

# IMPACT DU VIEILLISSEMENT SUR LE RECOURS À L'APA EN ÎLE-DE-FRANCE

ENJEUX DÉPARTEMENTAUX À L'HORIZON 2040



JUIN 2017

2.16.02

ISBN 9 78 2 7371 2023 7



[www.iau-idf.fr](http://www.iau-idf.fr)



# **Impact du vieillissement sur le recours à l'APA en Île-de-France**

## **Enjeux départementaux à l'horizon 2040**

Juin 2017

**IAU île-de-France**

15, rue Falguière 75740 Paris cedex 15  
Tél. : + 33 (1) 77 49 77 49 - Fax : + 33 (1) 77 49 76 02  
<http://www.iau-idf.fr>

Directeur général : Fouad Awada  
Département Habitat et Société (1) / Observatoire régional de santé Île-de-France (2)  
Directeurs : Martin Omhovere / Isabelle Grémy  
Étude réalisée par Mariette Sagot (1), Philippe Louchart (1), Caroline Laborde (2)  
N° d'ordonnancement : 2.16.024

*Crédit photo de couverture : Alexander Rath/Shutterstock.com*



# Sommaire

<b>Introduction</b> .....	<b>3</b>
<b>I – Le vieillissement des générations du baby-boom</b> .....	<b>5</b>
<b>I-1</b> Les évolutions régionales.....	5
I-1.1 Le passage aux âges de la retraite des baby-boomers .....	5
I-1.2 L'espérance de vie devrait continuer à progresser selon l'Insee .....	6
I-2.3 Le nombre de Franciliens de plus de 85 ans va plus que doubler d'ici 2040.....	6
<b>I-2</b> Les évolutions départementales .....	7
I-2.1 Les Parisiens vivent plus vieux que les Séquano-Dyonisiens.....	7
I-2.2 Forte hausse attendue des personnes très âgées notamment en grande couronne à partir de 2030 .....	8
<b>II – Vieillesse et perte d'autonomie</b> .....	<b>11</b>
<b>II-1</b> Concept et mesure de la perte d'autonomie .....	11
II-1.1 La perte d'autonomie est un processus.....	11
II-1.2 Comment mesurer la perte d'autonomie ? .....	12
II-1.3 Combien de personnes âgées sont en perte d'autonomie ?.....	12
<b>II-2</b> Inégalités face à la perte d'autonomie .....	13
II-2.1 Les femmes vivent plus longtemps mais davantage en mauvaise santé .....	13
II-2.2 Les femmes vivent davantage seules .....	14
II-2.3 Les cadres vivent plus longtemps et en meilleure santé.....	15
II-2.4 L'importance des inégalités territoriales face à la perte d'autonomie.....	15
II-2.5 Institution ou domicile : des lieux de vie différents selon les départements.....	16
<b>II-3</b> Comprendre les inégalités territoriales de recours à l'APA.....	16
II-3.1 APA à domicile .....	17
II-3.2 APA en établissement .....	19
II-3.3 Focus sur l'Ile-de-France .....	22
<b>III – Projection des recours à l'APA à l'horizon 2040</b> .....	<b>25</b>
<b>III-1</b> Augmentation des 2/3 des recours à l'APA en Ile-de-France d'ici 2040 dans le scénario central.....	28
<b>III-2</b> Les recours à l'APA augmenteront du tiers à Paris et feront plus que doubler en Seine-et-Marne à l'horizon 2040 dans le scénario central.....	29

<b>Conclusion .....</b>	<b>33</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>34</b>
<b>Annexe 1 – Les hypothèses d'évolution de la mortalité à l'horizon 2070 pour l'Île-de-France et chaque département francilien : méthode et résultats .....</b>	<b>34</b>
A1-I. Les trois hypothèses de mortalité retenues par l'Insee dans ses projections à 2070 pour la France.....	35
A1-I.1. Le scénario central de mortalité retenu par l'Insee pour la France entière.....	35
A1-I.2. Le scénario d'espérance de vie haute .....	39
A1-I.3. Le scénario d'espérance de vie basse.....	40
A1-II. Les hypothèses de mortalité retenues pour l'Île-de-France et chacun de ses huit départements à l'horizon 2070.....	41
A1-II.1. Méthode.....	41
A1-II.2. Résultats pour l'Île-de-France et par département .....	42
• Île-de-France .....	43
• Paris .....	46
• Seine-et-Marne.....	49
• Yvelines .....	52
• Essonne.....	55
• Hauts-de-Seine.....	58
• Seine-Saint-Denis.....	61
• Val-de-Marne.....	64
• Val-d'Oise .....	67
 <b>Annexe 2 – Projections de recours à l'APA à l'horizon 2040 par département et lieu de vie.....</b>	<b>70</b>
A2-I. Scénario central.....	70
A2-II. Scénario le plus bas.....	71
A2-III. Scénario le plus haut.....	72
 <b>Ressources .....</b>	<b>73</b>

# Introduction

La croissance attendue des personnes âgées et l'augmentation mécanique du nombre de personnes en situation de dépendance figurent en bonne place de l'agenda social. Avec la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2015, l'État pose comme priorités, l'organisation de son financement, la prévention des effets de l'âge sur la perte d'autonomie, le développement du secteur de l'aide à domicile, et l'intégration de la question de l'âge dans les politiques urbaines et celles de l'habitat et de l'hébergement.

