



LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE : OÙ EN SOMMES-NOUS ?

NICOLE ROTH *

Le terme de dépendance est apparu en France dans les années 1970 pour caractériser la situation d'une fraction des personnes âgées, celles dont les difficultés de la vie quotidienne rendent le recours à une aide humaine nécessaire. Contrairement aux approches développées dans nombre d'autres pays, la notion de dépendance est, au sein des dispositifs publics, distincte de celle de handicap, qui concerne, quant à elle, les enfants ou les adultes de moins de 60 ans. Les politiques françaises se différencient ainsi de celles menées dans d'autres pays, comme la Suède ou l'Allemagne, par l'existence de dispositifs de prise en charge et de solvabilisation différents avant ou après le seuil d'âge de 60 ans. Même si cette césure est aujourd'hui remise en question par différents rapports récents comme le Rapport du Conseil économique et social¹ et le rapport Briet-Jamet² relatif à la création d'une caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, réflexions qui peuvent à terme conduire à une évolution de la représentation de la « perte d'autonomie³ » dans les politiques sociales, l'angle retenu dans cet article restera limité aux phénomènes de dépendance liés à l'avancée en âge, et donc au seuil conventionnel de 60 ans. En effet, si on dispose actuellement d'outils unifiés pour étudier l'ensemble des situations de perte d'autonomie en s'affranchissant de catégorisations administratives ou de limites d'âge (avec l'enquête Handicaps-incapacité-dépendance), une partie du système d'information découle de l'organisation actuelle

* Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

des politiques publiques. Ainsi, s'agissant, par exemple, du compte de la protection sociale réalisé par la DREES, il est délicat à ce stade de proposer une vision unifiée des politiques publiques qui concernent la perte d'autonomie sans limitation d'âge. À cet égard, on peut renvoyer à l'article de Bechtel et Caussat⁴ pour une discussion sur les difficultés d'une approche unifiée des champs respectifs du handicap et de la dépendance dans le cadre conceptuel actuel du compte de la protection sociale. Cet article montre également la difficulté d'isoler le champ des dépenses relatives à la prise en charge de la dépendance, une partie de ces dépenses étant identifiées au sein de la sphère sociale, alors qu'une autre partie relève actuellement des dépenses prises en charge au sein de la sphère sanitaire (par le biais, notamment, des soins infirmiers dispensés par les infirmiers libéraux ou dans le cadre des services de soins infirmiers à domicile).

Le présent article abordera donc la question de la dépendance en se restreignant à la population âgée de 60 ans ou plus, en examinant successivement différents aspects. En premier seront discutées les questions de définition de la dépendance qui conduisent à en retenir une catégorisation opérationnelle. Ensuite, on fera le point sur la prise en charge de la dépendance en 2004, après la mise en place de l'APA, qui a conduit à une évolution sensible de la prise en charge de la dépendance dans les années récentes. Enfin, on examinera les aspects dynamiques liés aux perspectives démographiques.

LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Quelle définition ?

La dépendance recouvre des réalités variées et l'identification de la population âgée qualifiée de dépendante nécessite certaines conventions. Les maladies et, en particulier, les affections chroniques et les altérations physiques, intellectuelles ou psychiques peuvent entraîner des réductions de capacités ou des incapacités à effectuer les activités de la vie courante. La Loi du 24 janvier 1997 instaurant la Prestation spécifique dépendance (PSD) indiquait que la dépendance est « l'état de la personne qui, *nonobstant* les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie et requiert une surveillance régulière », définition reprise dans des termes proches par la Loi du 20 juillet 2001 instaurant l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Différents indicateurs composites ont été construits afin d'évaluer la dépendance, que ce soit au niveau international ou plus spécifiquement en France, à partir de questions portant sur les activités de la vie quotidienne (les ADL, *Activities of daily living* :

s'habiller, faire sa toilette, aller aux toilettes et les utiliser, se déplacer du lit au fauteuil, se nourrir, contrôler ses selles et ses urines, et les IADL, *Instrumental activities of daily living*, faire ses courses, préparer les repas, entretenir sa maison et son linge, utiliser des moyens de transport, prendre ses médicaments, gérer son budget). Pour chacune des activités, le degré d'aptitude de la personne est relevé avec différents niveaux de capacité. Les indicateurs les plus connus sont les indicateurs de Katz, de Colvez, l'indicateur EHPA ou la grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupes iso-ressources) ; voir, par exemple, Colin et Coutton⁵ pour une présentation détaillée de ces différents indicateurs et l'encadré n° 1 pour la grille AGGIR. Les deux premiers indicateurs appréhendent uniquement la perte d'autonomie physique, les deux autres visent à pallier cette limite. En particulier, l'outil AGGIR retient deux variables qui visent à appréhender l'autonomie mentale et la perte de celle-ci : la « cohérence » (converser ou se comporter de façon logique et sensée) et « l'orientation » (se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux). La grille AGGIR occupe, par ailleurs, un statut particulier, puisque depuis la Loi du 24 juillet 1997, elle est devenue grille nationale d'évaluation de la dépendance en France et détermine l'éligibilité à la PSD puis à l'APA. Elle est également utilisée dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

3

Encadré n° 1

La grille AGGIR

L'outil AGGIR, mis au point par le Syndicat national de gérontologie clinique (Vetel, Leroux, Ducoudray, Prévost) est un outil multidimensionnel de mesure de l'autonomie. Il comprend 10 variables discriminantes :

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

Chaque variable a 3 modalités : A (fait seul, totalement, habitu-

ellement et correctement), B (fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement), C (ne fait pas).

Six groupes iso-ressources (Gir) sont construits à partir de ces items :

- le premier groupe (Gir 1) comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil et ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue des intervenants ;
- le second groupe (Gir 2) est composé de deux sous-groupes : d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités motrices ;
- le troisième groupe (Gir 3) regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle ;
- le quatrième groupe (Gir 4) comprend les personnes qui n'assurent pas seules leur transfert, mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe comprend aussi les personnes qui n'ont pas de problème locomoteur, mais qu'il faut aider pour leurs activités corporelles et les repas ;
- le cinquième groupe (Gir 5) est composé des personnes qui assurent seules leurs déplacements ou activités corporelles, mais qui peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas ou le ménage ;
- le sixième groupe (Gir 6) est composé des personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

L'enquête Handicaps-incapacité-dépendance (voir encadré n° 2) a permis de reconstruire ces différents indicateurs et de montrer que, selon la définition retenue, les estimations du nombre de personnes âgées dépendantes peuvent varier notablement (voir tableau n° 1). Toutefois, ces estimations restent délicates à partir d'une source statistique, qui repose sur les réponses directes des intéressés ou de leurs proches, sans passer par une évaluation par une équipe médico-sociale comme c'est le cas pour une évaluation concrète du groupe iso-ressources (Gir)⁶.

