

PERSPECTIVES DÉMOGRAPHIQUES ET FINANCIÈRES DE LA DÉPENDANCE

Rapport du groupe de travail
Modérateur : Jean-Michel CHARPIN
Rapporteur : Cécile TLILI

- JUIN 2011 -

SYNTHÈSE

Les perspectives d'évolution de la population de personnes âgées dépendantes résultent de deux types de facteurs : premièrement le vieillissement de la population, deuxièmement l'évolution des déterminants sanitaires et sociaux qui, à chaque âge, influent sur le risque de dépendance.

Les projections démographiques 2010 de l'INSEE font apparaître une nette augmentation de la population de plus de 80 ans à l'horizon 2060, liée à la fois au vieillissement de la génération du baby-boom et à l'allongement de l'espérance de vie.

Le profil d'évolution de la population de plus de 80 ans sur les cinquante prochaines années reflète fortement l'effet générationnel ; en particulier, cette population connaît une croissance rapide entre 2026 et 2054, liée à l'arrivée à cet âge des générations du baby-boom, nées entre 1946 et 1974

Concernant les déterminants du risque de dépendance, le groupe a d'abord fait le constat qu'on ne disposait pas de tendances claires sur une période longue de l'évolution de la dépendance à chaque âge, ni d'une connaissance précise des différents déterminants de la dépendance et de leur évolution. Toutefois, au vu notamment des dernières analyses statistiques de l'INED, qui suggèrent un récent ralentissement de la progression de l'espérance de vie sans incapacité comparativement à l'espérance de vie, des études internationales, ainsi que des incertitudes relatives à l'évolution de la maladie d'Alzheimer, le groupe de travail a retenu trois hypothèses globalement un peu moins optimistes que celles qui avaient été retenues lors des précédentes projections au début des années 2000 :

- ◆ une hypothèse pessimiste de stabilité des taux de dépendance modérée à chaque âge et de stabilité de la durée de vie passée en dépendance lourde ;
- ◆ une hypothèse optimiste de stabilité de la durée de vie passée en dépendance : dans cette hypothèse, les gains d'espérance de vie correspondent intégralement à des gains d'espérance de vie sans incapacité ;
- ◆ une hypothèse intermédiaire dite « neutre » où la part de l'espérance de vie sans incapacité dans l'espérance de vie à 65 ans reste stable.

Ainsi, la proportion de l'espérance de vie sans dépendance dans l'espérance de vie à soixante-cinq ans reste stable dans l'hypothèse centrale, à 85 % pour les femmes et 92 % pour les hommes, progresse de l'ordre de 2 points entre 2010 et 2060 pour les femmes comme pour les hommes dans l'hypothèse optimiste et recule dans l'hypothèse pessimiste de l'ordre de 2 points pour les femmes comme pour les hommes.

Les projections ont été réalisées avec le concours de la DREES et de l'INSEE à partir des données relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). **Dans l'hypothèse intermédiaire, le nombre de personnes âgées dépendantes en France métropolitaine serait multiplié par 1,4 entre 2010 et 2030 (de 1 150 000 à 1 550 000 personnes) et par 2 entre 2010 et 2060 (de 1 150 000 à 2 300 000 personnes).**

La forme de la courbe d'évolution jusqu'en 2060 traduit l'effet de la structure démographique : ralentissement de la progression sur la période 2020-30 liée à l'arrivée aux âges de la dépendance des classes creuses des années 1930 ; accélération ensuite avec l'arrivée des baby-boomers à l'âge de 80 ans ; puis ralentissement à partir de 2045.

Rapport

Les écarts entre les différentes hypothèses restent modérés jusqu'en 2030, puis s'accroissent jusqu'en 2060 : ainsi, dans l'hypothèse optimiste, la population de personnes âgées dépendantes en métropole serait de 1 400 000 en 2030 et de 1 850 000 en 2060 ; dans l'hypothèse pessimiste, elle atteindrait 1 700 000 en 2030 et 2 700 000 en 2060.

Sur la base de ces trois hypothèses, le groupe de travail a ensuite construit des projections financières à l'horizon 2040. Le périmètre des dépenses entrant dans le champ de la dépendance a été conventionnellement défini comme les dépenses de dépendance, d'hébergement et de santé des personnes en perte d'autonomie. Le groupe a en outre retenu des hypothèses macroéconomiques, ainsi que des hypothèses d'indexation des dépenses, des barèmes et des prestations. **Plus précisément, le groupe a considéré que les dépenses globales de dépendance et d'hébergement évolueraient unitairement comme le salaire moyen par tête et a examiné deux scénarios pour l'évolution des barèmes et prestations publiques en matière de dépendance :**

- ◆ le premier retient les modalités actuelles d'indexation des barèmes et prestations, qu'elles relèvent de la réglementation ou de l'usage, i.e. une indexation sur les prix ;
- ◆ le deuxième suppose une indexation sur le salaire moyen par tête, cohérente avec une trajectoire de croissance équilibrée à long terme.

Pour les dépenses de santé, l'hypothèse volontariste d'une progression de la dépense par personne âgée dépendante comme le PIB par tête a été retenue.

Les projections financières des dépenses de dépendance, d'hébergement et de santé des personnes âgées dépendantes débouchent sur des augmentations modérées en part du produit intérieur brut (PIB) jusqu'en 2025, de l'ordre de 0,11 à 0,14 point de PIB en quinze ans pour la part publique selon l'hypothèse d'indexation retenue, puis de 0,33 à 0,39 point de PIB entre 2025 et 2040, dans le scénario intermédiaire de population. L'évolution de la part à la charge des ménages dépend quant à elle fortement des modalités d'indexation.

L'analyse de l'évolution de la dépense publique et privée par nature fait apparaître, dans tous les cas, l'effet de la progression de l'effectif de personnes âgées dépendantes, qui peut être amplifié ou atténué par les indexations retenues.

Ainsi, les dépenses publiques de dépendance *stricto sensu*, dont en particulier l'APA, connaîtraient-elles dans l'hypothèse d'indexation sur les prix une progression limitée (0,05 point de PIB d'ici 2025, puis 0,09 point de PIB entre 2025 et 2040), tandis que la dépense de ménages connaîtrait une progression relativement rapide (0,02 point de PIB d'ici 2025, puis 0,03 point de PIB entre 2025 et 2040) et que la saturation des plans d'aide augmenterait.

À l'inverse, l'indexation sur les salaires réduirait la part à la charge des ménages, qui progresserait de 0,01 point de PIB d'ici 2025 puis de 0,01 point entre 2025 et 2040, mais impliquerait une dynamique plus importante pour la dépense publique (0,08 point de PIB d'ici 2025, puis 0,16 point de PIB entre 2025 et 2040).

Les dépenses publiques comme les dépenses privées d'hébergement progresseraient quant à elles plus rapidement que sous le simple effet démographique, notamment parce que l'on a supposé que le tarif hébergement en établissement évoluait comme le salaire moyen par tête. Les dépenses de santé reflètent à partir de 2015 la démographie de la population dépendante relativement à la population dans son ensemble, du fait de l'hypothèse volontariste d'évolution des dépenses unitaires de santé comme le PIB par tête.

Le dispositif de projection mis en place grâce au concours des administrations concernées est désormais opérationnel et pourra être utilisé pour étudier d'autres scénarios que ceux privilégiés par le groupe de travail.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. LES SCÉNARIOS D'ÉVOLUTION DE LA POPULATION DE PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES REPOSENT SUR DES HYPOTHÈSES RELATIVES À LA DÉMOGRAPHIE ET À L'ÉVOLUTION DU TAUX DE DÉPENDANCE.....	3
1.1. La population de personnes âgées dépendante représente en 2010 près de 1,2 million d'individus en France.....	3
1.1.1. <i>La dépendance est définie comme l'incapacité des personnes âgées à accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne.....</i>	<i>3</i>
1.1.2. <i>La population de 1,2 million de dépendants est en majorité âgée de plus de 80 ans et féminine</i>	<i>5</i>
1.2. Le groupe de travail s'est appuyé sur les projections démographiques de l'INSEE	7
1.2.1. <i>L'INSEE projette un allongement continu de l'espérance de vie à horizon 2060</i>	<i>7</i>
1.2.2. <i>Les projections démographiques font apparaître une nette augmentation de la population de plus de 80 ans, liée à la fois au vieillissement de la génération du baby-boom et à l'allongement de l'espérance de vie.....</i>	<i>8</i>
1.3. Il ne se dégage pas de tendance claire d'évolution des taux de dépendance ni des facteurs de risque associés	10
1.3.1. <i>Les indicateurs statistiques d'évolution de l'espérance de vie sans incapacité semblent faire apparaître une tendance moins favorable que par le passé.....</i>	<i>10</i>
1.3.2. <i>L'évolution de l'APA permet difficilement de faire la part entre montée en charge du dispositif et augmentation de la population dépendante.....</i>	<i>13</i>
1.3.3. <i>Au niveau international, l'hétérogénéité des observations ne permet pas de dégager de tendance commune aux pays développés.....</i>	<i>15</i>
1.3.4. <i>La connaissance des pathologies responsables de l'incapacité et de leur évolution reste très partielle</i>	<i>15</i>
1.4. Les projections reposent sur le scénario démographique central de l'INSEE et sur trois hypothèses d'évolution des taux de dépendance.....	19
2. LES PROJECTIONS DE POPULATION DE PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES FONT APPARAÎTRE UNE CROISSANCE DES EFFECTIFS, QUI TRADUIT SURTOUT LE VIEILLISSEMENT DE LA GÉNÉRATION DU BABY-BOOM.....	22
2.1. La population de personnes âgées dépendantes augmenterait de 35 % d'ici 2030 et de 100 % d'ici 2060 dans le scénario central	22
2.1.1. <i>Les projections de population ont été simulées à travers deux outils, mis en œuvre par la DREES et par l'INSEE, dans des approches complémentaires et cohérentes.....</i>	<i>22</i>
2.1.2. <i>Les projections pour la métropole font apparaître une croissance d'abord modérée, puis soutenue après 2030, dans tous les scénarios retenus.....</i>	<i>24</i>
2.1.3. <i>La population dépendante passerait de 1,2 million en 2010 à 1,5 million en 2025, puis à 2 millions en 2040 dans le scénario central pour la France entière.....</i>	<i>25</i>

2.2.	Les personnes dépendantes seraient en moyenne plus âgées, moins lourdement dépendantes et un peu moins souvent isolées en 2060 qu'aujourd'hui	26
2.2.1.	<i>La population des dépendants serait plus âgée et toujours largement féminine dans le futur.....</i>	26
2.2.2.	<i>Sous l'hypothèse d'une stabilité de la durée de vie en dépendance lourde dans tous les scénarios, la répartition entre dépendance lourde et modérée évoluerait peu.....</i>	27
2.2.3.	<i>Les environnements familiaux évolueraient peu, sous les effets contraires du vieillissement global de la population dépendante et de l'allongement de l'espérance de vie.....</i>	27
3.	LES PROJECTIONS DE DÉPENSES LIÉES À LA DÉPENDANCE REFLÈTENT GLOBALEMENT LA CROISSANCE DE LA POPULATION CONCERNÉE	30
3.1.	Les projections financières reposent sur des hypothèses macroéconomiques et d'indexation des barèmes et prestations	30
3.1.1.	<i>Les dépenses projetées sont les dépenses de santé, d'hébergement et de dépendance des personnes en perte d'autonomie.....</i>	30
3.1.2.	<i>Les projections financières sont issues de différents outils, adaptés à la spécificité de chaque dépense</i>	32
3.1.3.	<i>La projection des dépenses repose aussi sur des hypothèses macroéconomiques et d'indexation des barèmes et prestations.....</i>	33
3.2.	Les dépenses de dépendance, d'hébergement et de santé connaîtraient des dynamiques différentes selon les hypothèses d'indexation retenues	36
3.2.1.	<i>Les composantes publique et privée de la dépense de dépendance connaissent une évolution contrastée selon les hypothèses d'indexation retenues.....</i>	36
3.2.2.	<i>Les dépenses publiques d'hébergement connaissent une progression modérée sous les hypothèses retenues.....</i>	40
3.2.3.	<i>Dans les hypothèses retenues, les dépenses de santé reflètent la croissance plus rapide de la population de dépendants par rapport à la population générale.....</i>	41
3.2.4.	<i>L'évolution du financement privé dépend principalement des modalités d'indexation de l'APA.....</i>	41
3.3.	La dépense publique connaîtrait une croissance limitée jusqu'en 2025 et modérée jusqu'en 2040, en part du PIB	42
3.4.	Le groupe a examiné un scénario alternatif d'évolution de l'APA proposé par le groupe « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »	44
	CONCLUSION.....	46

INTRODUCTION

Pour répondre à l'enjeu majeur de solidarité nationale que constitue la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, le Président de la République a demandé au Gouvernement d'organiser au premier semestre 2011 un grand débat national sur la dépendance. Dans ce cadre, la ministre des solidarités et de la cohésion sociale a demandé, par lettre du 18 janvier 2011, à Jean-Michel Charpin d'animer un groupe de travail sur les « Perspectives démographiques et financières de la dépendance ».

Le débat sur la dépendance présente la particularité de soulever un double défi. Premièrement, les situations de dépendance posent dès aujourd'hui un certain nombre de questions, qu'elles aient trait aux modalités de prise en charge à domicile ou en établissement, à l'organisation de l'offre de soin et d'accompagnement, à l'articulation entre les solidarités familiales et les solidarités publiques, ou aux moyens de financement de ces dernières. Deuxièmement, le vieillissement de la population semble devoir poser ces questions de manière plus aiguë dans les années à venir ; toutefois, les effets de ce vieillissement sur l'évolution de la dépendance et ses implications en termes de charge financière n'étaient pas précisément évalués.

Au-delà des problématiques immédiates associées aux situations de perte d'autonomie, il était donc nécessaire de se projeter dans le futur pour apprécier les perspectives de la dépendance, au plan démographique comme au plan financier.

Le groupe a choisi de retenir pour ses travaux un horizon temporel long : les projections portent selon le cas sur les périodes 2010-2060 ou 2010-2040. Son objectif n'est pas par là d'appuyer une réforme qui répondrait aux enjeux de la dépendance pour les cinquante prochaines années : il s'agit plutôt d'éclairer les décisions que s'apprête à prendre aujourd'hui le gouvernement d'une perspective de long terme, qui lui permette de comprendre les évolutions et les difficultés auxquelles aura à faire face notre société dans le demi-siècle à venir pour la prise en charge de la dépendance.

Le groupe de travail a réuni à six reprises, entre février et juin 2011, des parlementaires, des représentants des conseils généraux, des syndicats et des organisations patronales, des organismes de protection sociale, des représentants de la société civile, des assureurs, des personnalités qualifiées ainsi que des représentants des services de l'État.

Il présente la spécificité d'avoir largement fait appel à des contributions techniques de la part des services statistiques et économiques que sont la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des solidarités et de cohésion sociale, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et la Direction générale du Trésor du ministère en charge de l'économie, ainsi qu'à des apports de la part de l'Institut national d'études démographiques (INED) et de l'Organisation de coopération et développement économiques (OCDE). En effet, le groupe de travail a d'emblée affiché son ambition d'élaborer de nouvelles projections démographiques et financières, qui permettent une prise de décisions sur des bases récentes et solides. Ceci a donc supposé un important travail technique de la part des services, qui a été préparé, commenté et discuté de manière collégiale lors des réunions du groupe.

Rapport

Malgré la rigueur avec lequel il a conduit ses travaux et malgré le choix qu'il a fait d'envisager différents scénarios, le groupe est enfin conscient que ses projections reposent sur une série d'hypothèses susceptibles d'évoluer dans les années à venir, soit parce que les déterminants de la dépendance, aujourd'hui mal connus, auront été impactés par des évolutions médicales ou seront mieux appréhendés statistiquement, soit parce que les dispositifs financiers projetés ici auront été modifiés par des décisions politiques. Toutefois le groupe se félicite de ce que ses travaux aient permis, au-delà de la réponse à la commande précise qui lui était passée, que les services de l'État soient désormais outillés pour élaborer des projections à long terme en matière de dépendance.

1. Les scénarios d'évolution de la population de personnes âgées dépendantes reposent sur des hypothèses relatives à la démographie et à l'évolution du taux de dépendance

Le cadrage des projections de population de personnes âgées dépendantes peut être décrit à travers trois étapes :

- ◆ la détermination du point de départ des projections, qui suppose de retenir une définition de la dépendance et de connaître la population correspondant à cette définition. Les concepts et mesures de la dépendance retenus par le groupe sont décrits au chapitre 1.1 ci-dessous ;
- ◆ le choix des hypothèses relatives au vieillissement de la population. Sur ce point, le groupe a directement repris les hypothèses et les résultats des projections démographiques élaborées par l'INSEE en 2010 (cf. chapitre 1.2 ci-dessous) ;
- ◆ l'élaboration des hypothèses relatives au lien entre vieillissement de la population et fréquence de la dépendance. Pour ce faire, le groupe s'est appuyé sur l'analyse des tendances passées et des facteurs responsables des situations de dépendance, présentés en 1.3 ci-dessous.

1.1. La population de personnes âgées dépendante représente en 2010 près de 1,2 million d'individus en France

1.1.1. La dépendance est définie comme l'incapacité des personnes âgées à accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne

La définition de la dépendance, ou de la perte d'autonomie, repose sur différentes notions, utilisées au plan institutionnel ou scientifique, qui sont :

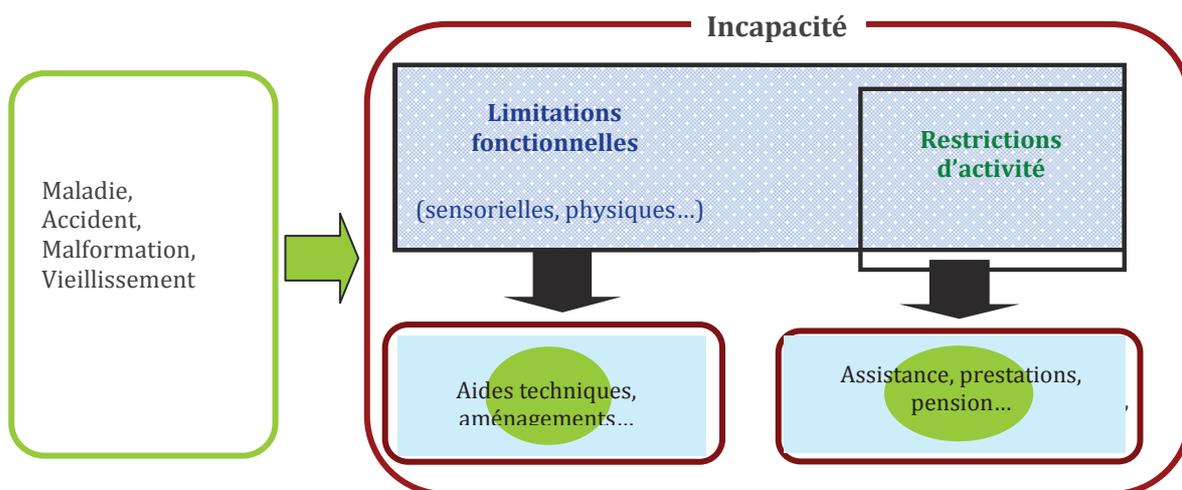
- ◆ la notion de limitations fonctionnelles, résultant de l'altération de fonctions physiques (e.g. marcher), sensorielles (e.g. voir), ou cognitives (e.g. s'orienter) ;
- ◆ la notion de restrictions d'activités, qui peut être appréciée vis-à-vis de la capacité à exercer des activités de la vie quotidienne (AVQ, ou en anglais ADL pour *activities of daily living*) et/ou des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ ou IADL en anglais pour *instrumental activities of daily living*¹) ;
- ◆ la notion de besoin d'aide ou d'assistance.

Le mécanisme de la perte d'autonomie peut-être schématisé comme suit (cf. Graphique 1) : la maladie et/ou le vieillissement peuvent susciter des limitations fonctionnelles, qui, si elles ne sont pas compensées par des aides techniques ou des aménagements de l'environnement de la personne conduisent à des restrictions d'activités. La personne a alors besoin de l'assistance régulière de quelqu'un pour des activités élémentaires.

¹ 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.

Rapport

Graphique 1 : La dépendance notions clés



Source : Institut national d'études démographiques (INED).

En France, la prise en charge administrative de la dépendance des personnes âgées passe par une évaluation à travers la grille AGGIR (Autonomie gérontologie groupes iso-ressources). L'évaluation selon la grille AGGIR se fait à partir de dix variables discriminantes et de sept variables illustratives. Selon les restrictions dont peut souffrir la personne vis-à-vis de ces variables, elle est classée sur une échelle de dépendance allant du groupe iso-ressource (GIR) 1, i.e. le plus fort degré de dépendance, au GIR 6. Cette échelle reflète ainsi le niveau des aides directes à la personne et des aides techniques nécessitées en fonction de l'état de la personne.

Les variables de la grille AGGIR (cf. encadré 1) correspondent à la fois à des restrictions d'activités (qui sont des ADL, pour les variables discriminantes) et à des limitations fonctionnelles.

Encadré 1 : Grille nationale AGGIR

Variables discriminantes : Cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacement à l'intérieur, déplacement à l'extérieur, communication à distance.

Variables illustratives : Gestion, cuisine, ménage, transport, achat, suivi du traitement, activités de temps libre.

GIR 1 : Les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR 2 : 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, ou celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices.

GIR 3 : Les personnes ayant conservé des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

GIR 4 : Les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement et qui doivent être aidées pour la toilette et l'habillage, ou celles qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas.

GIR 5 et GIR 6 : Les personnes peu ou pas dépendantes.

Source : Code de l'action sociale et des familles, article R232-3 et annexe 2.

La part des personnes en perte d'autonomie dans la population dépend à la fois :

Rapport

- ◆ de l'occurrence de l'état de dépendance, qui est lui-même lié à l'occurrence de certaines pathologies incapacitantes, à leur développement et à l'environnement des personnes. On retient le terme d'incidence de la dépendance ;
- ◆ de la durée passée en dépendance.

Si les déterminants pathologiques et environnementaux de la dépendance sont encore mal connus, plusieurs types d'outils permettent de connaître quantitativement et qualitativement la population dépendante : il s'agit d'une part des outils administratifs de suivi de la population bénéficiant de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), à laquelle sont éligibles les personnes évaluées en GIR 1 à 4, d'autre part des enquêtes en population générale ou en établissement.

Concernant l'APA, la DREES a mis en place d'une part une enquête trimestrielle auprès des conseils généraux, portant sur quelques indicateurs agrégés qui sont consolidés au niveau national, d'autre part une enquête annuelle qui vise l'exhaustivité des départements et qui permet des comparaisons géographiques. Par ailleurs, la DREES a mis en place en 2008-2009 en partenariat avec 34 conseils généraux une collecte de données individuelles anonymisées.

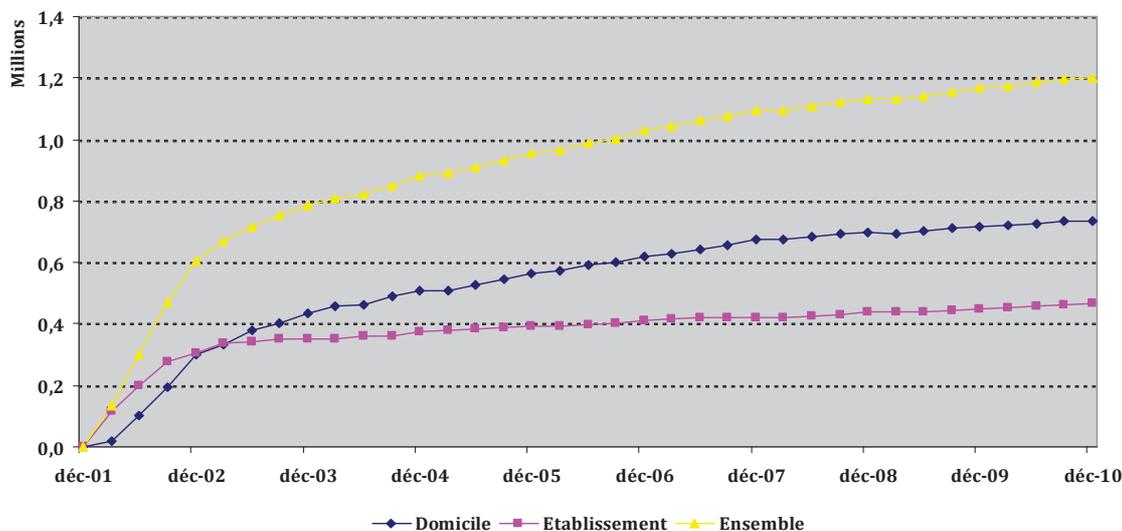
Concernant les autres enquêtes statistiques, on peut citer en particulier :

- ◆ l'enquête en population générale « Handicap-Santé » de 2008-2009, qui s'inscrit dans la continuité de l'enquête HID (Handicap Incapacité Dépendance) de 1998-2001 mais aussi des enquêtes décennales santé. Cette enquête comporte un volet ménages (dit enquête Handicap Santé des Ménages, ou HSM - INSEE), un volet institutions (HSI - INSEE), ainsi qu'un volet spécifique sur les aidants (HSA - DREES) ;
- ◆ l'enquête quadriennale EHPA (Établissements d'hébergement pour personnes âgées) de la DREES.

1.1.2. La population de 1,2 million de dépendants est en majorité âgée de plus de 80 ans et féminine

Fin 2010, 1 200 000 personnes bénéficiaient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ; 61 % d'entre elles étaient à leur domicile et 39 % en établissement pour personnes âgées dépendantes. L'APA a connu une croissance rapide depuis sa création en 2002.

Graphique 2 : Évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA depuis 2002



Source : DREES, enquêtes annuelles et trimestrielles.

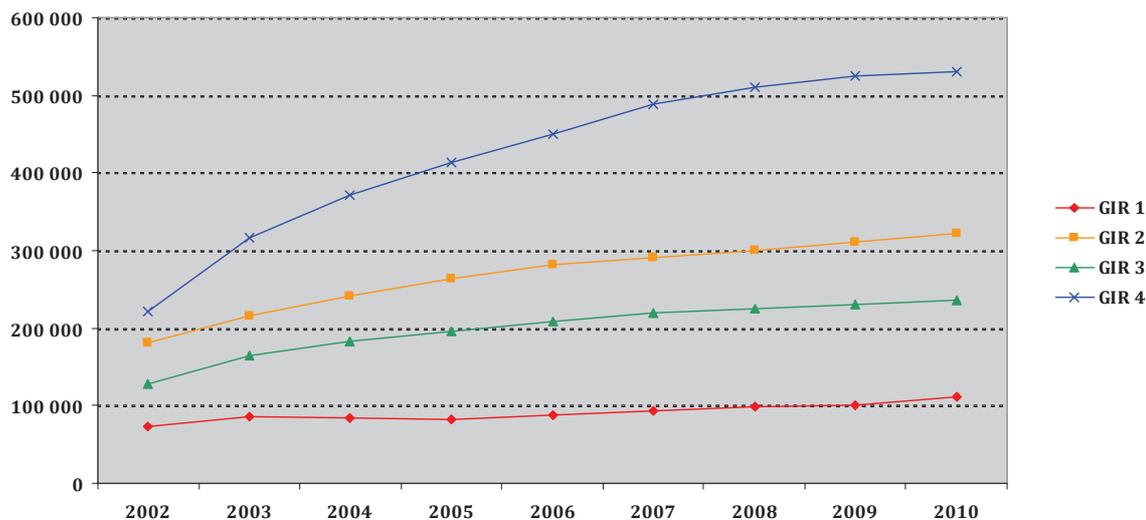
Rapport

Si la dépendance est reconnue administrativement à partir de l'âge de 60 ans, fin 2007, en France métropolitaine, un bénéficiaire de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) sur deux avait plus de 85 ans. Un quart des bénéficiaires avait plus de 89,5 ans. La proportion de bénéficiaires de l'APA dans l'ensemble des personnes âgées de 75 ans ou plus s'élevait à 17 %².

Les bénéficiaires de l'APA sont très majoritairement des femmes (74 % fin 2007).

Les personnes évaluées en GIR 1 ou 2, en situation de dépendance lourde, représentent 36 % de l'ensemble des bénéficiaires.

Graphique 3 : Évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA depuis 2002 par GIR



Source : DREES, enquêtes annuelles et trimestrielles.

Une enquête de 2003 de la DREES³ avait porté sur les entourages familiaux et les aides des familles dont bénéficiaient les personnes âgées percevant l'APA. Il apparaissait que 56% d'entre elles étaient veuves et 36% mariées. Dans neuf cas sur dix, les bénéficiaires avaient un enfant vivant au moment de l'enquête ; ils avaient en moyenne trois enfants et six petits-enfants. 75% des bénéficiaires de l'APA étaient aidés par au moins un proche.

² Clotilde Debout, « Caractéristiques sociodémographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA », Études et résultats n°730, DREES, juin 2010.

³ Ségolène Petite, Amandine Weber, « Les effets de l'Allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées », Études et Résultats n°459, DREES, janvier 2006.

1.2. Le groupe de travail s'est appuyé sur les projections démographiques de l'INSEE

1.2.1. L'INSEE projette un allongement continu de l'espérance de vie à horizon 2060

Les projections de population pour la France métropolitaine entre 2007-2060 élaborées par l'INSEE en 2010⁴ s'appuient sur trois jeux d'hypothèses (centrale, haute et basse) pour chacun des paramètres influant l'évolution de la population que sont la fécondité, le solde migratoire et la mortalité ; c'est ce dernier paramètre qui affecte le plus directement l'évolution du nombre et de la part des personnes âgées dans la population à horizon 2060.

Dans l'hypothèse centrale de mortalité, l'INSEE prolonge la tendance de baisse de la mortalité observée sur la période 1990-2001. Les quotients de mortalité à chaque âge pour une année donnée peuvent être traduits à travers l'indicateur conjoncturel d'espérance de vie à la naissance. L'hypothèse centrale de mortalité retenue par l'INSEE se traduit par une espérance de vie à la naissance de 86 ans pour les hommes et de 91,1 ans pour les femmes en 2060 ; ceci correspond à une progression de l'espérance de vie à la naissance de 8,0 années pour les hommes et de 6,3 années pour les femmes entre 2010 et 2060.

Contrairement à l'hypothèse centrale, l'hypothèse d'espérance de vie haute tient en revanche compte des tendances observées sur la période 1990-2007 et inclut ainsi le phénomène d'accélération de la baisse de la mortalité observé suite à l'épisode de canicule survenu en 2003. En effet, après la vague de décès prématurés observés en août 2003, la baisse de la mortalité aux grands âges s'est plutôt intensifiée par la suite : les raisons de ce phénomène sont probablement multiples mais il est possible que les nouvelles pratiques mises en œuvre dans les familles comme dans les institutions après la canicule aient favorisé ce recul accentué de la mortalité aux grands âges.

L'espérance de vie à la naissance en 2060 est supérieure de 2,5 année dans l'hypothèse haute par rapport à l'hypothèse centrale (et inférieure de 2,5 années dans l'hypothèse basse, par construction).

Les projections de 2010 de l'INSEE présentent la spécificité d'avoir donné lieu à un travail de fiabilisation aux grands âges, particulièrement important dès lors que l'on s'intéresse à cette tranche de la population. En effet, les quotients de mortalité, généralement calculés à partir de ratios de données issues de l'état civil et du recensement de population, sont soumis à une instabilité aux âges élevés à cause des faibles effectifs. Pour ses projections 2010, l'INSEE les a donc calculés sur la base d'un suivi individuel au-delà de 99 ans pour les hommes et de 103 ans pour les femmes. Ces travaux ont globalement conduit à revoir à la baisse les coefficients de mortalité aux grands âges, donc à augmenter l'espérance de vie.

Les hypothèses centrales pour les deux autres paramètres retiennent un taux de fécondité de 1,95 enfant par femme de 2015 à 2060 et un solde migratoire positif de 100 000 habitants en France métropolitaine chaque année.

⁴ Nathalie Blanpain, Olivier Chardon, « Projections de population à l'horizon 2060 : Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans », INSEE Première n°1320, octobre 2010/ Nathalie Blanpain, Olivier Chardon, « Projections de population 2007-2060 pour la France métropolitaine : méthode et principaux résultats », Document de travail de la Direction des Statistiques démographiques et sociales F1008, INSEE.

1.2.2. Les projections démographiques font apparaître une nette augmentation de la population de plus de 80 ans, liée à la fois au vieillissement de la génération du baby-boom et à l'allongement de l'espérance de vie

Les projections de l'INSEE décrivent un net vieillissement de la population à horizon 2060, qui résulte de deux effets :

- ◆ l'allongement de l'espérance de vie conformément aux hypothèses précédemment évoquées ;
- ◆ le vieillissement de la génération du baby-boom. En effet, les naissances importantes qui ont suivi la seconde guerre mondiale (1946-1974) entraînent un déséquilibre important de la pyramide des âges. En 2007, point de départ des projections, c'est la tranche d'âge des 33-61 ans qui est ainsi impactée par ce choc démographique, qui va ensuite progressivement se déplacer vers les âges élevés.

Alors que le premier effet correspond à une tendance de fond, le deuxième résulte d'un épisode démographique ponctuel et dont les conséquences seront limitées dans le temps (à l'extinction de la dernière génération du baby-boom). **Ainsi le vieillissement de la population n'est pas régulier** et la courbe de progression de la population des personnes âgées de plus de 80 ans présente :

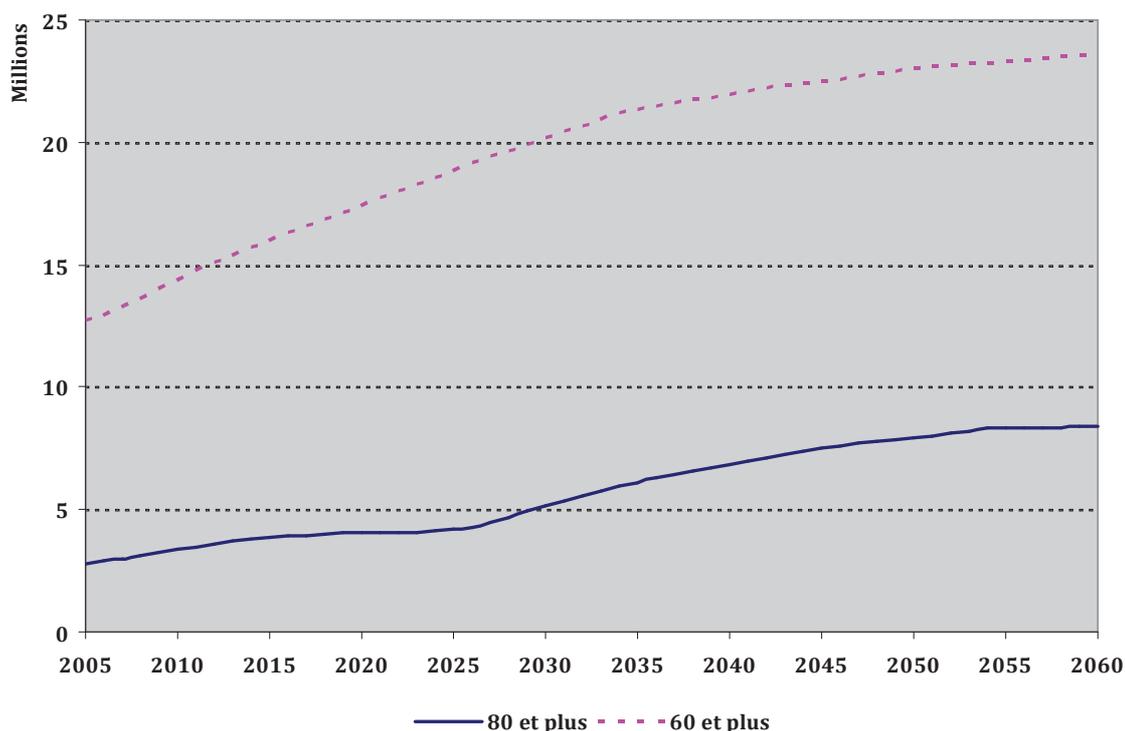
- ◆ une croissance relativement rapide dans les années 2010-2015 avec l'extinction des générations peu nombreuses nées pendant la 1^{ère} guerre mondiale et leur remplacement par des générations plus importantes ;
- ◆ un ralentissement entre 2015 et 2026 lié aux classes creuses des années 1930 ;
- ◆ **une croissance rapide entre 2026 et 2054, liée à l'arrivée à l'âge de 80 ans des générations du baby-boom**, nées entre 1946 et 1974 ;
- ◆ un net ralentissement de cette croissance à partir de 2055 : à l'effet de l'augmentation de l'espérance de vie s'oppose celui de la disparition en proportion importante de la génération du baby-boom et de son remplacement par les générations moins nombreuses nées après 1975.

Si l'on prolongeait la courbe de la population de 80 ans et plus au-delà de 2060 on aurait ensuite constaté une progression intermédiaire, correspondant au seul effet de l'allongement de l'espérance de vie.

Ainsi d'après les projections de l'INSEE sur la France métropolitaine :

- ◆ la population des 60 ans et plus passerait de 13,3 millions en 2007 à 21,4 millions en 2035 (+61 %) puis à 23,6 millions en 2060 (+77 % par rapport à 2007) ;
- ◆ **la population des 80 ans et plus passerait de 3,0 millions en 2007 à 6,1 millions en 2035 (+104 %) puis à 8,4 millions en 2060 (+179 % par rapport à 2007).**

Graphique 4 : Projections de population de plus de 60 ans et 80 ans en France métropolitaine



Source : INSEE, projections démographiques 2010.

Cette croissance est nettement plus rapide que celle de la population dans son ensemble, qui progresserait de 13 % entre 2007 et 2035 et de 19 % entre 2007 et 2060. Autrement dit, les tranches d'âges élevées progresseraient en nombre, mais aussi en part de la population. Les plus de 60 ans, qui représentaient en 2007 21 % de la population totale pèseraient pour 31 % en 2035 et 32 % en 2060. La population de plus de 80 ans quant à elle passerait de 5 % de la population totale en 2007 à 9 % en 2035 puis 11 % en 2060.

La décomposition des futures progressions d'effectifs entre l'effet du vieillissement du baby-boom et celui de l'allongement de la vie montre que le premier prédomine clairement en 2035 ; en 2060, les deux effets sont équivalents.

Ceci signifie que les projections de populations de plus de 80 ans sont assez peu sensibles aux hypothèses démographiques à horizon 2035. Contrairement à l'allongement de l'espérance de vie qui repose sur des hypothèses relative à la longévité future des personnes âgées, le baby-boom est un épisode passé dont les conséquences sont très largement prévisibles : **ainsi le fort accroissement de la population de plus de 80 ans à partir de 2026 apparaît inéluctable.**

1.3. Il ne se dégage pas de tendance claire d'évolution des taux de dépendance ni des facteurs de risque associés

1.3.1. Les indicateurs statistiques d'évolution de l'espérance de vie sans incapacité semblent faire apparaître une tendance moins favorable que par le passé

1.3.1.1. Jusqu'au début des années 2000, les études indiquaient que les gains d'espérance de vie se faisaient sans incapacité

La question du lien entre le vieillissement de la population et son état de santé a été théorisée depuis les années 80 (cf. encadré 2). Plus récemment, les travaux de recherche se sont appuyés sur les indicateurs **d'espérance de vie en santé ou sans incapacité (EVSI)**, qui 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, et ont cherché à comparer les rythmes de progression de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité.

Encadré 2 : Principales théories relatives à l'impact du vieillissement de la population sur son état de santé

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 » (The New England Journal of Medicine, 1980). Selon Fries, les facteurs ayant permis le recul de la mortalité liée à certaines maladies chroniques conduisent également au recul de la morbidité⁵. 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 » (The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society, 1977) ; 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** » (The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society, 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.

En France, les premiers résultats, publiés en 1993 par Robine et Mormiche (« L'espérance de vie sans incapacité augmente », INSEE Première n°281, octobre 1993), reposaient sur la comparaison des enquêtes décennales santé de 1981 et 1991. Ils mettaient en évidence une baisse de la prévalence de l'incapacité modérée comme sévère⁶ à chaque âge concomitamment à l'allongement de l'espérance de vie. Les gains d'EVSI apparaissaient identiques aux gains d'espérance de vie pour les femmes, et même supérieurs pour les hommes : les années de vie gagnées semblaient l'être sans incapacité.

⁵ 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.

⁶ 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).

Rapport

Au début des années 2000, ces analyses semblaient confirmées d'une part par les résultats de l'enquête menée auprès de la cohorte PAQUID (cf. encadré 3), cohorte de 3 777 individus âgées de 65 ans et plus en 1987, d'autre part par les travaux menés par l'INED⁷ sur la base de l'ensemble des sources de données existantes en France jusqu'au début des années 2000. En effet, en l'absence de stricte comparabilité des enquêtes au fil du temps et des changements de protocole, l'INED avait assemblé toutes les informations disponibles en France de manière à dégager l'allure d'ensemble de la tendance. Il apparaissait ainsi au cours des années 90 une nette tendance à la progression de l'EVSI pour les niveaux incapacités sévères (ADL) et une stagnation des niveaux modérés (limitations fonctionnelles).

⁷ Emmanuelle Cambois, Aurore Clavel, Jean-Marie Robine, « L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter », Dossiers Solidarité Santé n°2, 2006.

Encadré 3 : La cohorte PAQUID

Le suivi d'une cohorte de 3 777 individus âgés de soixante-cinq ans et plus en 1987 dans le cadre de l'enquête PAQUID (personnes âgées QUID), réalisée dans 75 communes de Gironde et de Dordogne, a donné lieu à des évaluations d'une part de l'évolution de la prévalence de la dépendance, d'autre part 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.

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 », *Gérontologie et société* n°98, septembre 2001, exploite les résultats du suivi à dix ans relatifs à la proportion de dépendants, dans la part de la cohorte âgée de 75 à 84 ans. Les auteurs y observent 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 %), une baisse de la dépendance modérée, de 32,8 à 26,4 % (restrictions pour les IADL) et une quasi-stagnation (5,5 % à 4,3 %) de la dépendance lourde (restrictions pour les ADL).

Le suivi à dix ans de la cohorte a également donné lieu à un diagnostic de démences, dont les résultats sont présentés dans l'article de H. Ramarosan, C. Helmer, P. Barbeger-Gateau, L. Lettenneur, J.-F. Dartigues, « Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID », *Revue Neurologique*, 2003. 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).

Lors de la rédaction de ce rapport, une analyse de quatre cohortes de personnes âgées était en cours à l'INSERM (Centre de Recherche Inserm U897) : la cohorte dite « Haute-Normandie » (1 082 sujets de plus de 65 ans à l'inclusion en 1978), la cohorte PAQUID, la cohorte « 3 Cités » (9 294 sujets citadins de plus de 65 ans à l'inclusion en 1999) et la cohorte AMI (1 002 retraités agricoles de 65 ans et plus à l'inclusion en 2007). Si l'analyse des tendances séculaires n'était pas finalisée en juin 2010, il apparaissait toutefois à partir des résultats partiels que :

- les taux de déments et de malades d'Alzheimer au sein de la population dépendante étaient du même ordre de grandeur que ce qui avait été calculé sur la seule cohorte PAQUID ;
- il existerait une corrélation forte entre augmentation du niveau d'études et baisse de l'incidence de la dépendance. Si les chercheurs commentent ce résultat avec optimisme étant donné l'augmentation du niveau d'étude avec le renouvellement des générations, il est toutefois à interpréter avec prudence : premièrement le niveau d'étude pourrait être en partie un traceur de l'effet générationnel ; par ailleurs, baisse de l'incidence ne signifie pas nécessairement baisse des taux de dépendance s'il y a parallèlement une survie plus longue dans des états fragiles.

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

En 2008, la nouvelle enquête Handicap Santé a permis à l'INED de poursuivre son approche multi-source, dont il ressort deux principales tendances d'évolution de l'EVSI dans les années 2000⁸ :

⁸ Audrey Sieurin, Emmanuelle Cambois, Jean-Marie Robine, « Les espérances de vie sans incapacité en France : une tendance récente moins favorable que dans le passé », Document de travail n°170, INED, janvier 2011.

Rapport

- ◆ **premièrement, l'espérance de vie sans restriction pour les activités de soins personnels, qui permet d'approcher l'espérance de vie sans situation de dépendance, semble toujours en augmentation, mais pas une augmentation aussi rapide que celle de l'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 ;
- ◆ 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 (notamment du fait de changements de protocole et de questionnaire liés à une harmonisation européenne des enquêtes). Toutefois, elles font écho à d'autres études (États-Unis⁹, Suède¹⁰) mettant au jour des résultats similaires.

D'après l'INED, 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. 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 sévère⁹. Par ailleurs, 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 Suède¹⁰, d'autres auraient stagné voire augmenté (diabète, troubles de la mobilité, de l'audition, douleur). Enfin, les facteurs médicaux-sociaux propres à la génération des 50-65 ans en 2008, susceptibles d'expliquer l'apparent accroissement des années de vie avec des troubles fonctionnels, restent à investiguer par les chercheurs ;
- ◆ 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. Ceci reste toutefois difficile à mesurer.

1.3.2. 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 ;

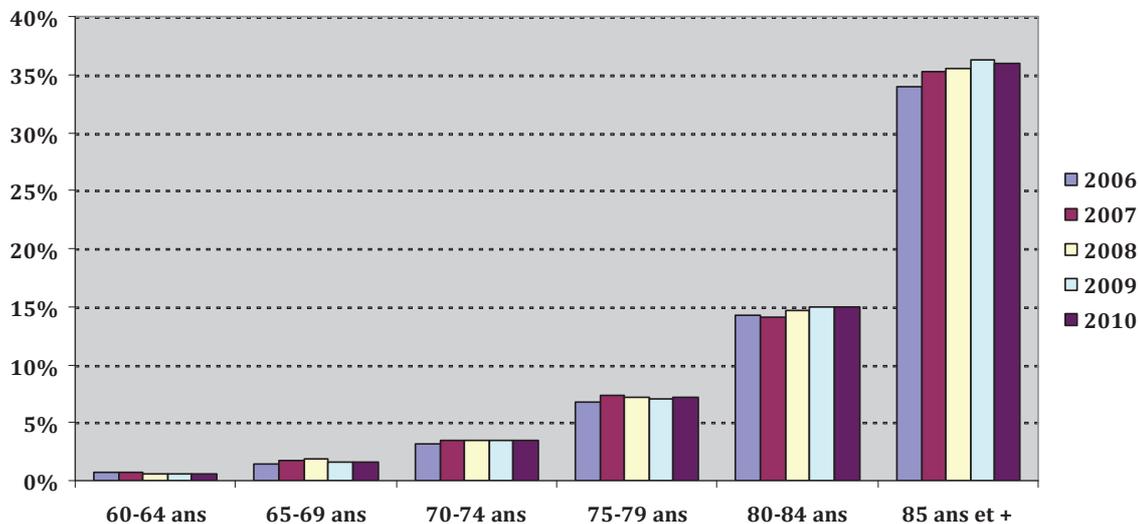
⁹ Crimmins, E., et al., "Change in Disability-Free Life Expectancy for Americans 70 Years Old and Older", in Demography. p. 627-646, 2009.

¹⁰ Parker, M.G. and M. Thorslund, "Health trends in the elderly population: getting better and getting worse". Gerontologist 47(2): p. 150-8. 2007.

Rapport

- ◆ que depuis 2006, les pourcentages de bénéficiaires de l'APA à chaque âge et sexe sont quasiment constants.

Graphique 5 : Proportion de bénéficiaires de l'APA au sein de la population par tranche d'âge de 2006 à 2010



Source : INSEE, DREES (Enquête « Bénéficiaires aide sociale départementale », France métropolitaine).

Cette dernière observation est toutefois délicate à interpréter :

- ◆ soit, dans l'hypothèse la plus pessimiste, 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 »)¹¹ 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.

¹¹ 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 »

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

L'étude de l'OCDE de Gaétan Lafortune et Gaëlle Balestat « Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications », OECD Health working papers n°26, mars 2007¹², met en évidence **d'une part la difficile comparabilité des enquêtes entre pays et dans le temps¹³, 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 :

- ◆ seuls cinq des douze pays connaissaient une diminution claire de la prévalence par âge de la dépendance sur la période analysée ;
- ◆ trois d'entre eux connaissaient une hausse de la prévalence par âge ;
- ◆ deux d'entre eux une stabilité ;
- ◆ tandis que pour deux autres pays (dont la France¹⁴) la comparabilité des résultats dans le temps était trop faible pour pouvoir dégager une tendance.

Pour l'OCDE, ces observations signifiaient que l'état des connaissances sur les tendances de l'incapacité ne permettait pas d'écarter l'hypothèse de taux constants d'incapacités sévères par catégorie d'âge.

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

L'évolution des tendances passées amène à s'interroger sur les déterminants de la dépendance, au-delà du vieillissement de la population. Toutefois, cette approche bute sur trois niveaux de difficultés :

- ◆ peu d'enquêtes recensent en France de manière systématique les pathologies responsables des situations de dépendance ;
- ◆ l'évolution passée des pathologies en cause est souvent mal connue ;
- ◆ l'évolution du lien entre ces pathologies et les situations de dépendance l'est encore plus.

¹² Étude dont les conclusions ont depuis été repris par l'étude de Francesca Colombo et al. "Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care", 2011, Paris, OECD.

¹³ Le périmètre retenu pour l'étude est celui des personnes présentant au moins une incapacité grave pour des activités de base de la vie quotidienne. Si les pays étudiés ont essayé de se rapprocher au mieux de cette définition, la diversité des instruments utilisés pour mesurer les activités et le degré de difficulté à les accomplir fait que les résultats ne sont pas comparables entre pays.

¹⁴ 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).

1.3.4.1. Les données statistiques relatives aux pathologies dont souffrent les personnes en perte d'autonomie sont partielles

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. Ces données ne permettent toutefois pas de tirer des conclusions sur le lien de causalité entre pathologie et dépendance, seuls des suivis longitudinaux de cohortes permettant d'envisager de mettre en évidence un tel lien.

À la date où ont été conduits les travaux du groupe, l'exploitation des données relatives aux pathologies dans l'enquête HSM n'était pas disponible, si bien que le groupe n'a pas pu s'appuyer sur des données statistiques récentes relatives aux pathologies dont souffrent les personnes âgées dépendantes résidant à domicile.

1.3.4.2. Les études montrent la difficile interprétation des tendances passées d'évolution des pathologies et de leur impact sur les situations d'incapacité

Une étude de JM. Robine, P. Mormiche, C. Sermet, « Examination of the causes and mechanisms of the increase in disability-free life expectancy », Journal of ageing and health, mai 1998, cherchait à identifier les éléments d'explication de l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité. L'étude retenait des maladies incapacitantes réparties en treize groupes¹⁵. La comparaison des enquêtes décennales santé montrait concomitamment une augmentation de la part des personnes souffrant d'au moins une de ces maladies, à partir de 70 ans (hommes et femmes) et 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.

¹⁵ 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

Rapport

De manière plus générale, il existe des études analysant l'impact des pathologies sur les EVSI ¹⁶; 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 terme¹⁷. **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 diagnostic 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.

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 américaine¹⁸ 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.

Enfin, une étude américaine¹⁹ 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 :

- ◆ 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.

¹⁶ Nusselder, W.J. and C.W. Looman, "Decomposition of differences in health expectancy by cause", Demography, 2004./ 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.

¹⁷ Emmanuelle Cambois, « Mesurer les répercussions des maladies chroniques sur l'état de santé fonctionnel : une approche en population générale », Démographie et santé, Actes du XIV colloque national de démographie, Mai 2007,

¹⁸ Freedman, V.A., L.G. Martin, and Robert F. Schoeni. "Disability in America", Population Bulletin, 2004.

¹⁹ E.M. Crimmins, H. Beltran-Sanchez, « Mortality and morbidity trends : is there a compression of morbidity ? », Journal of gerontology: social science, 2010.

1.3.4.3. Cette incertitude est particulièrement marquée en ce qui concerne la maladie d'Alzheimer

En ce qui concerne la maladie d'Alzheimer, qui d'après notamment l'enquête PAQUID (cf. encadré 3) représenterait l'un des principales causes des situations de dépendance, l'évolution de la pathologie et de ses conséquences en termes d'incapacité sont très mal connues. Ainsi une étude l'INSERM de 2007²⁰ relevait-elle 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. [...] 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 soulignait 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 la 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.

Dans ce contexte, l'OPEPS réalisait des projections de population atteinte de la maladie d'Alzheimer à horizon 2020 et 2040 autour d'un scénario central de constance des taux de prévalence de la maladie à l'horizon de ces projections.

L'idée d'une incertitude sur ce que sera le résultat global d'effets contradictoires ressort également des entretiens conduits par le modérateur et le rapporteur du groupe avec plusieurs médecins gériatres et spécialistes de la maladie d'Alzheimer²¹ : si tous citent les effets attendus d'un meilleur niveau d'éducation et d'activité intellectuelle avec le renouvellement des générations âgées, ils signalent également d'une part la plus grande survie de patients fragiles grâce à la meilleure prise en charge des accidents vasculaires cérébraux et d'autre part la possible plus grande durée de vie à des stades avancés de la maladie d'Alzheimer du fait de l'évolution des prises en charge.

²⁰ Claudine Berr, N. Tasnime Akbaraly, Fati Nourashemi, Sandrine Andrieu, « L'épidémiologie des démences », La Presse Médicale, 2007.

²¹ Le modérateur et le rapporteur du groupe ont échangé dans le cadre des travaux du groupe avec : le Pr. Bruno Vellas, gériatre au CHU de Toulouse ; le Pr. Gilles Berrut, professeur de gériatrie et de biologie du vieillissement au CHU de Nantes ; le Pr. Joel Ménard, cardiologue et professeur de santé publique à la faculté de médecine Paris-V Descartes ; le Pr. Jean-François Dartigues, neurologue, épidémiologiste et professeur de santé publique au CHU et de Bordeaux et à l'unité INSERM 897.

1.4. Les projections reposent sur le scénario démographique central de l'INSEE et sur trois hypothèses d'évolution des taux de dépendance

Les projections de population de personnes âgées dépendantes du groupe s'appuient sur les projections démographiques de l'INSEE, dont elles retiennent le scénario central ; toutefois, les variantes d'espérance de vie haute et basse sont également examinées.

Les projections de l'INSEE s'arrêtent en 2060 pour la projection portant sur la totalité de la France métropolitaine et en 2040 pour les projections régionales. Dans ce contexte, deux types d'horizons temporel et spatial ont été examinés : la France métropolitaine à horizon 2060 et la France entière (métropole et DOM) à horizon 2040.

Par ailleurs, les projections portent sur les bénéficiaires de l'APA (GIR 1 à 4), correspondant à la population dépendante au sens des dispositifs publics de prise en charge. Le choix de retenir un périmètre de population assis sur la statistique administrative plutôt que sur les statistiques en population générale a fait débat au sein du groupe. Il a prévalu du fait d'une part de la plus grande fiabilité de l'information administrative pour identifier la dépendance, par rapport à une reconstitution à partir de diverses informations recueillies dans les enquêtes, d'autre part du souhait d'être le plus cohérent possible avec la définitions de la dépendance retenue pour les dispositifs public de prise en charge que le groupe devait chiffrer. Par ailleurs, il apparaissait que les difficultés liées à la définition de l'APA, y compris dans les inégalités entre départements, étaient incontournables quel que soit le langage, puisque même avec le choix de travailler sur la base de statistiques en population générale, il aurait fallu passer au langage administratif pour les prévisions de coût.

Enfin, au vu des observations passées de l'évolution de l'incapacité et de la connaissance – qui reste partielle – des pathologies responsables, trois scénarios d'évolution des taux de dépendance à chaque âge sont examinés.

L'hypothèse, prédominante dans les études passées d'une progression de l'espérance de vie sans dépendance à 65 ans au même rythme que l'espérance de vie est étudiée par le groupe. Autrement dit, l'espérance de vie en dépendance à 65 ans, qui est en 2010 en moyenne de 3,5 ans pour les femmes et de 1,5 ans pour les hommes, resterait stable. Cette hypothèse s'inscrit 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 s'inscrit dans l'idée que les facteurs de réduction du risque de dépendance (liés aux démences en particulier) joueraient un rôle prépondérant pour les futures générations de personnes âgées. Cette hypothèse constitue la borne inférieure des projections (scénario optimiste).

L'hypothèse intermédiaire retient un partage neutre des gains d'espérance de vie entre espérance de vie sans dépendance et avec dépendance ; autrement dit, la part d'espérance de vie avec dépendance dans l'espérance de vie 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 dépendance restait stable en valeur absolue (nombre d'années) alors que l'espérance de vie augmentait ; la part d'espérance de vie avec dépendance 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.

Rapport

Enfin, 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 modérée (GIR 3 et 4) à chaque âge et pour chaque sexe et d'une durée de vie passée en dépendance lourde (GIR 1 et 2) constante. Cette hypothèse s'appuie sur l'approche prudente retenue pour l'évaluation des populations projetées de malades d'Alzheimer. Par ailleurs, elle intègre les tendances récentes d'EVSI chez les 50-65 ans qui constitueront les populations susceptibles d'être dépendantes vers 2030.

Par ailleurs, bien que cette perspective soit envisageable, le groupe n'a pas étudié de scénario de rupture dans la prévention ou le traitement de la maladie d'Alzheimer, qui lui semblait trop incertaine en termes de probabilité de se réaliser et de calendrier pour pouvoir donner lieu à une modélisation.

Tableau 1 : Synthèse des hypothèses proposées au groupe

Pessimiste	Intermédiaire	Optimiste
<ul style="list-style-type: none"> ▪ la proportion de bénéficiaires de l'APA modérément dépendants par âge est stable pendant toute la durée de la projection ; ▪ les gains d'espérance de vie sans dépendance lourde sont égaux aux gains d'espérance de vie globale à 65 ans. 	<p>La part de l'espérance de vie sans dépendance dans l'espérance de vie à 65 ans reste stable.</p>	<p>Les gains d'espérance de vie correspondent intégralement à des gains d'espérance de vie sans dépendance, à 65 ans.</p>

Ce jeu d'hypothèses constitue une légère inflexion dans le sens de scénarios moins optimistes par rapport aux dernières projections réalisées en France.

Si l'on exprime les trois hypothèses de manière homogène sous forme de part de l'espérance de vie sans dépendance dans l'espérance de vie à 65 ans (cf. chapitre 2.1.1 ci-dessous), on peut retenir que :

- ◆ la part de l'espérance de vie sans dépendance dans l'espérance de vie à soixante-cinq ans reste stable, à 85 % pour les femmes et 92 % pour les hommes, dans l'hypothèse centrale.
- ◆ cette part progresse de l'ordre de 2 points entre 2010 et 2060 pour les femmes comme pour les hommes dans l'hypothèse optimiste ;
- ◆ elle recule de l'ordre de 2 points entre 2010 et 2060 pour les femmes comme pour les hommes dans l'hypothèse pessimiste.

Encadré 4 : Projections de populations de personnes âgées dépendantes réalisées en 2002 par la DREES et 2004 par l'INSEE

Les dernières projections relatives à la population de personnes âgées dépendantes avaient été réalisées en 2002 et 2004 par la DREES et l'INSEE, cf. O. Bontout, C. Colin, R. Kerjosse, « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », Études et Résultats DREES n°160, février 2002 et M. Duée, C. Rebillard, « La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme », Document de travail de la Direction des études et synthèses économiques G2004/02, avril 2004.

En 2002 et 2004, les observations relatives à l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité en France étaient récentes et semblaient indiquer que l'espérance de vie sans incapacité progressait à un rythme au moins égal à celui de l'espérance de vie, ce qui avait conduit à un jeu d'hypothèses plus optimiste que celui retenu par le groupe de travail (cf. Tableau 2).

Rapport

Par ailleurs, l'APA étant entrée en vigueur en 2002, durant les premières années de montée en charge de la prestation, les informations administratives ne pouvaient être mobilisées pour estimer la population de personnes âgées dépendantes ; les projections avaient été conduites sur la base des « équivalents GIR » reconstitués à partir des réponses à l'enquête Handicaps Incapacités Dépendance (HID, 1998-1999) ; or il existait une grande sensibilité des évaluations à la méthodologie retenue pour quantifier la population, notamment en équivalent GIR 4.

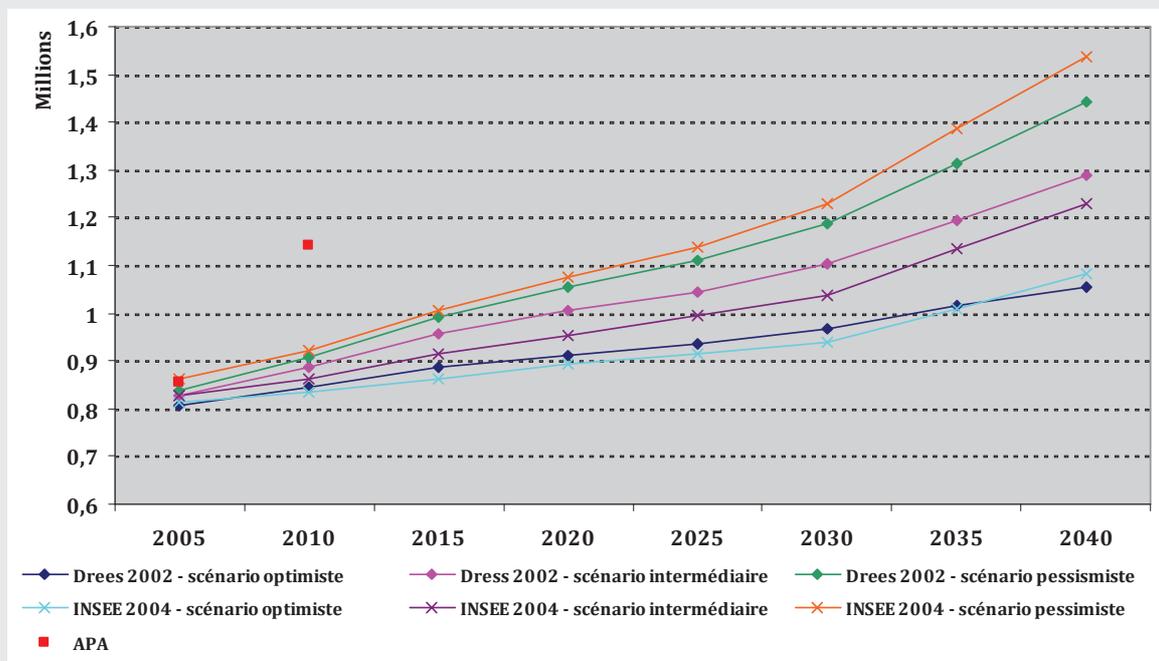
Tableau 2 : Les hypothèses retenues pour les dernières projections

	Pessimiste	Central	Optimiste
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 ²² .
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.

La comparaison entre les différentes projections d'une part et le niveau du nombre de bénéficiaires de l'APA en 2010 d'autre part fait apparaître un très net écart alors que ces points étaient proches en 2005. Le premier élément d'explication, qui est aussi le principal, est la sous-estimation du niveau des taux de dépendance initiaux ; la deuxième explication pourrait tenir au fait que la tendance d'évolution de la dépendance retenue était trop optimiste.

Graphique 6 : Projections du nombre de personnes âgées dépendantes de 2002 et 2004



Source : DREES pour groupe de travail.

²² 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.

2. Les projections de population de personnes âgées dépendantes font apparaître une croissance des effectifs, qui traduit surtout le vieillissement de la génération du baby-boom

2.1. La population de personnes âgées dépendantes augmenterait de 35 % d'ici 2030 et de 100 % d'ici 2060 dans le scénario central

2.1.1. Les projections de population ont été simulées à travers deux outils, mis en œuvre par la DREES et par l'INSEE, dans des approches complémentaires et cohérentes

Les projections d'effectifs de personnes âgées dépendantes par âge et par sexe ont été réalisées par la DREES, à partir des trois hypothèses d'évolution de la dépendance retenues par le groupe et des projections démographiques de l'INSEE, en utilisant la méthode dite de Sullivan²³.

Le point de départ pour les taux de personnes âgées dépendantes par âge et sexe sont les taux de bénéficiaires de l'APA dans la population en 2010, puisque le choix a été fait de retenir une définition de la dépendance cohérente avec l'approche administrative. Ces taux sont issus de la source « Données individuelles APA », recueil de données administratives réalisé par la DREES avec le concours de trente-quatre conseils généraux remontés par la DREES. Les taux de bénéficiaires de l'APA aux âges élevés ont fait l'objet d'un travail de modélisation ; en effet les taux de bénéficiaires de l'APA au-delà de 97 ans font apparaître des instabilités, qui sont liées aux faibles effectifs à ces âges. Or le nombre de personnes très âgées va augmenter vers 2060, si bien qu'il a été nécessaire pour la DREES de conduire un travail de lissage, sous la double contrainte du respect du nombre total de bénéficiaires de l'APA et du niveau de l'espérance de vie sans dépendance à 65 ans. Par ailleurs, puisque les taux de bénéficiaires de l'APA détaillés par âge ainsi que les projections de population de l'INSEE n'étaient disponibles que pour la France métropolitaine, les projections ont d'abord été réalisées pour la métropole puis extrapolées à la France entière (métropole et DOM).

Le rapprochement des projections des quotients de mortalité du scénario central de l'INSEE et des hypothèses d'évolution des taux de dépendance permet d'explicitier ces hypothèses sous forme d'évolutions respectives de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans dépendance pour chacun des trois scénarios.

Dans l'hypothèse optimiste, l'espérance de vie sans dépendance augmente à 65 ans de 4,9 ans pour les femmes et de 5,3 ans pour les hommes entre 2010 et 2060, exactement comme l'espérance de vie, par construction : 100 % des gains d'espérance de vie se font sans dépendance. En proportion, l'espérance de vie sans dépendance passe ainsi de 85 % de l'espérance de vie à 65 ans à 87 % pour les femmes, et de 92 % à 94 % pour les hommes.

Dans les deux autres hypothèses les gains d'espérance de vie sans dépendance sont inférieurs aux gains d'espérance de vie. La part de l'espérance de vie sans dépendance dans l'espérance de vie à 65 ans est par construction constante entre 2010 et 2060 dans le scénario intermédiaire (soit 92 % pour les hommes et 85 % pour les femmes). Ainsi les gains d'espérance de vie sans dépendance sont moins rapides que les gains d'espérance de vie : l'espérance de vie sans dépendance progresse de 4,1 années alors que l'espérance de vie progresse de 4,9 années entre 2010 et 2060 pour les femmes (autrement dit 92 % des gains

²³ La méthode de Sullivan consiste à décomposer les années vécues de la table de mortalité en années vécues avec ou sans incapacité, au moyen de la prévalence observée de l'incapacité.

Rapport

d'espérance de vie se font sans dépendance); elle progresse de 4,9 années alors que l'espérance de vie progresse de 5,3 années entre 2010 et 2060 pour les hommes (autrement dit 85 % des gains d'espérance de vie se font sans dépendance).

Enfin, la part de l'espérance de vie sans dépendance dans l'espérance de vie diminue dans l'hypothèse pessimiste, en passant de 92 % à 90 % pour les hommes et de 85 % à 82 % pour les femmes entre 2010 et 2060. Ainsi, l'espérance de vie sans dépendance progresse de 3,5 années alors que l'espérance de vie augmente de 4,9 années pour les femmes (72 % des gains d'espérance de vie se font sans dépendance); elle progresse de 4,5 années alors que l'espérance de vie augmente de 5,3 années pour les hommes (84 % des gains d'espérance de vie se font sans dépendance).

Tableau 3 : Espérance de vie et espérance de vie sans dépendance à 65 ans dans les trois scénarios (années)

		Hommes			Femmes		
		Espérance de vie (1)	Espérance de vie sans dépendance (2)	Ratio (2)/(1)	Espérance de vie (1)	Espérance de vie sans dépendance (2)	Ratio (2)/(1)
2010		18,3	16,8	92%	22,8	19,3	85%
Optimiste	2060	23,6	22,1	94%	27,6	24,1	87%
	Évolution 2060/2010	+5,3	+5,3	-	+4,9	+4,9	-
Intermédiaire	2060	23,6	21,7	92%	27,6	23,4	85%
	Évolution 2060/2010	+5,3	+4,9	-	+4,9	+4,1	-
Pessimiste	2060	23,6	21,3	90%	27,6	22,8	82%
	Évolution 2060/2010	+5,3	+4,5	-	+4,9	+3,5	-

Source : DREES pour groupe de travail.

Par ailleurs, les situations de dépendance ont été modélisées au niveau individuel à travers l'outil de microsimulation dynamique de l'INSEE Destinie. Les projections relatives à la dépendance à travers l'outil de microsimulation Destinie présentent la double caractéristique :

- ◆ d'être calées à un niveau agrégé avec les taux de dépendance annuels par âge et sexe calculés par la DREES selon une méthode moins sensible aux aléas de calcul ;
- ◆ d'apporter une information complémentaire sur les caractéristiques individuelles des personnes en perte d'autonomie, notamment en ce qui concerne leurs environnements familiaux et leurs revenus, utiles par la suite pour les simulations financières.

Les probabilités individuelles d'entrer en dépendance en fonction du sexe, de l'âge, du niveau d'études et du nombre d'enfants dans Destinie sont directement issues de la modélisation effectuée par Duée, Rebillard et Penneec en 2004²⁴ à partir de l'enquête Handicap Incapacités Dépendance (HID) de 1998-2001.

²⁴ Michel Duée, Cyril Rebillard, « La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme », Document de travail de la Direction des études et synthèse économiques G2004/02, avril 2004 ; Michel Duée, Cyril Rebillard « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 », Données sociales, 2006.

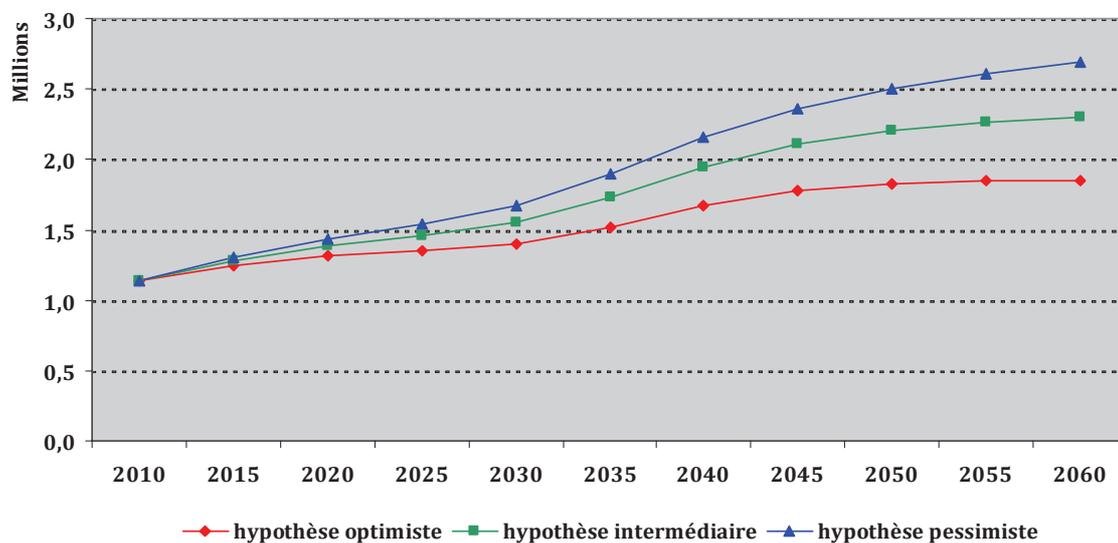
2.1.2. Les projections pour la métropole font apparaître une croissance d'abord modérée, puis soutenue après 2030, dans tous les scénarios retenus

Les projections pour la France métropolitaine pour l'hypothèse intermédiaire relative à l'évolution de la dépendance et le scénario démographique central de l'INSEE décrivent une augmentation de 35% de la population de personnes âgées dépendantes à horizon 2030 et de 100% (i.e. un doublement) à horizon 2060. La population dépendante de métropole passerait ainsi de 1 150 000 en 2010²⁵ à 1 550 000 en 2030 puis 2 300 000 en 2060.

Le rythme d'évolution de la population de personnes âgées dépendantes jusqu'à 2060 reflète l'effet de la structure démographique et fait apparaître :

- ◆ une progression relativement soutenue entre 2010 et 2020 liée au remplacement des classes creuses de la première guerre mondiale par des générations plus nombreuses (2,0 % de croissance annuelle moyenne dans l'hypothèse intermédiaire) ;
- ◆ un ralentissement de la progression sur la période 2020-30 lié à l'arrivée aux âges de la dépendance des classes creuses des années 1930 (1,1 % de croissance annuelle moyenne dans l'hypothèse intermédiaire) ;
- ◆ une accélération à partir de 2030 avec l'arrivée des baby-boomers aux âges de la dépendance (2,0 % de croissance annuelle moyenne dans l'hypothèse intermédiaire) ;
- ◆ puis un ralentissement à partir de 2045 avec l'extinction en proportion importante des premières générations du baby-boom (0,6 % de croissance annuelle moyenne dans l'hypothèse intermédiaire).

Graphique 7 : Projections de population de personnes âgées dépendantes dans les trois hypothèses d'évolution des taux de dépendance et dans le scénario démographique central (métropole)



Source : DREES pour groupe de travail.

L'écart entre les hypothèses pessimiste et optimiste d'une part et l'hypothèse intermédiaire d'autre part reste modéré jusqu'en 2030 (respectivement +7% et - 10%) mais s'accroît par la suite (respectivement + 17% et - 20 % en 2060).

²⁵ Les projections sont de manière générale affichée pour le 1^{er} janvier de l'année. Ainsi, la projection pour le 1^{er} janvier est-elle de 1 150 000 personnes âgées dépendantes au sens de l'APA pour la France métropolitaine, à comparer au chiffre précédemment cité, issu des enquêtes de la DREES, de 1 200 000 bénéficiaires de l'APA fin 2010.

Rapport

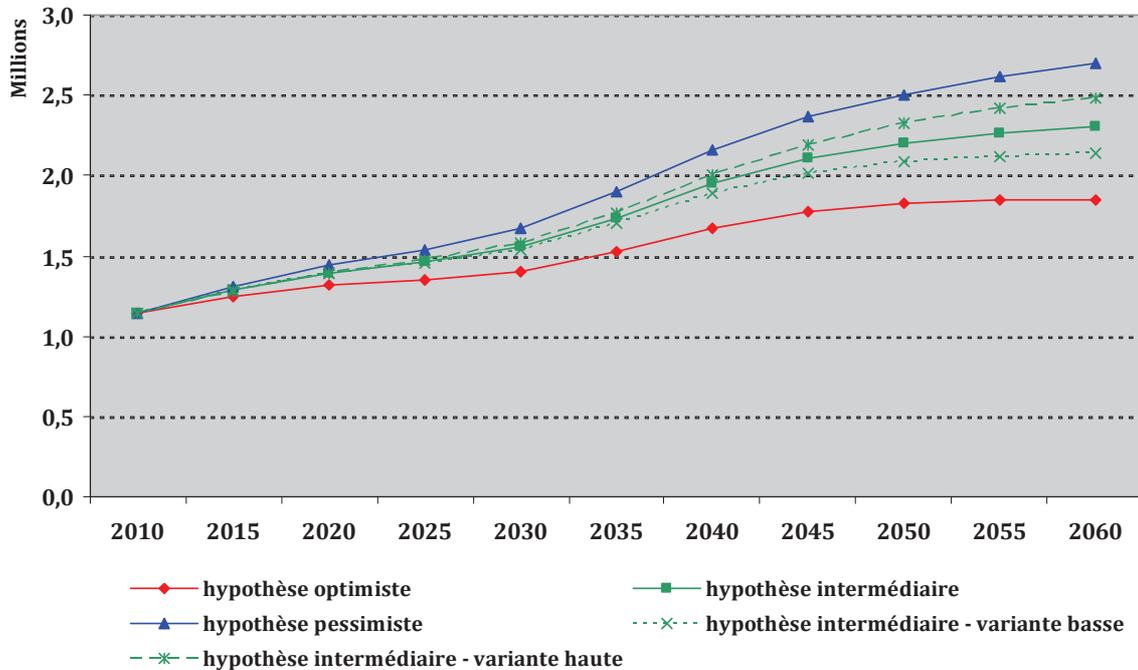
Tableau 4 : Résultats des projections de personnes dépendantes au sens de l'APA pour la France métropolitaine (scénario démographique central de l'INSEE)

	2010	2030	2060
Hypothèse optimiste	1 150 000	1 400 000	1 850 000
Hypothèse intermédiaire	1 150 000	1 550 000	2 300 000
Hypothèse pessimiste	1 150 000	1 700 000	2 700 000

Source : DREES pour groupe de travail.

La DREES a également examiné les variantes démographiques de mortalité de l'INSEE, i.e. les hypothèses d'espérance de vie haute et basse (cf. 1.2.1 ci-dessus), dans l'hypothèse intermédiaire d'évolution de la dépendance. Les variantes haute et basse d'espérance de vie ont un impact faible sur la population de personnes âgées dépendantes jusqu'à 2030, et modéré en 2060 ; l'écart des projections de population de personnes âgées dépendantes par rapport à l'hypothèse centrale de mortalité est de +/- 1 % dans ces variantes en 2030, et de +/- 8 % en 2060.

Graphique 8 : Projections de population de personnes âgées dépendantes dans les trois hypothèses d'évolution des taux de dépendance et les trois hypothèses démographiques (métropole)



Source : DREES pour groupe de travail.

2.1.3. La population dépendante passerait de 1,2 million en 2010 à 1,5 million en 2025, puis à 2 millions en 2040 dans le scénario central pour la France entière

Les résultats pour la France entière (métropole et DOM) sont construits par extrapolation des résultats pour la métropole, en tenant compte de la proportion des habitants des DOM parmi les personnes bénéficiaires de l'APA (issue des enquêtes trimestrielles et annuelles de la DREES) et de l'évolution relative par âge des populations de 60 ans et plus dans les DOM et en France métropolitaine, évaluée à partir des projections régionales de l'INSEE jusqu'en 2040.

La prise en compte des DOM conduit à majorer de 2 à 4 % selon les années le nombre de personnes âgées dépendantes projeté pour la seule France métropolitaine.

Rapport

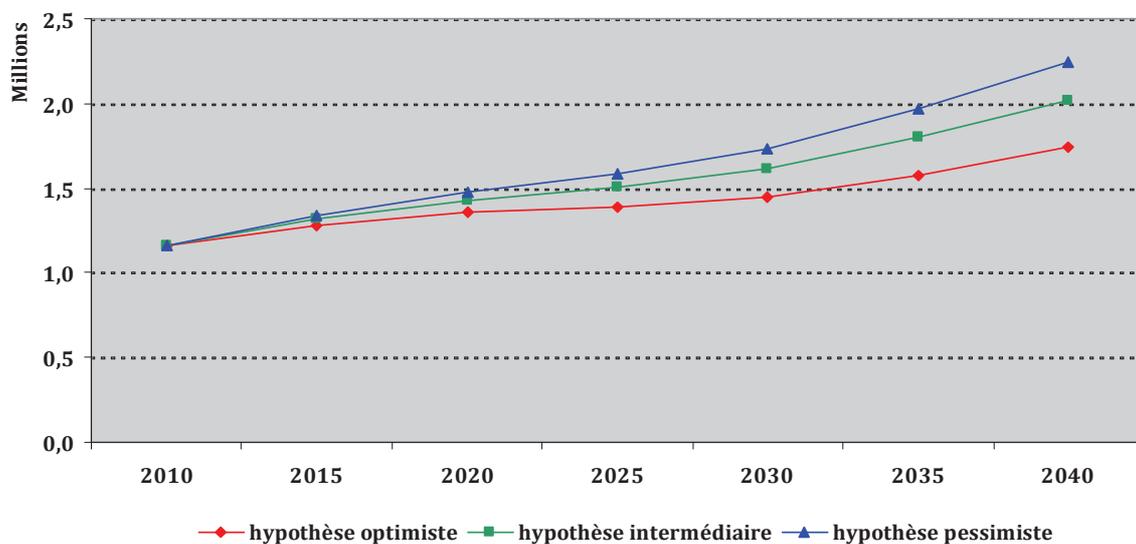
Ainsi, pour la France entière, la population de personnes âgées dépendantes passerait de 1 165 000 personnes en 2010 à 1 510 000 en 2025, puis 2 020 000 en 2040.

Tableau 5 : Résultats des projections de personnes dépendantes au sens de l'APA pour la France entière (scénario démographique central de l'INSEE)

	2010	2025	2040
Hypothèse optimiste	1 165 000	1 390 000	1 740 000
Hypothèse intermédiaire	1 165 000	1 510 000	2 020 000
Hypothèse pessimiste	1 165 000	1 590 000	2 240 000

Source : DREES pour groupe de travail.

Graphique 9 : Projections de population de personnes âgées dépendantes dans les trois hypothèses d'évolution des taux de dépendance et dans le scénario démographique central (France entière)



Source : DREES pour groupe de travail.

2.2. Les personnes dépendantes seraient en moyenne plus âgées, moins lourdement dépendantes et un peu moins souvent isolées en 2060 qu'aujourd'hui

2.2.1. La population des dépendants serait plus âgée et toujours largement féminine dans le futur

Dans tous les scénarios, **la population de personnes âgées dépendantes reste largement féminine** ; la part des femmes, qui est de 74 % en 2010 serait ainsi de 71 % dans l'hypothèse intermédiaire, de 73 % dans l'hypothèse basse et de 70 % dans l'hypothèse haute, en 2060.

Part ailleurs, du fait d'une part du vieillissement de la population y compris au sein des classes d'âge les plus élevées, d'autre part des hypothèses de recul relatif des taux de dépendance à âge donné retenus par le groupe, **l'âge moyen des personnes âgées dépendantes augmente dans tous les scénarios.**

Il passerait ainsi de 84 ans en 2010 à plus de 88 ans en 2060 dans l'hypothèse intermédiaire (87,5 ans dans l'hypothèse pessimiste et 89 ans dans l'hypothèse optimiste).

2.2.2. Sous l'hypothèse d'une stabilité de la durée de vie en dépendance lourde dans tous les scénarios, la répartition entre dépendance lourde et modérée évoluerait peu

Les hypothèses relatives à l'évolution de la dépendance à chaque âge retenues par le groupe portent sur des taux globaux de dépendance au sens de l'APA. Les projections de population selon différents degrés de dépendance supposent donc des hypothèses supplémentaires.

Les travaux de la DREES retiennent l'hypothèse d'une stabilité de la durée de vie en dépendance lourde sur la période des projections. Ainsi, le nombre de personnes en GIR 1 et 2 est construit dans tous les scénarios à partir de l'hypothèse de stabilité de la durée de vie en dépendance lourde (hypothèse basse pour les GIR 1 et 2) et la différence entre les scénarios porte uniquement sur la dépendance modérées (GIR 3 et 4). Ceci est motivé par l'idée que la dépendance lourde est étroitement liée à la mortalité, et doit donc être identique dans toutes les hypothèses, qui reposent sur le même scénario de mortalité.

Sous cette hypothèse, la part de la dépendance modérée (GIR 3 et 4) au sein de la population dépendante dans son ensemble est en légère augmentation dans le scénario intermédiaire (de 65 à 67 % entre 2010 et 2040). Cette proportion connaît une augmentation plus marquée dans le scénario haut (+ 6 %), et une faible diminution dans le scénario bas (- 3%).

2.2.3. Les environnements familiaux évolueraient peu, sous les effets contraires du vieillissement global de la population dépendante et de l'allongement de l'espérance de vie

Le modèle de microsimulation Destinie permet de simuler les environnements familiaux ; pour les personnes âgées dépendantes, les projections de l'INSEE permettent d'évaluer l'évolution de la proportion de personnes disposant d'aidants familiaux potentiels (conjointes ou enfants).

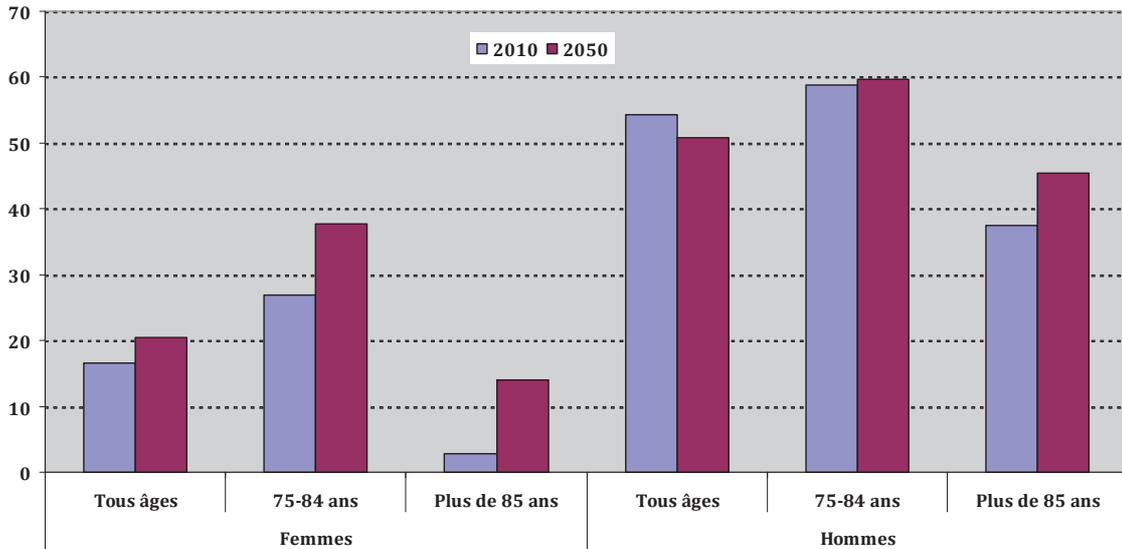
Les comportements démographiques (mises en couple, ruptures, naissances) y sont modélisés à partir de l'enquête Histoire Familiale de 1999²⁶, en fonction de l'âge, du nombre d'enfants, de l'âge de fin d'études, de la durée dans l'état précédent (mise en couple, séparation, premier enfant...).

Les projections de l'environnement familial des personnes âgées dépendantes reflètent l'effet de facteurs antagonistes : du fait de l'augmentation de l'espérance de vie, les dépendants ont, à âge donné, plus de chance d'avoir un enfant ou un conjoint survivant, mais l'âge moyen des dépendants tend à s'élever et la probabilité d'avoir un aidant survivant décroît avec l'âge.

Ces effets combinés conduisent à une hausse du pourcentage de dépendantes avec conjoint (de 16 à 20 %) entre 2010 et 2050 et à une baisse de la part d'hommes dépendants avec conjointe sur la période (de 54 à 51 %). En effet, l'écart d'espérance de vie se resserre entre hommes et femmes si bien que l'effet de hausse de l'âge moyen est plus important pour les premiers que pour les secondes. À âge donné, du fait de la hausse de l'espérance de vie, cette proportion augmente pour les deux sexes.

²⁶ Michel Duée, « La modélisation des comportements démographiques dans le modèle de microsimulation Destinie », Document de travail de la direction des études et synthèses économiques G 2005/15, INSEE. Les résultats sont calés sur les projections démographiques de 2006.

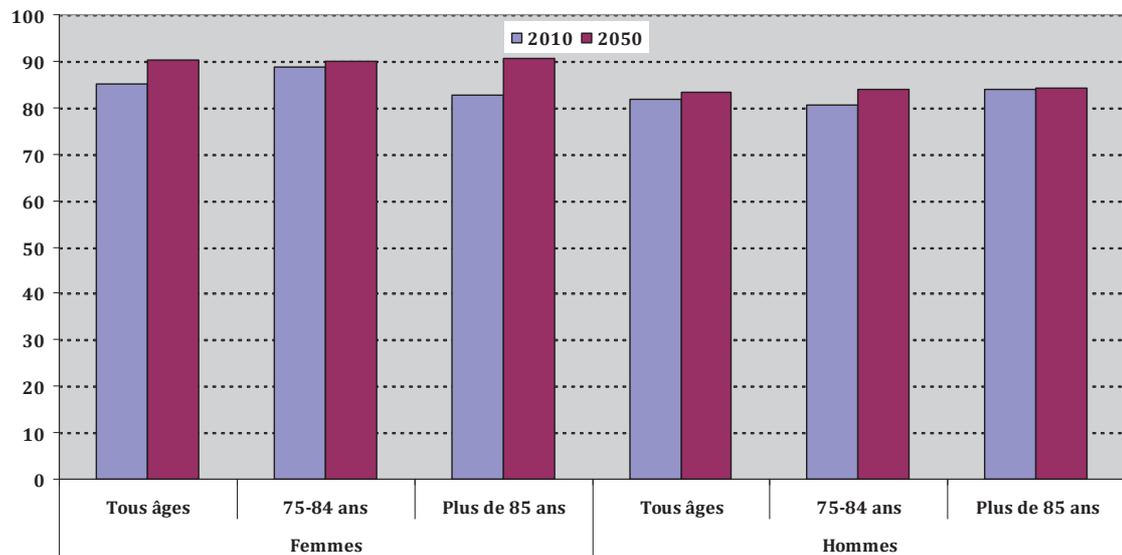
Graphique 10 : Proportion de personnes âgées dépendantes avec conjoint



Source : INSEE pour groupe de travail.

Pour les deux sexes, le pourcentage de dépendants ayant des enfants vivants évolue peu entre 2010 et 2050 (entre 80 et 90 %).

Graphique 11 : Proportion de personnes âgées dépendantes avec au moins un enfant



Source : INSEE pour groupe de travail.

Rapport

Encadré 5 : Le projet européen FELICIE

Les aidants potentiels ne sont évidemment pas dans tous les cas des aidants effectifs. L'analyse prospective des comportements d'aide au sein des familles a été étudiée dans le cadre du projet européen Future Elderly Living Conditions in Europe (FELICIE), cf. en particulier Joelle Gaymu, Patrick Festy, Michel Poulain, Gijs Beets, « FELICIE : L'avenir des conditions de vie des européens âgés », Cahiers de l'INED, 2008. Le groupe a par ailleurs cherché à confronter ses résultats aux estimations réalisées dans le cadre de FELICIE ; la comparaison est délicate étant données les différences d'approche et de définitions (définition plus large de la dépendance dans FELICIE que l'approche de la grille AGGIR, différences dans les hypothèses d'évolution de la dépendance à chaque âge). Les résultats de FELICIE mettent essentiellement en avant le fait que la situation des dépendants au regard des aidants potentiels s'améliore globalement à chaque âge ; ce résultat n'est pas incohérent avec celui du groupe de travail, mais la simulation dans Destinie met en évidence le fait que le vieillissement de la population dépendante a un effet prépondérant de diminution de la part des hommes dépendants ayant une conjointe.

3. Les projections de dépenses liées à la dépendance reflètent globalement la croissance de la population concernée

3.1. Les projections financières reposent sur des hypothèses macroéconomiques et d'indexation des barèmes et prestations

3.1.1. Les dépenses projetées sont les dépenses de santé, d'hébergement et de dépendance des personnes en perte d'autonomie

L'estimation du coût global de la dépendance à horizon 2040, ainsi que de son coût pour les finances publiques, suppose de définir le périmètre des dépenses qui entrent dans le champ de la dépendance. Le groupe s'est appuyé sur le périmètre retenu par le groupe de travail « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées », qui repose sur les principaux choix méthodologiques suivants :

- ◆ la nature des dépenses engendrées par l'état de dépendance relève de trois types de besoins : perte d'autonomie (dépendance *stricto sensu*), soins médicaux et hébergement ;
- ◆ en principe, le champ des dépenses exposées au titre de la dépendance ne devrait retenir que les seuls surcoûts engendrés par la dépendance ;
- ◆ les personnes considérées comme dépendantes sont les personnes âgées classées en GIR 1 à 4. Toutefois le périmètre inclut également les dépenses de prévention et d'hébergement des personnes classées en GIR 5 et 6.

Les choix méthodologiques présentés ci-dessus se sont heurtés à certaines difficultés techniques, notamment pour l'estimation des surcoûts engendrés par la dépendance dans les dépenses de soin ; plus précisément, un travail de croisement entre les bases de données de l'assurance maladie et les enquêtes sur la population, méthodologiquement très complexe, a été entrepris par la DREES dans le cadre du débat national pour permettre l'évaluation de ce surcoût, mais il n'était pas abouti au moment de la publication de ce rapport. Ainsi le périmètre porte finalement par défaut sur l'estimation de l'ensemble des dépenses de soins de ville et d'hôpital exposées par les personnes dépendantes, conformément à l'approche retenue par la Cour des Comptes en 2005²⁷.

Par ailleurs, ces choix ont également suscité des difficultés d'ordre philosophique au sein du groupe de travail, notamment pour ce qui concerne le principe même de l'inclusion des dépenses de soin dans le périmètre. Le groupe s'est malgré cela calé sur l'approche du groupe « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées », qui les intègre, tout en prenant garde de rappeler que le périmètre retenu pour les projections financières ne doit pas être interprété comme le périmètre de la réforme.

²⁷ Cour des Comptes, « Les personnes âgées dépendantes », novembre 2005.

Rapport

Enfin, le groupe a, comme cela le lui était demandé, estimé l'évolution prévisible de l'ensemble des dépenses exposées et non pas des seules dépenses à la charge de la collectivité. Il a pour les dépenses privées comme pour le reste, repris l'estimation de la situation actuelle réalisée par le groupe « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées ». Il rappelle toutefois que la catégorie des dépenses privées recouvre des réalités très différentes selon la nature des dépenses considérées : calcul d'un ticket modérateur pour les dépenses de soin et de perte d'autonomie, estimation d'un reste à charge en établissement pour les dépenses d'hébergement. Le fait de ne retenir conventionnellement que le seul ticket modérateur net des réductions d'impôt au titre des dépenses privées de dépendance résulte de la difficulté à quantifier le reste à charge des personnes dépendantes à domicile ; en effet, il n'existe pas d'enquête permettant d'évaluer les dépenses de dépendance exposées par les ménages au-delà du plafond de l'APA²⁸.

Avec ces conventions de périmètre, la dépense publique de dépendance représente en 2010 près de 24 Md€ (1,22 point de PIB), dont environ 14 Md€ de dépenses de santé, 7,5 Md€ de dépenses de dépendance et 2 Md€ de dépenses d'hébergement (la différence correspondant à des dépenses autres).

Tableau 6 : Financement public des dépenses de soins, de dépendance et d'hébergement des personnes dépendantes en 2010

			En M€	En points de PIB
GIR 1 à 4	Santé	Ondam médico-social et Unités de soins de longue durée (USLD)	8 710	0,45
		Soins de ville et hôpital*	5 000	0,26
	Dépendance	APA	5 300	0,27
		Réduction d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile	240	0,01
		Exonérations de cotisations sociales pour l'emploi d'un salarié à domicile	1 000	0,05
	Hébergement	ASH nette	970	0,05
		Aides au logement (APL et ALS)	340	0,02
		Réduction d'impôt au titre des frais d'hébergement en EHPAD et USLD	150	0,01
Total GIR 1 à 4			21 710	1,12
GIR 5 et 6	Santé	Ondam médico-social	300	0,02
	Dépendance	Action sociale des collectivités et des caisses de retraite	910	0,05
	Hébergement	ASH nette	230	0,01
		Aides au logement (APL et ALS)	70	0
		Réduction d'impôt au titre des frais d'hébergement en EHPAD et USLD	30	0
Total GIR 5 et 6			1 540	0,08
Autres	Dépendance et hébergement	Aides fiscales (taux réduit de TVA, etc.) et financements CNSA	580	0,03
Total GIR 1 à 6			23 830	1,22
Dont santé			14 010	0,72
Dont dépendance			7 450	0,38
Dont hébergement			1 790	0,09
Dont autres			580	0,03

*Source : Groupe « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées ». Ondam ; Objectif national des dépenses d'assurance maladie. * Dépenses totales de santé (actualisation par le groupe « Stratégie de couverture de la dépendance des personnes âgées » de l'estimation Cour des Comptes de 2005).*

²⁸ L'INSEE a toutefois simulé un « indicateur du caractère limitant du plafond », cf. projections d'APA *infra*.

Les dépenses privées sont quant à elles évaluées à :

- ◆ 0,7 Md€ (0,04 point de PIB) pour les dépenses de soins (ticket modérateur des soins de ville) ;
- ◆ 1,5 Md€ (0,08 point de PIB) pour les dépenses de dépendance (ticket modérateur de l'APA net des réductions fiscales) ;
- ◆ 4,8 Md€ (0,25 point de PIB) pour les dépenses d'hébergement (reste à charge en établissement, défini comme les frais d'hébergement en établissement nets des dépenses « classiques de gîte et de couvert » et des différentes aides).

3.1.2. Les projections financières sont issues de différents outils, adaptés à la spécificité de chaque dépense

Les projections financières ont été réalisées par les trois directions (INSEE, DREES, DGT) avec différents outils de calcul, selon les spécificités de chaque dépense :

- ◆ les dépenses d'APA ont été calculées à travers l'outil de microsimulation Destinie, qui permet au niveau individuel de simuler la diversité des plans d'aide pour l'APA à domicile et les tarifs dépendance en établissement, le rôle du plafond à domicile et enfin de calculer le ticket modérateur selon le revenu de la personne ;
- ◆ l'aide sociale à l'hébergement (ASH) et les exonérations de charges sociales pour l'emploi d'un salarié à domicile ont été calculées à partir de l'outil de microsimulation statique Autonomix de la DREES ;
- ◆ les aides au logement et les principales réductions fiscales ont été calculées à partir de la maquette de cas-types pondérés de la Direction générale du Trésor ;
- ◆ enfin, les dépenses qui ne sont pas reliées aux revenus des individus ou pour lesquelles ce lien n'est pas connu de la DREES (par exemple, les dépenses d'action sociale) ont été traitées comme des masses budgétaires globales dans un tableur développé par la DREES.

Par ailleurs, si pour chacune de ces dépenses, c'est l'outil de simulation le plus précis qui a *in fine* été retenu pour les projections financières du groupe, l'utilisation d'outils différents a permis des confrontations de résultats qui ont contribué à fiabiliser les résultats des projections ; c'est notamment le cas de l'APA qui a été calculée à la fois à travers Destinie (INSEE), Autonomix (DREES) et la maquette de cas-types pondérés du Trésor, et pour laquelle il est intéressant de souligner que ces différents outils ont donné des résultats comparables.

Si la dépense évolue dans son ensemble en fonction d'un effet démographique et de facteurs liés à la dépense unitaire, un troisième paramètre intervient dans le calcul de la répartition entre dépenses publiques et privées : il s'agit du revenu des personnes, puisque pour plusieurs dépenses la part prise en charge par la collectivité dépend de celui-ci (APA, aides au logement, réductions d'impôt).

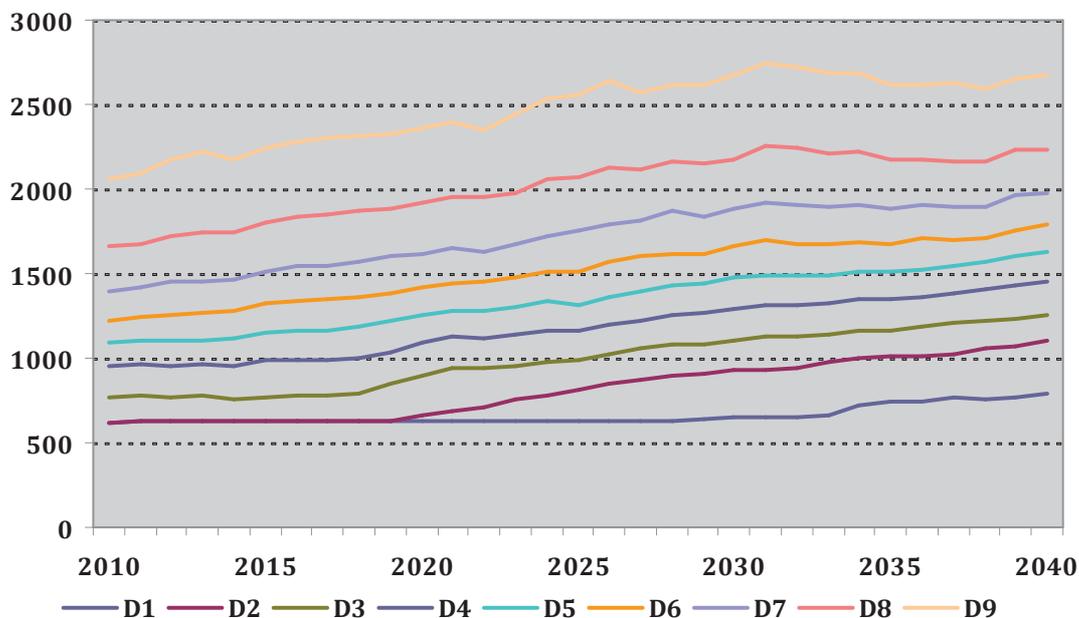
L'outil de microsimulation Destinie de l'INSEE permet de simuler les pensions de retraites des personnes âgées dépendantes (qui constituent dans les projections réalisées une approximation de l'ensemble de leurs revenus) en deux étapes :

- ◆ le modèle Destinie simule les carrières, les comportements de liquidation des droits, ainsi que le niveau des pensions qui en découle, en tenant compte des différentes réformes du système de retraites, y compris jusqu'à la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites ;

- ◆ les résultats tiennent compte du fait que les revenus des personnes âgées dépendantes sont en moyenne moins élevés que ceux de la population du même âge²⁹.

Les distributions de revenus ainsi simulées ont été utilisées pour toutes les projections financières dans lesquelles intervenait le revenu des personnes âgées dépendantes.

Graphique 12 : Revenus des personnes âgées dépendantes (y compris minimum vieillesse, avec indexation sur les prix), par décile



Source : INSEE (Destinie) pour groupe de travail.

3.1.3. La projection des dépenses repose aussi sur des hypothèses macroéconomiques et d'indexation des barèmes et prestations

Au-delà des hypothèses relatives à l'évolution de la population de personnes âgées dépendantes en France à horizon 2040 (cf. chapitre 1.4 ci-dessus), trois séries d'hypothèses ont été nécessaires à l'élaboration des projections financières :

- ◆ étant donné que les modalités de prise en charge de la dépendance diffèrent selon le choix de résidence de la personne, une hypothèse de répartition entre domicile et établissement a été nécessaire ;
- ◆ pour évaluer les modalités d'évolution du coût unitaire des barèmes et prestations dont bénéficie la population dépendante, des hypothèses d'indexation ont été élaborées. Ces hypothèses sont regroupées en deux scénarios, le premier privilégiant les modalités d'indexation actuelles (scénario dit de législation constante), le second envisageant une évolution de ces modalités d'indexation en fonction de la dynamique de la dépense associée (scénario dit d'indexation sur les salaires) ;

²⁹ La prise en compte du niveau de revenus des dépendants se fait en deux étapes : premièrement le modèle de Duée et Rebillard calcule à partir des résultats de l'enquête HSM une probabilité de devenir dépendant en fonction de différents paramètres, dont le niveau d'étude ; il résulte de cette simulation un premier écart de revenu entre les dépendants et la population, qui paraît toutefois sous-estimé. Dans un deuxième temps, les résultats sont ajustés pour être cohérents avec les statistiques présentées dans Études et résultats N° 730 - Caractéristiques sociodémographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA, 11 juin 2010, DREES.

- ◆ enfin, des hypothèses macroéconomiques ont permis de quantifier les choix d'indexation ci-dessus (évolution du salaire moyen par tête ou SMPT) et de formuler les dépenses en points de produit intérieur brut (PIB).

3.1.3.1. La répartition entre domicile et établissement est supposée quasi constante par GIR à l'horizon des projections

Pour évaluer la répartition tendancielle (i.e. sans évolution de la politique de l'offre) entre domicile et établissement, l'INSEE a utilisé le modèle élaboré par Duée, Rebillard et Pennec en 2004²⁴ à partir de l'enquête HID, où la probabilité d'être en institution dépend des paramètres que sont le GIR, l'âge et l'environnement familial (présence d'un conjoint et d'enfants).

D'après ce modèle, il existe une relative stabilité de la répartition entre domicile et établissement de la population de personnes âgées dépendantes par GIR, qui reflète en fait les effets contraires des différents paramètres : l'augmentation de l'âge joue en faveur d'une plus grande institutionnalisation, tandis que la présence d'un conjoint, plus fréquente à âge donné, joue en sens inverse.

Pour la suite des projections, ces résultats ont été repris tels quels par l'INSEE, tandis que la DREES et la DGT en ont retenu une approximation consistant à considérer que la répartition tendancielle entre domicile et établissement maintenait constants les taux d'institutionnalisation par GIR.

3.1.3.2. Deux scénarios d'indexation des barèmes et prestations sont envisagés

Au-delà de l'effet démographique, les dépenses de dépendance sont fonction de la progression du coût unitaire des services, prestations et barèmes relatifs à la dépendance, dans leur ensemble et dans leur répartition entre financement public et financement privé.

Pour les dépenses de dépendance et d'hébergement, à domicile comme en établissement, il a été considéré dans tous les cas que le déterminant de la dépense totale était le salaire moyen par tête (SMPT). Cette hypothèse repose sur le fait que :

- ◆ l'APA à domicile correspond très majoritairement à la prise en charge d'une prestation de main-d'œuvre (heures d'aide à domicile). D'après une étude de la DREES de février 2004³⁰, la part moyenne des plans d'aide affectée à des aides techniques n'était en effet que de 8 % ;
- ◆ en établissement, les tarifs dépendance (APA) et hébergement correspondent très majoritairement à des dépenses de personnel, dans le cadre des sections tarifaires en EHPAD définies par le code de l'action sociale et des familles, même si certaines dépenses de matériel et d'amortissement sont également prises en compte³¹.

En complément de cette hypothèse sur le déterminant de la dépense unitaire, deux scénarios ont été examinés pour l'évolution des barèmes et prestations publiques (i.e. les plafonds et seuils des barèmes de l'APA, les tranches d'impôt sur le revenu et plafonds des réductions fiscales, les plafonds et barèmes des aides au logement, les minima vieillesse et contributif) :

³⁰ Corinne Mette, « Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : une analyse des plans d'aide », Études et Résultats DREES n°293, février 2004,

³¹ Article R.314-163 du Code de l'action sociale et des familles renvoyant à son annexe 3-2. D'après une estimation de la Fédération hospitalière de France réalisée pour le groupe « Stratégie de couverture pour la dépendance des personnes âgées », les dépenses « hors frais de personnel », toutes sections tarifaires confondues, représenteraient de l'ordre de 20 % du total.

Rapport

- ◆ le premier retient les modalités actuelles d'indexation des barèmes et prestations, qu'elles relèvent de la réglementation ou de l'usage, i.e. une indexation sur les prix ;
- ◆ le deuxième suppose une évolution des barèmes et prestations tenant compte des dépenses auxquelles ils s'adressent, i.e. une indexation sur le SMPT (sauf pour les aides au logement qui sont supposées évoluer comme les prix). Cette hypothèse est cohérente avec une trajectoire de croissance équilibrée à long terme.

Tableau 7 : Hypothèses d'indexation des barèmes et prestations de dépendance et d'hébergement

		Indexation « prix » (législation constante)	Indexation « salaires »
Dépendance	Dépense potentielle totale à domicile	SMPT	SMPT
	Tarif dépendance en établissement	SMPT	SMPT
	Plafond des plans d'aide de l'APA	Prix	SMPT
	Seuils du barème de l'APA	Prix	SMPT
	Plafond de l'exonération d'IR (salarié à domicile)	Prix	SMPT
Hébergement	Coût net de l'hébergement	SMPT	SMPT
	Plafond de l'exonération d'IR (hébergement en EHPAD)	Prix	SMPT
	Barème des aides au logement	Prix	Prix
Transverse	Minimum vieillesse	Prix	SMPT
	Minimum contributif	Prix	SMPT
	Tranches de l'impôt sur le revenu	Prix	SMPT

Source : Groupe de travail.

Pour les exonérations de cotisations sociales ainsi que pour les dépenses d'action sociale des communes et des caisses de retraites une indexation globale sur la démographie et sur le SMPT a été retenue ; en effet, les barèmes mis en œuvre pour les dépenses d'action sociale ne sont pas connus de la DREES.

Pour les dépenses de soin, il a été considéré que la dépense unitaire évoluait comme le PIB par tête, à partir de 2015, ce qui constitue une hypothèse volontariste. Jusqu'en 2014, le groupe de travail a repris l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Enfin, l'évolution des autres dépenses suit les paramètres suivants :

- ◆ taux réduits de TVA sur certains appareillages spécifiques et sur la construction d'établissements pour personnes âgées, crédit d'impôt sur le revenu sur les équipements spéciaux et cofinancement par la CNSA d'opérations d'investissement : démographie et prix ;
- ◆ taux réduit de TVA sur les services à la personne et financement par la CNSA d'actions d'animation : démographie et SMPT ;
- ◆ exonération de taxe sur les conventions d'assurance en faveur des contrats d'assurance dépendance : PIB.

3.1.3.3. Les hypothèses macroéconomiques sont celles du programme de stabilité et de croissance et du Conseil d'orientation des retraites

Les hypothèses macroéconomiques, qui interviennent pour la détermination de la progression du SMPT et du PIB, sont à court terme celles du programme de stabilité 2011-2014 et à moyen et long termes celles du scénario B du Conseil d'orientation des retraites (COR) de 2010³². Le choix du scénario B a été fait notamment dans un souci de cohérence avec les récents travaux du gouvernement sur les retraites

Dans le programme de stabilité, le PIB progresse en volume de 2 % en 2011, de 2,25 % en 2012 et de 2,5 % en moyenne 2013-2014. Le SMPT progresse quant à lui de 0,5 % en 2011, de 1,15 % en 2012 et de 1,55 % en moyenne 2013-2014.

Dans le scénario B du COR, qui porte sur un horizon 2050, la croissance du PIB par tête, comme celle du SMPT, tend à long terme vers 1,5 % et le taux de chômage rejoint le niveau de 4,5 %.

3.2. Les dépenses de dépendance, d'hébergement et de santé connaîtraient des dynamiques différentes selon les hypothèses d'indexation retenues

3.2.1. Les composantes publique et privée de la dépense de dépendance connaissent une évolution contrastée selon les hypothèses d'indexation retenues

3.2.1.1. La dépense effective totale d'APA progresserait de 10 à 20 % d'ici 2025 et de 35 à 55 % d'ici 2040 en points de PIB

La projection d'APA à domicile dans Destinie par l'INSEE dans le scénario intermédiaire de population et dans les deux scénarios d'indexations étudiés se déroule en trois étapes pour chaque individu :

- ◆ la dépense potentielle est estimée à partir d'un modèle de distribution des plans d'aides par GIR, en fonction de l'âge, du sexe, de la situation familiale, de la durée passée de perception de l'APA et du revenu de la personne âgée dépendante, modèle élaboré par la DREES à partir de données individuelles d'APA 2006-2007. Cette dépense évolue en moyenne comme le SMPT ;
- ◆ la dépense effective correspond au plan notifié, calculé à partir de la dépense potentielle et du plafond en vigueur. Elle peut ainsi être inférieure à la dépense potentielle ;
- ◆ enfin le partage entre ticket modérateur et prise en charge publique est déterminé en fonction du barème de l'APA à domicile, appliqué aux revenus de la personne.

Pour l'APA en établissement, la dépense effective est directement calculée en fonction du tarif dépendance pour les GIR 1-2 et 3-4 (pas de plafonnement) et le partage entre ticket modérateur et prise en charge publique est déterminé en fonction du barème de l'APA en établissement.

³² Conseil d'orientation des retraites, « Retraites : perspectives actualisées à moyen et long terme en vue du rendez-vous de 2010 », huitième rapport, adopté le 14 avril 2010.

Cette modélisation permet d'identifier les trois composantes de la dépense d'APA : la dépense effective, elle-même partagée entre dépense publique et ticket modérateur, et la part « au-delà du plafond » à domicile. Cette dernière est difficile à interpréter, car les comportements au-delà des plafonds d'aides sont mal connus : il peut s'agir d'une dépense réellement effectuée, qui est à la charge du bénéficiaire, ou bien d'un besoin qui ne conduit pas à une dépense. Cette composante est donc à lire comme un indicateur du caractère limitant du plafond.

Dans le scénario intermédiaire de population, la dépense effective totale d'APA, qui est donc définie à domicile comme la part du plan d'aide ne dépassant pas le plafond et en établissement comme le tarif dépendance, passe de 0,37 point de PIB en 2010 à :

- ◆ 0,41 point de PIB en 2025, puis à 0,50 en 2040 dans l'hypothèse d'indexation sur les prix ;
- ◆ 0,43 point de PIB en 2025, puis à 0,58 en 2040 dans l'hypothèse d'indexation sur les salaires.

La progression de la dépense effective totale d'APA est donc comprise entre 10 % et 20 % entre 2010 et 2025 selon l'indexation retenue, et entre 35 % et 55 % entre 2010 et 2040, dans le scénario intermédiaire de population.

En intégrant les scénarios haut et bas de progression de la population de personnes âgées dépendantes, soit six jeux d'hypothèses, la dépense effective totale d'APA est comprise entre 0,39 (bas, prix) et 0,46 (haut, salaires) point de PIB en 2025 ; elle va de 0,45 (bas, prix) à 0,64 (haut, salaires) point de PIB en 2040.

Tableau 8 : Dépense effective totale d'APA, en points de PIB

	Indexation prix			Indexation salaires		
	Scénario bas	Scénario intermédiaire	Scénario haut	Scénario bas	Scénario intermédiaire	Scénario haut
2010	0,37					
2025	0,39	0,41	0,43	0,41	0,43	0,46
2040	0,45	0,50	0,55	0,51	0,58	0,64

Source : INSEE pour groupe de travail.

3.2.1.2. Les hypothèses d'indexation des barèmes et prestations influent fortement sur le partage entre dépense publique et ticket modérateur pour l'APA, ainsi que sur la saturation des plafonds

La décomposition de la dépense effective totale entre part publique et ticket modérateur varie de manière importante selon l'indexation retenue :

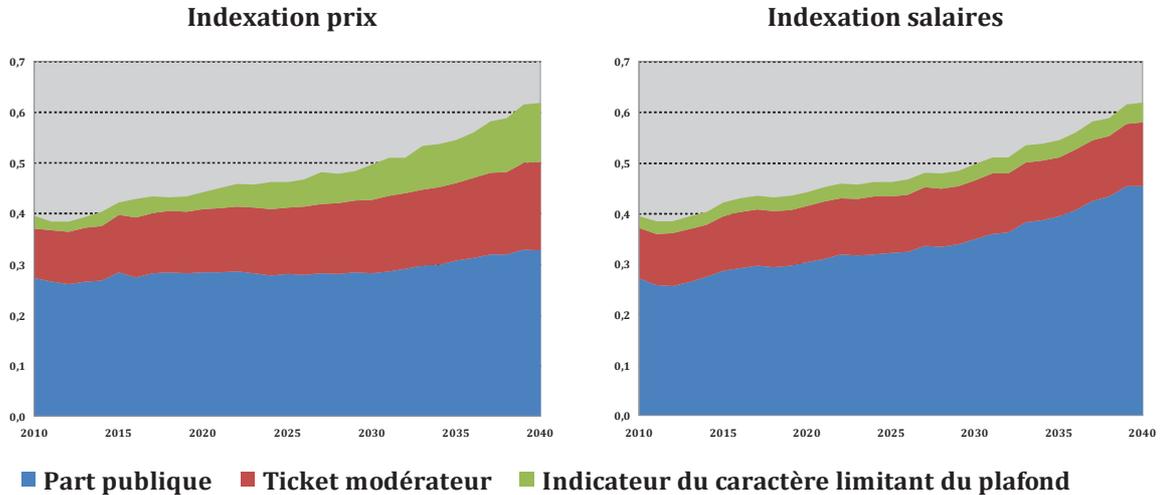
- ◆ la part publique connaît dans l'hypothèse « prix », une augmentation modérée en points de PIB. Elle est plus importante dans l'hypothèse « salaires » ;
- ◆ le ticket modérateur augmente de manière plus importante dans l'hypothèse prix que dans l'hypothèse salaires, où il reste quasiment constant en points de PIB. En effet, lorsque les seuils du barème augmentent comme les prix, les ressources des bénéficiaires de l'APA qui augmentent plus rapidement que les prix se décalent vers des tranches plus élevées du barème et la part payée par le bénéficiaire augmente. À inverse si les seuils du barème augmentent comme les salaires, comme les retraites évoluent moins vite que les salaires³³, les ressources se décalent vers des tranches moins élevées et le ticket modérateur est plus faible.

³³ Pour comprendre la dynamique de progression des pensions de retraites, il y a lieu de distinguer deux effets : l'effet individuel de l'indexation des pensions (un retraité voit sa pension augmenter comme les prix) et l'effet du

Rapport

Par ailleurs, le plafond est nettement plus limitant avec l'indexation sur les prix qu'avec l'indexation sur les salaires : l'indicateur du caractère limitant du plafond croît significativement avec l'indexation sur les prix, alors qu'il reste constant en point de PIB avec l'indexation sur les salaires.

Graphique 13 : Projection de l'APA en points de PIB (scénario intermédiaire de population)



Source : INSEE pour groupe de travail.

Tableau 9 : Décomposition de la dépense effective totale entre part publique et ticket modérateur (scénario démographique intermédiaire)

	Indexation prix			Indexation salaires		
	Dépense effective totale (plans notifiés)	dont part publique	dont ticket modérateur	Dépense effective totale (plans notifiés)	dont part publique	dont ticket modérateur
2010	0,37	0,27	0,10	0,37	0,27	0,10
2025	0,41	0,28	0,13	0,43	0,32	0,11
2040	0,50	0,33	0,17	0,58	0,45	0,13

Source : INSEE pour groupe de travail.

Les résultats pour la dépense publique dans les trois scénarios d'évolution de la population de personnes âgées dépendantes (intermédiaire, haut et bas) font apparaître que la dépense publique d'APA qui est de 0,27 point en 2010 est comprise entre 0,27 (prix, bas) et 0,35 (salaires, haut) point de PIB en 2025 ; à l'horizon 2040, les écarts se creusent et la dépense est comprise entre 0,29 et 0,50 point de PIB selon les hypothèses.

changement de composition de la population, i.e. le remplacement des générations les plus âgées qui disparaissent par des générations ayant des droits plus élevés. C'est ce dernier effet qui fait que les pensions évoluent dans leur ensemble plus rapidement que les prix. Toutefois, les réformes passées et les changements de mode d'indexation des retraites n'ont pas complètement produit leurs effets sur la période considérée, si bien que les pensions n'évoluent pas aussi vite que les salaires.

Rapport

Tableau 10 : Dépense publique d'APA, en points de PIB

	Indexation prix			Indexation salaires		
	Scénario bas	Scénario intermédiaire	Scénario haut	Scénario bas	Scénario intermédiaire	Scénario haut
2010	0,27					
2025	0,27	0,28	0,29	0,31	0,32	0,35
2040	0,29	0,33	0,36	0,40	0,45	0,50

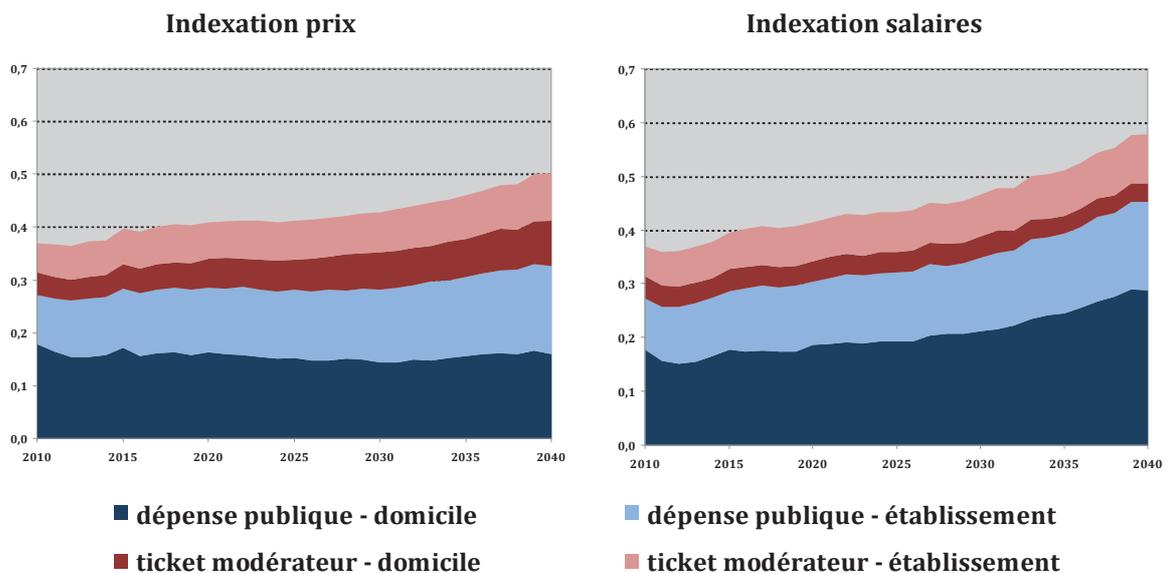
Source : INSEE pour groupe de travail.

3.2.1.3. Les poids relatifs des dépenses d'APA à domicile et en établissement résultent directement des hypothèses d'indexation

Les évolutions respectives des dépenses d'APA à domicile et en établissement dans les deux hypothèses d'indexation font apparaître que :

- ◆ dans l'hypothèse d'indexation sur les prix, le plafonnement de l'APA à domicile provoque une déformation en faveur de l'APA en institution ;
- ◆ dans l'hypothèse d'indexation sur les salaires, la répartition entre les dépenses à domicile et en établissement est quasiment stable dans le temps.

Graphique 14 : Projection de l'APA en points de PIB (scénario intermédiaire de population), répartition domicile/établissements



Source : INSEE pour groupe de travail.

3.2.1.4. L'évolution des dépenses fiscales de dépendance dépend très fortement des indexations de barèmes

La réduction d'impôt pour emploi d'un salarié à domicile est calculée dans la maquette de cas-type de la DGT sur la base de la dépense potentielle moyenne d'APA, dont est déduite la part publique d'APA.

Les projections à long terme reflètent les choix d'indexation retenus, étant donné que les salaires évoluent plus rapidement que les pensions, qui évoluent elles-mêmes plus rapidement que les prix :

Rapport

- ◆ dans l'hypothèse d'indexation des tranches d'impôt sur les prix, les revenus des personnes âgées dépendantes se déplacent vers des tranches plus élevées : il y a hausse de l'impôt moyen dû et augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes imposables. On observe alors une hausse de la dépense de réduction d'impôt pour emploi d'un salarié à domicile, de 0,01 en 2010 à 0,03 point de PIB en 2040 pour le scénario intermédiaire ;
- ◆ à l'inverse, dans l'hypothèse d'indexation des tranches d'impôt sur les salaires, se produisent un déplacement vers des tranches moins élevées, une baisse de l'impôt moyen dû et une diminution du nombre de personnes âgées dépendantes imposables, qui font plus que compenser l'effet démographique, si bien que la dépense publique diminue légèrement tout en restant de l'ordre de 0,01 point de PIB.

3.2.1.5. L'évolution des exonérations de charges et des dépenses d'action sociale reflète essentiellement l'effet démographique

Les exonérations de cotisations sociales pour emploi d'un salarié à domicile passent dans les projections (scénario intermédiaire de population) de 0,05 point de PIB en 2010, à 0,06 en 2025 et à 0,08 en 2040 sous le double effet de la démographie et de l'indexation sur les salaires des dépenses.

Pour les dépenses d'action sociale des caisses de retraites et des collectivités, l'effet lié à la croissance de la population est supposé être le même que pour la population dépendante en GIR 3 et 4 à domicile, même si ces dépenses concernent en bonne partie des personnes en GIR 5 et 6 (prévention). Sous le double effet démographique et d'indexation sur les salaires, ces dépenses passeraient de 0,05 point de PIB en 2010, à 0,06 en 2025 et à 0,08 en 2040.

3.2.2. Les dépenses publiques d'hébergement connaissent une progression modérée sous les hypothèses retenues

Les aides au logement dont bénéficient les personnes âgées dépendantes en établissement (EHPAD et USLD) modélisées par la DGT connaîtraient une diminution en point de PIB liée à l'hypothèse d'indexation sur les prix ; cette hypothèse d'indexation correspond à la dynamique des dépenses sur lesquelles portent les aides au logement de manière générale, et non pas aux seuls tarifs hébergement en établissement qui ont la spécificité de refléter en grande partie des coûts de personnel.

Les allocations de logement sociales (ALS) et les aides personnalisées au logement (APL) bénéficiant à des personnes dépendantes passeraient ainsi de à 0,02 point de PIB en 2010 à 0,01 en 2025 et 0,01 en 2040 dans toutes les hypothèses d'indexation³⁴.

La réduction d'impôt au titre des frais d'hébergement en EHPAD ou USLD est sensible aux hypothèses d'indexation des tranches de l'impôt sur le revenu, comme c'était le cas pour la réduction d'impôt pour emploi d'un salarié à domicile (cf. 3.2.1.4 ci-dessus). Elle décroît ainsi légèrement, tout en restant de l'ordre de 0,01 point de PIB sur la période avec l'indexation sur les salaires, et croît de 0,01 point de PIB en 2010 à 0,02 point de PIB en 2040 avec l'indexation sur les prix.

Les résultats concernant l'ASH sont à interpréter avec précaution étant donné les inconnues qui pèsent sur le recours à cette aide, en fonction des revenus et du patrimoine des bénéficiaires ainsi que du revenu de leurs obligés alimentaires. La simulation a été réalisée en deux étapes :

³⁴ Si les barèmes d'aides au logement sont dans tous les cas supposés évoluer comme les prix, les hypothèses d'indexation des autres paramètres jouent indirectement et à la marge sur le montant des aides au logement.

Rapport

- ◆ simulation d'une ASH « fictive », calculée en appliquant au tarif hébergement minoré des aides au logement et des réductions fiscales un barème d'ASH fondé sur les seuls revenus de la personne dépendante ;
- ◆ application du profil de croissance ainsi simulé à la dépense d'ASH nette évaluée en 2010. Ces montants sont inférieurs aux précédents puisqu'ils constituent une projection de l'ASH nette des récupérations sur les obligés alimentaires et sur la succession.

Les hypothèses d'indexation ne jouent dans le calcul de l'ASH qu'indirectement, à travers l'évolution des revenus. La dépense d'ASH passerait ainsi de 0,06 point de PIB en 2010 à 0,09 point de PIB en 2025, puis à 0,12 (indexation prix) ou 0,11 (indexation salaires) point de PIB en 2040, les pensions des personnes dépendantes évoluant légèrement moins vite dans le scénario indexation prix.

Enfin, les dépenses publiques d'hébergement connaissent une progression peu sensible aux hypothèses d'indexation ; par ailleurs, les progressions contrastées des différentes dépenses (diminution des aides au logement et croissance de l'ASH) reflètent l'effet régulateur qui existe entre ces différentes aides, l'ASH étant calculé sur une dépense nette des aides au logement.

3.2.3. Dans les hypothèses retenues, les dépenses de santé reflètent la croissance plus rapide de la population de dépendants par rapport à la population générale

Les dépenses de santé (tarif soin en établissement, financement des USLD, dépenses de soin de ville et d'hôpital des personnes âgées dépendantes) progressent entre 2010 et 2014 selon l'ONDAM de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. À partir de 2015, on suppose qu'elles progressent sous le double effet d'une croissance unitaire selon le PIB par tête et de la démographie de la population de personnes âgées dépendantes : ainsi à partir de 2015, la progression des dépenses de santé exprimée en points de PIB reflète un pur effet démographique (progression de la population des personnes âgées dépendantes par rapport à celle de l'ensemble de la population).

Sous ces hypothèses, les dépenses de santé (évaluées sous un périmètre large, en l'absence de quantification du surcoût disponible) progressent de 0,72 point de PIB en 2010, à 0,78 en 2025 puis 0,97 point de PIB en 2040.

3.2.4. L'évolution du financement privé dépend principalement des modalités d'indexation de l'APA

Les dépenses de dépendance des ménages, définies comme les dépenses de ticket modérateur de l'APA net des réductions d'impôt sur le revenu pour l'emploi d'un salarié à domicile, sont sensibles aux hypothèses d'indexation retenues. Elles passeraient ainsi dans le scénario central de population, pour les personnes en GIR 1 à 4, de 0,08 point de PIB en 2010 à :

- ◆ 0,10 point de PIB en 2025 puis 0,13 point de PIB en 2040 avec l'indexation sur les prix ;
- ◆ 0,09 point de PIB en 2025 puis 0,10 point de PIB en 2040 avec l'indexation sur les salaires.

Par ailleurs, au-delà de cette dépense effective, l'indicateur de dépassement du plafond (cf. 3.2.1.1 ci-dessus) augmente si l'on retient une indexation sur les prix de 0,02 point de PIB à horizon 2025 et de 0,08 point de PIB à horizon 2040³⁵.

Les dépenses d'hébergement qui resteraient à la charge des ménages évoluent de manière similaire dans les deux hypothèses d'indexation retenues³⁶. Ces dépenses passeraient de 0,25 point de PIB en 2010 à 0,30 point de PIB en 2025 et 0,39 point de PIB en 2040.

Les dépenses de santé des ménages dépendants s'accroîtraient de 0,01 point de PIB entre 2010 et 2040.

3.3. La dépense publique connaîtrait une croissance limitée jusqu'en 2025 et modérée jusqu'en 2040, en part du PIB

Les dépenses publiques totales de dépendance, dans le périmètre conventionnellement retenu par le groupe, connaissent dans toutes les hypothèses examinées une augmentation en points de PIB. Toutefois, cette progression reste limitée à horizon 2025, i.e. avant l'arrivée massive aux âges de la dépendance des générations du baby-boom. Elle accélère par la suite, toute en restant modérée à l'horizon des projections (2040).

Dans l'hypothèse intermédiaire de croissance de la population de personnes âgées dépendantes, cette progression est de 0,11 point de PIB à horizon 2025 et de 0,44 point de PIB à horizon 2040 avec une indexation des barèmes et prestations sur les prix. Avec une indexation des barèmes et prestations sur les salaires, les dépenses publiques annuelles totales augmentent de 0,14 point de PIB à horizon 2025 et de 0,53 point de PIB à horizon 2040.

Si on les ramène à la valeur du PIB en 2010³⁷, ces augmentations seraient à l'horizon 2025 de 2,2 Md€ avec une indexation sur les prix et de 2,6 Md€ avec une indexation sur les salaires ; à l'horizon 2040, de 8,5 Md€ avec une indexation sur les prix et 10,3 Md€ avec une indexation sur les salaires.

Si les évolutions financières présentées apparaissent modérées en point de PIB, c'est que malgré la forte évolution prévisible de la population de personnes âgées dépendantes, celle-ci ne constitue toujours qu'une relativement faible fraction de la population générale. Certes la population des personnes âgées dépendantes augmenterait de 73 % entre 2010 et 2040, contre 13 % pour la population dans son ensemble ; mais la part des personnes âgées dépendantes dans la population n'est aujourd'hui que de 1,8%, et elle passerait à 2,8% dans le scénario intermédiaire du groupe. Ainsi les enjeux financiers en termes de part de PIB des dépenses de dépendance restent-ils notamment largement plus faibles que ceux de retraites³⁸.

³⁵ Il n'existe pas de mesure statistique ou comptable du dépassement de plafond. Les projections de l'INSEE en proposent une estimation, qui s'appuie sur les travaux menés par la DREES à partir de données sur la saturation des plans d'aides (modèle économétrique).

³⁶ Pour mémoire, les projections supposent que la dépense d'hébergement en EHPAD évolue dans tous les cas comme les salaires, ce qui constitue sans doute un majorant car si le tarif hébergement couvre majoritairement des dépenses de personnel, il comporte également un volet matériel et investissement.

³⁷ Soit 1 946 Md€ de 2010.

³⁸ D'après le rapport du COR d'avril 2010, les dépenses de retraites s'élevaient en 2008 à 13,4 points de PIB ; la projection pour 2050 était alors de 15,3 points de PIB dans le scénario B (« Retraites : perspectives actualisées à moyen et long terme en vue du rendez-vous de 2010 », Huitième rapport du COR, adopté le 14 avril 2010).

Rapport

La dépense publique agrégée est très directement liée au périmètre conventionnellement retenu, périmètre issu des travaux du groupe « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées » mais qui fait toujours l'objet de débat, si bien qu'il paraît plus pertinent de s'intéresser à la dynamique de chacune des familles de dépenses.

Si les dépenses de santé suivent à partir de 2015 par hypothèse la démographie de la population dépendante relativement à la population dans son ensemble, les dépenses publiques d'hébergement progressent plus rapidement que sous le simple effet démographique, en particulier du fait de l'augmentation de l'ASH liée à l'indexation du tarif hébergement sur le SMPT.

Enfin, pour les dépenses publiques de dépendance, les choix d'indexation des barèmes et prestations viennent atténuer ou au contraire amplifier l'effet démographique : l'indexation sur les prix limite la dépense publique mais entraîne une augmentation relativement rapide de la dépense de ménages et de la saturation des plafonds ; à l'inverse, l'indexation sur les salaires, réduit la part à la charge des ménages mais implique une dynamique importante pour la dépense publique.

Les écarts relatifs entre scénario de population ne sont pas négligeables (de l'ordre de 30 à 40 %), même s'ils ne remettent pas en cause le constat d'une dépense qui reste modérée en point de PIB : l'augmentation de la dépense publique annuelle totale va ainsi de 0,05 à 0,20 point de PIB entre 2010 et 2025 selon les hypothèses démographiques et d'indexation, et de 0,28 et 0,69 point de PIB entre 2010 et 2040.

Tableau 11 : Évolution de la dépense publique entre 2010 et 2025, dans les six scénarios (points de PIB)

	2010	2025					
		Prix			Salaires		
		Bas	Inter-médiaire	Haut	Bas	Inter-médiaire	Haut
Dépendance	0,38	0,39	0,42	0,44	0,42	0,45	0,48
Hébergement	0,09	0,10	0,11	0,11	0,09	0,10	0,10
Santé	0,72	0,75	0,78	0,79	0,75	0,78	0,79
Autres	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Total	1,22	1,27	1,33	1,38	1,30	1,36	1,41

Source : DREES pour groupe de travail.

Tableau 12 : Évolution de la dépense publique entre 2010 et 2040, dans les six scénarios (points de PIB)

	2010	2040					
		Prix			Salaires		
		Bas	Inter-médiaire	Haut	Bas	Inter-médiaire	Haut
Dépendance	0,38	0,45	0,51	0,57	0,54	0,62	0,69
Hébergement	0,09	0,13	0,14	0,15	0,11	0,13	0,14
Santé	0,72	0,90	0,97	1,03	0,90	0,97	1,03
Autres	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Total	1,22	1,50	1,66	1,79	1,58	1,75	1,89

Source : DREES pour groupe de travail.

3.4. Le groupe a examiné un scénario alternatif d'évolution de l'APA proposé par le groupe « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

Le groupe de travail a examiné à la demande du groupe « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées » une piste d'évolution de l'APA consistant à mettre en place ce que ce dernier considère comme :

- ◆ « une évolution des plafonds de l'APA à domicile plus conforme avec la réalité de l'évolution des facteurs », reposant sur une indexation des plafonds sur le SMPT ;
- ◆ « une participation plus importante de la part des personnes âgées dépendantes, compte tenu de la hausse attendue de leurs revenus », qui repose sur un maintien de l'indexation du barème de l'APA sur les prix.

Cette hypothèse d'indexation a donc été examinée par l'INSEE, pour la seule APA, i.e. sans prise en compte des effets globaux sur les dépenses de dépendance et notamment de l'ajustement mécanique de la réduction d'impôt pour emploi d'un salarié à domicile en fonction de l'APA.

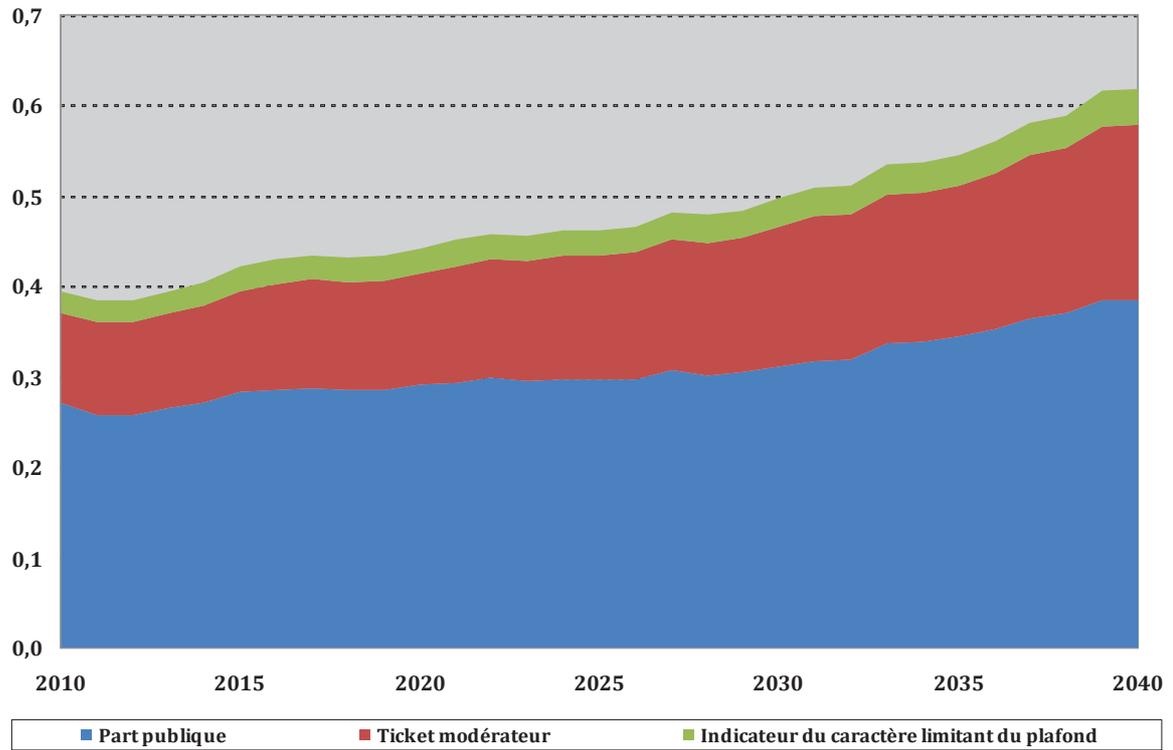
Dans cette hypothèse, la dépense effective totale de dépendance est la même qu'avec l'indexation salaires ; en effet, les barèmes de calcul du ticket modérateur n'interviennent pas dans la projection de dépense effective totale. Celle-ci passe ainsi de 0,37 point de PIB en 2010 à 0,43 point de PIB en 2025 puis à 0,58 point de PIB en 2040. Par ailleurs, comme dans l'hypothèse d'indexation sur les salaires, l'indicateur du caractère limitant du plafond progresse peu en point de PIB : comme les plafonds sont indexés de la même manière que la dépense potentielle totale, la saturation des plafonds n'évolue quasiment pas dans le temps.

En revanche, du fait de l'hypothèse d'indexation des bornes du barème sur les prix, la répartition de la dépense effective entre part publique et ticket modérateur suit une logique analogue à celle de l'hypothèse d'indexation sur les prix évoquée au chapitre 3.2.1.2. Comme les ressources des bénéficiaires de l'APA, qui augmentent plus rapidement que les prix, se décalent vers des tranches plus élevées du barème, la part payée par le bénéficiaire augmente. Ainsi, la dépense effective totale d'APA se partagerait entre :

- ◆ 0,27 point de PIB de part publique et 0,10 point de PIB de ticket modérateur en 2010 ;
- ◆ 0,30 point de PIB de part publique et 0,14 point de PIB de ticket modérateur en 2025 ;
- ◆ 0,38 point de PIB de part publique et 0,20 point de PIB de ticket modérateur en 2040.

Rapport

Graphique 15 : Projection de l'APA en points de PIB (scénario intermédiaire de population), indexation des plafonds sur le SMPT et des barèmes sur les prix



Source : INSEE pour groupe de travail.

CONCLUSION

Comme celle des retraites, la question de la dépendance résulte avant tout du vieillissement. Elle se posera donc de manière aiguë avec l'arrivée aux âges de la dépendance des générations du baby-boom : c'est à partir du milieu des années 2020 que les courbes de progression d'effectifs de personnes âgées dépendantes et de dépenses, publiques et privées, liées à la dépendance connaîtront une véritable accélération.

D'ici là, la progression de la population des personnes âgées dépendantes et des dépenses permettant leur prise en charge sera, dans les scénarios examinés par le groupe, continue, mais limitée. Ensuite, entre 2025 et 2040, la croissance des dépenses liées à la dépendance devrait connaître une accélération sous l'effet de la démographie, tout en restant modérée en points de PIB ; en effet, malgré la forte évolution prévisible de la population de personnes âgées dépendantes, celle-ci ne constituera toujours qu'une relativement faible fraction de la population totale.

Le groupe a mis en évidence le rôle que pouvaient avoir les choix d'indexation des prestations et barèmes des dispositifs publics de prise en charge de la dépendance dans le partage à long terme entre financement public et privé. Une partie des prestations publiques de prise en charge de la dépendance est définie en fonction du revenu des personnes ; or ces revenus vont, dans leur ensemble, progresser plus rapidement que l'inflation, mais plus lentement que les salaires. Les dépenses unitaires de dépendance et d'hébergement progresseront quant à elle selon une dynamique proche de celle du SMPT, car elles correspondent essentiellement à des prestations de main-d'œuvre. Selon qu'il sera décidé de maintenir le niveau des prestations nominalement ou en fonction du service rendu, et de fixer la contribution des personnes en fonction de leur niveau de vie absolu ou relatif, le partage entre dépenses publique et privée évoluera sensiblement.

Les scénarios démographiques examinés par le groupe résultent d'analyses tendanciennes, encore récentes, de l'espérance de vie sans incapacité, qui l'ont conduit à examiner comme hypothèse centrale celle d'un partage des années de longévité supplémentaires entre bonne et mauvaise santé, entre autonomie et dépendance. Toutefois, le groupe souligne que les évolutions à venir de la prévention et de la prise en charge de la dépendance et des pathologies qui en sont responsables pourraient infléchir, voire bouleverser, les évolutions qu'il a dessinées.

Le dispositif de projections démographiques et financières désormais en place de manière pérenne au sein des administrations concernées permettra d'évaluer d'autres scénarios, de prendre en compte les nouvelles informations et les nouveaux enseignements des recherches, et ainsi d'éclairer le pilotage de la politique de la dépendance sur la longue durée.

PIÈCE JOINTE I

**Lettre de mission de la ministre des
Solidarités et de la Cohésion sociale**

Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale

La Ministre
Cab RBN/FS/JM – Me D.11.370

Paris, le 18 janvier 2011

Monsieur l'inspecteur général,

La prise en charge de la dépendance des personnes âgées constitue un enjeu majeur de solidarité nationale. Le vieillissement en cours de la population renforce la nécessité de moderniser notre système de protection sociale pour apporter à tous les Français qui souffrent de dépendance une réponse adaptée à leurs besoins.

Pour faire face à ce défi, le Président de la République a demandé au Gouvernement d'organiser un grand débat national sur la dépendance au premier semestre 2011.

Afin de faire vivre ce débat, un comité interministériel sur la dépendance, présidé par le Premier Ministre, a été créé pour piloter ce projet. Quatre groupes de travail réunissant l'ensemble des acteurs du secteur et les principaux experts du sujet seront chargés de traiter le thème de la dépendance sous tous ses aspects, sociétaux, démographiques, médicaux et financiers.

Dans ce cadre, je vous demande de bien vouloir animer le groupe dont les travaux porteront sur le thème « perspectives démographiques et financières de la dépendance ».

L'objectif de ce groupe est d'établir des projections démographiques et financières à différents horizons temporels, en fonction de l'évolution prévisible des principaux paramètres qui déterminent le nombre de personnes âgées dépendantes et de différents scénarios d'évolution du mode de prise en charge et du financement du risque dépendance.

Pour l'évaluation des populations concernées, vous vous attacherez à prendre en compte les paramètres démographiques, mais aussi les paramètres médicaux qui peuvent avoir un impact sur l'âge auquel une personne devient dépendante et sur les conditions dans lesquelles son état évolue. Vous pourrez vous appuyer sur des travaux menés au niveau international. Vous établirez différents scénarios d'évolution de la population concernée par tranche d'âge, mais aussi par niveau de dépendance et par type de prise en charge (domicile ou établissement). Vous réaliserez également des simulations plus fines, permettant de cerner les caractéristiques précises des populations concernées.

Monsieur Jean-Michel CHARPIN
Inspecteur Général des Finances
Bâtiment Colbert – Teledoc 335
139, rue de Bercy
75572 PARIS Cedex 12

Hôtel de Castries
72, rue de Varenne - 75350 Paris 07 SP - Tél. : 01 42.75.80.00
www.solidarite.gouv.fr

A partir des évaluations de la population dépendante et d'hypothèses sur l'évolution des modalités de prise en charge résultant des travaux du groupe sur le financement de la dépendance, vous élaborerez des scénarios sur le coût global de la dépendance et son coût pour les finances publiques. Vous analyserez également les conséquences sur la répartition des revenus et les transferts intergénérationnels de la prise en charge de la dépendance.

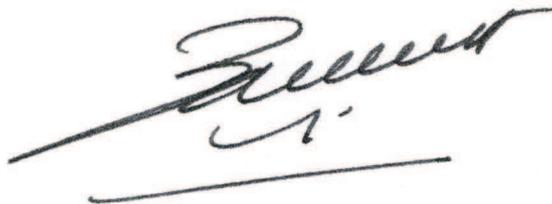
Dans vos scénarios, vous prendrez soin de réaliser des estimations de coût qui distinguent les différents types de dépenses (prévention, dépenses liées aux services à la personne ou à l'hébergement des personnes âgées dépendantes, dépenses de soins...) ainsi que les divers types de financements (financement direct et indirect par la collectivité, reste à charge des personnes dépendantes et de leurs familles).

Les conclusions des travaux de votre groupe devront m'être transmises dans le courant du mois de juin 2011.

Il vous appartient d'arrêter la composition de votre groupe de façon à réunir toutes les compétences nécessaires au bon déroulement de ses travaux et en veillant à assurer la représentation des principaux acteurs concernés par votre sujet. Je tiens simplement à ce que chacun des quatre groupes de travail comprenne à tout le moins des parlementaires, des élus locaux et des représentants des organisations syndicales et patronales les plus représentatives au plan national.

Vous bénéficierez de l'appui d'une équipe administrative dédiée, composée de membres de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) et conduite par Axel Rahola, désigné comme rapporteur du comité interministériel sur la dépendance et chargé de la coordination des travaux de l'ensemble des groupes.

Veillez agréer, monsieur l'inspecteur général, l'expression de mes salutations distinguées.



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Copies à : Monsieur Axel RAHOLA, rapporteur du comité interministériel sur la dépendance.
Monsieur Fabrice HEYRIES, Direction générale de la cohésion sociale.
Monsieur Dominique LIBAULT, Direction de la sécurité sociale.

PIÈCE JOINTE II

**Liste des participants au groupe de travail
« Perspectives démographiques et
financières de la dépendance »**

M. Jean-Michel CHARPIN, Inspecteur général des finances, modérateur du groupe

M^{me} Cécile TLILI, Inspectrice des finances, rapporteur du groupe

PARLEMENTAIRES

Assemblée Nationale	M. Christophe SIRUGUE, député de Saône-et-Loire M ^{me} Bérengère POLETTI, députée des Ardennes
Sénat	M. Bruno SIDO, sénateur de la Haute-Marne M. Jean-Jacques JEGOU, sénateur du Val-de-Marne M. Gilbert BARBIER, sénateur du Jura

COLLECTIVITÉS LOCALES

Assemblée des départements de France (ADF)	M. Pascal TERRASSE, Président du Conseil Général de l'Ardèche (Suppléants : M. Eric LASARGNE et M ^{me} Chloé MORIN) M. Bernard CAZEAU, Président du Conseil Général de Dordogne M. Patrick MOLINOZ, Conseiller Général de la Côte d'Or M. Augustin ROSSI M ^{me} Marion LEROUX M. Jean-Pierre HARDY (Suppléants : M ^{me} Martine CONIN, M. Jean-Paul RAYMOND, M. Georges DIANOUX)
--	---

ORGANISATIONS SYNDICALES DE SALARIÉS

Confédération générale du travail (CGT)	M. Daniel EDELIN M ^{me} Françoise VAGNER
Confédération française démocratique du travail (CFDT)	M ^{me} Samira BOUZEBRA
Force ouvrière (FO)	M ^{me} Karine BEAURAIN M. Didier HOTTE (Suppléante : M ^{me} Corinne JOFFRE)
Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)	M. Jean-Pierre SAMUROT (Suppléant : M. Patrick POIZAT)
Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres (CFE - CGC)	M ^{me} Danièle KARNIEWICZ M ^{me} Gisèle LAPOUMEROLIE

ORGANISATIONS PATRONALES

Mouvement des entreprises de France (MEDEF)	M. Denis GINDRE (Suppléante M ^{me} Delphine BENDA)
---	---

Confédération générale du patronat des petites et moyennes entreprises (CGPME)	M. Jean-Pierre de GUIDIS (Suppléante : M ^{me} Evelyne MAES)
Union professionnelle artisanale (UPA)	M ^{me} Houria SANDAL-AOUIMEUR

ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)	M. Emmanuel LEFEVRE (Suppléante : M ^{me} Emmanuelle BRUN)
Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF)	M ^{me} Hélène PARIS
Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) - Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	M ^{me} Dominique POLTON

REPRÉSENTANTS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Comité national des retraités et des personnes âgées (CNRPA)	M. Claude LACOUR M. Charles BERDER
Union nationale des associations familiales (UNAF)	M ^{me} Monique VEZINET

OPÉRATEURS DU MONDE DE L'ASSURANCE

Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)	M. Jérôme CORNU (Suppléants : M. Olivier THEETTEN et M ^{me} Brigitte DECOSTER)
Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)	M. Christophe OLLIVIER (Suppléante : M ^{me} Nathalie CHEVALLIER)
Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)	M. Jean-Louis FAURE (Suppléante : M ^{me} Evelyne GUILLET)
Institut des actuaires	M ^{me} Sophie MICHON (Suppléante : M ^{me} Marie-Françoise RESVE)

PERSONNALITÉS QUALIFIÉES

- ◆ M^{me} Laure de MONTESQUIEU, SCOR
- ◆ M. Pierre-Yves GEOFFARD, École d'économie de Paris
- ◆ M^{me} Emmanuelle CAMBOIS, Institut national d'études démographiques (INED)
- ◆ M. Claude LE PEN, Université de Paris-Dauphine
- ◆ M. Jean-Hervé LORENZI, Université de Paris-Dauphine
- ◆ M. Gaétan LAFORTUNE, Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

ADMINISTRATIONS DE L'ÉTAT

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)	M. Ronan MAHIEU M ^{me} Catherine ZAIDMAN
--	--

	M ^{me} Isabelle ROBERT-BOBEE M ^{me} Sylvie EGHBAL-TEHERANI M ^{me} Aude LECROART M ^{me} Cécile SIMON M ^{me} Joelle CHAZAL M ^{me} Anny GOLFOUSE
Direction générale du Trésor (DGT)	M. Stéphane PAILLAUD M ^{me} Bérengère MESQUI M. Grégoire de LAGASNERIE
Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)	M. Didier BLANCHET M ^{me} Delphine ROY M ^{me} Claire MARBOT M ^{me} Pascale BREUIL M. Olivier CHARDON M. Olivier LEON M. Michel DUEE
Direction du budget (DB)	M. Alexandre KOUTCHOUK
Direction générale des collectivités locales (DGCL)	M. Éric JALON (Suppléante : M ^{me} Claire MARTIN) M ^{me} Anne ARCHAMBAULT
Direction de la législation fiscale (DLF)	M. Christophe POURREAU (Suppléant : M. Eddie KAMOUN)
Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)	M ^{me} Nathalie DUTHEIL M ^{me} Aude MUSCATELLI
Direction de la sécurité sociale (DSS)	M ^{me} Marianne CORNU-PAUCHET (Suppléantes : M ^{me} Céline CAREL et M ^{me} Ursule NGOUANA) M. Nicolas AGNOUX

PIÈCE JOINTE III

Calendrier des réunions du groupe de travail « Perspectives démographiques et financières de la dépendance »

Réunion du 3 février 2011 : Présentation du groupe et discussion du programme de travail, projections démographiques de l'INSEE.

Projections de population France métropolitaine 2007-2060, introduction par Pascale Breuil et Olivier Chardon, INSEE

Réunion du 22 février 2011 : Les perspectives en matière de dépendance : état des lieux des études et enquêtes disponibles

La dépendance, concepts et mesure (introduction par Emmanuelle Cambois, INED)

Les tendances de l'incapacité chez les personnes âgées dans les pays de l'OCDE (introduction par Gaétan Lafortune, OCDE)

Connaissance de la population de personnes âgées dépendantes : mesure administrative, enquêtes en population générale et enquêtes en établissement (introduction par Sylvie Eghbal-Téhérani et Joëlle Chazal, DREES)

Réunion du 16 mars 2011 : Les tendances à long terme d'évolution de la dépendance

L'évolution des espérances de vie sans incapacité en France : une tendance récente moins favorable que dans le passé ? (introduction par Emmanuelle Cambois, INED)

Bilan des exercices antérieurs de projection de population de personnes âgées dépendantes (introduction par Michel Duée, INSEE, et Ronan Mahieu, DREES)

Quelles hypothèses sur les tendances d'évolution à long terme de la dépendance ? (introduction par Cécile Tlili, rapporteur du groupe)

Réunion du 5 avril 2011 : Projections de population de personnes âgées dépendantes, premiers résultats

Projections de dépendance : quelques premiers résultats du modèle Destinie (introduction par Didier Blanchet, INSEE)

Projections de la population de personnes âgées dépendantes au sens de l'APA (introduction par Sylvie Eghbal-Teherani, Aude Lecroart, Isabelle Robert-Bobée et Ronan Mahieu, DREES)

Réunion du 18 mai 2011 : Projections tendanciennes des dépenses liées à la prise en charge de la dépendance

Projection de l'APA par le modèle Destinie (introduction par Claire Marbot et Delphine Roy, INSEE)

Projection des réductions fiscales et des aides au logement (introduction par Grégoire de Lagasnerie, DG Trésor)

Projection des dépenses de dépendance : synthèse (introduction par Catherine Zaidman, DREES)

Réunion du 7 juin 2011 : Examen du projet de rapport du groupe de travail et conclusion des travaux.