (hypothèse 1 : « stabilité de l'espérance de vie sans incapacité en dépendance "modérée" »).

Variante pessimiste : les résultats totaux par âge sont les mêmes que ceux obtenus dans la variante intermédiaire. Toutefois, cette variante est plus pessimiste puisqu'elle fait l'hypothèse que la durée de vie en dépendance augmenterait pour l'ensemble des bénéficiaires, quel que soit leur niveau de dépendance (y compris pour les personnes âgées en situation de dépendance lourde). Ainsi, de façon à mesurer l'impact qu'aurait une stabilité de l'espérance de vie sans incapacité en dépendance lourde, l'hypothèse de stabilité de l'espérance de vie sans incapacité quel que soit le niveau de dépendance est également posée pour cette variante (hypothèse 2 : « stabilité de l'espérance de vie sans incapacité quel que soit le niveau de dépendance »).

FIGURE 2 : VARIANTES INTERMÉDIAIRE ET PESSIMISTE/INTERMÉDIAIRE EN MATIÈRE DE PROJECTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'APA



Source : Drees.

2.2.3. Les limites

Bien qu'il soit toujours intéressant, dans le cadre de ces études, de disposer d'une visibilité rétrospective de l'évolution des taux de prévalence de l'APA au sein des territoires, il apparaissait peu judicieux de poser une hypothèse sur celle-ci. En effet, à l'échelle infra-départementale notamment, des « supposées tendances » pourraient émerger, quand bien même elles ne traduiraient que des spécificités d'attribution de l'allocation (eu égard à la marge d'interprétation que laisse la grille Aggir évoquée plus tôt).

À l'échelle nationale, on peut également évoquer le phénomène faiblissant du non-recours qui pourrait là aussi se traduire par une hausse des demandes d'évaluation et donc d'attribution.

L'objectif de ce travail prospectif n'est en aucun cas de prédire l'avenir du niveau de dépendance des territoires, mais uniquement de formuler des hypothèses qui constitueront des variantes dessinant un cadre dans lequel les acteurs politiques pourront jouer de leur pouvoir décisionnel en ayant connaissance des hypothèses qui conditionnent chacune des variantes proposées. Les variantes ne sont pas construites pour donner une image figée et « exacte » de ce que sera le futur mais ont vocation à fournir des enseignements sur l'ensemble des futurs possibles¹.

Si l'objectif est ici de fournir des clés de lecture aux décideurs publics quant à l'avenir de la dépendance au sein de leur territoire, il s'agit tout autant de souligner et de rappeler que cette démarche fait s'imbriquer à la fois des limites liées aux évolutions anticipées de la dépendance mais également aux perspectives démographiques.

De fait, quelles que soient les projections démographiques utilisées, ces dernières s'appuient sur des hypothèses aux contraintes fortes. Il s'agit donc de rappeler ici que les résultats obtenus doivent toujours être replacés sous l'angle des hypothèses sous-tendues par le travail de perspective démographique. À titre d'exemple, les hypothèses du scénario central du modèle Omphale de l'Insee² engagent un certain nombre de conditions qui devraient, en amont, se réaliser pour que les hypothèses faites, en aval, sur l'évolution de la dépendance

¹ A.-C. Decouflé, *La prospective*, Paris, Puf, 1972, coll. « Que sais-je ? ».

² Hypothèses de la variante centrale du modèle Omphale 2010 :

– fécondité : la fécondité du territoire concerné est maintenue à son niveau de départ, qu'il s'agisse de l'indicateur conjoncturel de fécondité (nombre d'enfants qu'aurait une femme si, tout au long de sa vie, les taux de fécondité observés à chaque âge l'année considérée demeuraient inchangés) ou des quotients de référence par âge de la mère ;

– mortalité : la mortalité du territoire baisse au même rythme qu'en France et atteindrait 83,1 ans pour les hommes et 88,8 ans pour les femmes en 2040 ; cette hypothèse sous-tend toutefois que le calendrier de la mortalité du territoire soit conforme à celui de la moyenne nationale ;

– mouvements migratoires : les quotients migratoires entre territoires sont maintenus constants sur toute la période de projection. Ils reflètent les échanges de population entre une région et chacune des autres, y compris celles d'outre-mer. En ce qui concerne les échanges avec l'étranger, l'hypothèse métropolitaine (+ 100 000) est ventilée au prorata du nombre d'immigrants par région.