Encadré n° 2**L'enquête Handicaps-incapacités-dépendance (HID)**

D'octobre 1998 à la fin de l'année 2001, l'Insee a réalisé une enquête sur les conséquences des problèmes de santé dans la vie quotidienne des personnes, que celles-ci résident à leur domicile ou en institution. L'enquête de 1998 a ainsi porté sur 15 000 personnes résidant en institution, celle de 1999 s'est adressée à 20 000 personnes vivant en domicile ordinaire, sélectionnées de façon représentative à l'issue d'un questionnaire court administré lors du recensement de 1999 permettant de surreprésenter les personnes présentant un problème de handicap ou de dépendance.

La réalisation de cette enquête a permis de pallier un manque d'information cohérente et générale en France sur les handicaps et la dépendance des personnes âgées, ces notions étant déclinées selon trois dimensions, à savoir :

- les déficiences : les problèmes dans les fonctions organiques ou les structures anatomiques ;
- les limitations d'activité : les difficultés qu'une personne peut éprouver dans l'exécution d'une tâche ;
- les restrictions de participation : les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour s'impliquer dans la vie réelle : scolaire, professionnelle ou sociale.

Outre la mesure du nombre de personnes handicapées ou dépendantes, l'enquête HID permet également d'appréhender les besoins et les aides existantes.

Si l'on compare les différents indicateurs entre eux, pour l'ensemble de la population, résidant soit à domicile, soit en établissement, on constate que ces indicateurs se recouvrent assez largement pour les dépendances les plus lourdes. Par contre, pour les deux indicateurs prenant en compte la dépendance psychique, les différentes grilles ne se recoupent que partiellement pour les personnes présentant une perte d'autonomie mentale : ainsi, si on croise la grille AGGIR et l'indicateur EHPA, il apparaît que 160 000 personnes qui présentent une perte d'autonomie mentale selon l'indicateur EHPA sont classées en équivalent-Gir 5 ou 6, c'est-à-dire non dépendantes.

En 1998-1999, à la date de l'enquête HID, deux-tiers des personnes âgées dépendantes résident à domicile ou en logement-foyer, le tiers restant en établissement (autre que les logements-foyers).

Tableau n° 1
Nombre de personnes âgées dépendantes selon les indicateurs
de Katz, Colvez, EHPA et AGGIR

	Nombre de personnes âgées dépendantes
Katz	
Dépendant pour les 6 ADL	80 000
Dépendant pour au moins 1 ADL	1 255 000
Dépendant pour au moins 2 ADL	697 000
Colvez	
Confiné au lit ou au fauteuil (niveau 1)	225 000
Besoin d'aide pour la toilette et l'habillage (niveau 2)	403 000
Total dépendance physique lourde (niveaux 1 et 2)	628 000
Besoin d'aide pour sortir (niveau 3)	789 000
Total dépendance physique (niveaux 1 à 3)	1 417 000
EHPA	
Dépendance physique lourde et dépendance psychique* (EHPA 11-12)	295 000
Confiné au lit ou au fauteuil ou aidé pour la toilette et l'habillage (dépendance physique lourde) sans dépendance psychique* (EHPA 21-22)	333 000
Total dépendance physique lourde (EHPA 11 à 22)	628 000
Dépendant psychique* sans dépendance physique lourde (EHPA 13-14)	216 000
Total dépendance physique lourde ou dépendance psychique* (EHPA 11 à 22)	844 000
Vesoin d'aide pour sortir, sans dépendance psychique* (EHPA 23)	672 000
Total dépendance (EHPA 11 à 23)	1 516 000
AGGIR	
Équivalents-GIR 1 à 3	532 000
Équivalents-GIR 1 à 4	796 000
Équivalents-GIR 1 à 5	1 186 000

Source : Insee, enquêtes HID 1998-1999, calculs DREES (in Colin, *Revue française des affaires sociales* n° 1-2, 2003).

Le maintien à domicile est plus fréquent pour les personnes les moins dépendantes : il concerne 9 personnes âgées sur 10 en cas de dépendance faible (Gir 4), mais un tiers seulement des plus lourdement dépendants (voir tableau n° 2). On peut cependant noter que, selon ces estimations, un nombre relativement important de personnes âgées non dépendantes résident en établissement, données qu'il sera intéressant de confronter aux résultats de l'enquête auprès des établissements pour personnes âgées actuellement en cours de collecte par la DREES.

Tableau n° 2
Nombre de personnes âgées dépendantes (selon la grille AGGIR)
à domicile ou en établissement

	À domicile (y compris logements-foyers)	En établissements pour personnes âgées (hors logements-foyers)	Proportion à domicile (ou en logements-foyers)
Équivalent-GIR 1	22 000	46 000	32 %
Équivalent-GIR 2	133 000	125 000	52 %
Équivalent-GIR 3	137 000	62 000	69 %
<i>GIR 1 à 3</i>	<i>292 000</i>	<i>233 000</i>	<i>56 %</i>
Équivalent-GIR 4	232 000	31 000	88 %
GIR 1 à 4	524 000	264 000	66 %
Équivalent-GIR 5	346 000	43 000	89 %
Équivalent-GIR 6	10 692 000	156 000	99 %
Ensemble des 60 ans ou plus	11 586 000	480 000	96 %

Note : On utilise ici le terme d'équivalent-GIR, dans la mesure où il s'agit d'une estimation à partir d'une source statistique et non d'une évaluation par une équipe médico-sociale (voir note 5).

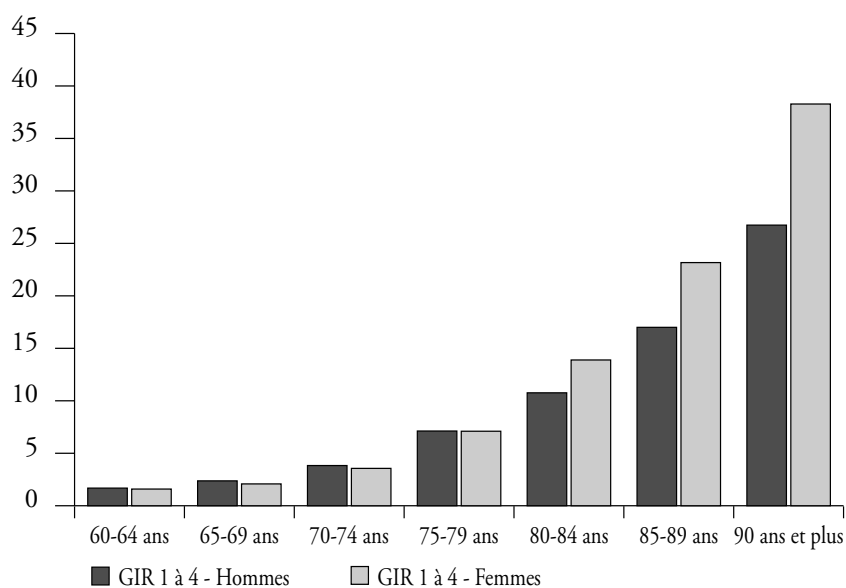
Source : Insee, enquêtes HID 1998 et 1999 ; calculs DREES (in Christel Colin et Vincent Coutton, *Études et résultats* n° 94).

