



HAL
open science

VULNERABILITÉ A LA DÉPENDANCE ET TERRITOIRES

Gérard-François Dumont

► **To cite this version:**

Gérard-François Dumont. VULNERABILITÉ A LA DÉPENDANCE ET TERRITOIRES. Les populations vulnérables, XVIe colloque national de démographie, Cudep (Conférence Universitaire de Démographie et d'Étude des Populations), pp.760-775, 2017. halshs-01493214

HAL Id: halshs-01493214

<https://shs.hal.science/halshs-01493214>

Submitted on 21 Mar 2017

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

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

Vulnérabilité à la dépendance et territoires

Gérard-François DUMONT

Université de Paris-Sorbonne

De tout temps, l'avance en âge a signifié pour les êtres humains un risque de perte d'autonomie. La preuve en est attestée, au fil des siècles, par les multiples peintures ou dessins représentant « le cours de la vie de l'homme ou l'homme dans ses différents âges », selon le titre de l'un de ces dessins dont la source non datée indique un imprimeur-libraire de Cambrai. L'âge de maturité, fixé à 50 ans, mis en haut d'un piédestal, y est suivi de quatre types d'âge descendant chacun une marche, comme il a été précédé de quatre types d'âge montant chacun une marche conduisant vers cet âge de maturité. Les quatre marches descendantes distinguent l'âge déclinant (60 ans), l'âge de la décadence (70 ans), l'âge caduc (80 ans) et l'âge de décrépitude (90 ans).

Au XXI^e siècle, les contraintes de vie liées à l'âge n'ont pas structurellement changé, même si les améliorations sanitaires ou hygiéniques invitent à réviser la terminologie des marches descendantes. Un des progrès réalisés par notre monde contemporain a consisté à mieux chiffrer ces représentations, notamment en calculant une espérance de vie sans incapacité, ou *en bonne santé*, distinguée de l'espérance de vie totale. En outre, les quatre distinctions opérées ci-dessus sont désormais déclinées en deux catégories principales de personnes âgées : les personnes âgées subissant la dépendance, formulation apparue dans les années 1970, et les autres.

La dépendance, une formulation récente

Cette question de la dépendance est attestée par les décisions prises la concernant. À partir des années 1990, avec notamment la création de la « Prestation spécifique dépendance » en 1997, la dépendance devient, de manière formelle, objet de politique publique. Si la prestation est devenue « Allocation personnalisée d'autonomie » (APA) en 2002, et si c'est bien une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie qui est créée en 2004, la notion de dépendance reste très prégnante.

Auparavant, jusqu'aux années 1970, le mot dépendance était surtout employé pour définir l'état résultant de l'absorption périodique ou continue d'une drogue. Depuis, selon un nouveau sens, la dépendance se définit par l'état d'une personne âgée de 60 ans ou plus, qui n'est plus autonome, soit physiquement soit mentalement, et qui a donc besoin d'aide

dans les actes de sa vie quotidienne. Utilisé dans le titre de rapports officiels¹, le mot dépendance est même apparu dans la liste du gouvernement en 2012 lorsque le Président de la République française, François Hollande, a nommé Michèle Delaunay ministre déléguée aux Personnes âgées et à la Dépendance, par décret du 16 mai 2012. Mais cet intitulé n'a pas duré car la ministre a fait savoir que la dénomination signifiait un état perçu comme négatif, à l'inverse de la notion de perte d'autonomie. Aussi, dans le gouvernement Ayrault II, nommé le 21 juin 2012, Michèle Delaunay est devenue ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie.

Les facteurs de la vulnérabilité à la dépendance

Cela suppose de bien préciser la notion de vulnérabilité à la dépendance. La vulnérabilité se définit comme l'exposition plus ou moins forte d'une société à un risque, le risque étant un éventuel danger la menaçant. En application de cette définition, la vulnérabilité d'une société à la dépendance tient au fait que cette société peut être confrontée à des niveaux de dépendance faibles ou élevés, c'est-à-dire à un nombre et à une part de personnes âgées dépendantes dans la population totale plus ou moins importants.

Or, cette vulnérabilité à la dépendance relève de deux types d'éléments différents. Les premiers peuvent être assez aisément quantifiés. Puisque l'usage du mot dépendance sous-entend le critère d'âge, la composition par âge d'une population et son évolution ont des implications sur le nombre et la proportion de personnes dépendantes. L'autre quantification possible de la vulnérabilité à la dépendance tient à l'importance des années vécues en incapacité, c'est-à-dire à la différence entre l'espérance de vie totale et l'espérance de vie en bonne santé.

Derrière ces données quantifiables se trouve une multitude de facteurs explicatifs de la vulnérabilité. Dans l'idéal, leur connaissance permettrait de mieux anticiper, affronter et limiter la vulnérabilité à la dépendance en agissant sur ses causes. Toutefois, cette connaissance des facteurs à l'origine de la dépendance est limitée, en raison de nombreuses incertitudes sur les déterminants de la dépendance et leur évolution probable. Les enquêtes portant sur les pathologies responsables de l'incapacité sont peu nombreuses et le lien entre ces pathologies et le phénomène de dépendance est complexe à établir. Par exemple, les facteurs conduisant à la maladie d'Alzheimer, cause principale de la dépendance, demeurent mal connus.

¹ « Rapport de la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque », présidée par Philippe Marini, avec comme rapporteur Alain Vasselle, Sénat, 8 juillet 2008 ; « Rapport d'information de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes », M^{me} Valérie Rosso-Debord, Assemblée nationale, 23 juin 2010 ; « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société », Jean-Pierre Aquino, février 2013 ; « Relever le défi politique de l'avancée en âge. Perspectives internationales », Rapport remis à M. le Premier ministre, Martine Pinville, février 2013 ; « L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : année zéro ! », Rapport à M^{me} Michèle Delaunay, ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, Luc Broussy (direction), janvier 2013.

De même, le rôle joué dans la dépendance par des déterminants sociaux et comportementaux tels que les comportements de prévention sanitaire, les comportements hygiéniques, les modes alimentaires, la consommation d'alcool, de tabac ou de drogue, les structures familiales ou les contacts sociaux est incertain¹. Toutefois, il semble que l'amélioration des conditions de vie, un plus haut niveau d'éducation ou un tabagisme réduit diminueraient la vulnérabilité à la dépendance, tandis que d'autres facteurs, comme le développement de l'obésité, de l'arthrose ou du diabète, pourraient l'augmenter. Compte tenu de l'insuffisante connaissance actuelle des facteurs précis susceptibles d'engendrer la dépendance, et de leur importance relative, la science doit d'abord se résoudre à considérer les facteurs quantifiables, soit l'évolution du nombre de personnes âgées et celle de l'écart entre l'espérance de vie totale et l'espérance de vie sans incapacité.