(allongement de la durée de vie, niveau de fécondité, migration), puissent elles aussi se produire. L'étude et la prise en compte de variantes alternatives que peuvent être des variantes « haute » et « basse » (comme le fait l'Insee) permettent, dans ce sens, de proposer des variantes d'évolutions différentes de celles employées dans la variante centrale : celles-ci rassemblent ainsi des hypothèses respectivement plus optimistes et plus pessimistes que celles utilisées pour la variante centrale et, ce, pour chacune des trois composantes (mortalité, fécondité, migration).

Ce travail impliquerait également de prendre en considération les actions qui devraient être mises en œuvre par les décideurs publics afin que ces hypothèses se réalisent : maintien du calendrier et de l'intensité de la fécondité, évolution continue de l'espérance de vie au même rythme que l'évolution nationale, maintien de la répartition des échanges migratoires entre territoires. Cette démarche permettrait ainsi de poser la question de la prise en compte du jeu des acteurs et, éventuellement, de probabiliser les hypothèses, en considérant les marges de manœuvre ainsi que les contraintes des acteurs concernés en fonction de leurs compétences.

3. Identification des impacts en termes de politiques de soutien à l'autonomie

3.1. Conseil général de Guadeloupe : les impacts de la prise en charge de la dépendance sur les équilibres financiers du département

Cette étude, commanditée par le Conseil général de la Guadeloupe et l'Agence française de développement (AFD), portait sur l'évaluation prospective de l'impact de la prise en charge de la dépendance sur les finances du Conseil général dans un contexte où le financement des politiques publiques, notamment en faveur des personnes âgées et handicapées, est un enjeu de plus en plus important. Dans le cadre d'un fort vieillissement à venir de la population guadeloupéenne et d'un déficit des structures d'accueil dans ce département, il apparaissait opportun à la collectivité de disposer d'un regard prospectif à l'horizon 2020 et 2030. Sur la base des différentes variantes dessinées, c'est par la suite un travail de prospective financière qui a été réalisé et fondé là aussi sur différentes variantes permettant de mesurer la sensibilité des dépenses sociales sur les équilibres financiers du département.

Au vu du diagnostic financier établi, de l'analyse des déterminants propres à la Guadeloupe impactant les dépenses sociales relatives aux personnes âgées et du croisement avec les différentes variantes de la dépendance proposées, l'objectif était d'évaluer la possibilité pour la collectivité de faire face à l'évolution démographique et à celle des effectifs de personnes âgées dépendantes.

Contrairement à la majorité des départements français, notamment en métropole, la Guadeloupe envisage la création de places en établissement d'hébergement, pour pallier l'évolution de la dépendance. Ainsi, les variantes financières fondées sur les évolutions possibles de la dépendance ont intégré notamment des hypothèses relatives à :

– une stabilité des équilibres actuels en matière de placement (proportions établissement/domicile stables) ;

– une augmentation de l’offre en établissement.

3.2. Conseil général de la Gironde : évaluation de la politique de structuration du secteur d’aide à domicile

Cette mission commanditée par le Conseil général de la Gironde portait sur l’évaluation de la structuration des services d’aides à domicile à travers une approche infra-départementale (le travail prospectif a été réalisé pour chacun des neuf bassins gérontologiques du département).

Différents axes d’analyse ont été traités :

- le dispositif actuel de services d’aide à domicile permet-il d’organiser une offre territoriale cohérente et de qualité homogène pour répondre aux besoins des bénéficiaires ?
- quels axes d’amélioration peut-on imaginer pour le dispositif ? Sur quels territoires ?
- comment accompagner les évolutions démographiques pour répondre aux besoins des personnes âgées ?