L'enquête HID permet également de mettre en évidence les âges auxquels se manifestent les premiers effets de la dépendance. Avant 80 ans, les incapacités restent relativement rares. Ainsi, si on considère les incapacités les plus fréquentes dans la population âgée, celles relatives au déplacement ou à la réalisation d'efforts, ce sont un peu plus de 5 % des personnes de 60-69 ans qui présentent ce type de difficulté ; ces proportions font plus que doubler pour les 70-79 ans, puis elles triplent pour les 80-89 ans. Globalement, si on considère l'outil AGGIR, ce sont les femmes qui, à âge donné, présentent le plus fort taux de dépendance (voir graphique n° 1).

Si la grille AGGIR constitue depuis 1997 l'outil national d'évaluation de l'éligibilité à la PSD d'abord, à l'APA ensuite, certaines questions restent cependant posées : d'abord, au plan théorique, les différentes dimensions de la dépendance sont-elles correctement appréhendées, notamment celles concernant les pertes d'autonomie mentale ?

Ensuite, l'outil AGGIR est un outil qui permet de déterminer l'éligibilité ou non à la prestation : comme tout outil, il définit ainsi un certain seuil, ce qui ne signifie pas, par ailleurs, que les personnes classées sous ce seuil n'ont aucune incapacité ou restriction d'activité, ou qu'elles n'ont besoin d'aucune aide. De fait, comme le souligne le rapport du Comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie remis au Parlement en mars 2003, l'outil AGGIR permet simplement de construire un indicateur commode qui résume une

Graphique n° 1
Taux de prévalence par sexe et âge des personnes âgées dépendantes selon la grille AGGIR



Source : Insee, enquête HID 1998-1999, calculs DREES (in Bontout, Colin et Kerjosse, *Études et résultats* n° 160, 2002).

situation complexe et qui détermine l'éligibilité à l'APA, mais qui ne suffit pas, à lui seul, à élaborer un plan d'aide personnalisé prenant en compte l'ensemble des dimensions sanitaires et sociales de la personne âgée.

Enfin, sur un autre plan, comme pour tout outil, il n'est pas exclu que les conditions concrètes de sa mise en œuvre sur le terrain ne conduisent à des divergences, en fonction notamment des différents modes d'organisation mis en place par les départements.

Les inégalités sociales en matière de dépendance

Le poids des facteurs sociaux dans la survenue des restrictions d'activités...

La dépendance, en tant que situation résultant de maladies ou d'affections invalidantes, donne lieu à des disparités selon la position qu'occupent les personnes dans l'échelle sociale, ces différences sociales jouant de façon générale pour de nombreuses dimensions de la santé ou du handicap et se retrouvant logiquement dans le domaine de la dépendance. En particulier, la probabilité de connaître des limitations

fonctionnelles ou des restrictions sévères d'activité dépend du milieu social. Une étude récente de Cambois et Robine⁷ met en évidence l'impact des critères sociaux pour les personnes âgées de 55 ans ou plus, ces critères sociaux étant appréhendés par la catégorie sociale (CS) ou par le niveau d'instruction. Cette étude confirme d'abord les écarts importants entre CS (ou entre niveaux d'instruction) face aux limitations fonctionnelles ou aux restrictions sévères d'activité pour les soins personnels (avoir beaucoup de difficultés ou avoir besoin d'aide pour faire sa toilette ou s'habiller ou se nourrir ou bien utiliser les toilettes ou encore se coucher ou se lever du lit). Ainsi, y compris lorsque l'on tient compte de la structure par âge qui différencie les catégories sociales, le risque de connaître des problèmes fonctionnels est 1,5 fois plus élevé pour les hommes ouvriers (51 %) que pour les cadres (33 %). Parallèlement, le risque de rencontrer des restrictions sévères d'activité pour les soins personnels est trois fois plus élevé pour les hommes ouvriers (13 %) que pour les cadres (4 %). On observe également ce type de situation pour les femmes selon la CS, ainsi que des écarts entre hommes et femmes, à CS identique, avec toutefois une difficulté d'interprétation pour cet indicateur concernant les femmes qui décrit pour ces dernières soit leur propre CS lorsqu'elles travaillent ou ont travaillé, soit celle de leur conjoint pour celles n'ayant jamais travaillé.

Cette étude permet également de décomposer les différents effets dans le processus qui conduit à une situation de dépendance, ces effets étant relatifs, d'une part à l'apparition de limitations fonctionnelles, et d'autre part, à leurs conséquences en termes de restrictions d'activité. Ainsi, dans un modèle contrôlant l'effet des limitations fonctionnelles, ainsi que l'effet de l'âge et du sexe, il apparaît que la probabilité de déclarer des restrictions sévères d'activité est moins importante pour les cadres que pour les autres CS. On observe également des différences d'apparition des limitations fonctionnelles, à âge et sexe donnés. Ainsi, si les cadres déclarent moins de restrictions sévères d'activités, c'est à la fois parce qu'ils sont moins touchés par les limitations fonctionnelles, mais aussi parce qu'ils ont un risque moindre que celles-ci s'accompagnent de restrictions d'activité.

Enfin, les auteurs notent que si on introduit simultanément la CS et le niveau d'instruction dans le modèle, la plupart des différences entre CS face au risque de restriction d'activité disparaissent (à âge et problèmes fonctionnels équivalents), ce qui suggère que ce sont plus les facteurs liés au niveau de vie ou à l'accès à l'information qui sont déterminants que ceux liés aux professions et aux conditions de travail présentes ou passées, même si celles-ci continuent de jouer sur les risques d'exposition aux problèmes fonctionnels.

