

# Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



SEPTEMBRE  
2017

NUMÉRO  
1029

## Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015

Premiers résultats de l'enquête CARE « ménages »

En 2015, 4 % à 10 % des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile sont dépendantes au sens du groupe iso-ressources (GIR), selon que l'on retienne une définition restreinte ou large. Par ailleurs, 3 % des personnes sont estimées dépendantes au sens de l'indicateur de Katz et également 3 % au sens de l'indicateur de Colvez. Ces trois mesures renvoient à différentes facettes de la dépendance et seules 15 % des personnes dépendantes au sens de l'une de ces mesures le sont au titre des trois. Selon ces indicateurs, la France métropolitaine compterait entre 0,4 et 1,5 million de personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile. Ces estimations sont les premiers résultats de l'enquête « Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) ménages », volet seniors réalisée par la DREES en 2015.

Parmi les personnes âgées vivant à domicile, les femmes sont à âge égal, plus fréquemment en perte d'autonomie que les hommes. Les écarts de prévalence entre les femmes et les hommes peuvent aller jusqu'à 6 points de pourcentage pour la tranche d'âge des 75 ans ou plus.

Enfin, les seniors vivant à domicile sont moins en perte d'autonomie (-3 points de pourcentage) qu'en 2008, alors même que la proportion de résidents en institution, davantage confrontés à des pertes d'autonomie, a baissé au cours de la période.

Mathieu Brunel (DREES) et Amélie Carrère (DREES, INED)

D'après l'enquête Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) ménages de 2015, réalisée par la DREES (encadré 1), la France métropolitaine compte, selon la définition retenue, entre 0,4 et 1,5 million de personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile. Les seniors dépendants peuvent être repérés à l'aide de l'estimation du groupe iso-ressources (GIR) allant de 1 à 4. L'estimation du GIR peut toutefois varier selon que l'on retienne ou non les personnes qui déclarent juste « quelques difficultés » pour réaliser les activités de la vie quotidienne. Cela se traduit par deux estimations, une « large » et une « restreinte » du GIR (encadré 2). Ce GIR estimé se fonde sur les mêmes variables discriminantes que celles utilisées par des équipes médico-sociales pour évaluer l'éligibilité à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Toutefois, fondé sur des réponses déclaratives, il est trop imprécis pour permettre une estimation du non-recours à l'APA (encadré 3). En considérant une définition large, 10,1 % des personnes âgées de 60 ans ou plus sont en perte d'autonomie, soit 1 459 000 personnes. Parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus, 6,7 % ont un niveau de dépendance peu élevé (GIR 4), tandis que 1,8 % présente une dépendance sévère (GIR 1 ou 2), soit 260 000 personnes (tableau 1)<sup>1</sup>. Cette faible proportion s'explique par le fait que les personnes les plus dépen-

...

1. Les seniors les plus dépendants sont repérés à l'aide des groupes iso-ressources (GIR) allant de 1 à 2, estimés par la méthode « large » décrite ci-dessus.

dantes sont principalement prises en charge en établissement (Calvet et Pradines, 2016). Parmi les personnes de moins de 75 ans, on compte 415 000 personnes en perte d'autonomie (4,5 %), dont 46 000 personnes sévèrement dépendantes (0,5 %). Chez les personnes âgées de 75 ans ou plus, en revanche, 1 042 000 personnes sont en situation de perte d'autonomie (20,0 %), dont 214 000 sont en situation de dépendance sévère (4,1 %). En retenant une définition plus restreinte du GIR, les estimations sont sensiblement plus basses : 4,4 % des personnes âgées de 60 ans ou plus sont dépendantes, soit 636 000 individus. Parmi elles, 217 000 personnes sont sévèrement dépendantes. Chez les personnes âgées de 75 ans ou plus, 9,6 % sont dépendantes, soit 500 000 personnes, dont 182 000 personnes sévèrement dépendantes.

Deux autres mesures mettent en exergue des situations de dépendance sévère : il s'agit des indicateurs de Katz et de Colvez. Ceux-ci sont établis sur un nombre plus restreint d'activités de la vie quotidienne



## ENCADRÉ 1

### Les enquêtes Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) de 2015 et Handicap-Santé Ménages (HSM) de 2008

Les enquêtes HSM et CARE-ménages s'intéressent aux conditions de vie des personnes vivant à domicile, à leurs difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne et aux aides qu'elles reçoivent. Une seule personne est interrogée par logement. L'entourage de la personne interrogée peut l'aider à répondre. En cas d'inaptitude totale à répondre en raison d'un problème de santé, d'un handicap ou de l'âge, ou en cas d'absence non définitive supérieure à trois semaines, une autre personne (qualifiée de « proxy ») est autorisée à répondre à la place de la personne. Ce protocole d'interrogation permet de ne pas exclure les personnes ayant des troubles cognitifs graves et de disposer de réponses plus fiables notamment sur les questions concernant les dépenses.