De façon concrète, la confrontation des chiffres relatifs à l’évolution de la dépendance a permis d’interpeller les acteurs politiques à plusieurs niveaux, en leur donnant les moyens de statuer sur différentes actions à mettre en œuvre :

- pertinence de la création d’établissements pour la grande dépendance ;
- développement de partenariats avec les acteurs de la prévention, afin de renforcer les politiques préventives et d’agir en amont de la survenance de la dépendance ;
- renforcement de l’offre à domicile en l’adaptant aux besoins : par exemple, ouverture de l’offre les dimanches et jours fériés ;
- ciblage des actions sur les territoires identifiés comme prioritaires à la fois en termes quantitatifs (absorption des besoins) et qualitatifs (adaptation de l’intervention aux besoins) ; sur ce dernier volet, il s’agissait de repenser la politique d’accompagnement au profit d’une qualification plus en cohérence avec les profils de bénéficiaires ;
- identification de la nécessité de mieux travailler en initiant des partenariats avec les collectivités (mais aussi les bailleurs sociaux) sur les questions de logement, de transport, de vie sociale.

Conclusion

Afin de répondre de façon plus ciblée encore à la demande des collectivités en matière de connaissance future des besoins des personnes âgées de leur territoire, il s'agira, à terme, d'associer au modèle présenté ici ainsi qu'aux hypothèses posées, d'autres éléments plus « fins » relatifs aux caractéristiques des personnes âgées.

Posant comme hypothèse que l'entourage familial est un facteur clé dans l'évolution de la dépendance et que les besoins des personnes âgées sont intimement liés à la structure familiale à laquelle ils appartiennent (l'isolement étant un des premiers facteurs de vulnérabilité des personnes âgées en perte d'autonomie), la suite des travaux menés devrait logiquement aller vers un modèle projetant à la fois la population et les ménages selon leur typologie et la position des individus au sein de et par rapport à ces derniers.

Ces nouvelles applications permettraient de traiter de la question des besoins liés aux personnes âgées selon une entrée par âge, niveau de dépendance et situation familiale. Il s'agirait donc de considérer que ces besoins et situations de vulnérabilité (comme cela a été précédemment explicité) peuvent être accrus ou modifiés en cas de fragilisation de l'individu *via* son environnement familial par exemple.

Bibliographie

BERGOUIGNAN CH., 2008, « Projeter les populations soumises à une forte mobilité résidentielle », *Cahiers de démographie locale*, p. 19-98.

BRETON D., CONDON S., MARIE C.-V. et TEMPORAL F., 2009, « Les départements d'Outre-Mer face aux défis du vieillissement démographique et des migrations », Ined, *Population et sociétés*, n° 460, octobre.

DECOUFLÉ A.-C., 1972, *La prospective*, Paris, Puf, coll. « Que sais-je ? ».

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), 2011, « Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060 - Sources, méthode et résultats », Document de travail, n° 23, septembre.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), 2011, « Les estimations GIR dans les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009. Méthodes de calcul, intérêts et limites d'une estimation en population générale », Document de travail, n° 26, septembre, série « Sources et méthodes ».

DUÉE M. et REBILLARD C., 2004, « La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme », Insee, Direction des études et synthèses économiques, Document de travail, G 2004/02.

DUÉE M. et REBILLARD C., 2006, « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 », in Insee, *Données sociales. La société française. Édition 2006*, p. 613-619.

GAYMU J., 2008, « Comment les personnes dépendantes seront-elles entourées en 2030 ? Projections européennes », Ined, *Population et sociétés*, n° 444, avril.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (INSEE), 2011,

« Vieillesse de la population et migrations, les deux défis à venir », in Insee, *Guadeloupe : diagnostic, trajectoires et enjeux*, p. 22-27.

INSEE MIDI-PYRÉNÉES, 2006, « Femmes et hommes inégaux face à la dépendance », 6 pages, n° 88, mars.

LE BOULER S., 2006, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, Second rapport de la mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes », Centre d'analyse stratégique.

MIZRAHI A. et MIZRAHI A., 1997, *Disparités sociales de morbidité en France*, rapport CreDES.

PARANT A., 2001, « La dépendance du grand âge. Un défi sous-estimé », *Risques*, n° 47, septembre, p. 38-44.

RUDANT J.-B., 2010, « Le modèle de projections localisées Omphale 2010 », *Cahiers de démographie locale*, p. 83-110.