... et dans les choix entre institutionnalisation et prise en charge à domicile

Les différences sociales interviennent également sur d'autres aspects de la dépendance, notamment sur les choix opérés en matière de prise en charge, à domicile ou en établissement. À partir de l'enquête HID, Désesquelles et Brouard⁸ ont ainsi mis en évidence l'importance des facteurs familiaux sur la probabilité pour les personnes dépendantes de recourir à une prise en charge en établissement. Dans un modèle contrôlant l'effet du sexe, de l'âge et la situation de dépendance, les auteurs montrent le rôle déterminant joué par la situation conjugale : toutes choses égales par ailleurs, les personnes vivant en couple ont un risque 10 fois moindre de résider en établissement que les personnes seules. Avoir des enfants favorise également le maintien à domicile, qu'il s'agisse de garçons ou de filles (le maintien à domicile est cependant légèrement plus probable lorsque l'un au moins des enfants est une fille). La catégorie sociale (dernière CS de la personne interrogée ou de son conjoint) joue également un rôle important, mais avec des effets complexes qui semblent mêler deux logiques, une logique de statut (ancien salarié ou ancien indépendant) et une logique économique. Ainsi, les catégories sociales les moins aisées (ouvriers, employés, professions intermédiaires) présentent un risque plus élevé de vivre en institution, toutes choses égales par ailleurs. Les anciens indépendants et surtout les anciens agriculteurs sont dans une situation inverse : à niveau de dépendance et situation familiale donnés, ils présentent la plus faible probabilité de résider en institution, ce qui peut s'expliquer par l'existence de solidarités de proximité plus développées. Les cadres sont dans une situation intermédiaire entre ces deux catégories. Enfin, on peut noter l'existence d'un effet « âge » qui demeure, l'ensemble des autres facteurs étant contrôlés : cet effet peut découler de l'existence d'autres variables non prises en compte dans le modèle (par exemple le niveau de revenus). À ce stade, on ne peut pas non plus exclure un effet génération, qui resterait à confirmer.

LA PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE DE LA DÉPENDANCE : LE POINT DÉBUT 2004

La montée en charge de l'APA

Les 10 dernières années ont été marquées par de fortes évolutions concernant la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Une des orientations majeures a été de favoriser le maintien des personnes âgées à domicile, en développant des aides financières permettant de financer une aide humaine. Jusqu'en 1997, l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) a ainsi constitué la principale prestation

destinée aux personnes âgées à domicile. Cette prestation, destinée initialement aux personnes handicapées était, en fait, versée majoritairement aux personnes âgées (en 1996, sur les 289 000 bénéficiaires de l'ACTP, 70 % avaient plus de 60 ans). À partir de 1997, la PSD se substitue progressivement à l'ACTP : contrairement à cette dernière, le législateur a fait pour cette nouvelle prestation le choix d'une aide en nature, dont le montant sert à hauteur de 90 % à financer des heures d'aide à domicile (seuls 10 % pouvant servir à d'autres usages : aides techniques, aménagement du logement...). La PSD était une prestation d'aide sociale attribuée de façon dégressive, réservée aux personnes sous un certain plafond de revenus et récupérable sur succession. Surtout, elle était réservée aux personnes âgées dépendantes de Gir 1 à 3. La PSD a fait l'objet de nombreuses critiques, tenant notamment aux disparités locales constatées dans sa mise en œuvre. L'APA qui s'est ensuite substituée à la PSD a été étendue aux personnes moins dépendantes classés en Gir 4, ce qui a conduit à une forte évolution des bénéficiaires de la prestation (début 2004, 45 % des bénéficiaires de la prestation sont classés en Gir 4). Par ailleurs, l'APA, qui reste une aide en nature, devient une prestation versée sans condition de ressources, même si son montant est modulé selon le niveau de ressources et des barèmes plafonds sont établis au niveau national, en fonction du niveau de dépendance. La définition des plans d'aide se fait, quant à elle, par les équipes médico-sociales dépendant des conseils généraux. Enfin, l'APA est financée en partie par les départements et en partie par l'État au travers du Fonds de financement pour l'APA (FFAPA).

La mise en place de l'APA à partir de 2002 a conduit à une augmentation spectaculaire du nombre de personnes âgées bénéficiant d'une prise en charge de la dépendance. Ainsi le nombre de personnes âgées bénéficiant d'une prestation dépendance *stricto sensu* (APA, PSD ou ACTP) a augmenté de 280 % entre décembre 2001 et décembre 2002 (voir tableau n° 3) ; cette augmentation est de 200 % si on inclut les aides ménagères versées par les départements, dont une partie s'est reportée sur l'APA en raison de l'ouverture de cette prestation aux personnes de Gir 4. Parallèlement, les aides ménagères versées par les caisses de retraite se sont cependant repliées de 23 % en deux ans (concernant plus de 600 000 personnes fin 2001 et de l'ordre de 470 000 personnes fin 2003). Ces aides des caisses de retraite se sont par ailleurs recentrées sur les personnes âgées non dépendantes (un tiers de Gir 5, deux tiers de Gir 6).

La montée en charge de l'APA s'est faite à un rythme très soutenu depuis sa mise en place début 2002. Les données récentes montrent cependant un ralentissement graduel de cette montée en charge, avec un taux d'évolution de 2,6 % au premier trimestre 2004, puis de 1,6 % au second trimestre 2004 (voir tableau n° 4).

Tableau n° 3
Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale des départements

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003 (e)
Aides aux personnes âgées dépendantes	166 400	179 300	188 000	200 000	203 100	198 000	190 700	169 700	168 500	174 000	658 800	797 000
dont :												
ACTP 60 ans ou plus	166 400	179 300	188 000	200 000	203 100	175 000	104 700	62 700	43 200	27 300	21 400	21 000
PSD						23 000	86 000	107 000	125 300	146 700	37 100	8 000
APA											600 300	768 000
Autres aides aux personnes âgées	234 920	227 470	226 250	220 890	211 900	204 810	197 430	186 620	178 040	175 010	159 900	154 950
dont :												
Aides ménagères	101 000	94 100	90 300	86 900	80 900	75 400	71 400	64 800	59 800	57 200	46 000	36 100
Accueil en établissement au titre de l'ASH	133 500	132 900	135 300	133 300	130 300	128 700	125 200	120 900	117 300	116 800	112 900	117 800
Accueil auprès de particuliers	420	470	650	690	700	710	830	920	940	1 010	1 000	1 050
Ensemble	401 320	406 770	414 250	420 890	415 000	402 810	388 130	356 320	346 540	349 010	818 700	951 950
Taux d'évolution des aides aux personnes âgées dépendantes		8 %	5 %	6 %	2 %	-3 %	-4 %	-11 %	-1 %	3 %	279 %	21 %
Taux d'évolution des aides aux personnes âgées dépendantes et des aides ménagères		2 %	2 %	3 %	-1 %	-4 %	-4 %	-11 %	-3 %	1 %	205 %	18 %

Note : données reconstituées à partir des publications annuelles de la DREES (voir pour la dernière année disponible Baudier-Lorin, *Études et résultats* n° 332, 2004).
Source : DREES, enquête annuelle sur l'aide sociale des conseils généraux.