#### Caractéristiques des enquêtes HSM 2008 et CARE 2015

	HSM 2008	CARE 2015
Champ	France entière Personnes de tous âges vivant dans un logement ordinaire <sup>1</sup>	France métropolitaine Personnes de 60 ans ou plus vivant dans un logement ordinaire
Périodes de collecte	Avril 2008 à juillet 2008	Mai 2015 à octobre 2015
Modes de collecte	Face-à-face	Face-à-face
Taux de réponse chez les 60 ans ou plus	77 %	71 %
Taille de l'échantillon de 60 ans ou plus métropolitain	8 874	10 628
(% non pondéré de 75 ans ou plus)	(47 %)	(56 %)

1. Par souci de comparabilité entre les deux enquêtes, les départements d'outre-mer, présents uniquement dans l'enquête Handicap-Santé, sont retirés des analyses.



## ENCADRÉ 2

### Les mesures de la perte d'autonomie

Pour mesurer la perte d'autonomie, trois indicateurs de dépendance ont été utilisés : l'indicateur de Katz (Katz *et al.*, 1963), l'indicateur de Colvez (Colvez *et al.*, 1981) et le groupe iso-ressources (GIR) estimé (Eghbal-Téhérani *et al.*, 2011).

L'indicateur de Katz sert à évaluer la capacité qu'a une personne à réaliser seule six activités de la vie quotidienne : faire sa toilette ; s'habiller ; aller aux toilettes et les utiliser ; se coucher ou quitter son lit et s'asseoir ou quitter son siège ; contrôler ses selles et urines ; manger des aliments déjà préparés. Cet indicateur répartit les individus en huit groupes allant de A à H. Pour définir l'autonomie, seul le groupe A (personnes pouvant réaliser seules les six activités), en opposition aux groupes B à H (personnes incapables de réaliser seules au moins une activité), est utilisé.

L'indicateur de Colvez permet d'appréhender la dépendance (le besoin d'aide) en mesurant la perte de mobilité. Quatre groupes peuvent ainsi être construits, allant de 1 à 4. Pour définir l'autonomie, seul le groupe 4 (personnes n'ayant pas besoin d'aide humaine pour leur mobilité), en opposition aux groupes 1 à 3 (personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant besoin d'aide humaine pour la toilette, l'habillage ou pour sortir de leur domicile), est retenu.

Le GIR est une mesure administrative de la dépendance calculée grâce à la grille Autonomie gérontologique groupe iso-ressources (AGGIR). Il permet une évaluation de la perte d'autonomie de la personne en repérant ce qu'elle fait ou ne fait pas seule, en excluant ce que font les aidants et les soignants. Le classement selon le GIR est déterminé par une équipe médico-sociale au domicile de la personne demandeuse. La grille AGGIR s'appuie sur dix variables discriminantes relatives à la perte d'autonomie au plan physique ou au plan psychique<sup>1</sup>.

S'appuyant sur les réponses à ces dix variables, un algorithme (défini en annexe 2.2 de l'article R. 232-3 du Code de l'action sociale et des familles) affecte un score à chaque personne la classant dans un des six GIR. À chaque GIR correspond un niveau de besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Le GIR détermine d'une part l'éligibilité à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et d'autre part le

niveau d'aide dont la personne a besoin. Les personnes classées en GIR 1 à 4 sont éligibles à l'APA alors que celles classées en GIR 5-6 sont considérées comme autonomes. Les personnes en GIR 1 ont un besoin d'une aide plus importante que les personnes en GIR 4 (Béardier, 2014).

Afin d'approcher le GIR tel que déterminé par les équipes médico-sociales, l'estimation du GIR est réalisée grâce aux variables du questionnaire de l'enquête Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE). Elle ne constitue qu'une estimation, car elle repose notamment sur des données déclaratives et non sur une évaluation à domicile. Par ailleurs, elle varie selon que l'on retienne ou non les personnes qui déclarent uniquement « quelques » difficultés à réaliser les activités. Deux estimations du GIR ont donc été réalisées : une « large » (incluant les « quelques difficultés ») et une « restreinte » (ne les incluant pas). Ces deux estimations permettent de constituer une fourchette large du nombre de personnes potentiellement éligibles à l'APA (encadré 3). Les personnes ayant une estimation du GIR comprise entre 1 et 4 sont considérées comme en situation de perte d'autonomie. Les personnes ayant un GIR de 1 ou 2 sont estimées en dépendance sévère.

Le déroulé du questionnaire de l'enquête CARE n'est pas identique à celui d'HSM (Handicap-Santé Ménages) pour les restrictions d'activité : dans HSM, il était d'abord demandé : « Avez-vous des difficultés pour réaliser seul-e les activités suivantes » pour une liste de dix-neuf activités. Puis, si la personne indiquait avoir des difficultés, il lui était demandé pour chaque activité cochée quel était le degré de difficultés (quelques-unes, beaucoup ou « ne peut pas du tout faire l'activité »). Dans l'enquête CARE, il y a autant de questions que d'activités, pour lesquelles il est immédiatement demandé le degré de difficultés (pas de difficultés, quelques-unes, beaucoup, « ne peut pas du tout faire l'activité »). Cette procédure conduit, en pratique, davantage de personnes à déclarer « quelques » difficultés, ce qui rend difficiles les comparaisons. Pour cette raison, lorsque des comparaisons entre HSM et CARE sont réalisées, seule l'estimation « restreinte » est retenue.

1. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

### ENCADRÉ 3

#### Estimer le non-recours à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) : un exercice très difficile

Le non-recours à l'APA concerne les personnes ayant droit à l'APA mais qui n'en font pas la demande, pour des raisons qui peuvent être de diverses natures (Ramos-Gorand, 2016) : méconnaissance de l'allocation ou des démarches à effectuer, manque d'intérêt (personnes aux revenus élevés par exemple qui auraient à acquitter une participation financière élevée), etc. Le questionnaire de l'enquête CARE reprend les dix variables discriminantes relatives à la perte d'autonomie de la grille Autonomie gérontologique groupe iso-ressources (AGGIR) pour estimer un GIR pour chaque personne interrogée. En théorie, l'enquête CARE pourrait donc permettre d'apprécier le non-recours à l'APA à domicile en comparant le nombre de personnes estimé en GIR 1-4 dans l'ensemble de la population vivant à domicile au nombre effectif de bénéficiaires de l'APA à domicile la même année : 719 100 personnes en métropole selon l'enquête Aide sociale de la DREES (Leroux, 2017). En appliquant ce type d'approche aux données des précédentes enquêtes Handicap, incapacité, dépendance (HID) de 1998-1999 ou Handicap Santé Ménages (HSM) de 2008, certaines études avancent ainsi une estimation du taux de non-recours de l'ordre de 20 à 28 % des bénéficiaires potentiels (Warin, 2010 ; Eghbal-Téhérani, Makdessi, 2011).

De telles estimations sont en réalité très fragiles, et à prendre avec une grande prudence. L'évaluation du non-recours est en effet complexe. D'une part, la non-perception de l'APA par une personne en GIR 1 à 4 peut s'expliquer par la perception d'une autre allocation qui ne lui est pas cumulable (allocation compensatrice de tierce personne – ACTP –, prestation de compensation du handicap – PCH – ou majoration pour tierce personne – MTP –, représentant un peu plus de 100 000 bénéficiaires de 60 ans ou plus<sup>1</sup>). Il ne s'agit alors pas de non-recours à proprement parler. D'autre part, le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile est une

mesure qui concerne le paiement, c'est-à-dire le nombre de personnes payées au mois de décembre de chaque année. Il existe un écart entre le nombre de personnes ayant des droits ouverts à l'APA au cours d'une période donnée et le nombre de personnes ayant reçu un paiement au titre de l'APA dans cette même période (cas des personnes hospitalisées par exemple). Enfin, l'estimation du GIR réalisée grâce aux variables du questionnaire CARE repose sur un calcul statistique du GIR fondé sur des données déclaratives, donc par nature subjectives (encadré 2). Le GIR estimé peut donc différer de celui qui aurait été attribué par une équipe de professionnels lors d'une évaluation à domicile.

Il n'est pas possible de mesurer la contribution de chacun de ces éléments à l'écart entre le nombre estimé de personnes dépendantes issu du questionnaire et le nombre de bénéficiaires de l'APA. Selon la méthode d'estimation du GIR – selon une définition « large » ou « restreinte » – l'estimation de l'écart varie de 0 à près de 50 %. Le questionnaire de l'enquête CARE ne permet ainsi pas en l'état de fournir une estimation du non-recours à l'APA. Un enrichissement des données de l'enquête CARE avec les données des conseils départementaux est en cours actuellement (Carrère, 2016). Il permettra de procéder à un ajustement de l'estimation GIR en la comparant aux GIR effectivement attribués par les équipes médico-sociales pour les bénéficiaires de l'APA, et de progresser dans la compréhension du non-recours.

