

À partir des résultats de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance, des projections peuvent être effectuées pour appréhender les effets des évolutions démographiques sur le nombre de personnes dépendantes. Trois scénarios possibles d'évolution de la dépendance aux âges élevés ont ici été envisagés. À l'horizon 2040, le vieillissement de la population française devrait conduire, dans les trois hypothèses, à une augmentation tendancielle du nombre de personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans. Une première accélération aurait lieu vers 2010 et une seconde à partir de 2030. Sur la période 2000-2020, la hausse serait de l'ordre de 16 % dans le scénario optimiste, 25 % dans le scénario central ou 32 % dans le scénario pessimiste. Entre 2020 et 2040, le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait dans des proportions légèrement supérieures. Au total, sur les quarante années, l'augmentation serait d'environ 35 % dans le scénario optimiste, 55 % dans le scénario central ou 80 % dans le scénario pessimiste. Cette hausse serait concentrée sur les personnes de 80 ans ou plus. L'accompagnement des personnes âgées dépendantes est souvent du ressort de leur entourage. Or, le nombre de personnes de 50 à 79 ans, qui constituent aujourd'hui la majorité des aidants, devrait, d'après les projections démographiques de l'INSEE, augmenter d'environ 10 % entre 2000 et 2040, soit nettement moins que le nombre de personnes âgées dépendantes. Ce constat, lié aux évolutions démographiques, pourrait être amplifié par l'accroissement de l'activité féminine, sachant bien sûr que d'autres facteurs et arbitrages individuels pourront venir augmenter ou réduire le potentiel effectif d'aidants.

**Olivier BONTOUT, Christel COLIN
et Roselyne KERJOSSE**
Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES

Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040

L'augmentation de la part des personnes les plus âgées au sein de la population au cours des dernières décennies est liée à deux facteurs : la baisse de la fécondité et la baisse de la mortalité aux âges élevés. La proportion des personnes de 60 ans et plus dans la population totale est ainsi passée de 18 % en 1970 à 21 % en 2000 soit 12,1 millions de personnes.

Les projections démographiques, publiées par l'INSEE au début de l'année 2001 et fondées sur une hypothèse d'évolution tendancielle de la mortalité [1], dessinent une augmentation inéluctable de la part des personnes les plus âgées dans les quarante années à venir. En 2020, la France compterait 17 millions de personnes de 60 ans et plus, soit 1,4 fois plus qu'en 2000, et près de 4 millions de personnes de 80 ans et plus, soit 1,8 fois plus qu'en 2000. À l'horizon 2040, il y aurait près de 7 millions de personnes de 80 ans et plus, soit 3,2 fois plus qu'en 2000.



E•1

L'outil AGGIR

AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources) est un outil multi-dimensionnel de mesure de l'autonomie, à travers l'observation des activités qu'effectue seule la personne âgée. Il comprend 10 variables discriminantes :

- cohérence : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée
- orientation : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux
- toilette : assurer son hygiène corporelle
- habillage : s'habiller, se déshabiller, choisir ses vêtements
- alimentation : se servir et manger les aliments préparés
- hygiène de l'élimination : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale
- transferts : se lever, se coucher, s'asseoir
- déplacement à l'intérieur du logement ou de l'institution (éventuellement avec canne, fauteuil roulant ou déambulateur)
- déplacement à l'extérieur : à partir de la porte d'entrée, à pied ou en fauteuil
- communication à distance : utiliser les moyens de communication (téléphone, alarme, sonnette).

Chaque variable a trois modalités :

- A : fait seul, totalement, habituellement et correctement
- B : fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement
- C : ne fait pas

AGGIR comprend aussi 7 variables illustratives :

- gestion
- cuisine
- ménage
- transports
- achats
- suivi des traitements
- activités de temps libre

À partir des réponses aux dix variables discriminantes (notes A, B, C), un algorithme attribue des points, calcule un score, et en fonction de celui-ci, attribue à chaque personne un groupe iso-ressources (GIR). En pratique, dans AGGIR, seules les huit premières variables discriminantes sont utiles pour le calcul du GIR. Il existe six groupes, qui sont censés regrouper des personnes qui peuvent avoir des profils d'incapacités différents, mais ont besoin d'une même quantité d'heures de soins (d'où le terme de groupes iso-ressources) [2]. Il existe par ailleurs une description « littéraire » des six groupes iso-ressources, qui décrit les caractéristiques de la majorité des personnes de chaque groupe. Ainsi, selon les auteurs d'AGGIR :

- le premier groupe (GIR 1) comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil et ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;

- le GIR 2 est composé de deux sous-groupes : d'une part, les personnes confinées au lit ou au 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 ; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou sont faits partiellement ;

- le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou sont faits partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne ;

- le GIR 4 comprend les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules ; ce groupe comprend aussi celles qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas ;

- le GIR 5 est composé des personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;

- le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

Cette description littéraire n'a toutefois pas vocation à décrire tous les profils possibles des personnes d'un groupe donné. Par exemple, contrairement à ce qu'elle indique, il suffit d'avoir « C » aux deux variables toilette et habillage pour être classé en GIR 3. La définition littéraire vise surtout à montrer la gradation des niveaux de dépendance.

Des projections pour appréhender l'effet de la démographie sur le nombre de personnes âgées dépendantes

L'arrivée aux âges élevés s'accompagne, pour certaines personnes, d'un besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne (faire sa toilette, s'habiller, se lever, se coucher, s'asseoir, aller aux toilettes et les utiliser, etc.). Même si cette perte d'autonomie n'est pas inéluctable, la forte augmentation à venir du nombre de personnes très âgées font de la prise en charge des personnes dépendantes un enjeu majeur pour les années futures. C'est dans ce contexte que la DREES a réalisé des projections du nombre de personnes âgées dépendantes à l'horizon 2020 puis 2040, afin d'appréhender les effets des évolutions démographiques futures en fonction de différents scénarios possibles d'évolution de la dépendance aux âges élevés. Des projections concernant le nombre d'aidants potentiels apportent également un éclairage sur les perspectives d'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

Les projections de personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus ont été réalisées sur la base du nombre de personnes âgées dépendantes estimé à l'aide de l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance (HID)¹, des taux de prévalence par sexe et âge issus de cette enquête et des projections démographiques réalisées par l'INSEE à la suite du recensement de population. Bien que le seuil de 60 ans ne corresponde pas, ou plus, à un seuil pertinent pour appréhender les phénomènes de vieillissement,

1. D'octobre 1998 à la fin de l'année 2001, l'INSEE a réalisé les quatre vagues de l'enquête HID portant sur les conséquences des problèmes de santé dans la vie quotidienne des personnes qui vivent à leur domicile ou en institution.

puisque la fréquence des principales incapacités n'augmente fortement qu'à partir de 80 ans environ, les projections présentées ici ont été réalisées pour les personnes âgées de 60 ans et plus. Il s'agit, en effet, en France, de l'âge à partir duquel les prestations destinées aux personnes âgées dépendantes peuvent être servies.