Tableau n° 4
Montée en charge de l'APA jusqu'au 2^{ème} trimestre 2004

	Nombre de bénéficiaires	Taux d'évolution trimestriel
31/03/2002	131 000	
30/06/2002	299 000	128 %
30/09/2002	469 000	57 %
31/12/2002	605 000	29 %
31/03/2003	670 000	11 %
30/06/2003	723 000	8 %
30/09/2003	758 000	5 %
31/12/2003	792 000	4 %
31/03/2004	812 000	3 %
30/06/2004	828 000	2 %

Source : enquête trimestrielle de la DREES auprès des conseils généraux (voir pour le dernier trimestre disponible, Perben, *Études et résultats* n° 343, 2004).

Les bénéficiaires de l'APA : principales caractéristiques

Fin juin 2004, d'après l'enquête trimestrielle de la DREES⁹, on dénombre 828 000 bénéficiaires de l'APA, vivant à leur domicile ou en établissement. La majorité d'entre eux (58 %) vivent à leur domicile. Parmi l'ensemble des bénéficiaires de la prestation, la proportion de personnes faiblement dépendantes (Gir 4) se stabilise autour de 45 %. Cette proportion est plus élevée à domicile (53 %) qu'en établissement (26 %). À l'opposé, 16 % des bénéficiaires hébergés en établissement présentent une dépendance sévère (Gir 1), contre 3 % de ceux qui résident à leur domicile.

Les bénéficiaires de l'APA sont en moyenne très âgés : 83 % d'entre eux ont plus de 75 ans (88 % de ceux qui résident en établissement, 81 % de ceux qui résident à leur domicile). Les poids respectifs des différentes tranches d'âge diffèrent selon le mode d'hébergement : les plus de 85 ans représentent 60 % des bénéficiaires en établissement contre 38 % de ceux qui vivent à domicile. Que ce soit à domicile ou en établissement, les trois-quarts des bénéficiaires de l'APA sont des femmes.

À domicile, le montant moyen du plan d'aide est d'environ 490 € par mois. Ce montant varie avec le niveau de dépendance : il est 2,5 fois plus élevé pour les personnes les plus dépendantes classées en Gir 4 (860 € en moyenne) que pour les personnes faiblement dépendantes en Gir 4 (350 € en moyenne). En établissement, le montant mensuel moyen d'APA est de 378 € fin mars 2004, ce qui correspond à une prise en charge moyenne du tarif dépendance de 68 %. Ce taux de prise en charge est plus élevé pour les personnes les plus dépendantes : 72 % pour

les personnes âgées relevant des Gir 1 ou 2, contre 58 % pour celles évaluées en Gir 3 ou 4 (il faut toutefois rappeler que ce taux de prise en charge ne s'applique qu'au tarif dépendance et non pas à l'ensemble du coût lié à l'hébergement en établissement).

*Une analyse des plans d'aide pour les bénéficiaires de l'APA
à domicile*

Dans un souci d'homogénéisation des prestations de l'APA sur l'ensemble des départements, le législateur a établi des plafonds d'aides qui s'appliquent aux personnes vivant à domicile éligibles à la prestation, avec une différenciation de ces plafonds en fonction du niveau de dépendance mesuré par l'outil AGGIR (en établissement, les montants pris en charge par l'APA sont également modulés en fonction du niveau de dépendance, mais de façon moins fine puisque seuls sont distingués les Gir 1 et 2, d'une part, et 3 et 4, d'autre part). Cela étant, à domicile, ces montants plafonds ne sont pas nécessairement atteints : lors de l'évaluation de la personne par l'équipe médico-sociale, le plan d'aide est établi en fonction des besoins et des aides nécessaires au maintien à domicile ; ce plan d'aide est ensuite valorisé en fonction des barèmes en vigueur dans le département, puis notifié aux demandeurs, qui utilisent ensuite la prestation pour rémunérer les aides humaines dont ces personnes ont besoin. Une enquête de la DREES menée fin 2002 auprès d'un échantillon représentatif de bénéficiaires, dans 18 départements, permet d'analyser l'utilisation de ces plans d'aide et le volume d'aides humaines qui sont effectivement consommées¹⁰.

Le nombre moyen d'heures consommées, en novembre 2002, s'établit ainsi à 43 heures pour l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, avec une gradation en fonction du niveau de dépendance, de 28 heures en moyenne par mois pour les personnes faiblement dépendantes (Gir 4) à 73 heures mensuelles en moyenne pour les plus dépendantes (Gir 1). Ces moyennes cachent de fortes dispersions, comme en témoigne le tableau n° 5. Ainsi par exemple, pour les personnes classées en Gir 2, 20 % bénéficient de moins d'une heure par jour en moyenne, 38 % de moins de deux heures par jour et 42 % ont une aide quotidienne qui excède deux heures en moyenne. On voit donc que si la grille AGGIR repose sur une certaine standardisation en termes de niveau de dépendance, il demeure une forte variabilité des besoins tels qu'ils ressortent de l'évaluation par les équipes médico-sociales et des « pratiques » des bénéficiaires (dont une partie peut, par ailleurs, être contrainte par l'offre de services). Cette variabilité provient notamment de la possibilité de mobiliser par ailleurs des aides informelles, du conjoint en particulier qui ne peut être rémunéré par l'allocation, mais aussi d'autres facteurs pouvant expliquer des différences de besoins à groupe iso-ressources donné.

Tableau n° 5
Nombre moyen d'heures d'aide consommées par les bénéficiaires
de l'APA à domicile et répartition du nombre d'heures
selon le niveau de dépendance

	Gir 1	Gir 2	Gir 3	Gir 4	Ensemble
Nombre d'heures moyen	73	59	45	28	43
Répartition du nombre d'heures consommées					
(en %) de 1 à 15 heures (moins d'une 1/2 heure par jour)	3	4	5	15	9
de 16 à 31 heures (entre une 1/2 heure et une heure par jour)	12	16	26	53	34
de 32 à 62 heures (entre une heure et deux heures par jour)	22	38	49	31	37
63 heures et plus (plus de deux heures par jour)	63	42	20	1	20
Total	100	100	100	100	100

Lecture : les bénéficiaires de Gir 1 dont le plan d'aide prévoit l'intervention d'une tierce personne à domicile, ont consommé, en moyenne, en novembre 2002, 73 heures d'aides à domicile.

Parmi l'ensemble des bénéficiaires de Gir 1 dont le plan d'aide prévoit l'intervention d'une tierce personne à domicile, 63 % ont consommé, en novembre 2002, plus de 62 heures d'aides à domicile.

Source : enquête de la DREES auprès des bénéficiaires de l'APA (in Corinne Mette, *Études et résultats*, n° 293, 2003).