Dans la mesure où le nombre de personnes âgées dépendantes exprime une fraction de la population totale âgée, pour un même taux de dépendance, la vulnérabilité à la dépendance est évidemment proportionnelle au nombre de personnes âgées. Il faut donc d'abord examiner la nature et la temporalité de la vulnérabilité liée à l'évolution du nombre de personnes âgées en France.

La gérontocroissance² projetée et ses causes

Une nette augmentation du nombre de personnes âgées est projetée en France pour les prochaines décennies. En considérant d'abord les 60 ans ou plus, borne encore couramment utilisée en France dans les statistiques publiques en raison des réglementations de 1982 sur la retraite à 60 ans, et selon la variante de projection que l'Insee appelle centrale³, le nombre des personnes âgées pourrait passer, en France métropolitaine, de 13,26 millions en 2007 à 20,2 millions en 2030, soit une augmentation de près de 7 millions et de 52 % (figure 1). Toutefois, les pourcentages d'augmentation seraient différents selon que l'on considère la tranche d'âge 60-74 ans, soumise à un faible risque de dépendance, ou celle des 75 ans ou plus, dont la vulnérabilité à la dépendance est environ dix fois plus élevée. Or, le nombre des 60-74 ans passerait de 8,0 millions en 2007 à 11,7 en 2030, soit un accroissement de seulement 3,7 millions et de 46 %. La gérontocroissance des 75 ans ou plus serait nettement plus intense, leur nombre passant de 5,2 millions en 2007 à 8,46 en 2030, soit une augmentation de 3,24 millions et de 62 %.

De telles hausses s'expliquent par deux raisons. D'une part, la variante centrale table sur des augmentations de l'espérance de vie, y compris aux âges élevés⁴. D'autre part, depuis

¹ Hélène Gisserot, « Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix » (2007).

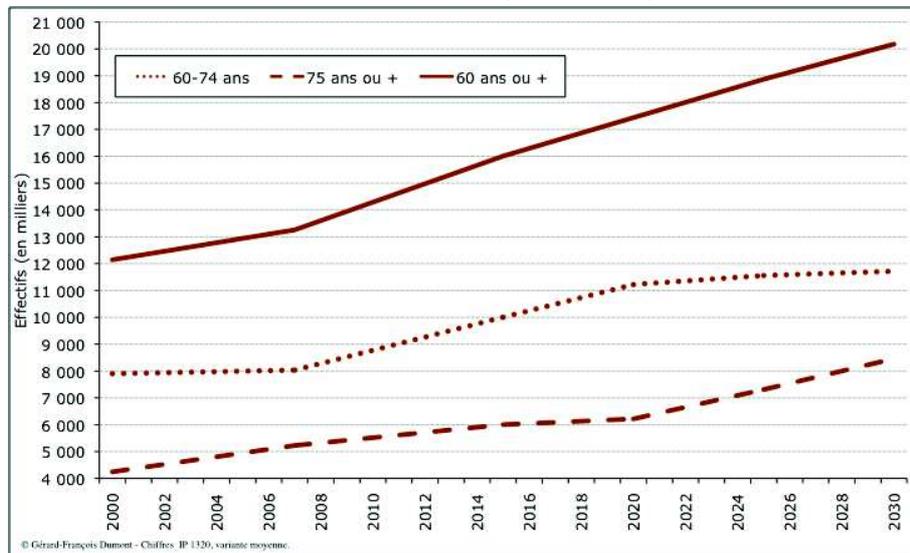
² Sur ce néologisme, cf. Gérard-François Dumont (dir.), *Les territoires face au vieillissement en France et en Europe. Géographie - politique - prospective*, Paris, Ellipses, 2006.

³ *Insee Première*, n° 1320.

⁴ Même si cette hausse n'est nullement certaine. Cf. Gérard-François Dumont (dir.), *Populations et territoires de France en 2030. Le scénario d'un futur choisi*, Paris, L'Harmattan, 2008.

2006, l'héritage démographique exerce ses effets avec l'arrivée aux âges de 60 ans ou plus de générations plus nombreuses. Mais cet héritage engendre des temporalités variées. Ainsi, les 60-74 ans, dont les effectifs ont été pratiquement stables de 2000 à 2005, lors d'années où arrivaient à la soixantaine les générations peu nombreuses nées pendant la Seconde Guerre mondiale, augmentent depuis 2006 et devraient croître à un rythme soutenu dans les années 2010, avec l'arrivée à l'âge de 60 ans des générations plus nombreuses nées lors du renouveau démographique d'après-guerre. Puis, dans les années 2020, la hausse des 60-74 ans serait plus faible car ce sont des générations moins nombreuses qui rejoindraient cette tranche d'âge.

FIGURE 1 : PROJECTIONS DES EFFECTIFS DE PERSONNES ÂGÉES EN FRANCE MÉTROPOLITAINE (2000-2030)



Source : Insee.

Concernant les 75 ans ou plus, groupe d'âge plus vulnérable à la dépendance, l'évolution temporelle est, dans une certaine mesure, opposée. La période 2000-2020 se caractérise par une hausse incontestable, surtout due à l'augmentation de l'espérance de vie, mais limitée par rapport à la hausse élevée projetée pour les années 2030, dont la principale cause serait l'arrivée à 75 ans de générations plus nombreuses plutôt que l'augmentation de l'espérance de vie.

Cette variante centrale exclut l'arrivée en France métropolitaine de flux importants de migrants âgés venant des collectivités françaises d'outre-mer ou de l'étranger, comme le maintien des flux de retour au pays d'un certain nombre de Français d'outre-mer au moment de l'âge de la retraite.