La dépendance mesurée à travers deux grilles : AGGIR et EHPA

La perte d'autonomie, définie comme le besoin d'être aidé pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne ou le besoin d'une surveillance régulière, peut se quantifier à l'aide de nombreux indicateurs. En effet, plus d'une centaine de « grilles » d'évaluation de la dépendance ont été recensées en France.

L'outil AGGIR est retenu depuis la loi du 24 janvier 1997 comme grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie (encadré 1). À ce titre, il a été utilisé notamment pour l'attribution de la prestation spécifique dépendance (PSD) de 1997 à 2001 et il sert également pour celle de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) mise en place en janvier 2002. Selon cet outil, et d'après l'enquête HID, environ 800 000 personnes de 60 ans ou plus seraient évaluées dans les équivalents-GIR 1 à 4, population cible de l'APA : 530 000 personnes en équivalent-GIR 1 à 3, qui correspondent aux degrés de dépendance les plus élevés, et 260 000 en équivalent-GIR 4 ; soit, au total, environ 6,6 % de la population des 60 ans ou plus [3]. Cet indicateur ne prend toutefois que partiellement en compte la perte d'autonomie mentale pour les GIR 1 à 4.

L'indicateur dit « EHPA » permet, quant à lui, d'appréhender à la fois la dépendance physique et la dépendance psychique (encadré 2). Selon cet indicateur, et d'après l'enquête HID, 844 000 personnes de 60 ans ou plus seraient dépendantes psychologiquement,

E•2

L'indicateur EHPA

L'indicateur dit « EHPA », du nom de l'enquête auprès des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dans laquelle il a été utilisé la première fois en 1990 [4], permet d'appréhender à la fois la dépendance physique et la dépendance psychique. En effet, il croise les quatre groupes de la grille Colvez qui mesure le besoin d'aide lié à la perte de mobilité, avec deux groupes de dépendance psychique constitués en fonction de l'importance de l'aide nécessitée par les problèmes d'orientation dans le temps et dans l'espace et les troubles du comportement des personnes. On définit ainsi huit groupes EHPA :

- EHPA 11 Dépendance psychique et confiné au lit ou au fauteuil
- EHPA 12 Dépendance psychique et besoin d'aide pour la toilette et l'habillement
- EHPA 13 Dépendance psychique et besoin d'aide pour sortir du domicile ou de l'institution
- EHPA 14 Dépendance psychique et pas de dépendance physique
- EHPA 21 Peu ou pas de dépendance psychique et confiné au lit ou au fauteuil
- EHPA 22 Peu ou pas de dépendance psychique et besoin d'aide pour la toilette et l'habillement
- EHPA 23 Peu ou pas de dépendance psychique et besoin d'aide pour sortir du domicile ou de l'institution
- EHPA 24 Peu ou pas de dépendance psychique et pas de dépendance physique

Les groupes EHPA 11, 12, 21 et 22 correspondent ainsi aux deux premiers niveaux de la grille Colvez (dépendance physique lourde).

au sens où elles présentent des troubles du comportement ou une désorientation dans l'espace et dans le temps, ou lourdement dépendantes physiquement, au sens où elles ont besoin d'aide pour se lever, s'habiller ou se laver. Parmi elles, 333 000 personnes (soit 39 %) présentent uniquement une dépendance physique, 295 000 (soit 35 %) sont à la fois dépendantes physiquement et psychologiquement (ces deux premières catégories correspondent aux groupes Colvez 1 et 2) et 216 000 (soit 26 %) présentent des problèmes d'orientation ou des troubles du comportement sans une lourde perte d'autonomie physique (graphique 1). Ainsi, d'après l'indicateur EHPA, 511 000 personnes au total présentent une perte d'autonomie mentale, parmi lesquelles 157 000 sont en GIR 5 ou 6.

Pour les deux indicateurs, la prévalence de la dépendance augmente de manière très forte avec l'âge, surtout à partir de 75-80 ans (graphique 2). Par exemple, les personnes dépendantes évaluées en GIR 1 à 4 représentent globalement environ 6,6 % de la population des 60 ans et plus : entre 60 et 69 ans, seulement

2,1 % des personnes sont dépendantes, c'est le cas de 10,5 % des personnes de 80 ans, de 18,3 % de celles de 85 ans et de 30,2 % de celles âgées de 90 ans.

Comment évaluer la prévalence future de la dépendance ?

Afin de disposer d'une palette suffisamment large de projections, tenant compte simultanément des dimensions physiques, psychiques et institutionnelles de la dépendance, les projections établies ici concernent d'une part le nombre de personnes de 60 ans et plus en GIR 1 à 4, et d'autre part le nombre de personnes lourdement dépendantes physiquement ou psychologiquement au sens des groupes EHPA 11 à 22.

Il est habituel, pour ce type d'exercice, de projeter dans le futur les tendances passées, éventuellement en les modulant compte tenu d'évolutions prévisibles et en décalant dans le temps les courbes de prévalence de la dépendance en fonction d'hypothèses exogènes. Cet exercice est délicat car des hypothèses établies à l'identique pour les quarante prochains

nes années peuvent négliger des effets de cohorte liés, par exemple, à l'élévation du niveau d'instruction ou des taux d'activité des femmes ou encore à l'apparition de nouvelles pathologies. Ces projections permettent toutefois d'encadrer les évolutions à venir par des scénarios mettant en évidence les tendances à l'œuvre du fait des évolutions démographiques.

Par ailleurs l'information sur la dépendance est encore incomplète [5]. Peu d'informations existent sur les tendances récentes concernant la dépendance psychique et la prévalence de la dépendance au sens retenu ici (GIR 1 à 4 ou groupes EHPA 11 à 22) n'est pas connue pour le passé. Toutefois, les résultats de l'enquête HID font clairement appa-

raître une baisse de la prévalence de la dépendance physique lourde au cours de la décennie 90 au sens du besoin d'aide pour se lever, s'habiller ou se laver (groupes Colvez 1 et 2) (encadré 3). En ce qui concerne la perte d'autonomie mentale, les données disponibles ne permettent pas de définir d'hypothèses précises nécessaires aux projections.

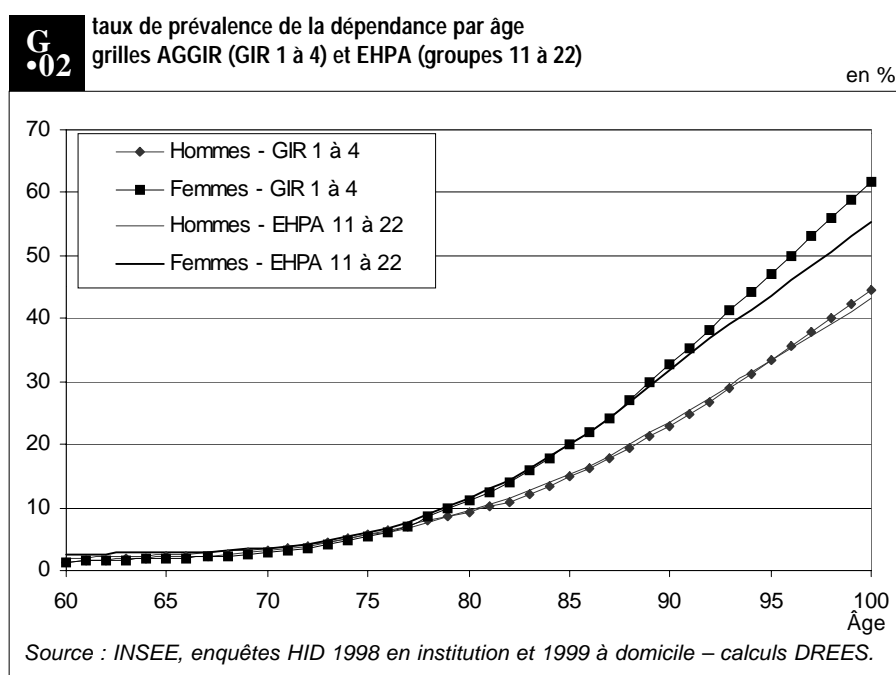
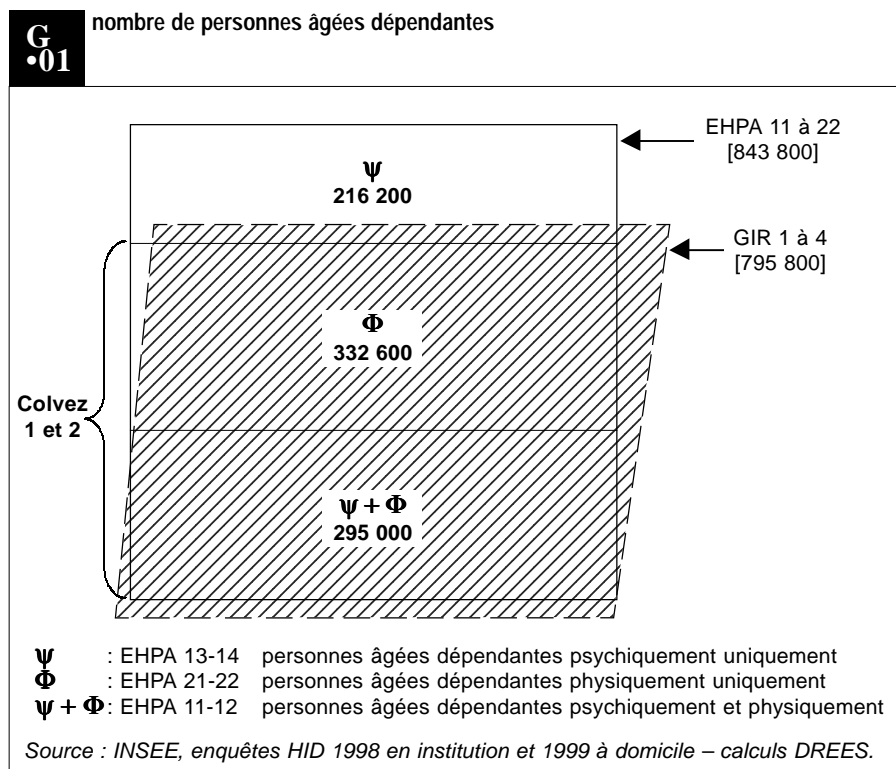
À cet égard, compte tenu des problèmes d'information existants, c'est justement sur la base des évolutions observées pour la prévalence du besoin d'aide pour se lever, s'habiller ou se laver qu'il est apparu le plus pertinent de construire les scénarios de projections. En effet, les deux premiers groupes de la grille Colvez représentent 78 % des GIR 1 à 4, et 74 % de l'ensemble des personnes dépendantes psychiquement ou lourdement dépendantes physiquement (groupes EHPA 11 à 22). De plus, si l'indicateur Colvez n'explicite pas la dépendance psychique, parmi les 628 000 personnes appartenant aux groupes Colvez 1 et 2, près de la moitié (47 %) associent en fait une dépendance psychique à une dépendance physique².

Trois hypothèses de projection

Trois hypothèses d'évolution de la dépendance dans le futur ont été construites, sur la base des tendances observées dans le passé (tableau 1).

Dans l'hypothèse pessimiste, on suppose que les gains d'espérance de vie sans dépendance évoluent de façon parallèle à l'espérance de vie générale : les taux de prévalence de la dépendance à chaque âge dimi-

2. Par ailleurs, les personnes qui présentent uniquement une dépendance psychique sans dépendance physique lourde diffèrent des autres personnes dépendantes. Elles sont en particulier plus jeunes : un tiers d'entre elles ont moins de 70 ans, contre 13 % de celles qui ont une dépendance physique lourde.



nuaient alors à un rythme identique aux gains d'espérance de vie projetés. Ce scénario correspond à une hypothèse où le temps passé en dépendance serait globalement sta-

ble (théories de l'équilibre dynamique de Manton [15]), les gains d'espérance de vie se traduisent par des gains d'espérance de vie sans dépendance.

À l'inverse, deux autres hypothèses introduisent des gains d'espérance de vie sans dépendance plus rapides que les gains d'espérance de vie projetés. Elles correspondent à

E•3

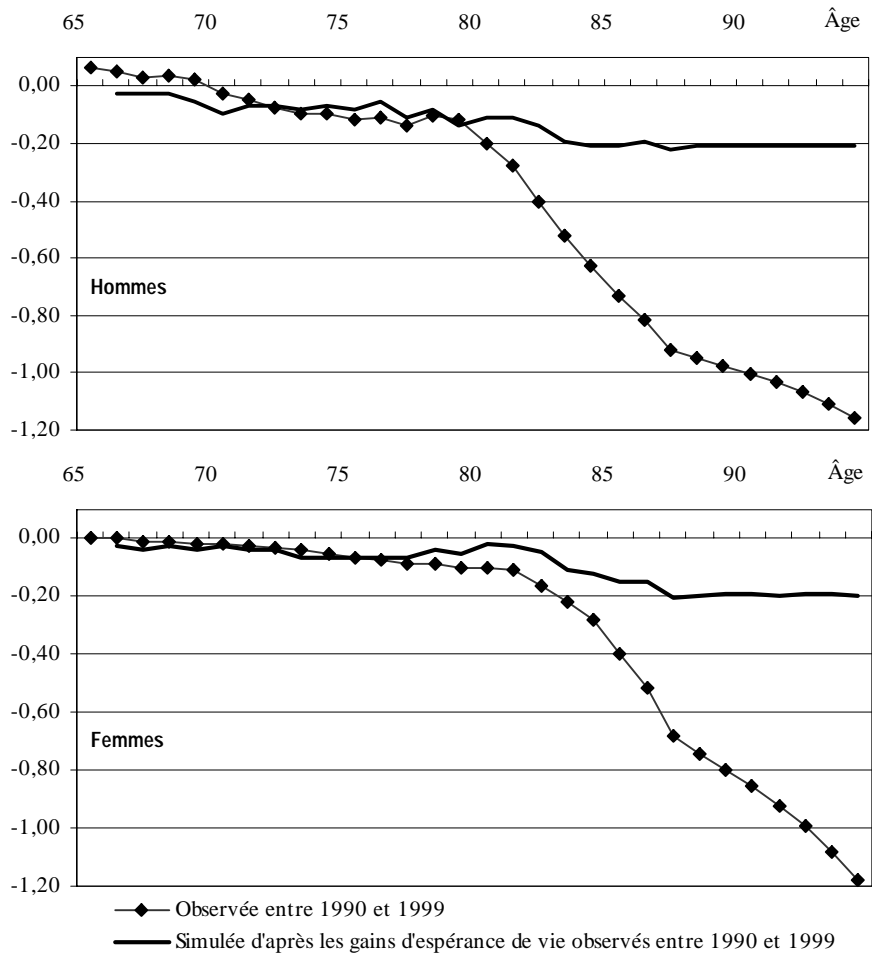
Dépendance physique et dépendance psychique : informations disponibles

Dépendance physique : une baisse de la prévalence observée au cours de la décennie 90

En ce qui concerne la dépendance physique lourde au sens du besoin d'aide pour se lever, s'habiller ou se laver (groupes Colvez 1 et 2), les résultats de l'enquête HID peuvent être comparés aux estimations qui étaient disponibles pour le début des années 90 [6]. Ils fournissent ainsi des indications sur l'évolution de la prévalence de la dépendance physique lourde au cours de la décennie 90. Entre 1990 et 1999, le nombre de personnes de 65 ans et plus lourdement dépendantes physiquement est passé de 670 000 à 600 000, tandis que sur la même période, la population âgée de 65 ans et plus passait de 7,9 millions environ à 9,4 millions environ, soit une baisse globale de la prévalence de la dépendance physique de 8,5 % à 6,4 %. Mise en regard avec l'évolution de l'espérance de vie pendant cette période, cette évolution de la prévalence de la dépendance physique lourde montre que pour les plus de 80 ans, le rythme de diminution de cette prévalence a été plus rapide entre 1990 et 1999 que les gains d'espérance de vie (graphique).

quête HID, puisque cette dernière n'est pas basée sur un diagnostic de démence ou de troubles psychiques, mais sur des incapacités qui révèlent des troubles du comportement ou des problèmes d'orientation. Ces exemples chiffrés permettent néanmoins de positionner les estimations faites à l'aide de l'enquête HID et de l'indicateur EHPA.

baisse annuelle des taux de prévalence à chaque âge entre 1990 et 1999



Dépendance psychique : un manque d'informations pour construire les projections

En ce qui concerne la perte d'autonomie mentale, les données disponibles proviennent essentiellement d'études épidémiologiques à partir de cohortes comme celles de l'étude PAQUID¹. Elles reposent souvent sur des échantillons de taille réduite et ne se réfèrent pas toutes à la même définition. Par exemple, selon l'INSERM, actuellement, 600 000 personnes âgées de 65 ans ou plus seraient démentes dont 400 000 atteintes de la maladie d'Alzheimer [8]. Les projections réalisées par K. Ritchie et J.-M. Robine en 1994 font état de 556 000 personnes atteintes de démence sénile en 2000 [9]. Selon celles de J.-F. Dartigues pour 2010, le nombre de personnes démentes pourrait atteindre 800 000 et celui des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer 550 000.

Ces données épidémiologiques recouvrent des notions différentes de la dépendance psychique telle qu'elle est appréhendée dans l'en-

Lecture : la courbe en trait plein indique la baisse annuelle des taux de prévalence à chaque âge de la dépendance lourde (Colvez 1 et 2) qu'on aurait obtenue si la courbe des taux de prévalence s'était décalée au rythme des gains d'espérance de vie observés entre 1990 et 1999, c'est-à-dire de 1,3 an pour les hommes à 60 ans, et 0,6 an à 80 ans. La courbe avec losanges indique la baisse annuelle des taux de prévalence à chaque âge de la dépendance lourde entre 1990 et 1999, observée en comparant les données issues de HID avec celles des enquêtes Santé et EHPA de 1990. L'écart entre ces courbes montre que pour les personnes de plus de 80 ans, la baisse de la prévalence a été plus rapide que les gains d'espérance de vie et donc la durée passée en dépendance lourde a diminué.

Sources : INSEE, enquête HID 1998 en institution et 1999 à domicile, enquête Santé 1991-1992 ; SESI, enquête EHPA 1990.

1. L'étude PAQUID suit, depuis un peu plus de dix ans, 3 777 personnes de 65 ans et plus en Gironde et Dordogne, afin d'étudier les processus de vieillissement [7].

une diminution de la durée de l'état de dépendance et se réfèrent plutôt à la théorie de compression de la morbidité de Fries [16]. Cette théorie veut en effet prendre en compte l'amélioration de l'hygiène de vie et les progrès de la médecine, en particulier la prévention des maladies à forte prévalence comme les maladies cardio-vasculaires, ou ostéo-articulaires.

Dans l'hypothèse optimiste, on suppose ainsi que les taux de prévalence de la dépendance vont continuer à baisser à un rythme com-

parable à ce que l'on a observé sur la décennie 90 (rythme rapide pour les plus de 80 ans). L'hypothèse de gains encore plus rapides a été écartée, d'une part du fait de l'incertitude portant sur les taux de prévalence aux très grands âges (les effectifs de personnes très âgées sont faibles dans les enquêtes) et d'autre part du fait des incertitudes portant sur le développement à venir de la maladie d'Alzheimer.

Enfin, l'hypothèse centrale, moyenne des deux précédentes, repose sur l'hypothèse que les taux de

prévalence de la dépendance vont baisser à un rythme un peu moins rapide que dans l'hypothèse optimiste.

Ces trois hypothèses s'inscrivent dans un scénario global de « compression de la morbidité » au cours des dernières années de vie (encadré 4).

Augmentation tendancielle du nombre de personnes âgées dépendantes : une première accélération vers 2010...

Dans le cadre de ces scénarios et quelle que soit l'hypothèse envisagée, le nombre de personnes dépendantes de 60 ans ou plus augmenterait au cours des quarante années à venir (graphique 3). Cette hausse ne serait pas régulière dans le temps. L'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes est en effet très liée aux mouvements démographiques et au passage des générations dans les différentes classes d'âge. La croissance du nombre de personnes âgées dépendantes s'accélérerait ainsi une première fois à partir de 2005-2010, quand les cohortes nées après la première guerre mondiale, plus nombreuses que leurs aînées, atteindront des âges où les taux de prévalence de la dépendance sont élevés.