Les aidants rémunérés par l'APA

Les heures à domicile rémunérées au titre de l'APA peuvent être assurées par différents types d'intervenants : il peut s'agir d'une aide à domicile professionnelle (dans le cadre de services prestataires, mandataires ou du gré à gré) ou d'une personne de l'entourage familial (à l'exception du conjoint) ou amical. La très large majorité des personnes mobilisent une aide professionnelle (92 %), que ce soit à titre exclusif (89 %) ou de façon mixte (3 % des bénéficiaires combinent une aide professionnelle et une aide par une personne de l'entourage).

Le volume de l'aide utilisé dépend du niveau de dépendance, mais aussi du type d'intervenant rémunéré par l'APA : ainsi, les personnes qui rémunèrent une personne de leur entourage qui vit dans le même logement déclarent davantage d'heures d'aide que dans le cas d'une aide professionnelle ou d'une personne de l'entourage ne résidant pas avec le bénéficiaire de l'APA. Ce constat se vérifie également à niveau de dépendance donné. De même, s'agissant du type de services utilisés par les bénéficiaires de l'APA, on constate que ce sont les personnes les plus dépendantes classées en Gir 1 qui recourent le plus au gré à gré, alors que les personnes les moins dépendantes classées en Gir 4 sont celles qui recourent le moins au gré à gré et le plus aux services prestataires (voir tableau n° 6). Ce résultat est quelque peu paradoxal, dans la mesure où

le dispositif visait plutôt à favoriser le recours aux services prestataires dans les cas de perte d'autonomie les plus importants. Il s'explique cependant, en partie, par des différences de structure familiale : environ un quart des bénéficiaires de l'APA en Gir 1 ou 2 vivent seules, contre le double pour les personnes moins dépendantes en Gir 3 et 4, ce qui peut expliquer le recours accru des premières à une personne de l'entourage.

Tableau n° 6
Répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile selon le type de services d'aides en fonction du niveau de dépendance

	Type de services d'aides à domicile usité en novembre 2002				Total
	Un service prestataire	Un service mandataire	Le gré à gré	Plusieurs services	
Gir 1	44	13	29	14	100
Gir 2	47	19	25	9	100
Gir 3	53	16	23	7	100
Gir 4	63	15	19	4	100
Ensemble	55	16	22	7	100

Source : enquête de la DREES auprès des bénéficiaires de l'APA (in Corinne Mette, *Études et résultats* n° 293, 2003).

Les personnes rémunérées au titre de l'APA interviennent pour des tâches multiples et variées : ainsi d'après l'enquête de la DREES, 9 bénéficiaires de l'APA sur 10 sont aidés pour le ménage ou la vaisselle, 4 sur 10 le sont pour les courses ou la préparation de repas, 3 sur 10 pour la toilette, l'habillage ou la prise des repas ; les aides pour se lever ou se coucher ou se déplacer à l'intérieur du logement sont moins fréquentes et concernent moins de 2 bénéficiaires sur 10.

Quoi qu'il en soit, l'importance du recours aux aides rémunérées, et leur développement, suite à la mise en place de l'APA, pose la question de la professionnalisation de ces intervenants.

Les professionnels qui interviennent dans le cadre de l'aide à domicile auprès des personnes âgées dépendantes constituent toutefois une population difficile à quantifier et à caractériser. En effet, les sources statistiques actuelles retracent, d'une part, l'ensemble des intervenants à domicile, dans le cadre des emplois familiaux déclarés¹¹, soit un champ beaucoup plus large que celui intervenant auprès des seules personnes âgées dépendantes. D'autre part, on dispose d'informations plus détaillées sur un sous-champ de ces professionnels, à partir d'enquêtes auprès des services d'aide à domicile qui ont reçu un agrément qualité et qui sont donc habilités à intervenir auprès des publics fragilisés¹²

(enquête SAPAD-Structures 1999). Ainsi, fin 1999, on dénombre un peu moins de 200 000 personnes intervenant dans le cadre de l'aide à domicile par le biais de ces structures agréées. Ce secteur se caractérise par une très forte féminisation et un faible niveau de qualification, y compris parmi les intervenants les plus jeunes employés par ces services. L'âge moyen est plus élevé pour les intervenants de l'aide à domicile que pour l'ensemble de la population active féminine ; les recrutements massifs au sein de cette profession, qui ont conduit à un fort accroissement des effectifs dans les années récentes n'ont pas concerné les classes d'âges les plus jeunes. S'agissant des durées travaillées, le secteur reste caractérisé par une forte prédominance de personnes exerçant à temps partiel ou très partiel¹³ au sein de la structure qui les emploie (en moyenne 70 heures par mois, mais un quart déclare travailler moins de 27 heures par mois).

Enfin, les aides aux personnes âgées à domicile relèvent également de la sphère sanitaire, par le biais des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ainsi que de l'activité des infirmières libérales. Une partie de la prise en charge de dépendance, délicate à quantifier, relève donc du champ de l'assurance maladie.

L'importance de l'aide informelle

Indépendamment de l'aide formelle (assurée par des professionnels de l'aide à domicile ou par des proches rémunérés par l'APA ou la PSD auparavant), l'aide informelle, réalisée à titre bénévole par les proches ou l'entourage de la personne âgée, constitue une dimension importante de la prise en charge de la dépendance. Les études dont on dispose actuellement ne permettent pas d'évaluer les combinaisons ou substitutions entre ces deux types d'aides, formelle et informelle, depuis la montée en charge de l'APA, qui en contribuant de façon sensible à la solvabilisation de l'aide formelle, a pu faire évoluer les choses. Si on se réfère aux études antérieures à la mise en place de l'APA, toutes montrent l'importance prépondérante de l'aide non rémunérée dite informelle.

Dans son étude menée à partir de l'enquête Services à domicile (1996), Breuil-Genier¹⁴ analyse les déterminants du recours à une aide formelle ou informelle et de l'ampleur de ces aides. D'abord, en termes de volume global d'aide, deux facteurs jouent un rôle déterminant, le niveau de dépendance d'une part et la structure du ménage dans lequel vit la personne âgée dépendante d'autre part, alors que les facteurs économiques ont peu d'impact. Les personnes âgées qui vivent avec un enfant ou d'autres membres de leur famille bénéficient ainsi d'une aide informelle plus importante que les personnes vivant en couple ou de façon isolée. Ce lien ne s'interprète cependant pas aisément en termes de causalité, dans la mesure où

il est probable que la cohabitation avec des enfants ou d'autres membres de la famille peut être une conséquence même de l'état de dépendance. Ensuite, l'aide informelle apparaît beaucoup plus développée que l'aide formelle : qu'il s'agisse de dépendance sévère ou modérée, plus de 80 % des personnes dépendantes recourent à une aide informelle, dont les deux-tiers de façon exclusive. En volume, le nombre d'heures d'aide informelle apparaît 3 fois plus élevé que celui de l'aide formelle pour les personnes présentant une dépendance modérée.