Ainsi, et toujours si le taux d'augmentation de dépendance est stable, la population de la France métropolitaine devrait voir sa vulnérabilité à la dépendance s'accroître à l'horizon 2030 sous l'effet de la gérontocroissance. Signalons à ce stade l'écart de perception existant dans le ressenti des habitants. Nombre d'entre eux pensent en effet que le risque de dépendance augmente parce le nombre de personnes âgées dépendantes s'accroît. Or, cette

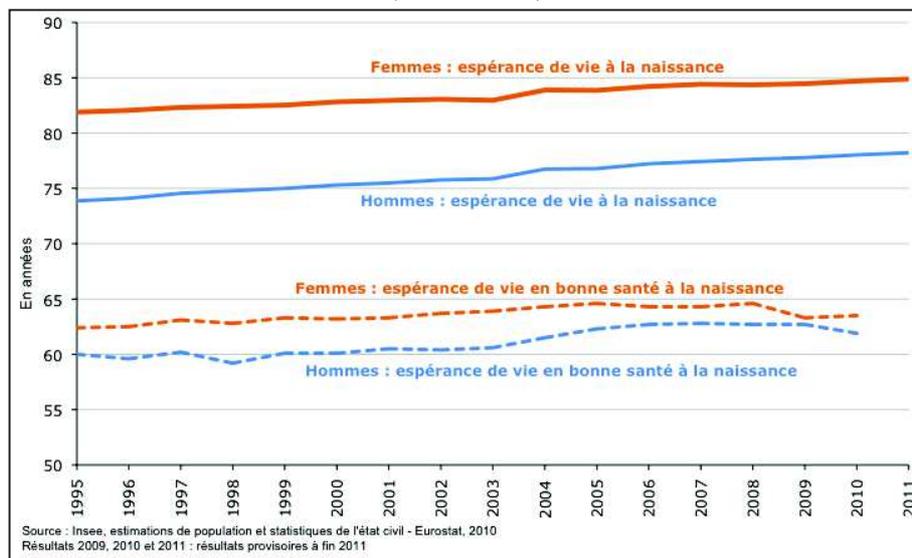
augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes s'expliquerait exclusivement par la gérontocroissance.

L'évolution de l'espérance de vie sans incapacité

Outre le nombre de personnes âgées, la vulnérabilité à la dépendance dépend aussi du taux de dépendance lié à l'écart entre l'espérance de vie totale et l'espérance de vie sans incapacité. Faute de disposer de données sérielles sur cette espérance de vie sans incapacité à 60 ans, il convient d'examiner l'espérance de vie à la naissance (figure 2).

L'espérance de vie totale à la naissance s'est améliorée au fil des dernières décennies¹. Les écarts d'espérance de vie entre hommes et femmes demeurent importants mais les gains en termes d'espérance de vie ont été plus élevés pour les hommes que pour les femmes dans les années 2000.

FIGURE 2 : ESPÉRANCES DE VIE TOTALE ET EN BONNE SANTÉ À LA NAISSANCE EN FRANCE (1995-2011)



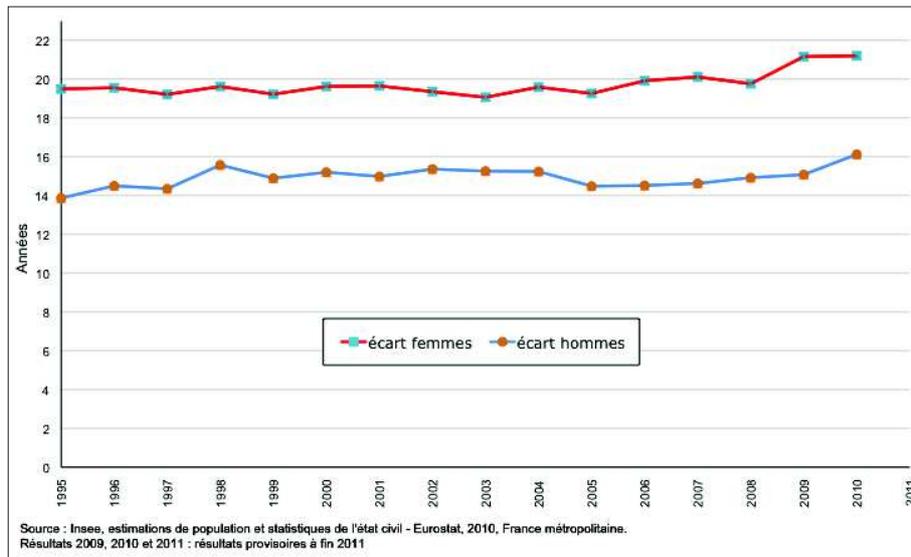
Sources : Insee et Eurostat.

L'espérance de vie à la naissance en bonne santé, ou années de vie en bonne santé (AVBS), aussi appelée espérance de vie sans incapacité (EVSI), représente le nombre d'années en bonne santé qu'un nouveau-né peut espérer vivre, une bonne santé signifiant absence de limitations d'activités dans les gestes de la vie quotidienne et absence d'incapacités. L'AVBS est un indicateur d'espérance de santé qui combine donc des informations sur la mortalité et la morbidité. Les informations utilisées pour son calcul sont

⁽¹⁾ Avec toujours de fortes inégalités selon les catégories sociales ; cf. Emmanuelle Cambois, Caroline Laborde et Jean-Marie Robine, « La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », *Population et sociétés*, n° 441, janvier 2008 ; Nathalie Blanpain, « L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent », *Insee Première*, n° 1372, octobre 2011.

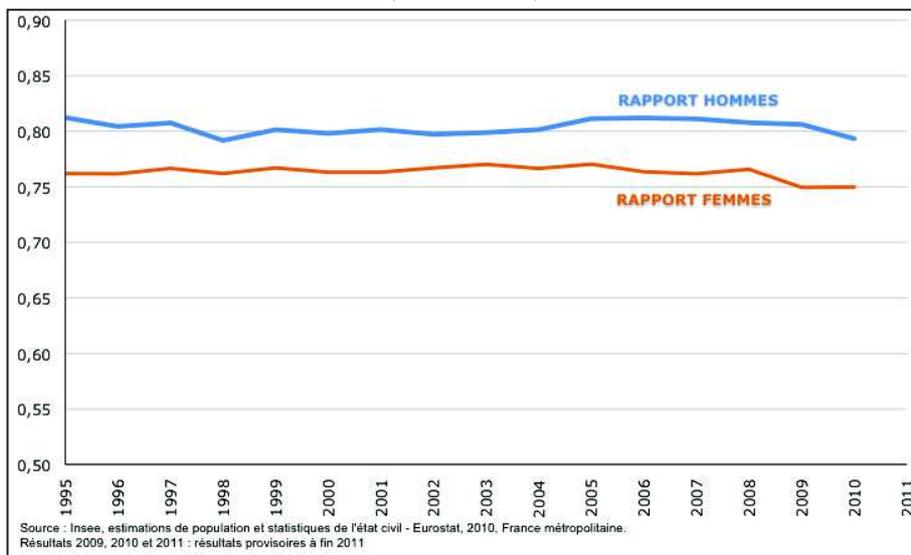
des mesures de prévalence (proportions) de la population d'un âge spécifique étant dans des conditions de bonne ou mauvaise santé et des informations de mortalité par âge. En France métropolitaine, en 2010, cette espérance de vie en bonne santé à la naissance est estimée à 63,5 ans pour les femmes et à 61,9 ans pour les hommes. Les écarts d'espérance de vie entre hommes et femmes se sont réduits également pour l'espérance de vie en bonne santé.