Plus précisément, entre 2000 et 2010, l'augmentation serait comprise entre 6 et 14 % selon le scénario retenu (tableau 2). Entre 2010 et 2020, la hausse serait un peu plus rapide que dans la période précédente dans toutes les hypothèses. Elle atteindrait par exemple 12 ou 13 % dans le scénario central, selon l'indicateur de dépendance retenu. La croissance du nombre de personnes dépendantes s'accélérerait à partir de 2007 et serait particulièrement forte (plus de 1,4 % de hausse par an) jusqu'en 2013. Au total, selon l'indicateur de dépendance retenu, le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait de 23 ou 26 % sur la période allant de 2000 à 2020, cette hausse pouvant être limitée à 14 ou 18 % dans

T 01 les trois scénarios des projections : tous les dix ans, les taux de prévalence de la dépendance sont décalés de ...

	Scénario pessimiste		Scénario central		Scénario optimiste	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
De 60 à 79 ans	1,3 an	1,4 an	1,3 an	1,4 an	1,3 an	1,4 an
80 ans et plus	0,6 an	0,7 an	1,1 an	1,3 an	1,7 an	2,0 ans

Lecture : dans le scénario pessimiste, on fait l'hypothèse que le taux de prévalence de la dépendance pour les hommes de 60 à 79 ans à un âge a donné est le même que celui qu'il était à l'âge de [a-(1,3 an)] dix ans plus tôt.

6

E-4

Vers une « compression de la morbidité »

Les hypothèses de projection retenues dans cette étude sont cohérentes avec d'autres travaux. Il semblerait, en effet, que le scénario le plus probable pour les dernières années de vie soit celui d'une compression de la morbidité [10]. Les travaux de P. Mormiche et J.-M. Robine sur les enquêtes Santé [11] ont montré qu'au cours de la décennie 80, les gains d'espérance de vie sans incapacité avaient été parallèles à ceux d'espérance de vie, voire un peu supérieurs. Plus récemment, des analyses à partir de la cohorte PAQUID ont montré une hausse significative de l'autonomie des personnes de 75 à 84 ans entre les générations 1903-1912 et 1913-1922 (hausse de la proportion de sujets totalement autonomes, amélioration de l'autonomie pour les activités essentielles et instrumentales de la vie quotidienne), qui tend à conforter la théorie de la compression de la morbidité [7].

Nous n'avons donc pas retenu de scénario dans lequel les taux de prévalence de la dépendance seraient constants à chaque âge, ce qui correspondrait, compte tenu des gains d'espérance de vie projetés, à un accroissement du temps passé dans une situation de dépendance lourde, conformément à la théorie de la pandémie des maladies chroniques et des incapacités de Gruenberg [12] ou Kramer [13]. Selon cette dernière, « en survivant à des maladies létales, la population âgée, plus nombreuse, souffre davantage de maladies chroniques et invalidantes ; par exemple, une personne qui n'a pas eu d'infarctus du myocarde ou qui y a survécu devient démente à 80 ans » [14].

Selon l'horizon considéré, tous les scénarios de projection ne sont, en outre, pas forcément équiprobables. À l'horizon d'une dizaine d'années, des progrès notables permettant de limiter le développement des démences semblent difficilement envisageables, ce qui peut rendre le scénario central et le scénario pessimiste les plus probables ; à l'horizon 2020, il est possible que des traitements efficaces permettent de retarder nettement l'entrée dans la dépendance psychique (plus vite que les gains d'espérance de vie), ce qui rendrait le scénario central le plus probable, voire le scénario optimiste. À un horizon plus lointain, les projections sont assorties d'une incertitude plus grande dans la mesure où les différents scénarios divergent nettement à partir de 2025 environ.

le scénario optimiste mais aller jusqu'à 31 ou 33 % dans le scénario pessimiste.

En termes d'effectifs, on passerait ainsi d'environ 800 000 personnes âgées évaluées en groupes GIR 1 à 4 en 2000 à 980 000 en 2020 selon le scénario central, 910 000 selon le scénario optimiste et 1 050 000 selon le scénario pessimiste. Quant au nombre de personnes dépendantes psychologiquement ou lourdement dépendantes physiquement (groupes EHPA 11 à 22), il passerait d'environ 850 000 en 2000 à 1 070 000 en 2020 selon le scénario central, 1 000 000 selon le scénario optimiste et 1 140 000 selon le scénario pessimiste³.

... une seconde à partir de 2030

La hausse du nombre de personnes âgées dépendantes s'accélérait à nouveau à partir de 2030, lorsque les générations nombreuses du baby-boom auront plus de 80 ans. La hausse s'atténuerait ensuite sensiblement, en raison de l'arrivée aux âges élevés de générations moins nombreuses, et de l'accroissement de décès imputable aux premiers enfants du baby-boom.

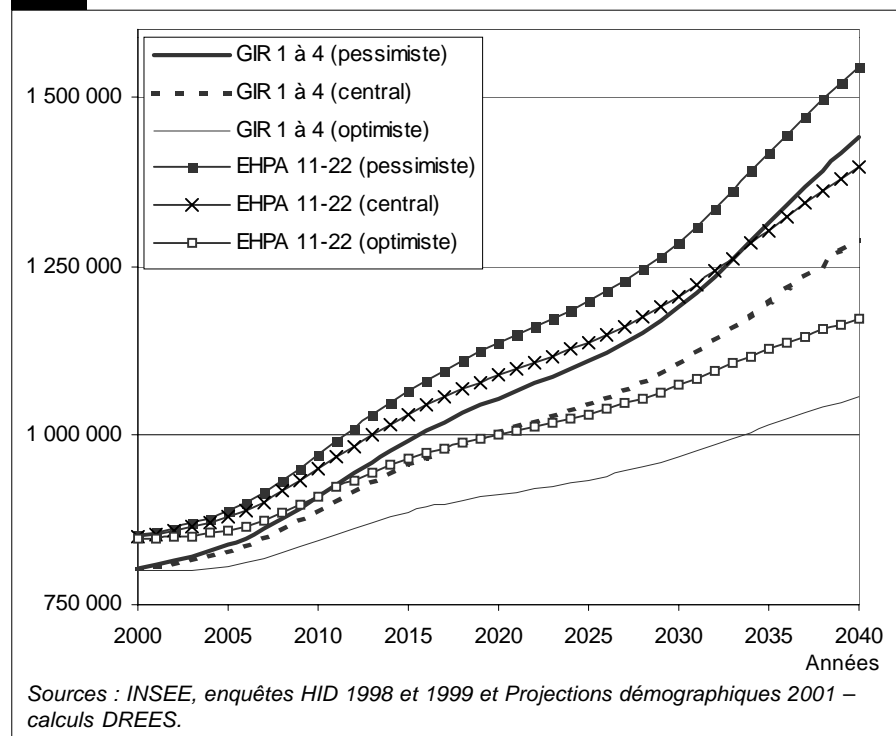
Entre 2020 et 2040, les évolutions projetées seraient quasiment les mêmes avec les deux indicateurs de dépendance. Dans le scénario central la hausse du nombre de personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus serait alors de 25 % sur cette seconde période de vingt années, voisine de celle projetée entre 2000 et 2020.