L'étude de Dutheil¹⁵ montre également, sur un champ élargi à l'ensemble des personnes âgées, l'importance du recours à des aidants formels ou informels : quel que soit le niveau de dépendance, les personnes âgées recourent massivement à des aides humaines : 100 % des personnes dépendantes (Gir 1 à 4), mais aussi plus de 90 % de celles qui sont classées en Gir 5 et 20 % de celles qui sont classées en Gir 6 (non dépendantes au sens de la grille AGGIR). Même pour les personnes peu ou pas dépendantes (Gir 5 et 6), le recours à une aide croît fortement avec l'âge, de 10 % pour les 60-64 ans à plus de 75 % pour les 90 ans ou plus.

La moitié des aidants principaux dans le cadre de l'aide informelle sont le conjoint de la personne dépendante et un tiers des enfants. L'aidant principal est une femme, 6 fois sur 10 quand c'est le conjoint, 7 fois sur 10 quand c'est un enfant. L'âge moyen de l'aidant principal est de 70 ans quand il s'agit du conjoint, 51 ans quand il s'agit d'un enfant.

Dans l'étude citée, Dutheil analyse les conséquences physiques, psychologiques, émotionnelles, sociales et financières supportées par les aidants des personnes âgées dépendantes (qualifiées de *burden* des aidants). S'agissant des conséquences du rôle des aidants sur leur vie personnelle, pour l'ensemble des personnes âgées, près de 85 % des aidants principaux déclarent que leur rôle n'a pas ou a peu d'incidence sur la liberté qu'ils ont de sortir au cours de la journée (40 % pour la possibilité de partir quelques jours en vacances). Les aidants des personnes âgées les plus dépendantes déclarent plus fréquemment l'existence de contraintes : seulement 45 % des aidants de personnes en Gir 1 à 3 déclarent que leur rôle a peu d'incidence sur leur liberté de sortir en cours de journée (contre 85 % pour l'ensemble). De même, s'agissant de la possibilité de partir quelques jours en vacances, 40 % des aidants déclarent des contraintes pour l'ensemble des personnes âgées et 65 % pour les niveaux de Gir 1 à 3. Ces résultats montrent ainsi l'enjeu que peut constituer la mise en place de structures temporaires d'accueil des personnes âgées dépendantes, afin de permettre aux aidants de conserver des moments de liberté.

LES PERSPECTIVES

La France, comme l'ensemble des pays développés, est confrontée au vieillissement de sa population. Dans ses dernières projections de population, réactualisées après le recensement de 1999, l'Insee note que, en raison de la hausse tendancielle de l'espérance de vie, ce vieillissement est inéluctable. Si l'on raisonne en termes de structure par âge, ce vieillissement a cependant été freiné dans un premier temps par le baby-boom qui s'est traduit par un élargissement de la pyramide des âges à sa base, puis ce vieillissement devrait retrouver son rythme « normal » lié à l'allongement de l'espérance de vie au fur et à mesure que les baby-boomers vieillissent à leur tour et atteignent les âges élevés. Si l'on raisonne en termes d'effectifs de personnes âgées - de 60 ans ou plus ou de 75 ans ou plus -, et non plus en termes de part de ces classes d'âge dans l'ensemble de la population, les évolutions passées et futures sont spectaculaires, et elles le sont d'autant plus que l'on se rapproche du haut de la pyramide des âges.

Ainsi, entre 1950 et 2000, d'après les publications de l'Insee¹⁶, le nombre de personnes âgées d'au moins 60 ans est passé de 6,7 millions à 12,1 millions, soit une augmentation de 5,4 millions. Au cours des 50 prochaines années, le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera de 9 millions de personnes selon une hypothèse de mortalité haute et de 12 millions selon une hypothèse de mortalité basse. La croissance du nombre de personnes âgées est encore plus spectaculaire si on se rapproche du haut de la pyramide des âges : selon le scénario central, l'effectif des plus de 75 ans passera de 4,2 à 11,6 millions entre 2000 et 2050 et celui des plus de 85 ans de 1,3 à 4,8 millions. En 2050, l'effectif des 60 ans ou plus sera le double de celui de 2000, celui des 75 ans ou plus le triple et celui des 85 ans ou plus quadruple.

Ces évolutions concernant les populations âgées ou très âgées ne signifient pas que la dépendance augmentera dans les mêmes proportions, comme le montrent Bontout, Colin et Kerjose¹⁷. Si l'on se tourne vers le passé, on constate en effet qu'au cours de la décennie 1990-1999, une baisse de la prévalence de la dépendance physique lourde (au sens du besoin d'aide pour se lever, s'habiller ou se laver) : le rythme de diminution de cette dépendance physique lourde a ainsi été plus rapide entre 1990 et 1999 que les gains d'espérance de vie, ce qui signifie une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité (physique lourde). En revanche, les perspectives concernant la dépendance psychique sont plus délicates à modéliser, compte tenu des données disponibles.

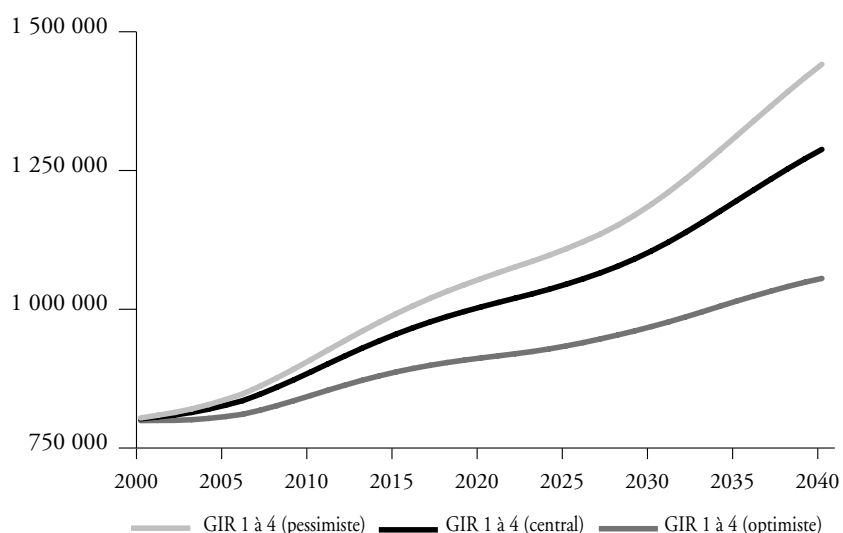
À partir des projections de populations de l'Insee, ces constatations permettent d'élaborer différents scénarios pour les évolutions à venir.