1. La France métropolitaine compte, fin 2015, 20 800 bénéficiaires de l'ACTP âgés de 60 ans ou plus, 61 000 bénéficiaires de la PCH âgés de 60 ans ou plus (source : enquête Aide sociale de la DREES, 2015) et, fin 2012, 27 000 bénéficiaires de la MTP âgés de 60 ans ou plus (source : Échantillon interrégimes de retraités [EIR], 2012).

### TABLEAU 1

#### Indicateurs de dépendance, selon l'âge et le sexe, en %

	60-74 ans			75 ans ou plus			60 ans ou plus		
	Femmes	Hommes	Tous	Femmes	Hommes	Tous	Femmes	Hommes	Tous
Effectifs	4 907 000	4 326 000	9 233 000	3 117 000	2 096 000	5 212 000	8 024 000	6 421 000	14 445 000
<b>GIR estimé (définition large) en %</b>									
1-2 : dépendants sévères	0,5	0,6	0,5	4,5	3,5	4,1	2,0	1,5	1,8
3-4 : dépendants	4,3	3,8	4,0	18,1	12,5	15,9	9,6	6,6	8,3
5 : quelques difficultés	4,2	3,8	4,0	10,9	8,8	10,1	6,8	5,5	6,2
6 : autonomes	91,1	91,9	91,5	66,5	75,2	70,0	81,5	86,4	83,7
<b>GIR estimé (définition restreinte) en %</b>									
1-2 : dépendants sévères	0,4	0,4	0,4	4,0	2,8	3,5	1,8	1,2	1,5
3-4 : dépendants	1,1	0,9	1,0	6,7	5,1	6,1	3,3	2,3	2,9
5 : quelques difficultés	2,1	1,2	1,7	8,7	5,3	7,3	4,6	2,5	3,7
6 : autonomes	96,5	97,4	96,9	80,6	86,8	83,1	90,3	94,0	91,9
<b>Indicateur de Katz en %</b>									
A : personnes pouvant réaliser seules les six activités	98,9	98,9	98,9	92,0	94,1	92,8	96,2	97,3	96,7
B-H : personnes incapables de réaliser seules au moins une des six activités	1,1	1,1	1,1	8,0	5,9	7,2	3,8	2,7	3,3
<b>Indicateur de Colvez en %</b>									
1-3 : confinement au lit ou au fauteuil ou besoin d'aide pour la toilette et l'habillage ou pour sortir du domicile	0,9	0,6	0,8	7,5	3,8	6,0	3,4	1,7	2,6
4 : autonome	99,1	99,4	99,2	92,6	96,2	94,0	96,6	98,3	97,4

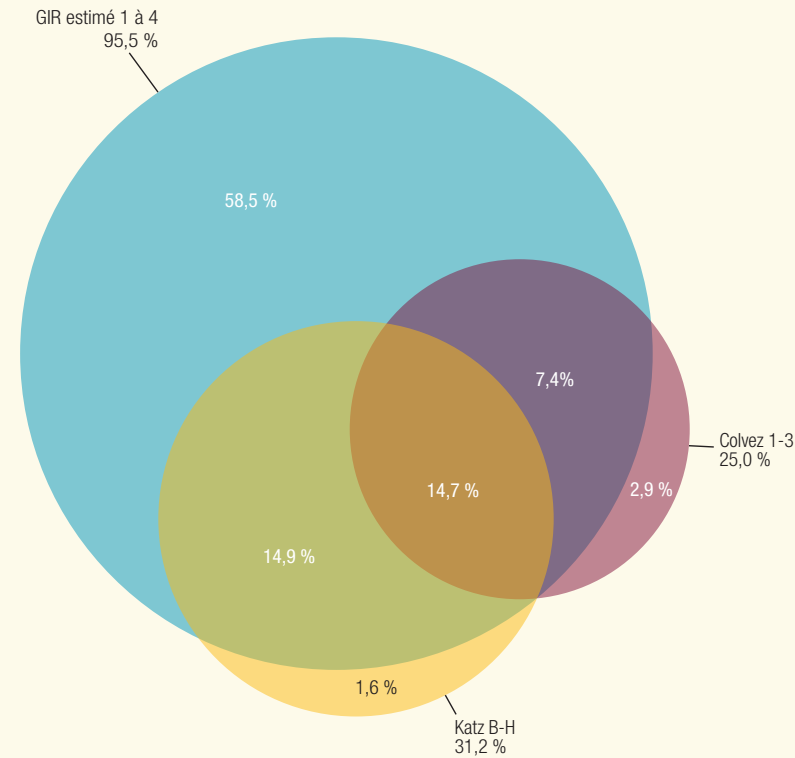
GIR : Groupe iso-ressources.

**Lecture** • 4,5 % des femmes vivant à domicile, âgées de 75 ans ou plus sont classées en GIR estimé 1-2 (définition large), contre 3,5 % des hommes du même âge.

**Champ** • Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant à domicile, France métropolitaine.

**Source** • Enquête Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) ménages, volet seniors, 2015, DREES.

**GRAPHIQUE 1**  
**Répartition des personnes dépendantes en fonction des trois indicateurs : Katz, Colvez et GIR**



GIR : Groupe iso-ressources.  
**Lecture** • 14,7 % des seniors considérés dépendants pour au moins l'un des trois indicateurs le sont pour les trois indicateurs.  
**Champ** • Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant à domicile dépendants au sens du GIR estimé large (1 à 4) ou au sens de Colvez (1 à 3) ou au sens de Katz (B à H), France métropolitaine.  
**Source** • Enquête Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) ménages, volet seniors, 2015, DREES.

que le GIR estimé (encadré 2). Si l'on se réfère à l'indicateur de Katz, 477 000 personnes âgées de 60 ans ou plus sont incapables de réaliser seules au moins une activité de la vie quotidienne, soit 3,3 % des 60 ans ou plus (tableau 1). Parmi les moins de 75 ans, 102 000 personnes sont concernées (soit 1,1 %). La prévalence est plus élevée chez les 75 ans ou plus avec 375 000 personnes touchées (soit 7,2 %). Selon l'indicateur de Colvez, 376 000 personnes âgées de 60 ans ou plus ont besoin d'aide pour la mobilité, soit 2,6 % des individus âgés de 60 ans ou plus (0,8 % pour les moins de 75 ans, 6,0 % chez les 75 ans ou plus).

**14,7 % des seniors dépendants le sont selon les trois indicateurs à la fois**

En 2015, 1 527 000 personnes âgées de 60 ans ou plus sont considérées comme

dépendantes pour au moins l'une des trois mesures. Parmi elles, 95,5 % sont considérées comme dépendantes au sens du GIR estimé (selon la définition large), soit 1 459 000 seniors (graphique 1). Plus de la moitié des personnes âgées dépendantes de 60 ans ou plus (893 000 personnes) sont uniquement dépendantes au sens du GIR estimé large. Les seniors considérés comme dépendants uniquement au sens de l'indicateur de Colvez ou de l'indicateur de Katz sont très peu nombreux : 2,9 % pour l'indicateur de Colvez, soit 44 000 personnes, et 1,6 % pour l'indicateur de Katz, soit 24 000 personnes. Le nombre de seniors dépendants cumulant les trois indicateurs est de 224 000 personnes, soit 14,7 % des seniors considérés comme dépendants selon au moins l'une des trois définitions. Parmi les seniors considérés comme dépendants selon au moins l'une des trois

définitions, 113 000 personnes le sont à la fois selon le GIR estimé large et l'indicateur de Colvez (soit 7,4 %) ; 228 000 personnes, selon le GIR estimé large et l'indicateur de Katz (soit 14,9 %). Aucun senior non dépendant au sens du GIR estimé large n'est dépendant au sens de l'indicateur de Colvez et de l'indicateur de Katz.

**Les femmes, davantage touchées par la perte d'autonomie à domicile**

Les écarts de prévalence entre femmes et hommes sont les plus faibles parmi les personnes âgées de 60 à 74 ans. Pour cette tranche d'âge, l'écart de prévalence femmes-hommes le plus élevé est de +0,9 point de pourcentage. Il concerne les personnes classées en GIR 5 selon la définition restreinte. Pour les autres mesures, les écarts de prévalence femmes-hommes des 60-74 ans sont tous en dessous de +0,5 point de pourcentage (graphique 2). À partir de 75 ans, en revanche, les femmes sont systématiquement et notablement plus touchées que les hommes, y compris pour des niveaux peu élevés de dépendance. Selon l'estimation du GIR 5, qui renvoie à une dépendance légère, l'écart de prévalence femmes-hommes est de +2,1 points de pourcentage avec la définition large, de +3,4 points avec la définition restreinte. C'est pour les niveaux de dépendance modérée (GIR estimé 3 ou 4) que l'écart est le plus important (+5,6 points de pourcentage), la prévalence étant de 18,1 % pour les femmes contre 12,5 % pour les hommes (tableau 1 et graphique 2). L'indicateur de Colvez souligne cette prévalence féminine supérieure, notamment aux âges élevés, les femmes étant alors deux fois plus souvent dépendantes que les hommes (7,5 % contre 3,8 %). Ces écarts s'expliquent en partie par une moyenne d'âge féminine plus élevée que la moyenne masculine (73 ans contre 71 ans), puisque le risque de rencontrer des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité croît avec l'âge. Cependant, si l'on neutralise cet effet en standardisant les prévalences sur la structure par âge fin<sup>2</sup> (tous sexes confondus) en 2015, la situation reste défavorable aux femmes pour tous les indicateurs. Les écarts sont

•••  
 2. Cette « standardisation » consiste à recalculer le niveau moyen de dépendance des femmes et des hommes selon l'hypothèse d'une répartition par âge fin, c'est-à-dire par âge à l'année près, identique au sein des deux sexes.

...

3. Pour neutraliser l'effet de l'évolution de la structure de la population entre 2008 et 2015, nous estimons les prévalences en standardisant la structure par âge et par sexe de 2008 sur celle qui prévaut en 2015. Cette standardisation permet de raisonner comme si la structure par âge et sexe n'avait pas évolué entre 2008 et 2015 et donc d'estimer la véritable variation du risque moyen d'être dépendant à sexe et âge donnés.

4. Compte tenu du nombre de personnes interrogées dans les enquêtes CARE et HSM. Pour pouvoir garantir qu'une différence de faible ampleur est significative statistiquement, il est en effet nécessaire de disposer d'échantillons de très grande taille, supérieure à celle des enquêtes utilisées ici. Sauf mention contraire, les écarts sont significatifs avec un risque d'erreur de 5%.

5. Nous utilisons ici la mesure du GIR estimé « restreint » plutôt que le GIR estimé « large » qui n'est pas comparable entre les enquêtes HSM et CARE.

alors logiquement moins marqués, passant sous le seuil de 2 points de pourcentage.

### À domicile, la perte d'autonomie a globalement baissé entre 2008 et 2015

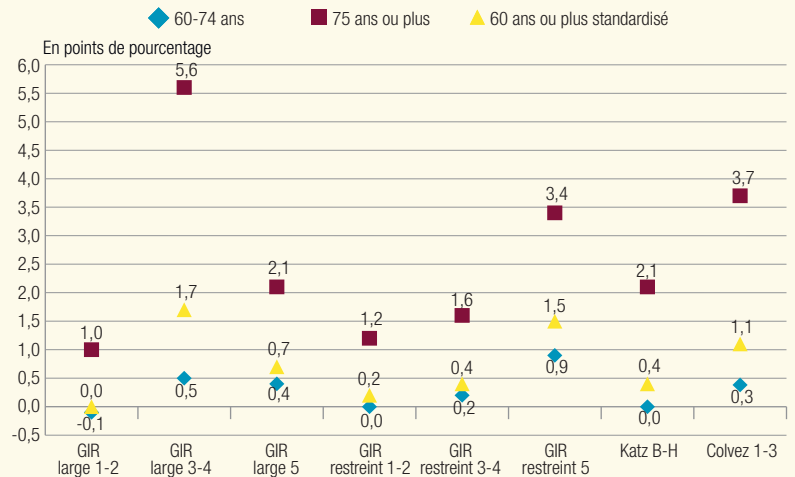
Parmi les individus âgés de 60 à 74 ans, la prévalence de la perte d'autonomie est globalement restée stable entre 2008 et 2015<sup>3</sup>. Elle a pu légèrement diminuer selon certains indicateurs, même si la différence n'est pas statistiquement significative avec un risque d'erreur de 5%<sup>4</sup>. Selon l'indicateur de Katz, le niveau de dépendance est stable au cours de la période pour les femmes comme pour les hommes (graphique 3). Il est en revanche en très légère diminution (-0,1 à -0,2 point d'écart) pour les femmes comme pour les hommes selon l'indicateur de Colvez. Enfin, selon le GIR estimé<sup>5</sup>, la tendance est là aussi plutôt à la baisse, en particulier pour les niveaux de dépendance sévère (-0,1 point de pourcentage pour les femmes, -0,2 point de pourcentage pour les hommes).

Cette tendance à la baisse est davantage affirmée chez les personnes âgées de 75 ans ou plus. Entre 2008 et 2015, la prévalence de la dépendance selon l'indicateur de Katz a ainsi diminué de 2,9 points de pourcentage pour les femmes, passant de 10,9 % à 8,0 %. Elle a même fléchi de 3,4 points pour les hommes, passant de 9,3 % à 5,9 %. Les évolutions selon l'indicateur de Colvez sont plus contrastées : la dépendance baisse pour les hommes (-1,1 point, écart non significatif) mais augmente pour les femmes (+0,6 point, écart non significatif). Enfin selon le GIR estimé, la prévalence de la dépendance diminue là encore globalement mais de façon non significative : la baisse est plus marquée pour les hommes (-2,8 points) que pour les femmes (-1,8 point). Les évolutions des niveaux sévères de dépendance sont à la fois moins marquées et de nouveau plus contrastées entre femmes et hommes : la prévalence de la dépendance sévère augmente chez ces premières (+0,2 point, non significatif au seuil de 5 %) tandis qu'elle décline assez nettement chez les seconds (-1,5 point, non significatif au seuil de 5 %). Le volet « institutions » de l'enquête CARE permettra de savoir si les baisses observées à domicile le sont aussi en institution ou si elles se sont traduites par une aug-



### GRAPHIQUE 2

#### Écart de prévalence entre les femmes et les hommes pour chaque indicateur de dépendance



GIR : Groupe iso-ressources.

**Note** • La série « 60 ans ou plus standardisé » (jaune) correspond aux prévalences standardisées sur l'âge fin en 2015, tous sexes confondus. Cette technique permet de neutraliser l'effet des différences d'âge observées entre les femmes et les hommes. Ces prévalences sont celles qui seraient observées en moyenne si les femmes et les hommes avaient les mêmes effectifs par âge. Un écart positif correspond à une prévalence plus élevée de dépendance pour les femmes.

**Lecture** • L'écart de prévalence entre les femmes et les hommes de l'estimation GIR 1-2 (définition large) pour les 75 ans ou plus est 1,0 point de pourcentage. En effet, 4,5 % des femmes âgées de 75 ans ou plus sont classées en GIR estimé 1-2 (définition large), contre 3,5 % des hommes du même âge.

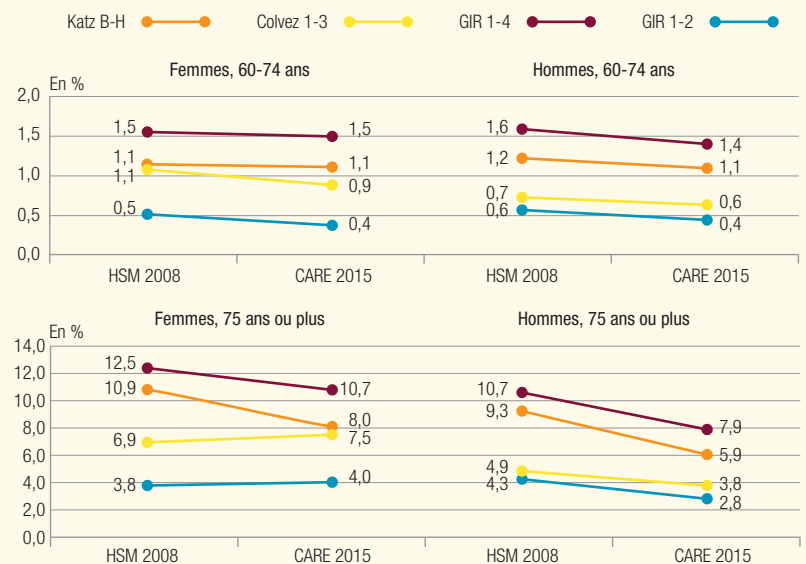
**Champ** • Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant à domicile, France métropolitaine.

**Source** • Enquête Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE) ménages, volet seniors, 2015, DREES.



### GRAPHIQUE 3

#### Évolution entre 2008 et 2015 de la prévalence de la perte d'autonomie selon différents indicateurs



GIR : Groupe iso-ressources.

**Note** • Sont comparés les résultats de l'enquête Handicap-Santé ménages (HSM) de 2008 et ceux de l'enquête Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE) de 2015, avec standardisation sur l'âge fin et le sexe en 2015. Les écarts de prévalence entre 2008 et 2015 ne sont significatifs au seuil de 5 % que pour l'indicateur Katz B-H chez les 75 ans ou plus que ce soit pour les femmes ou pour les hommes. Les chiffres sont arrondis.

**Lecture** • La prévalence de la dépendance au sens de l'indicateur Katz (niveau B à H) chez les femmes de 75 ans ou plus vivant à domicile est passée de 10,9 % en 2008 (à structure par âge fin et sexe de 2015) à 8,0 % en 2015.

**Champ** • Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant à domicile, France métropolitaine.

**Sources** • Enquêtes Handicap-Santé ménages (HSM) 2008 et Capacités, Aides et Ressources des seniors, ménages (CARE-M), volet seniors, INSEE-DREES.

mentation de la dépendance en institution. D'ores et déjà, il semble que la prévalence a diminué sur l'ensemble de la population, puisque durant la période 2008-2015, la France a connu une baisse de la proportion de résidents en institution (à structure par âge et sexe constante), pour lesquels la prévalence de la dépendance est six fois plus importante qu'à domicile selon les enquêtes Handicap-Santé ménages et institutions (Calvet et Pradines, 2016). En agrégeant la prévalence de la dépendance

à domicile et le taux d'institutionnalisation standardisés sur l'âge et le sexe, la dépendance des femmes de 75 ans ou plus est en effet stable, voire en légère diminution, entre 2008 et 2015. Ainsi, en 2008, selon le GIR estimé, 16,0 % des femmes à domicile ou résidant en institution sont concernées par une dépendance sévère (19,2 % selon l'indicateur de Colvez), contre 15,5 % en 2015 (19,0 % selon l'indicateur de Colvez). Les différentes lois concernant la prise en charge de la dépendance (loi du 20 juillet

2001 et loi du 28 décembre 2015)<sup>6</sup> ont amélioré la visibilité, la prise en charge et la disponibilité des dispositifs d'aides de la perte d'autonomie : aides techniques et aménagements du logement, services d'aide à domicile et aide de l'entourage. Ces améliorations ont permis de maintenir plus longtemps à domicile des individus en situation de perte d'autonomie. L'âge d'entrée en institution est ainsi de 85 ans et 2 mois en 2015 (Muller, 2017) contre 82 ans en 1994. ■

•••

**6.** Loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie et loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

## POUR EN SAVOIR PLUS

- **Bérardier M.**, 2014, « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n° 876, février.
- **Brunel M., Carrère A.**, 2017, « Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 - Premiers résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014 », *Les Dossiers de la DREES*, DREES, n° 13, mars.
- **Calvet L., Pradines N.**, 2016, « État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile », *Études et Résultats*, DREES, n° 988, décembre.
- **Carrère A.**, 2016, « Les enrichissements prévus pour l'enquête CARE-Ménages - Mise en œuvre, apports et contraintes », *Document de travail*, série Sources et Méthodes, DREES, n° 56, septembre.
- **Colvez A., Michel E.**, 1981, « État de santé et conditions de vie des personnes de 65 ans et plus en Haute-Normandie : enquête régionale représentative 1978-1979 » Institut national de la santé et de la recherche médicale / Le Vésinet : INSERM.
- **Dos Santos S., Makdessi Y.**, 2010, « Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées », *Études et Résultats*, DREES, n° 718, février.
- **Eghbal-Téhérani S., Makdessi Y.**, 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*, série Sources et Méthodes, DREES, n° 26, septembre.
- **Katz S., Ford A-B., Moskowitz R. et al.**, 1963, "Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized Measure of biological and psychosocial function". *JAMA*; 185(12): 914-19.
- **Leroux I.**, 2017, « L'aide et l'action sociales en France », DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.
- **Muller M.**, 2017, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », *Études et Résultats*, DREES, n° 1015, juillet.
- **Muller M.**, 2017, « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre », *Les Dossiers de la DREES*, DREES, n° 20, septembre.
- **Ramos-Gorand M.**, 2016, « Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain - Entre contraintes et expression du choix des personnes âgées », *Les Dossiers de la DREES*, DREES, n° 10, décembre 2016.
- **Warin P.**, 2010, « Piloter la production de territoires gérontologiques », *Gérontologie et société*, n°132/1, p. 187-198.
- **Page d'information web sur l'enquête CARE** : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/personnes-agees/article/les-enquetes-capacites-aides-et-ressources-des-seniors-care>

## LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

[drees.solidarites-sante.gouv.fr](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr)

Retrouvez toutes nos données sur

[www.data.drees.sante.gouv.fr](http://www.data.drees.sante.gouv.fr)

Pour recevoir nos avis de parution

[drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution)

**Directeur de la publication** : Jean-Louis Lhéritier

**Responsable d'édition** : Souphaphone Douangdara

**Rédactrice en chef technique** : Sabine Boulanger

**Secrétaires de rédaction** : Fabienne Brifault et Laura Dherbecourt

**Composition et mise en pages** : Stéphane Jeandet

**Conception graphique** : Julie Hiet et Philippe Brulin

**Imprimeur** : Imprimerie centrale de Lens

**Pour toute information** : [drees-infos@sante.gouv.fr](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr)

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384