Sur l'ensemble de la période allant de 2000 à 2040, le nombre de personnes dépendantes en GIR 1 à 4 pourrait ainsi augmenter de 53 % selon le scénario central et celui des

personnes dépendantes psychiquement ou ayant besoin d'aide pour se lever, s'habiller et se laver de 58 %. Cette hausse pourrait cependant être

limitée à 32 ou 38 % à l'horizon 2040 dans le scénario optimiste, mais aller jusqu'à 79 ou 81 % dans le scénario pessimiste.

G.03 nombre de personnes dépendantes de 60 ans ou plus pour différents scénarios



T.02 évolution du nombre de personnes âgées dépendantes de 60 ans ou plus selon les différents scénarios

	Scénario pessimiste	Scénario central	Scénario optimiste
en %			
Évolution entre 2000 et 2010			
GIR 1 à 4	13	9	6
EHPA 11 à 22	14	11	7
Évolution entre 2010 et 2020			
GIR 1 à 4	16	12	8
EHPA 11 à 22	17	13	10
Évolution entre 2000 et 2020			
GIR 1 à 4	31	13	14
EHPA 11 à 22	33	26	18
Évolution entre 2020 et 2030			
GIR 1 à 4	13	9	6
EHPA 11 à 22	13	10	7
Évolution entre 2030 et 2040			
GIR 1 à 4	21	15	9
EHPA 11 à 22	20	14	9
Évolution entre 2020 et 2040			
GIR 1 à 4	37	25	16
EHPA 11 à 22	36	26	17
Évolution entre 2000 et 2040			
GIR 1 à 4	79	53	32
EHPA 11 à 22	81	58	38

Sources : INSEE, enquêtes HID 1998 et 1999 et Projections démographiques 2001 – calculs DREES.

3. Si on se limite aux GIR 1 à 3 ou aux groupes Colvez 1 et 2, l'accélération de la croissance du nombre de personnes dépendantes est un peu plus tardive (de trois ans environ), car les personnes dépendantes selon ces indicateurs sont un peu plus âgées que celles en GIR 1 à 4 ou dans les groupes EHPA 11 à 22.

Une hausse concentrée sur les 80 ans et plus

Ce sont les tranches d'âge de 80 ans et plus qui devraient bien sûr très majoritairement contribuer à la hausse du nombre de personnes âgées dépendantes, du fait de taux de prévalence sensiblement plus élevés aux grands âges. Dans le scénario central, alors que l'augmentation globale du nombre de personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus serait de l'ordre de 25 % à l'horizon 2020, le nombre de personnes dépendantes âgées de 80 ans et plus augmenterait d'environ 45 %, tandis que celui des personnes dépendantes de 60 à 79 ans diminuerait (de 7 % pour les GIR 1 à 4) ou augmenterait à peine (de 2 % selon l'indicateur EHPA, tableau 3). Entre 2020 et 2040, les mêmes évolutions devraient se prolonger, avec une quasi stabilité du nombre de personnes dépendantes âgées de 60 à 79 ans (baisse de 4 % selon l'outil AGGIR et hausse de 1 % selon

EHPA) et une forte hausse (de 40 ou 41 %) pour les 80 ans et plus.

Maintien à domicile : le rôle prédominant de la famille

Au-delà de l'évolution de leur nombre, se pose la question des modes de prise en charge des personnes âgées dépendantes à l'avenir. Actuellement la famille, les amis et les voisins jouent un rôle important pour leur maintien à domicile : les deux tiers des personnes âgées dépendantes de 60 ans ou plus résident à domicile, chez elles ou dans leur famille, et toutes bénéficient d'une aide familiale ou professionnelle régulière, dès lors qu'elles sont en GIR 1 à 4 [17 ; 18]. Dans plus de la moitié des cas, ces deux types d'aide s'ajoutent et, dans quatre cas sur dix, l'aide n'est apportée que par la famille.

Or, les évolutions démographiques à venir (augmentation de la part des personnes âgées et diminution de celle des personnes d'âge actif) con-

duisent aussi à s'interroger sur l'évolution potentielle de cette aide informelle dans le futur.

Le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait davantage que celui des personnes de 50 à 79 ans qui constituent aujourd'hui la majorité des aidants...

Aujourd'hui, près de la moitié des aidants principaux⁴ sont le conjoint, la femme dans deux tiers des cas, et dans un tiers des cas l'un des enfants (la ou une des filles dans les trois quarts des cas). L'âge moyen de l'aidant principal est de 71 ans dans le cas du conjoint ; l'enfant aidant a, quant à lui, 55 ans en moyenne. Globalement, pour les personnes âgées évaluées en GIR 1 à 4, 79 % des aidants principaux ont entre 50 et 79 ans.

Les femmes âgées de 50 à 79 ans constituent donc la majeure partie (55 %) des aidants informels. Or, d'après les projections de l'INSEE, le nombre de ces femmes, 8,9 millions en 2000, augmenterait fortement jusqu'en 2011 (+16 % sur ces 11 années). Il serait ensuite stable jusqu'en 2025, puis décroîtrait (-6 % entre 2025 et 2040, graphique 4).

Les hommes de 50 à 79 ans aident également leur conjointe ou leurs parents âgés dépendants. Ils représentent, actuellement, un quart des aidants informels. Le nombre de ces hommes suivrait une évolution parallèle à celle observée pour les femmes, seule la baisse constatée en fin de période serait un peu moins importante (-4 % entre 2025 et 2040).

Au total, sur l'ensemble de la période allant de 2000 à 2040, la hausse du nombre de femmes âgées de 50 à

T.03 Évolution du nombre de personnes âgées dépendantes de 60 ans ou plus selon le groupe d'âges, d'après le scénario central

en %

	60 à 79 ans	80 ans et plus
Évolution entre 2000 et 2010		
GIR 1 à 4	-9	24
EHPA 11 à 22	-5	25
Évolution entre 2010 et 2020		
GIR 1 à 4	3	17
EHPA 11 à 22	8	17
Évolution entre 2000 et 2020		
GIR 1 à 4	-7	45
EHPA 11 à 22	2	47
Évolution entre 2020 et 2030		
GIR 1 à 4	7	10
EHPA 11 à 22	9	10
Évolution entre 2030 et 2040		
GIR 1 à 4	-10	27
EHPA 11 à 22	-7	28
Évolution entre 2020 et 2040		
GIR 1 à 4	-4	40
EHPA 11 à 22	1	41
Évolution entre 2000 et 2040		
GIR 1 à 4	-10	103
EHPA 11 à 22	4	106

Sources : INSEE, enquêtes HID 1998 et 1999 et Projections démographiques 2001 – calculs DREES.

4. Dans le cadre de l'enquête HID, les personnes interrogées ont désigné, parmi les aidants non professionnels, la personne qui selon elles est leur aidant le plus proche.

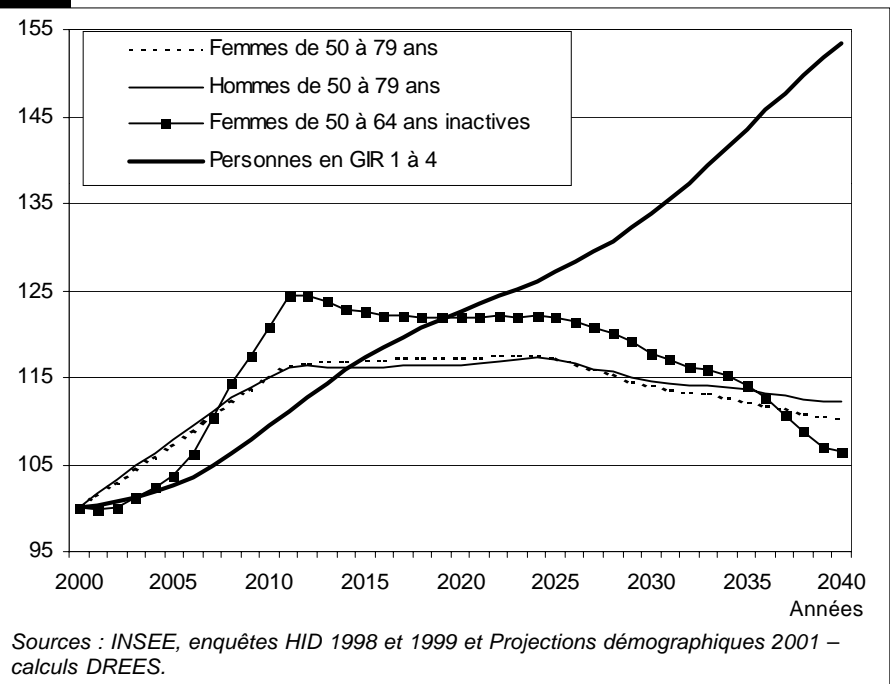
79 ans serait de 10 %, celle du nombre d'hommes de 50 à 79 ans de 12 %, alors que celle du nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait, au sens des GIR 1 à 4, 53 % dans le scénario central. Les effectifs d'aidants potentiels augmenteraient donc nettement moins vite que le nombre de personnes âgées dépendantes, ce qui correspond à une baisse du nombre d'aidants potentiels par personne âgée dépendante.

... phénomène amplifié par l'accroissement de l'activité féminine

Pour de multiples raisons, le nombre d'aidants possibles peut, en outre, différer du nombre d'aidants potentiels, *a fortiori* approché par l'ensemble des effectifs d'une tranche d'âges. L'activité professionnelle, qui est en forte augmentation pour les femmes des générations les plus récentes, est un premier facteur à prendre en compte.

Le rôle d'aidant principal revient en effet souvent aux enfants qui n'ont pas d'activité professionnelle. De plus, parmi ceux qui sont actifs, 36 % ont aménagé leurs horaires de travail [18]. L'activité professionnelle peut ainsi se révéler, du moins lorsqu'elle est exercée à temps plein, difficile à concilier avec un rôle d'aidant vis-à-vis d'une personne âgée dépendante. Or, selon des projections de population active cohérentes avec celles retenues par le Conseil d'orientation des retraites⁵ [19], le nombre de femmes inactives (retraitées, préretraitées ou femmes au foyer) de 50 à 64 ans, qui est actuellement de 2,3 millions, serait légèrement crois-

G 04 évolution du nombre de personnes âgées dépendantes et du potentiel d'aidants (base 100 en 2000)



sant jusqu'en 2005, puis en forte augmentation jusqu'en 2011. En effet, jusqu'à cette date, les générations nombreuses du baby boom arrivant à l'âge de la retraite remplaceront des générations anciennes moins nombreuses. Ce nombre devrait toutefois décroître ensuite de manière régulière. Au total entre 2000 et 2040, la hausse du nombre de femmes inactives de 50 à 64 ans serait de 6 %, soit neuf fois moins que celui auquel la projection aboutit, dans le scénario central, pour le nombre de personnes âgées dépendantes.

Des aidants potentiels aux aidants effectifs : le rôle des comportements

Outre l'activité professionnelle, d'autres facteurs, délicats à évaluer,

peuvent augmenter ou réduire le potentiel d'aidants. La proportion de fils aidant leurs parents dépendants pourrait ainsi s'accroître. L'éloignement des enfants du domicile de leurs parents âgés, la séparation plus fréquente des couples ou les recompositions familiales peuvent au contraire jouer en sens inverse. Par ailleurs, les choix personnels de ces adultes ainsi que les possibilités qui leur seront données de concilier activité professionnelle et rôle d'aidant entreront bien sûr fortement en ligne de compte.

Au total, ces arbitrages individuels auront sans doute, autant que les seules évolutions démographiques, un impact sur les besoins d'aide professionnelle à domicile ou sur le choix pour les personnes âgées de vivre à domicile ou en institution. ●

5. Ces hypothèses tiennent compte d'une remontée des taux d'activité pour les 55-64 ans : tendance régulière à la hausse des taux d'activité des femmes, baisse des préretraités, flexion des taux d'activité liée à la baisse du chômage et estimation des effets de la réforme des retraites de 1993.

Bibliographie

- [1] *Chantal BRUTEL* : « Projections de population à l'horizon 2050 », *Insee Première* n° 762, mars 2001, INSEE.
- [2] *Jean-Marie VETEL, R. LEROUX, J.-M. DUCOUDRAY, P. PRÉVOST*, « AGGIR : précisions sur sa genèse, conseils pratiques d'utilisation », *La revue du généraliste et de la gérontologie* n° 47, septembre 1998.
- [3] *Christel COLIN avec la collaboration de Vincent COUTTON* : « Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête handicaps-incapacités-dépendance », *Études et Résultats* n° 94, décembre 2000, DREES.
- [4] *Roselyne KERJOSSE* : « La mesure de la dépendance des personnes âgées dans les enquêtes du SESI », *Solidarité Santé*, n° 3, juillet-septembre 1992, SESI.
- [5] *Alain PARANT* : « La dépendance du grand âge : un défi sous-estimé », *Risques* n° 47, septembre 2001, p. 38-44.
- [6] *Anne LEBEAUPIN et Frédérique NORTIER* : « Les personnes âgées dépendantes : situation actuelle et perspectives d'avenir », *Données sociales 1996*, INSEE, pp.468-473.
- [7] *K. PÉRÈS, Pascale BARBERGER-GATEAU* : « Évolution de l'incapacité entre 75 et 84 ans », *Gérontologie et société* n° 98, septembre 2001, pp.49-64.
- [8] *Jean-François DARTIGUES, Catherine HELMER et Luc LETENNEUR* : « Épidémiologie des démences », *Gérontologie et société* n° 97, juin 2001, pp.75-89.
- [9] *Karen RITCHIE et Jean-Marie ROBINE* : « La démence sénile en France : une estimation de la charge actuelle et projection des tendances futures », *Médecine/Sciences*, vol. 10, 1994.
- [10] *Romain DURAND et Lucie TALEYSON* : « Gérer le temps de la dépendance », *Risques* n° 47, septembre 2001, p. 49-53.
- [11] *Jean-Marie ROBINE et Pierre MORMICHE* : « L'espérance de vie sans incapacité augmente », *Insee première* n° 281, octobre 1983, INSEE.
- [12] *E. M. GRUENBERG* : « The failures of success », *Health and society*, vol. 55, 1977, pp.3-24.
- [13] *M. KRAMER* : « The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 62, 1980, pp.282-297.
- [14] *Jean-Jacques ARVIEU* : « Le regard du médecin sur la notion de dépendance », *Risques* n° 47, septembre 2001, p. 29-31.
- [15] *KG. MANTON* : « Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population », *Health and society*, vol. 60, 1982, pp.183-244.
- [16] *FRIES J. F.*, « Aging, natural death and the compression of morbidity », *New England Journal of medicine*, vol. 303, n° 3, July 1980, pp. 130-135.
- [17] *Roselyne KERJOSSE* : « La prestation spécifique dépendance à domicile : l'évaluation des besoins par le plan d'aide », *Études et Résultats* n° 136, septembre 2001, DREES.
- [18] *Nathalie DUTHEIL* : « Les aides et les aidants des personnes âgées », *Études et Résultats* n° 142, novembre 2001, DREES.
- [19] *Carole BONNET, Olivier BONTOUT et Gérard CORNILLEAU* : « Exercices de simulations de l'évolution à long terme du système de retraite », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 3, juillet-septembre 2001, DREES.

Études et Résultats derniers numéros parus

- Roselyne Kerjosse : « *La prestation spécifique dépendance au 30 septembre 2001* », Études et résultats n° 159, février 2002.
- Bénédicte Boisguérin : « *Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 30 septembre 2001* », Études et résultats n° 158, février 2002.
- Sophie Audric : « *L'évolution du revenu libéral des médecins entre 1993 et 1999* », Études et résultats n° 157, février 2002.
- Serge Darriné : « *Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice* », Études et résultats n° 156, février 2002.
- Nathalie Guignon et Gérard Badéyan : « *La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire* », Études et résultats n° 155, janvier 2002.
- Philippe Roussel : « *L'activité des groupements mutualistes : un panorama en 1999* », Études et résultats n° 154, janvier 2002.
- Éliane Michel, Éric Jouglà : « *La mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France en 1998* », Études et résultats n° 153, janvier 2002.
- Bénédicte Boisguérin et Claude Gissot : « *L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU – Résultats d'une enquête réalisée en novembre 2000* », Études et résultats n° 152, janvier 2002.
- Synthèse des rapports de Daniel Szeftel, Annie Maguer, Françoise Volpini et Jacques Soria, par Bénédicte Boisguérin, Martine Burdillat et Claude Gissot : « *La mise en place de la CMU : une synthèse d'études qualitatives sur les premiers mois du dispositif* », Études et résultats n° 151, janvier 2002.
- Laurence Assous : « *Les opinions des Français au début 2000 en matière d'âge de départ à la retraite* », Études et Résultats n° 150, décembre 2001.
- Christine de Peretti, Martine Wcislo et Jean-Marc Nadal : « *Les patients soignés pour infection à VIH en 1999 dans les services hospitaliers de court séjour* », Études et Résultats n° 149, décembre 2001.
- Dominique Demailly avec la collaboration d'Élisabeth Algava et Christel Gilles : « *Les allocataires des minima sociaux en 2000* », Études et Résultats n° 148, décembre 2001.
- Odile Mesnard : « *Les retraites en 2000* », Études et Résultats n° 147, décembre 2001.
- Sophie Audric : « *Les disparités de revenus et de charges des médecins libéraux* », Études et résultats n° 146, novembre 2001.
- Annick Vilain et Xavier Niel : « *Les médecins hospitaliers depuis le milieu des années 80 : d'avantage de débuts de carrière à l'hôpital* », Études et résultats n° 145, novembre 2001.
- Marie Ruault : « *Aide sociale à l'enfance : quelle organisation dans les départements ?* », Études et résultats n° 144, novembre 2001.
- Roselyne Kerjosse : « *La prestation spécifique dépendance au 30 juin 2001* », Études et résultats n° 143, novembre 2001.
- Nathalie Dutheil : « *Les aides et les aidants des personnes âgées* », Études et Résultats n° 142, novembre 2001.
- Bénédicte Boisguérin : « *Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 30 juin 2001* », Études et résultats n° 141, octobre 2001.
- Bertrand Lhommeau : « *Les prestations familiales et de logement en 2000* », Études et résultats n° 140, octobre 2001.
- Jean-Pierre Dupuis : « *Les comptes de la protection sociale en 2000* », Études et résultats n° 139, octobre 2001.
- Sandrine Dufour-Kippelen : « *Les incapacités des personnes de 60 ans et plus résidant en institution* », Études et résultats n° 138, octobre 2001.

Pour obtenir *Études et Résultats*

Écrire au ministère de l'Emploi et de la solidarité, secrétariat de rédaction de la DREES, 11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon, 75696 Paris cedex 14 ● Envoyer une télécopie au 01 40 56 88 00 ● Consulter l'intégralité des textes sur le site Internet du ministère www.sante.gouv.fr/htm/publication

Ministère de l'Emploi et de la solidarité

11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

Internet : www.sante.gouv.fr/htm/publication



- un hebdomadaire :

Études et Résultats

consultable sur Internet

abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES

télécopies : 01 40 56 81 40

01 40 56 88 00

www.sante.gouv.fr/htm/publication

- trois revues trimestrielles :

Revue française des affaires sociales

revue thématique

dernier numéro paru :

« L'administration sanitaire et sociale ;

autres thèmes : CMU, accidents du travail, hôpital »

n° 4, octobre-décembre 2001

Dossiers Solidarité et Santé

revue thématique

dernier numéro paru :

« Études sociales », n° 3, juillet-septembre 2001

Cahiers de recherche de la MiRe

- des ouvrages annuels :

Annuaire des statistiques sanitaires et sociales

Données sur la situation sanitaire et sociale en France

- et aussi...

Chiffres et indicateurs départementaux, édition 1998

**Indicateurs sociosanitaires
comparaisons internationales - évolution 1980-1994**
(Allemagne, Canada, États-Unis, France, Québec, Royaume-Uni)

Chiffres repères sur la protection sociale dans les pays de l'Union européenne

STATISS, les régions françaises

Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS

consultable sur Internet :

www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm



Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

Internet : www.ladocfrancaise.gouv.fr