- La DREES a retenu 3 hypothèses de projections :
- un scénario, dit pessimiste, dans lequel on suppose que les gains d'espérance de vie sans dépendance évoluent de façon parallèle à l'espérance de vie générale (hypothèse où le temps passé en dépendance serait stable) ;
 - un scénario, dit optimiste, dans lequel on suppose que les proportions de personnes âgées dépendantes à chaque âge vont continuer de diminuer à un rythme comparable à celui observé sur la décennie 1990 ;
 - un scénario, dit central, qui fait la moyenne des 2 précédents.

Ces 3 scénarios conduisent à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes de 60 ans ou plus au cours des 40 années à venir, augmentation irrégulière dans le temps, car très liée aux mouvements démographiques et au passage des différentes générations dans les classes d'âge où la dépendance devient importante (voir graphique n° 2). Ainsi entre 2000 et 2020, selon le scénario central, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait augmenter de + 23 % (+ 31 % selon l'hypothèse pessimiste, + 14 % selon l'hypothèse optimiste), puis de 25 % entre 2020 et 2040.

20

Graphique n° 2
Projection du nombre de personnes âgées dépendantes
(au sens de la grille AGGIR) selon 3 scénarios



Source : Insee, enquête HID 1998-1999, calculs DREES (in Bontout, Colin et Kerjosse, *Études et résultats* n° 160, 2002).



Ces projections ont, par ailleurs, été mises en regard avec les évolutions démographiques à venir concernant les aidants informels potentiels, tels qu'ils ressortent de l'enquête HID en 1998-1999, soit les personnes âgées de 50 à 79 ans (voir ci-dessus pour l'aide informelle). L'augmentation de ces aidants potentiels est largement en-deçà des augmentations projetées de personnes âgées dépendantes, ce qui pose la question d'une prise en charge accrue par des professionnels dans l'avenir, avec la nécessité de mettre en regard une offre de services correspondante, dans le cadre du maintien à domicile ou en établissement.

Au vu des évolutions démographiques passées et à venir, la dépendance des personnes âgées apparaît ainsi comme un enjeu majeur, qui pose un certain nombre de questions quant à leur prise en charge. Il pose notamment la question de l'articulation entre la sphère sanitaire et la sphère sociale, les questions d'organisation au niveau territorial et de structuration d'une offre diversifiée (en établissements, permettant le maintien à domicile ou des formules intermédiaires permettant un accueil temporaire) répondant aux besoins et aux souhaits des personnes et des familles concernées. Les questions de qualité et de professionnalisation sont également posées, tant pour ce qui concerne l'accueil en établissement que pour la prise en charge par des intervenants à domicile. On peut, en amont également, s'interroger sur la mesure même de la dépendance et sur son protocole d'évaluation, s'agissant en particulier de la reconnaissance de certaines déficiences d'ordre psychique ou intellectuel, mais aussi en termes d'uniformité d'application de la grille d'évaluation sur l'ensemble du territoire. Enfin, outre le rôle des acteurs institutionnels, on peut s'interroger sur le rôle de l'assurance privée, relativement peu développé actuellement, même dans les pays où les prestations publiques sont de moindre importance.

NOTES

1. Maurice Bonnet, Rapport du Conseil économique et social (mars 2003), « Pour une prise en charge collective, quel que soit leur âge, des personnes en situation de handicap ».
2. Raoul Briet et Pierre Jamet (juillet 2004), Rapport au Premier ministre « Mission de préfiguration de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ».
3. Le terme de « perte d'autonomie » est apparu récemment afin de proposer un concept homogène pour rassembler le champ du handicap et celui de la dépendance. Il doit dans ce contexte être entendu de façon large, et non pas dans son acception plus stricte, où le terme d'autonomie correspondrait à la faculté de se

gouverner seul et de décider soi-même, les différentes activités pouvant ensuite être réalisées avec ou sans l'aide d'une tierce personne.

4. Julien Bechtel et Laurent Caussat, DREES, *Solidarité-Santé* n° 1 (2004), « Une tentative de compte social de la perte d'autonomie ».

5. Christel Colin et Vincent Coutton, DREES, *Études et résultats* n°94 (décembre 2000), « Le nombre de personnes âgées dépendantes ».

6. Comme le souligne Colin et Coutton, il y a deux limites dans l'utilisation d'HID pour évaluer les groupes Gir : comparativement à l'outil AGGIR, dans HID, la dimension temporelle, *faire habituellement ou non*, est souvent absente du questionnaire ; la dimension *faire correctement* est également absente, mais remplacée par *faire avec ou sans aide et faire avec ou sans difficultés*. Ces écarts de questionnement peuvent induire un écart portant sur le nombre de personnes classées en Gir 4, qui peut être multiplié par 1,5 par rapport à l'estimation initiale avec un autre choix de codification.

7. Emmanuelle Cambois et Jean-Marie Robine, DREES, *Études et résultats* n° 295 (mars 2004), « Problèmes fonctionnels et incapacités chez les plus de 55 ans : des différences marquées selon les professions et le milieu social ».

8. Aline Désesquelles et Nicolas Brouard, Ined, *Population* n°58 (2003), « Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution ».

9. Roselyne Kerjosse, DREES, *Études et résultats* n° 321 (juin 2004), « L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2004 ».

10. Corinne Mette, DREES, *Études et résultats* n° 293 (février 2004), « Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : une analyse des plans d'aide ».

11. Saïd Adjerad, DARES, *Premières informations* n°43.2 (octobre 2002), « Les emplois familiaux et les organismes de services aux personnes en 2001 ».

12. Sophie Bressé, DREES, *Études et résultats* n° 297 (mars 2004), « Le personnel des services d'aide à domicile en 1999 ».

13. Ces chiffres sont cependant à relativiser, compte tenu du fait que ces personnes peuvent exercer auprès de plusieurs employeurs.

14. Pascale Breuil-Genier, Insee, *Économie & statistique* n°6/7 (1998), « Aides aux personnes âgées dépendantes : la famille intervient plus que les professionnels ».

15. Nathalie Dutheil, DREES, *Études et Résultats* n° 142 (novembre 2001), « Les aides et les aidants des personnes âgées ».

16. Chantal Brutel, Insee, *Économie & statistique* n°355-356 (2002), « La population de la France métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable ».

17. Olivier Bontout, Christel Colin et Roselyne Kerjosse, DREES, *Études et résultats* n°160 (février 2002), « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 ».

Voir aussi : Michel Duée et Cyril Rebillard, Insee, Document de travail G2004/02, « La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme ».