

**DOCUMENT DE TRAVAIL SUR LES  
TENDANCES A LONG TERME  
D'EVOLUTION DE LA DÉPENDANCE**

*Version modifiée suite à la réunion du 16 mars*

# SOMMAIRE

<b>1. L'EXERCICE DE PROJECTION POURRAIT PORTER SUR LA POPULATION DÉPENDANTE AU SENS DE L'APA, JUSQU'EN 2060, POUR LA FRANCE MÉTROPOLITAINE ET LES DOM</b> .....	<b>1</b>
1.1. Quelle définition de la dépendance ? .....	1
1.2. Quel horizon de projection et quel périmètre géographique ? .....	1
<b>2. LA CONNAISSANCE DE L'ÉVOLUTION DE LA DÉPENDANCE REPOSE SUR DES ÉTUDES STATISTIQUES ET SUR UNE COMPRÉHENSION PARTIELLE DES DÉTERMINANTS SANITAIRES ET SOCIAUX</b> .....	<b>2</b>
2.1. Des théories avaient été développées dès les années 80 concernant l'impact du vieillissement de la population sur son état de santé .....	2
2.2. Les observations disponibles jusqu'au début des années 2000 avaient conduit la DREES et l'INSEE à retenir des jeux d'hypothèses relativement optimistes dans leurs projections.....	2
2.3. Les observations récentes, qui soulignent l'incertitude sur l'évolution passée de la dépendance, pourraient révéler une tendance moins favorable que dans le passé.....	4
2.4. Au niveau international, l'hétérogénéité des observations ne permet pas de dégager de tendance commune aux pays développés.....	5
2.5. La connaissance des pathologies responsables de l'incapacité et de leur évolution reste très partielle .....	6
2.5.1. <i>Il n'existerait pas d'analyse par pathologie des causes de la perte d'autonomie chez les personnes âgées</i> .....	6
2.5.2. <i>La part des personnes âgées dépendantes souffrant de démences a été évaluée dans le cadre de l'enquête PAQUID</i> .....	7
2.5.3. <i>La part et l'évolution des autres pathologies responsables de la dépendance sont mal connues</i> .....	9
2.6. L'évolution de l'APA permet difficilement de faire la part entre montée en charge du dispositif et augmentation de la population dépendante .....	10
2.7. Les changements de structures familiales seront évalués dans le cadre des projections du groupe .....	11
<b>3. TROIS SCÉNARIOS D'ÉVOLUTION DE LA FRÉQUENCE DE LA DÉPENDANCE SONT PROPOSÉS AU GROUPE DE TRAVAIL</b> .....	<b>11</b>

# 1. L'exercice de projection pourrait porter sur la population dépendante au sens de l'APA, jusqu'en 2060, pour la France métropolitaine et les DOM

## 1.1. Quelle définition de la dépendance ?

Deux types de données permettent deux approches différentes de la population dépendante :

- ◆ les enquêtes en population générale permettent d'évaluer la population concernée par des limitations fonctionnelles (capacité à accomplir des actes faisant appel à des fonctions physiques, sensorielles e.g. voir, ou cognitives, e.g. s'orienter) et par des restrictions d'activités (capacité à exercer des activités de la vie quotidienne, AVQ, ou en anglais ADL pour *activities of daily life* et des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ ou IADL en anglais pour *instrumental activities of daily life*<sup>1</sup>) ;
- ◆ les données administratives permettent de dénombrer des personnes entrant dans les dispositifs publics de prise en charge de la dépendance. Ainsi la population de bénéficiaires de l'APA, décomposée par GIR<sup>2</sup>, est-elle évaluée à une fréquence trimestrielle, sur la base d'enquêtes auprès des Conseils généraux, qui sont chargés de la mise en œuvre de la prestation.

**La proposition qui est faite au groupe de travail est de construire les projections sur les bénéficiaires de l'APA (GIR 1 à 4), correspondant à la population dépendante au sens des dispositifs publics de prise en charge.**

Il sera toutefois tenu compte dans les projections de dépenses réalisées par la suite du fait qu'une part de la population bénéficiant de prestations liées à la dépendance (notamment dépenses d'hébergement des personnes résidant en institution et d'action sociale) n'est pas dépendante au sens de l'APA (car évaluée en GIR 5 ou 6).

## 1.2. Quel horizon de projection et quel périmètre géographique ?

Les projections de population de personnes âgées dépendantes s'appuieront naturellement sur les projections démographiques publiées récemment par l'INSEE. Ces dernières s'arrêtent :

- ◆ en 2060 pour la projection portant sur la totalité de la France métropolitaine ;
- ◆ en 2040 pour les projections régionales.

Il n'y a donc pas à proprement parler de projection démographique France entière (métropole et DOM). Dans ce contexte, seront dans un premier temps élaborées des projections de personnes âgées dépendantes pour la France métropolitaine. Cette projection de personnes âgées dépendantes sera ensuite extrapolée au champ France entière (métropole et DOM) pour la période 2010-2040 en utilisant les projections démographiques régionales. Les projections financières porteront également sur la France entière et s'arrêteront en 2040.

---

<sup>1</sup> ADL : manger/ boire, se servir des toilettes, se laver, s'habiller/ se déshabiller, se coucher, s'asseoir, couper sa nourriture. IADL : faire les courses, préparer un repas, faire le ménage, prendre des médicaments, sortir du logement, utiliser un moyen de transport.

<sup>2</sup> La grille AGGIR, qui donne lieu à l'octroi de l'APA, s'appuie à la fois sur des critères de limitations fonctionnelles (cohérence, orientation, élimination, déplacements) et de restrictions d'activités pour les ADL (toilette, habillage, alimentation, transferts).

## 2. La connaissance de l'évolution de la dépendance repose sur des études statistiques et sur une compréhension partielle des déterminants sanitaires et sociaux

Les projections de population de personnes âgées dépendantes dépendent de deux facteurs :

- ◆ l'évolution de la pyramide des âges, pour laquelle il est proposé au groupe de partir du scénario central de l'INSEE, puis d'explorer les variantes de mortalité haute et basse ;
- ◆ l'évolution de la fréquence de la dépendance à chaque âge et sexe : le choix des hypothèses s'appuiera autant que faire se peut sur l'observation des tendances passées, en particulier sur les études sur l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité

### 2.1. Des théories avaient été développées dès les années 80 concernant l'impact du vieillissement de la population sur son état de santé

La question du lien entre le vieillissement de la population et son état de santé a été théorisée depuis les années 80.

**La théorie de la compression de la morbidité de James F. Fries est décrite dans l'article « Aging, natural death and the compression of morbidity » (1980).** Selon Fries, les facteurs ayant permis le recul de la mortalité liée à certaines maladies chroniques conduisent également au recul de la morbidité<sup>3</sup>. Or comme d'après Fries il existerait une limite biologique à la longévité, la part de la vie passée dans un état de maladie chronique se trouverait mécaniquement réduit.

**Ernest M. Gruenberg défend la théorie inverse dans « The failures of success » (1976) ;** il considère que la diminution des maladies infectieuses auparavant responsables de décès prématurés au sein d'une population souffrant par ailleurs de maladies chroniques, dont l'âge de début n'est pas modifié, conduit à une augmentation de la durée de vie avec des maladies chroniques.

Enfin, la théorie de l'équilibre dynamique de KG. Manton dans « **Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population** » (1982) constitue une hypothèse intermédiaire qui repose sur l'idée que le recul de la mortalité lié aux maladies chroniques s'accompagne d'un recul des stades les plus avancés de ces maladies : il y aurait bien une progression des maladies chroniques au sein de la population avec le recul de la mortalité, mais une diminution des conséquences de ces pathologies en termes d'incapacité sévère.

### 2.2. Les observations disponibles jusqu'au début des années 2000 avaient conduit la DREES et l'INSEE à retenir des jeux d'hypothèses relativement optimistes dans leurs projections

Les différentes observations et analyses conduites depuis lors ont cherché à savoir laquelle de ces théories semblait vérifiée ; cet exercice est toutefois rendu très complexe par la difficulté de la mesure.

Les travaux de recherche se sont alors appuyés sur les indicateurs **d'espérance de vie en santé ou sans incapacité (EVSI)**. Ils permettent de mesurer le nombre d'années que l'on peut espérer vivre dans différents états de santé (e.g. sans incapacité) au sein de l'espérance de vie. Les théories précédemment décrites peuvent en effet être traduites en termes de rythme de gains d'espérance de vie et d'espérance de vie sans incapacité.

---

<sup>3</sup> Le taux de morbidité est le pourcentage des individus malades dans une population, dans un temps donné, d'une maladie particulière ou de l'ensemble des maladies.

Lorsque la DREES et l'INSEE ont conduit les dernières projections disponibles à ce jour concernant la population de personnes âgées dépendantes, en 2002 et 2004, les observations relatives à l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité en France étaient récentes. Elles consistaient en deux principales sources, qui semblaient toutes deux indiquer que l'espérance de vie sans incapacité progressait à un rythme au moins égal à celui de l'espérance de vie.

L'étude de Robine et Mormiche « L'espérance de vie sans incapacité augmente » publiée dans INSEE Première (n°281), 1993, basée sur la comparaison des **enquêtes décennales santé de 1981 et 1991**, observait une baisse de la prévalence de l'incapacité modérée comme sévère<sup>4</sup> à chaque âge concomitamment à l'allongement de l'espérance de vie. Cette évolution se traduisait par une stabilité de la durée de vie en incapacité pour les femmes et même à une baisse de la durée de vie en incapacité pour les hommes. En effet, les gains d'EVSI apparaissaient identiques aux gains d'espérance de vie pour les femmes et même supérieurs pour les hommes.

L'étude de K. Pérès et P. Barbeger-Gateau « Évolution de l'incapacité entre 75 et 84 ans : suivi de deux générations à travers l'enquête PAQUID », 2001, exploitait les **résultats de l'enquête menée auprès de la cohorte PAQUID (personnes âgées QUID)**, cohorte de 3 777 individus âgés de 65 ans et plus en 1987, et suivie pendant dix ans. L'analyse à dix ans d'intervalle de la proportion de dépendants (légers, modérés, lourds) dans la part de la cohorte âgée de 75 à 84 ans faisait apparaître :

- ◆ une augmentation de la part des individus totalement autonomes (passée de 13,5 à 23,3 %) ;
- ◆ une très légère baisse de la part des dépendants légers (passée de 48,2 à 46,0 %), définis comme souffrant d'une restriction de la mobilité au sens de la capacité à accomplir de gros travaux domestiques, marcher 500 m et monter/ descendre des escaliers. L'évolution globale traduit en fait une diminution nette pour les hommes et une augmentation pour les femmes ;
- ◆ une baisse de la dépendance modérée, de 32,8 à 26,4 % (restrictions pour les activités instrumentales de la vie quotidienne) ;
- ◆ une quasi-stagnation (5,5 % à 4,3 %) de la dépendance lourde (restrictions pour les activités de la vie quotidienne).

Sur la base de ces observations, la DREES avait retenu comme hypothèse dite « pessimiste » le maintien de la durée de vie passée en dépendance, comme hypothèse centrale, une réduction légère de la durée de vie passée en dépendance et comme hypothèse dite « optimiste » une réduction plus importante de la durée de vie passée en dépendance ; l'INSEE avait retenu comme hypothèse centrale le maintien de la durée de vie passée en dépendance, avec une alternative pessimiste (augmentation de la durée de vie passée en dépendance) et une alternative optimiste (réduction de la durée de vie passée en dépendance).

---

<sup>4</sup> L'incapacité y était définie comme la somme de l'incapacité sévère (qui concerne par convention toutes les personnes en institution, les personnes confinées au domicile ou alitées) et de l'incapacité modérée (arrêts d'activité sans alitement et gênes ou handicaps permanents ne conduisant pas au confinement au domicile).

**Tableau 1 : Les hypothèses retenues pour les dernières projections**

	<b>Pessimiste</b>	<b>Central</b>	<b>Optimiste</b>
DREES (2002)	Les gains d'espérance de vie sans dépendance évoluent de façon parallèle à l'espérance de vie générale.	Moyenne des deux autres hypothèses.	Les taux de prévalence de la dépendance continuent à baisser à un rythme comparable à ce que l'on a observé sur la décennie 90 <sup>5</sup> .
INSEE (2004)	La durée de vie en dépendance après 60 ans croît au même rythme que l'espérance de vie après 60 ans. La part de la dépendance dans la durée de vie à 60 ans reste donc stable.	La durée de vie en dépendance après soixante ans reste stable pour les hommes comme pour les femmes.	La durée de vie en dépendance après 60 ans diminue.

*Source : Groupe de travail.*

### **2.3. Les observations récentes, qui soulignent l'incertitude sur l'évolution passée de la dépendance, pourraient révéler une tendance moins favorable que dans le passé**

Depuis les projections de 2002 et 2004, de nouvelles analyses de l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité ont été réalisées, sur la base de l'ensemble des sources de données existantes en France jusqu'au début des années 2000. L'étude **L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter** (Cambois, E., A. Clavel, and J.-M. Robine, Dossiers Solidarité Santé, 2006. 2: p. 7-22) souligne l'absence de données strictement comparables au cours du temps mais aussi la grande cohérence des résultats entre les différentes sources. La comparaison de différentes enquêtes donne ainsi des indications sur la tendance générale d'évolution des estimations d'EVSI, qui peuvent être comparées aux évolutions constatées dans d'autres pays. Ces données indiquaient pour la France la poursuite de l'augmentation de l'EVSI pour les niveaux incapacités sévères (ADL) et une stagnation des niveaux modérés (limitations fonctionnelles).

À l'occasion de la nouvelle enquête française Handicap-Santé (2008), **l'étude a été complétée de l'ensemble des nouvelles données disponibles**<sup>6</sup>. Même si ces comparaisons sont effectuées pour des types de questions proches (ex. les restrictions pour les ADL), cette démarche s'accompagne de limites méthodologiques qui impliquent d'interpréter les résultats avec beaucoup de précautions. En effet, la formulation précise des questions peut varier d'une enquête à l'autre, une même question peut donner lieu à des catégories de réponses (appréciation de la gravité) variables, ou le positionnement des questions au cours de l'enquête peut varier.

Cette analyse apporte toutefois deux éclairages qui semblent intéressants pour le groupe de travail :

- ◆ **premièrement, les gains d'espérance de vie sans incapacités sévères à 65 ans se poursuivent jusqu'en 2008 mais la tendance serait un peu moins favorable sur la fin de période avec des gains d'EVSI moins importants que les gains d'espérance de vie.** Par ailleurs, les espérances de vie sans incapacité modérée (limitations fonctionnelles) continuent de stagner. Autrement dit, il n'apparaît plus aussi clairement que les années d'espérance de vie gagnées le sont en bonne santé ;

<sup>5</sup> Le scénario optimiste prolonge les tendances observées d'évolution de la prévalence à chaque âge entre d'une part les enquêtes santé et EHPA de 1990, d'autre part l'enquête HID de 1999.

<sup>6</sup> Sieurin, A., E. Cambois, and J.-M. Robine, Les espérances de santé en France : une tendance récente moins favorable que dans le passé, in Document de travail INED. 2011. p. 30.

- ◆ deuxièmement, l'analyse de la tranche d'âge des 50-65 ans semble montrer une dégradation du point de vue des limitations fonctionnelles entre 1999 et 2008, mais aussi dans une certaine mesure du point de vue des restrictions d'activité. Ceci pourrait signifier que la génération qui est actuellement dans cette tranche d'âge, susceptible d'entrer en dépendance vers 2030, présente des risques accrus par rapport à la génération précédente.

Ces conclusions sont à interpréter avec beaucoup de précaution car les enquêtes récentes qui dessinent cette tendance moins favorable ne sont pas strictement comparables aux précédentes. Toutefois, elles font écho à d'autres études (États-Unis, Suède) mettant au jour des résultats similaires.

Au vu des résultats français et de ces autres études, les facteurs d'explication de ces tendances pourraient être de plusieurs ordres :

- ◆ des facteurs objectifs d'évolution de l'état de santé de la population. L'analyse par les chercheurs des facteurs médicaux-sociaux propres à la génération des 50-65 ans en 2008, susceptibles d'expliquer cet accroissement des années de vie avec des troubles fonctionnels, serait à cet égard éclairante. Par ailleurs, il se pourrait que paradoxalement l'amélioration des conditions sanitaires ait conduit au recul de la mortalité des personnes en incapacité. Aux États-Unis, on montre en effet une baisse de la mortalité des personnes en situation d'incapacité sévère<sup>7</sup>. Enfin, si certains problèmes de santé potentiellement invalidants auraient diminué au fil du temps (problèmes circulatoires, troubles psychologiques, santé buccodentaire), comme le montre l'étude sur la Suède<sup>8</sup>, d'autres auraient stagné voire augmenté (diabète, troubles de la mobilité, de l'audition, douleur) ;
- ◆ des facteurs liés à la perception qu'ont les individus de leur état. En particulier, la meilleure prise en compte des problèmes de santé (notamment mentaux) et des facteurs de risques pourrait avoir conduit un plus grand nombre d'individus à identifier les difficultés, mais aussi à mieux les gérer. Ainsi, les évolutions positives de notre système de soins pourraient paradoxalement accentuer la perception des incapacités mais ceci reste difficile à mesurer.

Les recherches se poursuivent et les différentes hypothèses doivent encore être testées<sup>9</sup>.

## 2.4. Au niveau international, l'hétérogénéité des observations ne permet pas de dégager de tendance commune aux pays développés

L'étude de l'OCDE « **Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications** », Health working papers n°26, Gaétan Lafortune, Gaëlle Balestat (mars 2007) présentée lors de la séance du 22 février au groupe de travail mettait en évidence d'une part la difficile comparabilité des enquêtes entre pays et dans le temps, d'autre part le fait qu'aucune tendance d'évolution de la prévalence de la dépendance ne semblait se dégager clairement à l'échelle des douze pays étudiés.

En effet, cette étude portant sur douze pays de l'OCDE (Australie, Belgique, Canada, Danemark, Finlande, France, Italie, Japon, Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni et États-Unis) et reposant sur des données standardisées par âge collectées auprès des services experts de chaque pays indiquait que :

---

<sup>7</sup> Crimmins, E., et al., Change in Disability-Free Life Expectancy for Americans 70 Years Old and Older, in Demography. 2009. p. 627-646

<sup>8</sup> Parker, M.G. and M. Thorslund, Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. Gerontologist, 2007. 47(2): p. 150-8.

<sup>9</sup> Voir par exemple <http://trends.psc.isr.umich.edu/pdf/pubs/TRENDSResBrief-02-20-09.pdf>.

- ◆ seuls cinq des douze pays connaissent une diminution claire de la prévalence par âge de la dépendance sur la période analysée ;
- ◆ trois d'entre eux connaissent une hausse de la prévalence par âge ;
- ◆ deux d'entre eux une stabilité ;
- ◆ tandis que pour deux autres pays (dont la France<sup>10</sup>) la comparabilité des résultats dans le temps est trop faible pour pouvoir dégager une tendance.

Il en ressortait que l'état des connaissances sur les tendances ne permettait pas d'écarter l'hypothèse de taux constants d'incapacités sévères par catégorie d'âge.

Une étude suédoise<sup>11</sup> publiée en 2007 dans *The Gerontologist* compare les tendances observées du point de vue de la santé, des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activités des plus âgées dans plusieurs pays, en particulier les États-Unis, la Suède et la France. Il en ressort que la prévalence des pathologies semble généralement augmenter (États-Unis, France, Canada, Autriche, Suède), qu'elle soit mesurée à travers une déclaration ou un diagnostic médical. Parallèlement la prévalence de l'incapacité sévère (ADL) baisserait ou stagnerait.

Les auteurs attribuent ce qui apparaît comme l'aggravation des conditions de santé à une possible amélioration du diagnostic, de la connaissance par les malades de leur état de santé, à une exigence accrue vis-à-vis de leur santé de la part de population plus éduquées, mais aussi à une meilleure survie des personnes souffrant de certaines pathologies (cardiovasculaires notamment). Le fait que les dégradations effectives de la santé ne se répercutent pas sur l'incapacité modérée pourrait s'expliquer par un meilleur recours aux aides techniques et par les évolutions du contexte social.

## 2.5. La connaissance des pathologies responsables de l'incapacité et de leur évolution reste très partielle

### 2.5.1. Il n'existerait pas d'analyse par pathologie des causes de la perte d'autonomie chez les personnes âgées

L'évolution des tendances passées amène à s'interroger sur les déterminants de la dépendance, au-delà du vieillissement de la population. **Le lien entre affections de longue durée et dépendance est toutefois mal connu.**

L'enquête réalisée par la DREES en 2007 auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées comportait un volet « Pathologies et morbidité ». Ce module a été renseigné pour près de 9 000 personnes âgées en institutions (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD – mais aussi maisons de retraites, unités de soins de longue durée et logements-foyers non EHPAD), par les médecins traitants. Il en ressort notamment que 82 % des résidents des EHPA sont atteints de maladies neuropsychiatriques (syndromes démentiels pour 36 % des résidents), 75% d'affections cardiovasculaires, 47% d'affections ostéoarticulaires<sup>12</sup>. Ces données ne permettent toutefois pas de tirer des conclusions sur le lien de causalité entre pathologie et dépendance, seuls des suivis de cohortes permettant d'envisager de mettre en évidence un tel lien.

<sup>10</sup> L'étude cite une incohérence entre d'une part la tendance observée entre l'enquête décennale santé de 1990 et l'enquête handicap-incapacités-dépendance ou HID de 1998-2001 (baisse de la prévalence de la dépendance) et d'autre part les deux vagues de l'enquête santé (1990 et 2002).

<sup>11</sup> Health trends in the elderly population: getting better and getting worse, Marti G. Parker, Mats Thorslund, *The Gerontologist*, 2007 (Vol 47, N°2 150-158).

<sup>12</sup> Source DREES, enquête EHPA 2007 – Pathologies, données à paraître.



Une étude de 1998, **Examination of the causes and mechanisms of the increase in disability-free life expectancy** (Robine, Mormiche, Sermet) cherchait à identifier les éléments d'explication de l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité<sup>13</sup> qui avait été observée entre 1980 et 1991 (enquêtes décennales de santé), augmentation plus rapide que celle de l'espérance de vie elle-même, et qui semblait donc révéler une baisse de la prévalence de l'incapacité.

L'étude retenait des maladies incapacitantes réparties en treize groupes : cancers, maladies endocriniennes (y.c. diabète et hémophilie), démences, maladies du système nerveux, maladies de l'œil, maladies de l'oreille, maladies cardiaques, maladies cérébro-vasculaires, maladies des artères, maladies du système respiratoire, maladies ostéo-articulaires, traumatismes, divers.

La comparaison des enquêtes décennales santé montrait :

- ◆ une augmentation de la part des personnes souffrant d'au moins une de ces maladies, à partir de 70 ans (hommes et femmes) ;
- ◆ une diminution de la corrélation entre le fait de souffrir d'une maladie d'un groupe donné et l'incapacité (sauf pour les maladies respiratoires).

L'étude soulignait toutefois que le premier constat, qui s'appuyait sur des déclarations, pouvait résulter d'une moindre déclaration et/ou d'un moindre diagnostic des maladies incapacitantes en 1980 par rapport à 1991.

De manière plus générale, il existe des études analysant l'impact des pathologies sur les EVSI<sup>14</sup> ; une étude réalisée sur les données des enquêtes en population générale montre la diversité des situations d'incapacité qu'engendrent les pathologies, ou qu'elles sont susceptibles d'engendrer à terme<sup>15</sup>. Toutefois les évolutions passées des pathologies en question sont difficiles à interpréter tant on ne peut démêler les tendances dues à une progression de la maladie de celles dues au changement des pratiques de diagnostics et de dépistage ou à la connaissance qu'ont les personnes de leur état de santé. Par ailleurs, les liens entre maladies et incapacités sont également complexe à modéliser dans la mesure où la baisse de la létalité peut entraîner une survie plus longue avec la maladie, mais à des stades potentiellement moins invalidants et où les gains réalisés sur certaines maladies peuvent compenser la progression de certaines autres.

### **2.5.2. La part des personnes âgées dépendantes souffrant de démences a été évaluée dans le cadre de l'enquête PAQUID**

Le suivi d'une cohorte de 3 777 individus de soixante-cinq ans et plus en 1997 pendant dix ans dans le cadre de l'enquête PAQUID (personnes âgées QUID), réalisée dans 75 communes de Gironde et de Dordogne, a donné lieu à l'évaluation de la population atteinte de démences et de la maladie d'Alzheimer en particulier et du taux de personnes souffrant de cette maladie au sein des bénéficiaires potentiels de l'APA.

---

<sup>13</sup> L'incapacité est mesurée à travers la question de l'enquête décennale santé « existe-t-il dans le foyer une personne handicapée ou souffrant de problèmes ou de difficultés dans la vie quotidienne ? ».

<sup>14</sup> Nusselder, W.J. and C.W. Looman, Decomposition of differences in health expectancy by cause. *Demography*, 2004. 41(2): p. 315-34

Puts, M.T., et al., Changes in the prevalence of chronic disease and the association with disability in the older Dutch population between 1987 and 2001. *Age Ageing*, 2008. 37(2): p. 187-93.

<sup>15</sup> Cambois, E., Mesurer les répercussions des maladies chroniques sur l'état de santé fonctionnel : une approche en population générale., in *Démographie et santé. Actes du XIV colloque national de démographie*. Mai 2007, CUDEP, Editor. 2010: Bordeaux. p. 87-104

Cette évaluation a été réalisée lors du suivi à dix ans de la cohorte (population âgée de 75 ans et plus), qui portait sur 1461 sujets dont 1 320 vivaient à domicile et 141 en institutions. Le diagnostic de démence était effectué en premier lieu par une psychologue et confirmé par un neurologue ; pour l'évaluation de la dépendance, la grille AGGIR était administrée par les enquêteurs et conduisait à un classement en GIR 1 à 6, que le sujet soit ou non un bénéficiaire effectif de l'APA.

L'étude indique qu'au sein de la population considérée comme dépendante au sens de la grille AGGIR (GIR 1 à 4), 55 % des personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer et 72 % de démences (Alzheimer et autres). **Les auteurs en concluent que la démence est une des principales causes de dépendance.** Certaines précautions sont toutefois à prendre dans l'interprétation de ces résultats (notamment du fait de la taille de l'échantillon et de la difficulté de l'évaluation de la grille AGGIR chez les sujets déments, que soulignent les auteurs).

**Tableau 2 : Part des personnes atteintes de démences chez les dépendants, évaluation selon l'étude PAQUID**

GIR	Effectif	Proportion Alzheimer	Proportion autres démences	Proportion totale démences
GIR 1	29	86%	14%	100%
GIR 2	61	49%	33%	82%
GIR 3	50	63%	12%	74%
GIR 4	62	36%	13%	48%
<b>GIR 1 à 4</b>	<b>202</b>	<b>55%</b>	<b>17%</b>	<b>72%</b>
GIR 5	49	21%	5%	26%
GIR 6	1181	7%	1%	8%
GIR non évalué	29	-	-	-
Total	1461	14%	3,6%	17,8%

Source : Cohorte PAQUID<sup>16</sup>.

**L'évolution de la prévalence et de l'incidence de la maladie d'Alzheimer est mal connue.** L'INSERM<sup>17</sup> relève ainsi que « *peu d'études permettent actuellement de savoir si la fréquence des démences s'est modifiée au cours du temps, l'évolution des classifications [...] sur les 20 dernières années et des méthodologies d'enquête différentes rendent les comparaisons difficiles. [...] Dans l'étude PAQUID, à âge égal, la prévalence est plus élevée 10 ans après le début de l'étude (1998-99) qu'à la phase d'inclusion (1988- 89). On ne peut exclure que cette augmentation de prévalence soit en partie expliquée par une meilleure sensibilisation au diagnostic de démence. De plus, l'information recueillie au cours des dix ans de suivi des performances cognitives permet certainement un diagnostic plus précis qu'à l'inclusion. Ainsi, l'évolution des fonctions cognitives est intégrée dans les algorithmes de repérage des cas au cours du suivi. Néanmoins il est aussi possible que cette augmentation corresponde à une réelle évolution liée soit à une augmentation de la durée de la maladie, elle-même liée à une augmentation de l'espérance de vie ou à une meilleure prise en charge des patients, soit à une augmentation réelle de l'incidence* ».

Le rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) de 2005 réalisait des projections de population atteinte de la maladie d'Alzheimer à horizon 2020 et 2040 en :

- ♦ retenant les taux de prévalence issus de l'enquête PAQUID ;

<sup>16</sup> Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID, H. Ramaroson, C. Helmer, P. Barbeger-Gateau, L. Lettenneur, J.-F. Dartigues, Revue Neurologique (Paris) 2003.

<sup>17</sup> L'épidémiologie des démences, Claudine Berr, N. Tasnime Akbaraly, Fati Nourashemi, Sandrine Andrieu, 2007, La Presse Médicale 2007;36(10):1431-1441.

- ◆ élaborant trois scénarios : un scénario central de constance des taux de prévalence de la maladie à l'horizon de ces projections, et deux scénarios où ces taux étaient augmentés ou diminués de 10 %.

Ce choix de jeux d'hypothèse reposait sur la difficulté à faire la part entre des tendances potentiellement contradictoires : d'une part une évolution du mode de vie (meilleure prise en charge de l'état de santé, meilleur contrôle des facteurs de risque, meilleure hygiène de vie) pouvant conduire à un recul de l'âge de début de maladie et donc à une diminution de la prévalence, d'autre part la possibilité qu'une meilleure prise en charge d'autres pathologies, en particulier les maladies cardiovasculaires entraîne au contraire, pour un âge donné, une augmentation de prévalence des démences. En effet, certains facteurs de risques étant communs aux maladies cardiovasculaires et à la maladie d'Alzheimer, les progrès de la chirurgie cardiaque pourraient avoir pour conséquence une plus grande survie de populations à risques de développer une démence dans le futur.

Une étude de l'INSERM de 2010<sup>18</sup> élabore également des projections de population atteinte de la maladie d'Alzheimer, selon une hypothèse de base de taux d'incidences constants, et plusieurs hypothèses alternatives, notamment trois hypothèses de recul de l'âge de début de la maladie (d'un an, de deux ans ou de cinq ans) faisant écho à l'idée que les nouvelles générations ont bénéficié de conditions réduisant le risque vis-à-vis de la maladie d'Alzheimer, en particulier d'un meilleur niveau d'éducation et d'une prévention des facteurs de risques cardiovasculaires.

### **2.5.3. La part et l'évolution des autres pathologies responsables de la dépendance sont mal connues**

L'étude de l'OCDE précédemment citée s'intéressait à l'évolution de la prévalence de certaines pathologies pouvant être responsables de l'incapacité. Les pathologies en question avaient été identifiées dans le cadre d'une étude américaine<sup>19</sup> qui listait comme cinq principaux facteurs de l'incapacité sévère (dans cet ordre) les arthrites, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, les problèmes de dos ou de cou, ainsi que les diabètes ; l'absence des démences dans cette liste pourrait s'expliquer par le fait que l'enquête ne portait pas sur la population en établissement.

La prévalence de ces pathologies chez les personnes âgées de plus de 65 ans apparaît en progression dans tous les pays étudiés. Toutefois ce résultat est difficile à interpréter dans la mesure où il pourrait résulter aussi bien d'une plus grande déclaration de ces pathologies (les données étant généralement issues d'enquêtes basées sur des déclarations), d'un meilleur dépistage, d'une meilleure connaissance des symptômes ou d'une déformation de la pyramide des âges, que d'une augmentation objective de la prévalence à chaque âge.

Une étude américaine<sup>20</sup> évalue la théorie de la compression de la morbidité au regard des tendances observées en particulier sur les maladies cardiovasculaires. Bien que les différences entre États-Unis et France, du point de vue des facteurs de risque comme des systèmes de santé, interdisent de reprendre les conclusions de cette étude, elle permet d'illustrer la complexité des mécanismes en cause. En effet, l'étude indique que :

---

<sup>18</sup> How many dementia cases in France and Europe? Alternative projections and scenarios 2010-2050, T. Mura, J.-F. Dartigues, C. Berr; European Journal of Neurology 2010.

<sup>19</sup> Freedman, Martin and Schoeni (2004).

<sup>20</sup> Mortality and morbidity trends : is there a compression of morbidity ? E.M. Crimmins, H. Beltran-Sanchez, Journal of gerontology: social science, 2010.

- ◆ la baisse de la mortalité liée aux infarctus du myocarde ainsi qu'aux accidents vasculaires cérébraux (AVC) reflèterait une certaine stabilité dans l'occurrence de ces événements, mais un meilleur taux de survie : la proportion de personne souffrant de maladies cardiovasculaires ou ayant souffert d'un AVC serait donc en augmentation dans la population américaine ;
- ◆ ce phénomène résulterait en une augmentation de la durée de vie avec des pathologies et des limitations fonctionnelles. En revanche, cet effet pourrait ne pas se répercuter directement sur la prévalence de l'incapacité sévère, dans la mesure où l'on aurait prévenu l'incapacité liée à ces pathologies.

## 2.6. L'évolution de l'APA permet difficilement de faire la part entre montée en charge du dispositif et augmentation de la population dépendante

L'évolution du nombre et de l'âge des bénéficiaires de l'APA depuis la création du dispositif en 2002 fait apparaître :

- ◆ que la période 2002-2006 est clairement marquée par la montée en charge du dispositif. On ne peut donc tirer de ces données aucune information quant aux tendances de long terme ;
- ◆ que depuis 2006, les pourcentages de bénéficiaires de l'APA à chaque âge et sexe sont quasiment constants.

**Tableau 3 : Proportion de bénéficiaires de l'APA au sein de la population par tranche d'âge de 2006 à 2010**

	60-64 ans		65-69 ans		70-74 ans		75-79 ans		80-84 ans		85 ans et +	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
01/01/2006	18 578	0,7%	38 648	1,5%	77 297	3,1%	149 203	6,8%	240 599	14,2%	404 564	33,9%
01/01/2007	20 036	0,7%	41 953	1,7%	83 907	3,4%	161 864	7,3%	240 127	14,1%	459 863	35,3%
01/01/2008	21 295	0,6%	44 873	1,8%	85 564	3,5%	162 380	7,2%	251 743	14,7%	498 907	35,5%
01/01/2009	22 131	0,6%	39 907	1,6%	82 169	3,4%	157 627	7,0%	261 575	15,0%	543 164	36,3%
01/01/2010	22 848	0,6%	41 215	1,6%	84 891	3,5%	162 839	7,2%	263 194	14,9%	567 412	35,9%

Source : INSEE, DREES (Enquête 'Bénéficiaires aide sociale départementale'), effectifs : France métropolitaine.

Cette dernière observation est toutefois délicate à interpréter :

- ◆ soit elle traduit une stabilité de la fréquence de la dépendance à âge et sexe donnés entre 2006 et 2010 ;
- ◆ soit elle révèle une part résiduelle de montée en charge du dispositif et/ou de modification de périmètre. En effet, on ne raisonne pas à législation constante sur cette période puisque les modalités d'appréciation de la cohérence et de l'orientation ont été revues en 2008 avec notamment l'introduction d'adverbes (« spontanément », « totalement », « habituellement », « correctement »)<sup>21</sup> visant à limiter les risques d'exclusion de l'APA des personnes atteintes de démence. L'évolution réglementaire de 2008 a donc pu jouer transitoirement à la hausse sur l'évolution de la proportion de bénéficiaires de l'APA, sans lien avec l'évolution sous-jacente de la perte d'autonomie.

Au vu de ces observations, on peut toutefois considérer qu'une hypothèse de stabilité de la fréquence de la dépendance à âge et sexe donnés constituerait une hypothèse pessimiste pour les projections : en effet, rien dans les données sur l'APA ne plaide pour la prise en compte d'hypothèses plus pénalisantes.

<sup>21</sup> L'évolution réglementaire de 2008 a par ailleurs clarifié la notion de cohérence avec les intitulés « cohérence et communication » et « cohérence et comportement » et d'orientation avec les intitulés « orientation dans l'espace » et « orientation dans le temps »

Il est rappelé que les durées de perception de l'APA, qui avaient été présentées lors de la précédente réunion du groupe par la DREES, sont en moyenne de 2 ans et 11 mois pour les hommes et de 4 ans et 5 mois pour les femmes (estimation DREES sur la base des remontées de données individuelles par les Conseils Généraux).

## 2.7. Les changements de structures familiales seront évalués dans le cadre des projections du groupe

Au-delà des facteurs sanitaires, l'environnement social, et en particulier les structures familiales, peuvent avoir un effet sinon directement sur le niveau de dépendance de la personne du moins sur son recours à l'aide formelle. En particulier, le Commissariat général du Plan avait en 2005, sur la base de données de la DREES, souligné la surreprésentation des personnes sans conjoint en établissement<sup>22</sup>.

Or les simulations de l'INSEE de 2004, qui tenaient compte des différents paramètres influant sur l'environnement familial (augmentation de l'âge moyen des personnes dépendantes, plus grande fréquence des ruptures dans les couples, plus grande survie des conjoints, évolution de la fécondité), montraient une diminution de la part des personnes âgées dépendantes ayant un aidant potentiel (enfant ou conjoint) valide, en particulier chez les hommes.

L'impact du recours aux aidants informels sur le recours à l'aide formelle est toutefois difficile à mesurer (cf. par exemple l'étude de la DREES de janvier 2006 sur les effets des l'APA sur l'aide dispensée aux personnes âgées qui montre une complémentarité et non pas une substitution entre aide formelle et aide informelle).

Il est donc proposé au groupe de ne pas intégrer à ce stade l'évolution prévisible des structures familiales dans les hypothèses de projection de personnes âgées dépendantes, mais de simuler comme cela avait été fait en 2004 l'évolution des environnements familiaux des personnes âgées dépendantes dans le cadre des projections. Les résultats pourront être analysés au regard des travaux menés sur l'avenir des conditions de vie des européens âgés (cf. programme FELICIE - *Future Elderly Living Conditions in Europe*<sup>23</sup>). Ils pourront éventuellement, dans la mesure du possible, être pris en compte dans les hypothèses de répartition entre domicile et établissement des bénéficiaires de l'APA.

## 3. Trois scénarios d'évolution de la fréquence de la dépendance sont proposés au groupe de travail

**Au vu des observations passées de l'évolution de l'incapacité et de la connaissance - qui reste partielle - des pathologies responsables, trois scénarios sont proposés au groupe de travail.**

L'hypothèse, prédominante dans les études passées, d'une **stabilité de la durée de vie passée en dépendance** (i.e. l'espérance de vie sans incapacité progresse d'autant d'années que l'espérance de vie) semble devoir être étudiée par le groupe.

---

<sup>22</sup> Commissariat général du Plan, « Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes », Premier volet « détermination du nombre de places en 2010, 2015 et 2025 », mission conduite par Stéphane Le Bouler - Juillet 2005

<sup>23</sup> Gaymu J., Festy P., Poulain M., Beets G., 2008. *Future Elderly Living Conditions In Europe*, Paris, INED/PUF, Les Cahiers de l'Ined, n°162, 316 p.

Elle s'inscrit en effet dans la continuité des observations réalisées pendant les années 90 et 2000 à travers les enquêtes en population générale et en établissement, en considérant qu'un jeu très limité d'observations contradictoires dans un contexte d'incertitude sur la comparabilité des données ne doit pas conduire à remettre complètement en cause ce qui apparaissait comme une tendance de fond. Elle peut aussi refléter l'hypothèse que le taux de croissance de l'APA observé depuis 2006 comporte toujours une part de montée en puissance du dispositif, qui pourrait être liée en partie à la modification de la grille AGGIR introduite en 2008 pour mieux prendre en compte l'incapacité résultant des limitations fonctionnelles psychiques.

Par ailleurs, cette hypothèse pourrait également traduire l'hypothèse d'une amélioration de la prévention de la dépendance et du traitement des maladies incapacitantes (démences en particulier). **Il est toutefois proposé que cette hypothèse constitue la borne inférieure des projections (scénario optimiste).**

À l'inverse, l'incertitude sur les tendances passées et sur l'évolution potentielle des pathologies et de leurs conséquences conduit à ne pas écarter **l'hypothèse pessimiste d'une stagnation de la fréquence de la dépendance à chaque âge et pour chaque sexe**. Cette hypothèse est d'ailleurs cohérente avec l'approche prudente retenue pour l'évaluation des populations projetées de malades d'Alzheimer. Par ailleurs, cette hypothèse intègre les tendances récentes d'EVSI chez les 50-65 ans qui constitueront les populations susceptibles d'être dépendantes vers 2030.

**Enfin, il est proposé d'examiner une hypothèse intermédiaire où les gains d'espérance de vie se partagent de manière neutre entre espérance de vie sans incapacité et avec incapacité** ; autrement dit, la part d'espérance de vie avec incapacité à 65 ans resterait inchangée sur la période des projections.

Cette hypothèse est moins optimiste que la première : en effet dans la première, la durée de vie avec incapacité restait stable en valeur absolue (nombre d'années) alors que l'espérance de vie augmentait ; la part d'espérance de vie avec incapacité diminuait donc (compression de la morbidité). Dans l'hypothèse actuelle, c'est cette part (soit en 2010 de l'ordre de 10 % pour les hommes et 20 % pour les femmes) qui est supposée constante.

**Tableau 4 : Synthèse des hypothèses proposées au groupe**

	<b>Pessimiste</b>	<b>Central</b>	<b>Optimiste</b>
GT 2011	Les taux de fréquence de l'APA par âge demeurent constants.	La part de l'espérance de vie sans incapacité dans l'espérance de vie à 65 ans reste stable.	Les gains d'espérance de vie correspondent intégralement à des gains d'espérance de vie sans incapacité (EVSI).