FIGURE 3 : ÉCART ENTRE ESPÉRANCE DE VIE TOTALE ET ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ (1995-2011)



Sources : Insee et Eurostat.

FIGURE 4 : RAPPORT ENTRE ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ ET ESPÉRANCE DE VIE TOTALE (1995-2011)



Sources : Insee et Eurostat.

L'analyse de la différence entre espérance de vie totale et espérance de vie sans incapacité conduit à examiner leurs différences absolues et le rapport entre elles (figures 3 et

4). Concernant la différence absolue, la seconde moitié des années 1990 et les années 2000 montrent une légère tendance à la hausse, c'est-à-dire une augmentation de la durée de vie en incapacité, cette dernière incluant non seulement la dépendance mais aussi le handicap. S'agissant du rapport entre espérance de vie sans incapacité et espérance de vie totale, la conclusion est différente, ce rapport ayant même légèrement baissé sur la période 1995-2010. Autrement dit, la durée de vie en incapacité a augmenté mais la proportion de cette durée dans la totalité de la vie a légèrement diminué parce que l'espérance de vie sans incapacité a augmenté un peu plus vite.

La dépendance projetée

Pour passer des projections de gérontocroissance examinées ci-dessus à celles de la dépendance, deux conditions sont nécessaires.

La première consiste, comme pour toute projection démographique, à bien connaître la situation initiale. Or, cette connaissance demeure imparfaite. Les données livrées en France ces dernières décennies révèlent, en effet, des écarts importants selon qu'elles proviennent des enquêtes handicaps-incapacités-dépendance¹, du Centre d'analyse stratégique², de la Drees³ (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) ou de l'Insee⁴.

Depuis la mise en place, le 1^{er} janvier 2002, de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) pour les personnes de 60 ans ou plus résidant à domicile ou en établissement et confrontées à des situations de perte d'autonomie, l'estimation de la dépendance avec les statistiques de cette aide publique apparaît comme une mesure intéressante. Pourtant, elle peut être considérée comme sous-évaluée du fait de personnes âgées dépendantes n'y recourant pas soit parce qu'elles l'ignorent, soit parce qu'elles estiment que leur niveau de revenus écarte toute demande de perception. Mais le risque de surévaluation existe aussi, comme précisé ci-dessous.

Sous ces réserves, les données 2010 indiquent 1,140 million de personnes âgées dépendantes bénéficiaires de l'APA en France métropolitaine, soit 7,9 % de la population âgée de 60 ans ou plus : cet effectif et cette proportion sont nettement supérieurs à ceux envisagés lors de la création de l'APA. Ce pourcentage moyen masque un éventail très large selon les classes d'âge quinquennales : du plus faible, inférieur à 1 % pour les 60-64 ans, au

¹ Cf. par exemple Christel Colin, « Que nous apprend l'enquête HID sur les personnes âgées dépendantes, aujourd'hui et demain ? », Drees, *Revue française des affaires sociales*, n^{os} 1-2, 2003, p. 75-101.

² « Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes, premier volet : détermination du nombre de places en 2010, 2015 et 2025 », Commissariat général du Plan, rapport de la mission conduite par Stéphane Le Bouler, 2005.

³ Olivier Bontout, Christel Colin et Roselyne Kerjosse, « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », Drees, *Études et Résultats*, n^o 160, février 2002.

⁴ Michel Duée et Cyril Rebillard, « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 », in Insee, *Données sociales. La société française. Édition 2006*, p. 613-619.

plus élevé, supérieur à 75 % pour les 105 ans ou plus. Une autre caractéristique de la dépendance tient à ses résultats par sexe : le nombre de femmes âgées dépendantes est 2,8 fois supérieur à celui des hommes. Cette considérable différence tient à deux raisons : d'une part, à âge égal, les femmes sont plus souvent dépendantes que les hommes ; d'autre part, les femmes sont plus nombreuses aux âges élevés en raison d'une espérance de vie plus longue. Ainsi, l'espérance de vie des femmes à 60 ans est estimée à 27,1 ans en 2010 contre 22,4 pour les hommes, soit une différence de 4,7 ans.

En se fondant sur cette base APA, même si elle ne recouvre pas parfaitement la dépendance, la projection de la vulnérabilité à la dépendance implique de poser des hypothèses – là réside la deuxième condition nécessaire –, à l'instar de celles définies dans les projections de la Drees à l'horizon 2030¹. Pour comprendre ces hypothèses, il faut rappeler que les personnes âgées sont classées en 6 groupes iso-ressources (GIR) en fonction des différents stades de perte d'autonomie. Le classement dans un GIR s'effectue à partir des données recueillies par une équipe médico-sociale à l'aide d'une grille Aggir (Autonomie gérontologie groupe iso-ressources) sur la base de dix variables, dites « discriminantes »², se rapportant à la perte d'autonomie physique et psychique :

- le GIR 1 correspond aux personnes confinées au lit ou au fauteuil ou dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées. La présence constante d'intervenants leur est indispensable ;
- le GIR 2 comprend deux groupes de personnes dépendantes. Les premières sont confinées au lit ou au fauteuil, mais leurs fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées ; leur prise en charge est nécessaire pour la plupart des activités de la vie courante. Les secondes ont leurs fonctions mentales altérées, mais peuvent se déplacer ; certains gestes, tels que l'habillage, la toilette, ne peuvent être accomplis en raison de la déficience mentale ;
- le GIR 3 inclut les personnes qui ont conservé partiellement leurs capacités motrices mais ont besoin d'être assistées pour se nourrir, se coucher, se laver ou aller aux toilettes ;
- le GIR 4 regroupe deux types de personnes. Les premières ont besoin d'aide pour se lever, se coucher, mais peuvent se déplacer seules à l'intérieur de leur logement ; une assistance leur est parfois nécessaire pour la toilette et l'habillage. Les secondes n'ont pas de problème de transfert ou de déplacement, mais doivent être assistées pour les activités corporelles ainsi que pour les repas ;

¹ Aude Lécroart, « 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 ; Olivier Bontout, Christel Colin et Roselyne Kerjosse, « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », Drees, *Études et Résultats*, n° 160, février 2002.

² Cohérence - orientation - toilette - habillage - alimentation - élimination - transferts (se lever, se coucher, s'asseoir) - déplacement à l'intérieur - déplacement à l'extérieur - communication à distance.

- le GIR 5 englobe les personnes qui sont relativement autonomes dans leurs activités : elles se déplacent seules mais ont besoin d'aides ponctuelles pour la toilette, la préparation des repas ou l'entretien du logement ;
- le GIR 6 concerne les personnes autonomes dans tous les actes de la vie courante.

Les personnes classées en GIR 5 et 6 ne peuvent bénéficier de l'APA, mais peuvent avoir accès à l'aide ménagère des régimes de retraite ainsi qu'à l'aide pour une garde à domicile.

Des résultats différenciés selon les hypothèses

Selon les trois hypothèses retenues, le nombre de personnes « lourdement » dépendantes (GIR 1 et 2) évoluerait de la même manière, ce qui signifie que leur espérance de vie en dépendance « lourde », calculée à 65 ans, serait stable. Pour ces GIR 1 et 2, les gains d'espérance de vie seraient donc des années supplémentaires passées sans dépendance lourde. L'autre hypothèse sous-jacente est qu'une fréquence plus ou moins grande de la dépendance modérée serait sans incidence sur celle de la dépendance lourde grâce à des mesures appropriées – prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie, aides techniques. Ces GIR 1 et 2, pour lesquels une seule hypothèse est retenue, représentent en 2010 près des deux tiers des bénéficiaires de l'APA.

En conséquence de ce qui précède, les écarts entre les trois hypothèses portent donc sur la dépendance « modérée » (GIR 3 et 4) et supposent l'absence de changement dans la définition des GIR, sachant que le classement objectif des personnes dans le GIR 4 est plus difficile et se caractérise d'ailleurs par des différences significatives selon les territoires.

Les trois hypothèses de projection du nombre de bénéficiaires de l'APA sont, selon la Drees, fondées sur « les dernières tendances observées ». L'hypothèse basse postule la stabilité de la durée de vie en dépendance, étant rappelé qu'être dépendant signifie ici bénéficier de l'APA. Tous les gains d'espérance de vie totale seraient des gains d'espérance de vie sans APA, donc des gains d'espérance de vie en bonne santé. Le seul changement serait donc l'âge d'entrée en dépendance, plus précisément l'âge où la personne commence à bénéficier de l'APA, le nombre d'années d'APA assurées étant le même. Il y aurait donc un simple décalage dans le temps de la période vécue en situation de dépendance, et la proportion de cette période vécue avec APA diminuerait. Cette hypothèse basse escompte une compression relative de la morbidité et, donc, une légère baisse des taux de dépendance par âge. Le nombre d'années d'augmentation de l'espérance de vie totale et de l'espérance de vie sans incapacité serait le même. La vulnérabilité à la dépendance s'améliorerait.

L'hypothèse intermédiaire suppose une constance du rapport entre l'espérance de vie sans incapacité et l'espérance de vie totale¹. L'espérance de vie sans incapacité évoluerait

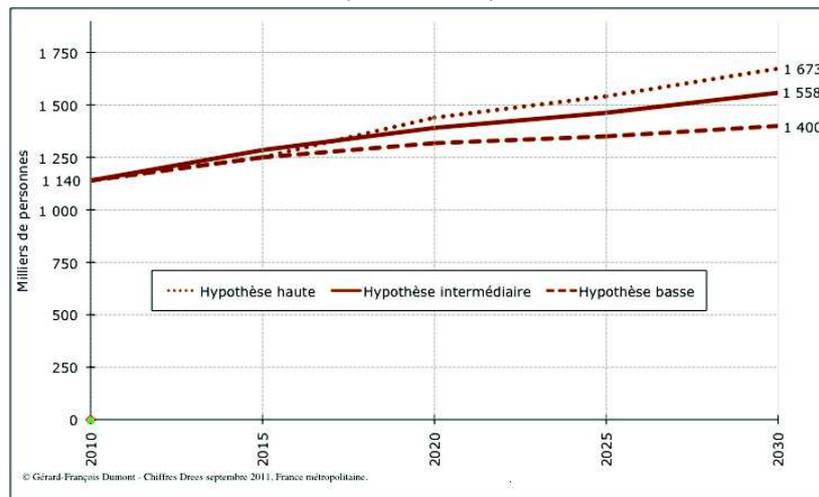
¹ La part d'espérance de vie en bonne santé de la génération ayant atteint 65 ans en 2007 est de 85 % pour les femmes et de 92 % pour les hommes.

dans les mêmes proportions que l'espérance de vie totale : la part de la durée de vie en dépendance à 65 ans au sens de l'APA, précisément des GIR 3 et 4, serait donc stable ; son nombre de mois augmenterait du même pourcentage que celui de l'espérance de vie totale. La vulnérabilité à la dépendance (la durée de vie en dépendance) s'accroîtrait proportionnellement à l'espérance totale de vie.

L'hypothèse haute est la moins favorable : elle suppose une absence de progrès dans la lutte contre la dépendance. En effet, les taux de prévalence par âge seraient constants chez les personnes âgées « modérément » dépendantes (GIR 3 et 4). La durée de vie en dépendance augmenterait globalement. Cette hypothèse haute marie deux facteurs, l'un négatif et l'autre positif, qui s'annuleraient. D'un côté, la prévalence des démences pourrait augmenter. De l'autre, les réponses apportées à cette augmentation accroîtraient la durée en GIR 3 et 4, empêchant les personnes d'entrer en GIR 1 ou 2.

Selon les trois hypothèses retenues, les résultats sont logiquement contrastés mais un élément permanent demeure. Les projections des effectifs APA totaux à l'horizon 2030 livrent les chiffres suivants : l'hypothèse basse engendrerait un effectif de 1,4 million d'APA en 2030, soit une augmentation de 23 % entre 2010 et 2030 ; l'hypothèse intermédiaire conduirait à 1,558 million d'APA en 2030, soit une augmentation de 36,7 %, et l'hypothèse haute projette 1,673 APA en 2030, soit une hausse de 46,8 % (figure 5).

FIGURE 5 : PROJECTIONS DE LA POPULATION BÉNÉFICIAIRE DE L'APA SELON TROIS HYPOTHÈSES (2010-2030)



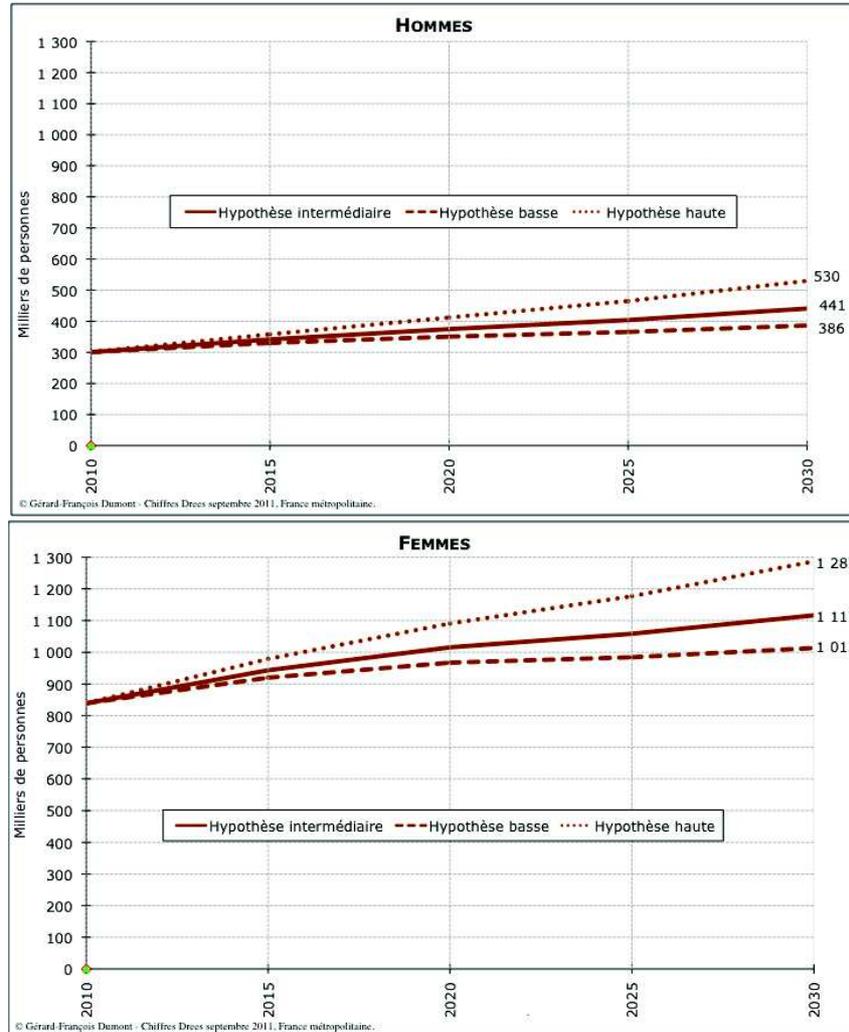
Source : Drees.

L'élément permanent est le nombre nettement supérieur des femmes par rapport aux hommes dans toutes les hypothèses (figure 6). Cela résulte du fait que les jeux d'hypothèses n'opèrent guère de différence d'évolution selon qu'il s'agit d'hommes ou de femmes. Le seul écart escompté est un léger resserrement de l'écart d'espérance de vie à la naissance entre les hommes et les femmes, qui était de 7 ans en 2010. Le nombre de femmes âgées dépendantes demeurerait nettement supérieur à celui des hommes. En 2010, on comptabilisait 2,79 femmes bénéficiant de l'APA pour 1 homme. En 2030, les ordres de grandeur ne seraient pas fondamentalement différents : 2,62 femmes pour 1 homme dans l'hypothèse basse ; 2,53 dans

l'hypothèse intermédiaire ; 2,43 dans l'hypothèse haute. Ces chiffres laissent penser que les différenciations hommes/femmes vont continuer d'avoir de l'importance et d'impliquer des besoins liés à la spécificité de la composition par sexe des pyramides des âges.

Mais la vulnérabilité à la dépendance est-elle homogène selon les territoires ?

FIGURE 6 : EFFECTIFS APA SELON LE SEXE ET TROIS HYPOTHÈSES DE PROJECTION (2010-2030)



Source : Drees.

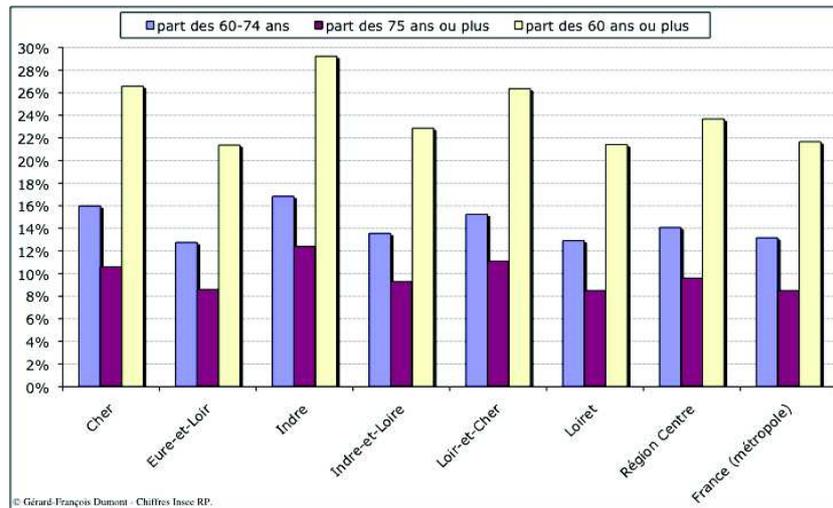
Inégalités selon les territoires

Pour répondre à cette question, considérons d'abord les six départements de la région Centre, la région Centre dans son ensemble et une mise en perspective par rapport à la France métropolitaine (figure 7).

Au RP 2007, la part des personnes âgées de 60 ans ou plus dans la population totale est du même ordre de grandeur que la moyenne de la France métropolitaine (21,7 %) en Eure-et-Loir, Indre-et-Loire et Loiret, soit dans les deux départements limitrophes de l'Île-de-France et dans le département possédant l'agglomération la plus peuplée de la région (Tours). En revanche, la proportion des 60 ans ou plus est supérieure d'au moins 4,5 points de

pourcentage dans les trois autres départements, où la part de la population rurale est plus importante : Cher, Indre, Loir-et-Cher. Ces différences de vulnérabilité à la dépendance sont confirmées par la part des 75 ans ou plus. Mais, même parmi les trois derniers départements les plus vulnérables, l'écart de points peut être variable : 10,6 % de 75 ans ou plus dans le Cher et 12,4 % dans l'Indre.

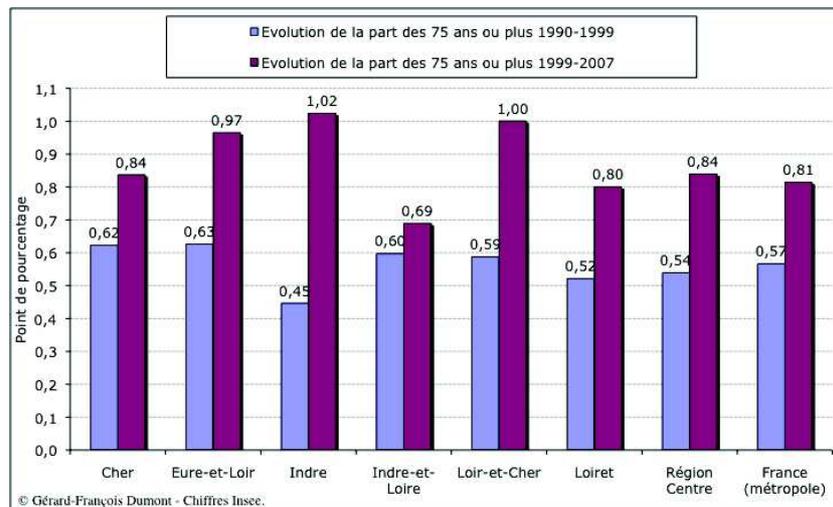
FIGURE 7 : LES INDICES DE VIEILLISSEMENT DANS LA RÉGION CENTRE EN 2007



Source : Insee.

Considérons désormais l'évolution de cette proportion des 75 ans ou plus pendant près de deux décennies (figure 8). Déjà, lors des années 1990, l'évolution était contrastée, avec la plus forte intensité en Eure-et-Loir et dans le Cher, et la plus faible pour l'Indre et le Loiret. Ces évolutions n'entraient donc pas *a priori* dans des logiques géographiques puisque les évolutions des deux départements de la région Centre limitrophes de l'Île-de-France étaient opposées, tout comme celles des deux départements berrichons.

FIGURE 8 : PROPORTION DES 75 ANS OU PLUS DANS LA POPULATION DE LA RÉGION CENTRE. ÉVOLUTION DE 1990 À 1999 ET DE 1999 À 2007

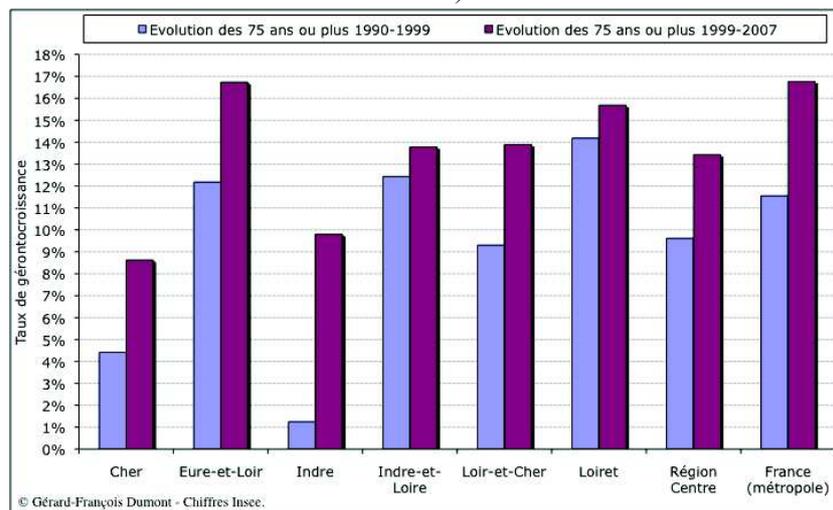


Source : Insee.

À l'analyse de la gérontocroissance des 75 ans ou plus, les contrastes sont encore plus nets sous l'effet des différences d'héritage démographique et du mouvement migratoire dans cette tranche d'âge (figure 9). Pour les années 1990, l'Indre a enregistré une hausse de seulement 1,3 % des personnes âgées de 75 ans ou plus, pourcentage considérablement inférieur tant à la moyenne régionale (9,6 %) qu'à la moyenne nationale (11,6 %), contre 14,2 % dans le Loiret. Autrement dit, la vulnérabilité à la dépendance selon ce critère a beaucoup plus augmenté dans le Loiret que dans l'Indre durant la période intercensitaire 1991-1999.

À toutes les échelles géographiques, la gérontocroissance 1999-2007 est supérieure à celle de la période 1990-1999. Cela tient à deux raisons. D'une part, la période 1990-1999 a vu arriver à l'âge de 75 ans des générations peu nombreuses nées pendant la Première Guerre mondiale. D'autre part, les générations arrivées à l'âge de 75 ans pendant la période 1999-2007 ont vu leur nombre favorisé par l'augmentation de l'espérance de vie.

FIGURE 9 : LA GÉRONTOCROISSANCE DES 75 ANS OU PLUS DANS LA RÉGION CENTRE (1990-2007)



Source : Insee.

En dépit de cette évolution générale, pour cette période 1999-2007, les rythmes d'évolution sont à nouveau différenciés selon les territoires, mais avec des changements dans l'intensité selon les départements. Le plus spectaculaire de ces changements concerne l'Indre, où la croissance du nombre des 75 ans ou plus a atteint 9,8 % pour la période 1999-2007, contre seulement 1,3 % entre 1990-1999. Mais cette croissance reste cependant faible par rapport à celle de l'Indre-et-Loire (13,8 %), du Loiret (15,7 %) et de l'Eure-et-Loir (16,7 %).

Pour mieux apprécier les différences territoriales de vulnérabilité à la dépendance, il faudrait aussi examiner les différences entre l'espérance de vie totale et l'espérance de vie sans incapacité. Mais de telles données ne sont disponibles ni à l'échelle des départements ni à celle des régions. En revanche, il apparaît intéressant, à la lumière de certaines différences dans la région Centre entre départements les plus ruraux et départements les plus urbains,

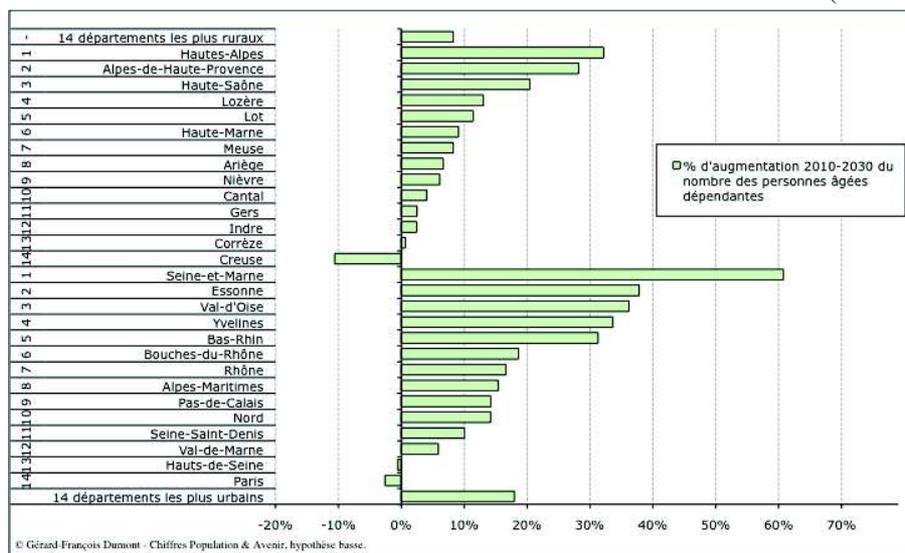
d'examiner les perspectives de dépendance dans les quatorze départements français les plus urbains et dans les quatorze départements les plus ruraux.

Une gérontocroissance dépendante plus élevée dans les territoires urbains

L'augmentation 2010-2030 du nombre de personnes âgées dépendantes serait de 18 % pour la moyenne des quatorze départements les plus urbains et de seulement 8,2 % pour celle des quatorze départements les plus ruraux.

En valeur relative, les cinq plus forts pourcentages d'augmentation du nombre des personnes âgées dépendantes se trouveraient dans des départements urbains (figure 10). La Seine-et-Marne arriverait en tête (60 %), suivie par les trois autres départements de la Grande couronne parisienne : l'Essonne, le Val-d'Oise et les Yvelines, avec une croissance d'environ un tiers. En 2010, ces départements se distinguaient par le plus faible nombre de personnes âgées dépendantes, ce qui expliquerait en partie leur croissance la plus élevée, ces départements étant les plus concernés par la gérontocroissance des 75 ans ou plus, du fait du maintien sur place des générations arrivées dans ces départements trente ou quarante ans auparavant et de la longévité accrue résultant des hypothèses du scénario central. En cinquième position se trouverait le Bas-Rhin, avec aussi une forte gérontocroissance des 75 ans ou plus, héritage d'une fécondité ancienne relativement plus élevée. Il serait suivi par deux départements ruraux, les Hautes-Alpes et les Alpes-de-Haute-Provence, pour les mêmes raisons que la Grande couronne parisienne, conséquence de leur attractivité migratoire des années passées exercée sur les personnes âgées de la classe d'âge 60-74 ans.

FIGURE 10 : PROJECTION DU NOMBRE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES À L'HORIZON 2030 DANS LES 14 DÉPARTEMENTS LES PLUS RURAUX ET LES PLUS URBAINS (2010-2030)



Source : Insee.

Les plus faibles croissances de personnes âgées dépendantes (moins de 5 %) se situeraient dans quatre départements ruraux : Cantal, Gers, Indre et Corrèze. En revanche, trois diminutions du nombre de personnes âgées dépendantes concerneraient deux

départements urbains, Paris et les Hauts-de-Seine, et un département rural, la Creuse, en raison d'une faible gérontocroissance des 75 ans ou plus.

En valeur absolue, le panorama concernant les personnes âgées dépendantes serait différent, en raison de la grande disparité des populations totales des départements.

Conclusion

Ainsi, la projection des effectifs de la population vulnérable à la dépendance, et plus précisément du nombre de personnes âgées dépendantes, conduit selon les départements à des résultats fort différents en valeur absolue comme en valeur relative. Les politiques départementales de lutte contre la vulnérabilité à la dépendance et contre la dépendance constatée se trouvent donc confrontées à des besoins généralement croissants et à de profondes inégalités selon les territoires. Ce qui pose la question de leur pérennisation.

La méthode de projection des populations âgées dépendantes sur la période 2010-2030

La méthode retenue pour le calcul de la dépendance selon les départements est la suivante. Un premier élément consiste à distinguer, au sein du scénario central des projections de 60 ans ou plus [« Projections démographiques pour la France, ses régions, et ses départements (horizon 2030-2050) », *Insee Résultats*, n° 16, Société, juillet 2003], deux classes d'âges, les 60-74 ans et les 75 ans ou plus, auxquelles nous appliquons des taux de dépendance sensiblement différents, sachant que le nombre de personnes âgées dépendantes augmente sensiblement à partir de 75 ans. À la date du dernier recensement exhaustif, soit en 1999, le taux de dépendance est très faible avant 75 ans, de l'ordre de 1 %, mais s'élève à 17 % pour les 75 ans ou plus et à 30 % pour les 90 ans ou plus.

Pour le futur, le maintien constant des taux de dépendance par âge n'est nullement certain, la prudence étant de mise. Néanmoins, les taux de dépendance pourraient diminuer notamment grâce aux progrès sanitaires et médicaux. En conséquence, l'amélioration de la santé des personnes âgées, autrement dit l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité, retarderait l'âge moyen de la dépendance.

Le calcul du nombre de personnes âgées dépendantes se fonde sur des années de dépendance dans le scénario central de l'Insee. Pour les dernières décennies du XX^e siècle, une compression de morbidité a été constatée : l'espérance de vie en bonne santé a augmenté légèrement plus vite que l'espérance de vie, conduisant à une réduction de la période de vie source d'incapacités. En conséquence, l'hypothèse retenue est celle d'une prolongation régulière de cette évolution favorable jusqu'en 2030. L'hypothèse retient pour 2020 un taux

de dépendance des 75 ans ou plus de 13,5 %, et, pour 2030, de 11,9 %, appliqué au scénario central. Pour tous les départements étudiés, le taux de dépendance décline régulièrement à chaque période quinquennale pour les 75 ans ou plus. En revanche, pour projeter le nombre de personnes de 60-74 ans dépendantes, l'hypothèse retenue pose un maintien jusqu'en 2030, dans tous les départements, d'un taux *ne varietur* de 1 %.

Certes, des hypothèses d'abaissement ou d'abaissement plus important des taux de dépendance selon les deux classes d'âges auraient pu être avancées. Mais il convient également de tenir compte du « vieillissement dans le vieillissement », c'est-à-dire des possibilités du vieillissement à l'intérieur de chacune des deux classes d'âges étudiées. Ainsi, la modification de la structure par âge des 75 ans ou plus au profit des plus âgés (par exemple, les 90 ans ou plus) a pour effet de minorer une baisse plus importante du taux moyen de dépendance de l'ensemble des 75 ans ou plus.

HYPOTHÈSES DE TAUX DE DÉPENDANCE RETENUES DANS LES PROJECTIONS

Année	60-74 ans	75 ans ou plus
1999	1%	17 %
2005	1%	16,125 %
2010	1%	15,25 %
2015	1%	14,375 %
2020	1%	13,5 %
2025	1%	12,875 %
2030	1%	11,85 %