L'IAU et l'ORS Île-de-France proposent d'évaluer les besoins futurs de la prise en charge de la dépendance en Île-de-France. Ce rapport envisage l'impact du vieillissement sur le recours à l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), à domicile et en établissement, à l'horizon 2040, à l'échelle des

départements franciliens. Il fait suite aux travaux réalisés par l'Insee et l'ARS en 2009-2011 à l'horizon 2020 puis 2030 calés sur les résultats du recensement de 2007. La distinction domicile/établissement permettra aux pouvoirs publics d'envisager les conséquences organisationnelles et financières du vieillissement dans la région Île-de-France et de proposer des dispositifs d'aide et de prise en charge adaptés.

Ce rapport s'articule en trois étapes : des projections démographiques calées sur le recensement de 2013 et les dernières projections de l'Insee sur la France ; une compréhension des disparités départementales de recours à l'APA ; des projections de bénéficiaires de l'APA à l'horizon 2040.



# I – Le vieillissement des générations du baby-boom

Parler de « vieillissement » de la population, c'est évoquer la déformation de la structure par âge vers les plus âgés. Ce terme de « vieillissement », connoté négativement, est né au début du 20<sup>e</sup> siècle dans un contexte d'angoisse pour l'avenir de la population française et a servi la propagande nataliste. Force est de constater, pourtant, que dans la France du 21<sup>e</sup> siècle, vivre plus longtemps couronne des années de progrès sanitaires et sociaux. Les Françaises ont gagné 38 ans d'espérance de vie depuis 1900, les Français, 35 ans. Il reste, toutefois, de coutume de parler de

vieillesse dès lors que la part des personnes de plus de 60 ans (ou 65 ans) s'accroît dans la population. Si ce seuil peut garder un sens pour les questions de financement des retraites, il en va tout autrement pour l'état de santé des personnes. Quoi de commun entre les vieillards sexagénaires du début du 20<sup>e</sup> siècle et nos jeunes retraités actuels, dynamiques et pleins de projets, souvent impliqués dans les mouvements associatifs ? L'âge d'entrée dans la vieillesse tend en fait à reculer et renvoie à l'apparition des incapacités.

## I-1 Les évolutions régionales

### I-1-1 Le passage aux âges de la retraite des baby-boomers

On assiste actuellement à l'arrivée à l'âge de la retraite des premières générations du baby-boom, nées entre 1946 et 1974. L'effectif des personnes de 60 à 66 ans a progressé de 245 000 entre 2006 et 2013 (+39 %). Les effectifs ont évolué modérément entre 67 et 85 ans (+41 000). En revanche, l'évolution est notable après 85 ans (+72 000 personnes ; +42 %) et tient à la disparition progressive à ces âges des générations creuses nées pendant la première guerre mondiale, peu à peu remplacées par des générations plus nombreuses. L'avancée en âge des baby-boomers a peu d'impact aujourd'hui sur le nombre de personnes dépendantes, mais il en sera tout autrement quand elles deviendront octogénaires.

Fig 2. Part des différents groupes d'âge dans l'évolution de la population francilienne entre 2006 et 2013

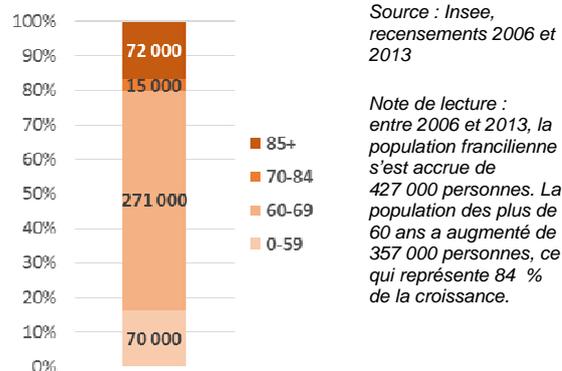
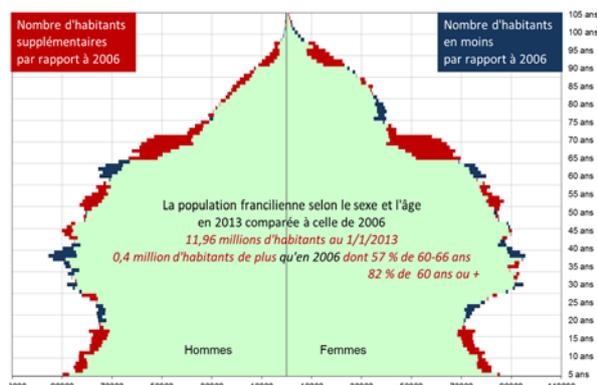


Fig 1. Déformation de la pyramide des âges francilienne entre 2006 et 2013



Tab 1. Évolution des Franciliens de plus de 60 ans entre 2006 et 2013

	Effectif 2013	Evolution	
		2006-2013	% Pop 2006 / % Pop 2013
60 ans +	2 239 000	357 300	16,3 % / 18,7 %
65 ans +	1 602 000	183 000	12,3 % / 13,4 %
85 ans +	243 000	71 700	1,5 % / 2,0 %

Source : Estimations au 1/1 à partir des données Insee, recensements 2006 et 2013

## I-1-2 L'espérance de vie devrait continuer à progresser selon l'Insee

À l'horizon 2040, tous les futurs Franciliens âgés sont déjà nés et l'incertitude quant à leur nombre dépend essentiellement des progrès de la lutte contre la mort aux âges élevés. La mesure de l'allongement de la vie dans les prochaines années fait débat et notamment l'âge limite de la vie humaine devant la multiplication du nombre de centenaires : 21 000 en France en 2016 soit vingt fois plus que dans les années 1960-1970. Dans ses travaux de projection France entière de 2016, comme dans les précédents de 2010 et 2007, l'Insee a interrogé des experts pour cerner au mieux les évolutions possibles en l'état actuel des connaissances. L'absence de progrès à long terme paraît peu probable en temps de paix, même si une dégradation de la situation liée à des conditions particulières – canicule, épidémie de grippe, vagues de grand froid - peut se produire ponctuellement comme en 2003 et 2015. Un bilan des projections faites par le passé par l'Insee atteste qu'au contraire, les progrès de l'espérance de vie, qui se font désormais essentiellement aux âges élevés, ont été régulièrement sous-estimés jusque dans les années 90 [Blanchet, Le Gallo, 2008]. Depuis, les tendances passées sont mieux prises en compte, mais les scénarios tendent toujours à être réajustés à la hausse. C'est notamment le cas entre les projections de 2010 et les dernières en date de 2016. Toutefois, comme le souligne JM Hourriez, un des experts sollicité par l'Insee, il faut tenir compte de facteurs ralentissant structurellement les progrès de l'espérance de vie : les difficultés de financement de la protection sociale qui conditionneront l'accès aux soins des personnes âgées ; les comportements défavorables à la santé (obésité, consommation d'alcool et de tabac, etc.) ; les effets de l'environnement et du changement climatique.

Dans le scénario central établi en 2016 pour la France à l'horizon 2070, l'Insee prolonge la tendance à la baisse de la mortalité observée sur les vingt dernières années, sauf pour les générations nées pendant la guerre ou juste après pour lesquelles cette baisse marque une pause à chaque âge. Pour les générations suivantes, nées après le milieu des années cinquante, la tendance à la baisse reprend. L'Insee prend ainsi en compte, pour la première fois, un effet de génération (voir annexe). Ce scénario conduit à un gain de vie d'environ un an tous les sept ans pour les femmes, et un an tous les cinq ans chez les hommes [Blanpain, Buisson, 2016]. L'écart de durée de vie entre hommes et femmes se réduit fortement.

La même méthode a été appliquée en Ile-de-France en tenant compte de cet effet de génération. Les hypothèses d'évolution à l'horizon 2070 de la mortalité à chaque âge et par sexe sont une moyenne pondérée entre le prolongement des tendances observées en Ile-de-France entre 1979 et 2013 et les hypothèses établies à l'échelle nationale. Le poids accordé aux tendances d'évolution propres à l'Ile-de-France correspond au poids des décès domiciliés en Ile-de-France parmi l'ensemble des décès en France (voir annexe technique). A l'horizon 2070, les progrès de l'espérance de vie se font à un rythme proche du niveau national. D'ici 2040, dans le

scénario central, l'espérance de vie des Franciliens progresse de 5,8 ans pour atteindre 86,2 ans en 2040, et celle des Franciliennes augmente de 4 ans, atteignant 89,2 ans en 2040. L'écart entre les durées de vie des hommes et des femmes se réduit passant de 4,8 ans à 3 ans.

Afin de tenir compte des incertitudes, des hypothèses alternatives ont été retenues, comme à l'échelle nationale. Tant en Ile-de-France qu'en France, l'hypothèse d'espérance de vie haute (respectivement basse) suppose une espérance de vie de 3 années supérieure (respectivement inférieure) à l'hypothèse centrale à l'horizon 2070. A l'horizon 2040, ces deux hypothèses ne sont pas symétriques, l'effet de génération n'étant pas pris en compte dans l'hypothèse haute. Dans le scénario haut, l'espérance de vie est supérieure de 2,5 ans pour les hommes et 2,3 ans chez les femmes par rapport au scénario central en Ile-de-France. Dans le scénario bas les écarts sont respectivement de -1,7 ans chez les hommes et -1,5 ans chez les femmes.

**Tab 2. Espérances de vie projetées France entière et Ile-de-France**

	2013		2040		2070	
	H	F	H	F	H	F
Sc central						
France	78,7	85,0	84,8	88,9	90,1	93,0
IDF	80,4	85,2	86,2	89,2	91,7	93,5
Sc bas						
France			83,0	87,4	87,1	90,0
IDF			84,5	87,7	88,7	90,5
Sc haut						
France			87,3	91,2	93,1	96,0
IDF			88,7	91,5	94,7	96,5

Source : Insee, Projections de population 2013-2070 pour la France, Document de travail n°F1606 ; IAU pour l'Ile-de-France.

*L'espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne - autrement dit l'âge moyen au décès - d'une génération fictive qui serait soumise à chaque âge aux conditions de mortalité de l'année considérée. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge.*

## I-1-3 Le nombre de Franciliens de plus de 85 ans va plus que doubler d'ici 2040

Dans le scénario central, l'effectif des Franciliens âgés de 60 à 64 ans va rester relativement stable à l'horizon 2040. En revanche, l'avancée en âge des générations du baby-boom va se répercuter fortement sur l'évolution du nombre de Franciliens âgés de 65 à 74 ans d'ici 2020 (+215 000), sur celui des 75-84 ans entre 2020 et 2030 (+248 000) et sur les plus âgés entre 2030 et 2040 (+181 000 Franciliens de 85 ans ou plus). Globalement, dans ce scénario central, le nombre de Franciliens de plus de 75 ans pourrait augmenter de 620 000 personnes entre 2013 et 2040 (+79 %), celui de leurs aînés (85 ans ou plus) de 295 000 (+122 %).

Dans le scénario le plus favorable à l'allongement de la vie, la progression des Franciliens les plus âgés, ayant franchi leur 85<sup>e</sup> anniversaire, atteindrait près de 373 000 personnes d'ici 2040 (+154 %), 78 000 de plus que dans le scénario central. Dans le scénario bas, le nombre de Franciliens de plus de 85 ans s'accroît de 257 000 personnes (+106 %), soit 38 000 personnes de moins que dans le scénario central.

**Fig 3. Nombre de Franciliens de plus de 85 ans : évolution d'ici 2040 selon différents scénarios**

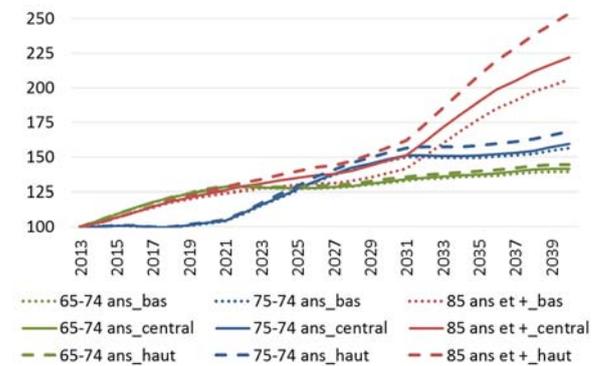


Source : IAU

Lecture : dans le scénario central (en gris), le nombre de Franciliens de 85 ans ou plus va augmenter de 58 300 entre 2013 et 2020, de 56 900 entre 2020 et 2030 et de 181 100 entre 2030 et 2040.

**Fig 4. Projections des Franciliens de plus de 65 ans par groupe d'âges d'ici 2040**

(base 100 en 2013)



## I-2 Les évolutions départementales

Les projections ont été déclinées à l'échelle de chaque département en tenant compte, pour partie, des dynamiques récentes propres à chaque département.

### I-2.1 Les Parisiens vivent plus vieux que les Séquano-Dyonisiens

En 2013, l'espérance de vie dans les départements les plus aisés – Paris, Hauts-de-Seine et Yvelines – est sensiblement plus élevée que dans les autres départements franciliens. Celle des Parisiens est supérieure de plus de deux ans à celle des habitants de Seine-Saint-Denis (+2,3 ans chez les femmes ; +2,4 ans chez les hommes). Ces différences reflètent le profil social de leurs habitants.

Les hypothèses d'évolution d'ici 2040 pour chaque département sont calées principalement sur les hypothèses régionales, mais aussi en partie sur les dynamiques locales des quotients de mortalité par sexe et âge. Chaque tendance locale est introduite au prorata du poids des décès du département considéré dans l'ensemble des décès de la région (voir annexe technique).

À l'horizon 2040, les écarts entre départements se maintiennent. L'espérance de vie des hommes à Paris pourrait atteindre 87,1 ans dans le scénario central, soit 2,5 ans de plus qu'en Seine-Seine-Denis. L'espérance de vie des hommes s'accroît un peu plus faiblement dans les Yvelines (+5,5 ans) ou les Hauts-de-Seine (+5,6 ans) que dans les autres départements (+6 ans à Paris). Chez les femmes, les gains sont un peu plus faibles, de +3,7 ans dans le Val d'Oise à +4,1 ans à Paris. En conséquence, les écarts de durée de vie entre les sexes se réduisent dans tous les départements. Ils se situent dans une fourchette de 3,2 ans (Val d'Oise et Seine-et-Marne)

à 3,6 ans (Val-de-Marne et Yvelines) en 2040 dans le scénario central, contre 5,1 à 5,5 ans en 2013.

**Tab 3. Espérances de vie par département en 2013 et 2040**

	2013	2040		
		Bas	Central	Haut
<b>Hommes</b>				
75	81,1	85,4	87,1	89,6
92	81,1	85,1	86,7	89,1
93	78,7	82,9	84,6	87,1
94	80,5	84,7	86,4	88,8
77	79,3	83,5	85,2	87,6
78	80,9	84,7	86,4	88,8
91	80,4	84,5	86,1	88,6
95	79,4	83,6	85,3	87,7
<b>Femmes</b>				
75	86,4	89,0	90,5	92,7
92	86,2	88,7	90,2	92,4
93	84,1	86,6	88,1	90,3
94	86,0	88,5	90,0	92,3
77	84,6	87,0	88,4	90,7
78	86,2	88,6	90,0	92,3
91	85,6	87,9	89,4	91,6
95	84,8	87,1	88,5	90,8

Source : Insee (2013) et IAU (projections 2040)

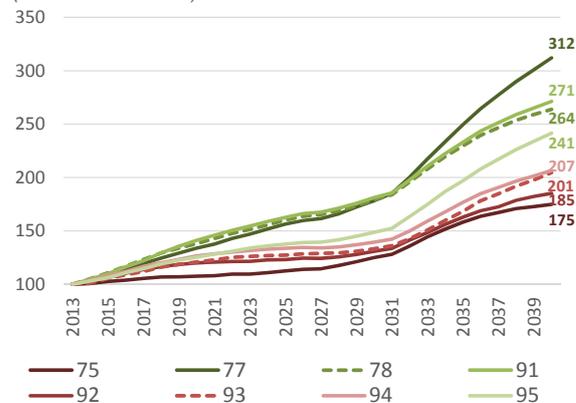
## I-2.2 : Forte hausse attendue des personnes très âgées notamment en grande couronne à partir de 2030

Comme à l'échelle régionale, la progression du nombre de personnes de plus de 85 ans va s'accroître après 2030 dans chaque département, avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses du Baby-boom. Mais les rythmes d'évolution seront beaucoup plus soutenus en grande couronne, en conséquence du vieillissement des ménages qui ont participé au desserrement de la population régionale vers la grande couronne dans les années passées.

Quel que soit le scénario, c'est en Seine-et-Marne que les évolutions seront les plus marquées tant en volume qu'en évolution relative. Dans le scénario central, l'effectif des personnes de plus de 85 ans pourrait y croître de 50 800 entre 2013 et 2040, ce qui conduit au triplement de cet effectif sur la période. En grande couronne, c'est dans le Val d'Oise que les évolutions seront les moins fortes, avec une hausse des effectifs de 28 700 (multiplication par 2,4). Les évolutions relatives seront plus faibles à Paris (multiplication par 1,7) et en proche couronne. Entre 2013 et 2040, le nombre de personnes de plus de 85 ans progresse de +24 100 personnes en Seine-Saint-Denis – la hausse départementale la plus faible en volume – et jusqu'à +50 700 dans la capitale. Dans l'hypothèse de progrès de l'espérance de vie plus élevés, la progression des personnes de plus de 85 ans pourrait s'accroître par rapport au scénario central de +7 000/+7 500 en Seine-Saint-Denis et dans le Val d'Oise, à +12 000 à Paris.

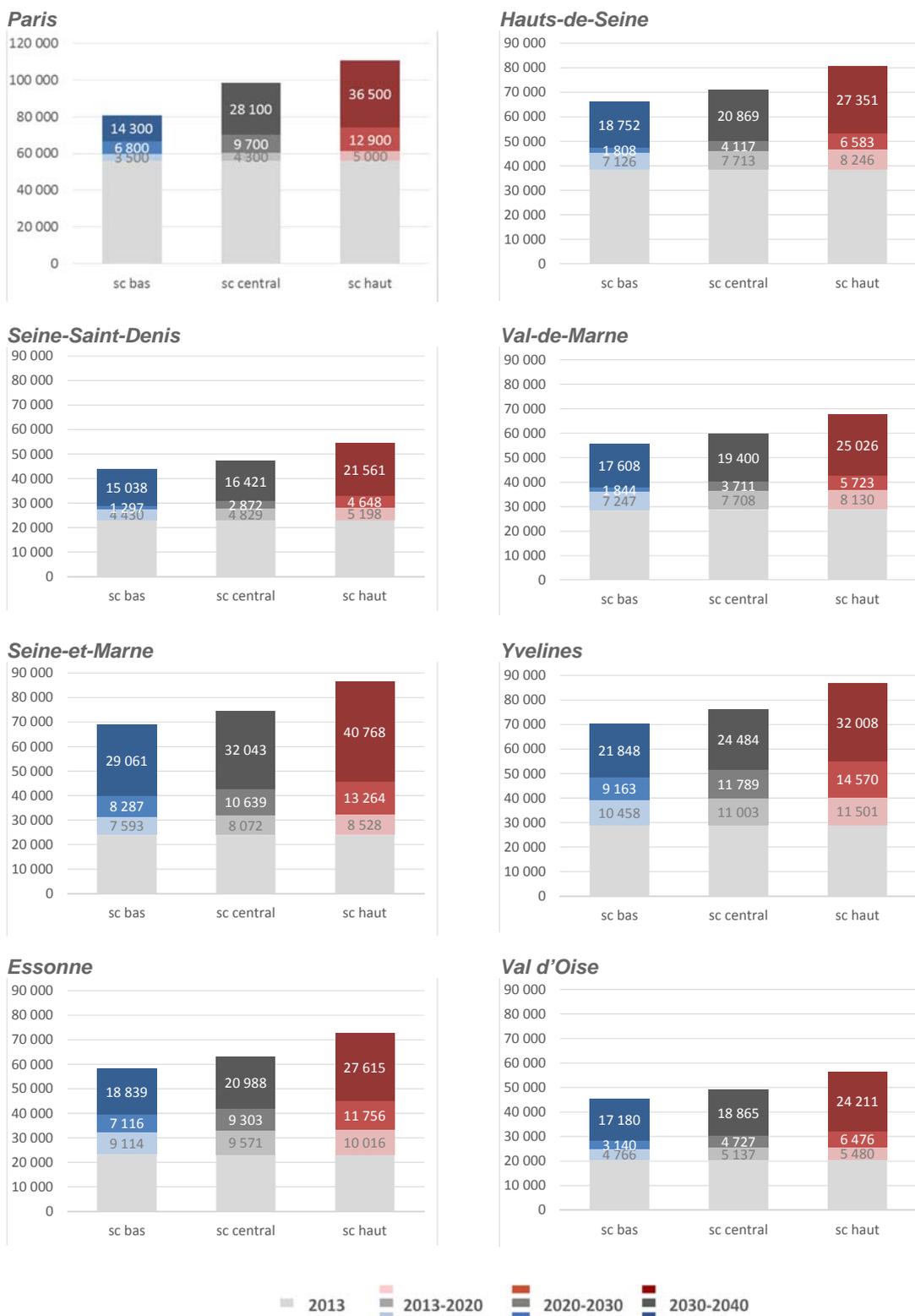
**Fig 5. Évolution du nombre de personnes de 85 ans et plus par département d'ici 2040 (scénario central)**

(base 100 en 2013)



Source : Insee (2013) et IAU (projections)

Fig 6. Evolution d'ici 2040 des personnes de plus de 85 ans par département, selon différents scénarios

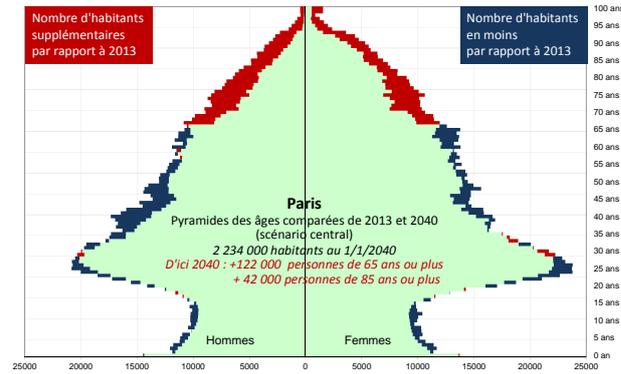


Source : Insee (2013) et IAU (projections)

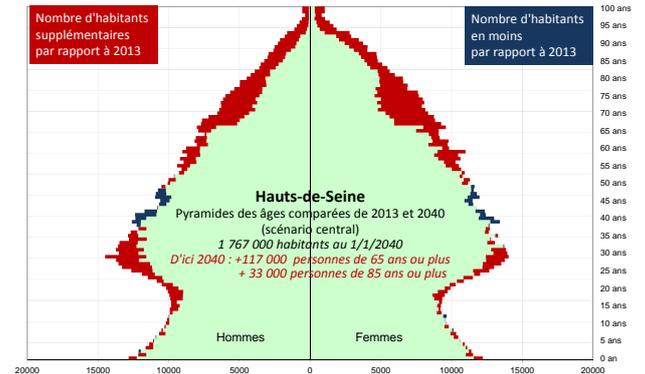
Lecture : dans le scénario central (en gris), le nombre de Parisiens de 85 ans ou plus va augmenter de 4 300 entre 2013 et 2020, de 9 700 entre 2020 et 2030 et de 28 100 entre 2030 et 2040.

Fig 7. Pyramides des âges de 2013 et 2040 (scénario central) par département

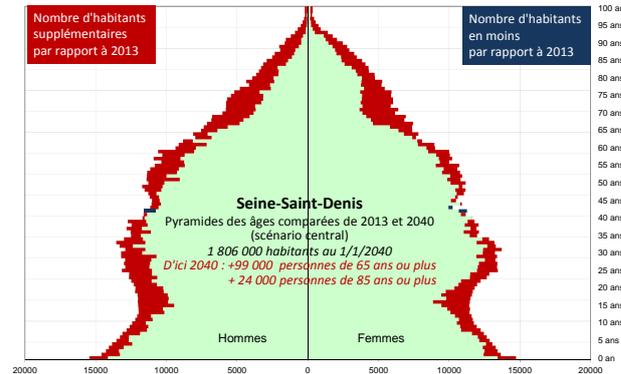
Paris



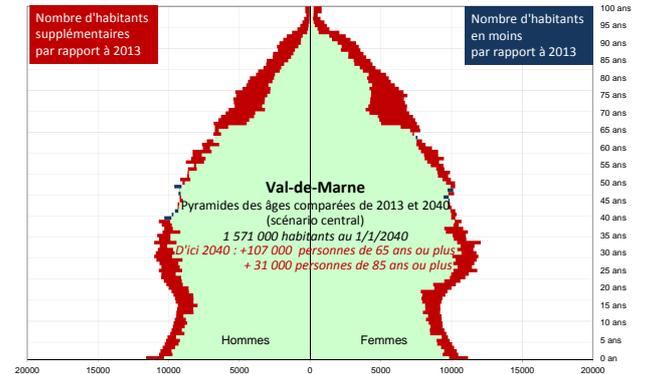
Hauts-de-Seine



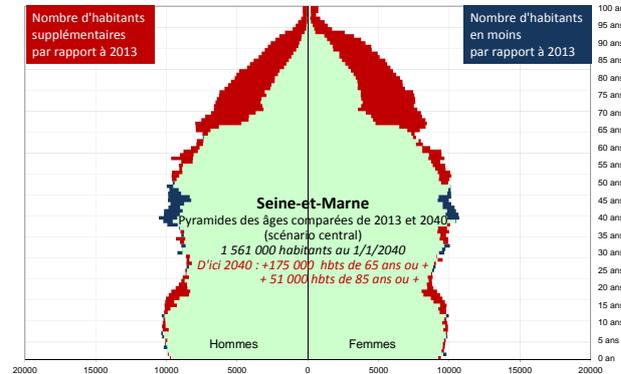
Seine-Saint-Denis



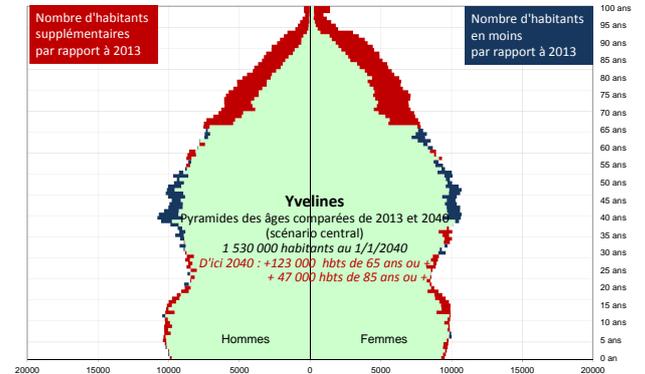
Val-de-Marne



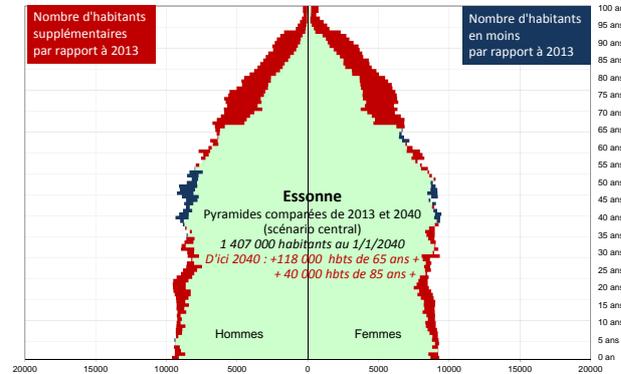
Seine-et-Marne



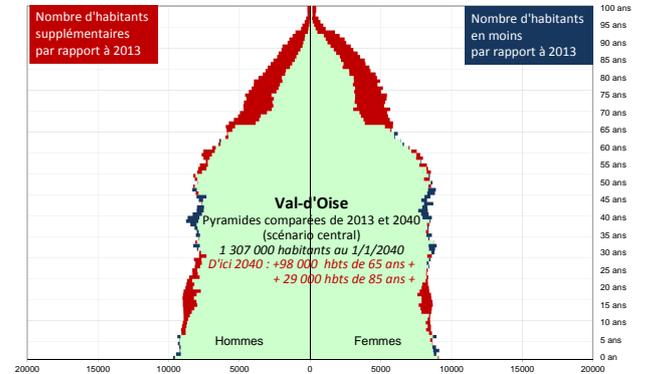
Yvelines



Essonne



Val d'Oise



Source : Insee (2013) et IAU (projections décembre 2016).

**Hypothèses retenues à l'échelle régionale :** Mortalité : Evolution « tendancielle » des quotients de mortalité par sexe et âge (scénario central) – Fécondité : stabilisation au niveau moyen observé au cours des cinq dernières années – Migrations internes : maintien des quotients d'immigration et d'émigration par sexe et âge au niveau observé en 2013 – Migrations internationales : maintien du solde net par sexe et âge au niveau estimé ces cinq dernières années, soit +22 000 par an. **Les hypothèses retenues à l'échelle départementale** sont de même nature et faites dans le même esprit que celles retenues à l'échelle régionale à ceci près qu'il est tenu compte de l'impact de l'évolution de la production de logements dans chaque département par rapport à la période récente sur les quotients de migration par sexe et âge. Les projections départementales sont en outre calées sur les projections régionales : la somme des populations départementales pour un âge et un sexe donnés est égale à la population régionale projetée pour cet âge et pour ce sexe.

# II Vieillesse et perte d'autonomie

Les Franciliens vivent de plus en plus longtemps et sont de plus en plus nombreux à passer le cap des 60 ans. Mais dans quel état de santé ? Ces années de vie supplémentaires sont-elles des années de vie actives et en bonne santé ? Ou se font-elles dans un état de dépendance grave nécessitant de l'aide pour réaliser des actes essentiels, comme se nourrir ou se laver ?

Il n'existe pas de personne âgée « type », ni d'état de santé « type ». Certaines des personnes âgées ont des capacités comparables à celles de jeunes de 20 ans tandis que d'autres ont besoin à 60 ans d'une aide humaine pour réaliser leurs activités. Mais au-delà de la représentation dichotomique du *senior en*

*bonne santé* et du *vieillard dépendant*, il existe un éventail des états de santé aux âges élevés très large, plus large qu'aux âges jeunes [OMS, 2016]. C'est une des particularités de la vieillesse. Et les politiques de santé doivent intégrer ce continuum dans la santé pour prendre en compte la grande diversité des besoins des personnes âgées.

Comment mesure-t-on le niveau de perte d'autonomie des personnes âgées ? Et comment expliquer qu'il y ait une telle diversité des états de santé aux âges élevés ? Est-ce le fruit du hasard ? Ou observe-t-on des différences systématiques entre les hommes et les femmes, entre les cadres et les ouvriers, entre certains départements ?

## II-1 Concept et mesure de la perte d'autonomie

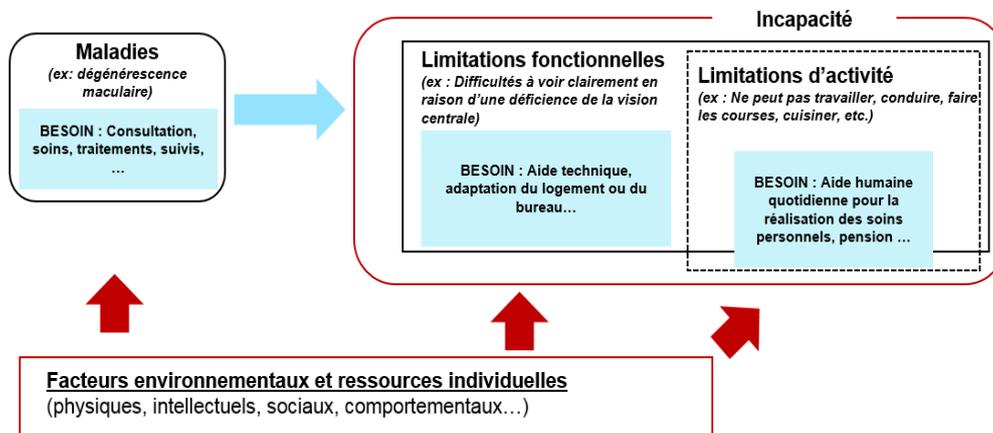
### II-1-1. La perte d'autonomie est un processus

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la perte d'autonomie comme un processus au cours duquel les maladies altèrent les fonctions (physiques, sensorielles ou cognitives) qui à leur tour engendrent des restrictions dans les activités, comme se laver ou cuisiner (Fig 8). Par exemple, souffrir d'arthrose entraînera des difficultés pour marcher qui pourront entraîner une restriction d'activité comme se déplacer hors du domicile ou faire des courses. Les restrictions d'activité peuvent conduire à une sollicitation d'aide humaine quotidienne, notamment pour les soins personnels (se laver, se nourrir...). Chez les personnes âgées,

ce sont souvent plusieurs restrictions d'activité importantes qui conduisent à une perte d'autonomie.

Le processus de perte d'autonomie n'est pas inéluctable. La survenue et l'évolution des pathologies peuvent être limitées avec une prise en charge adaptée des soins, des diagnostics, des traitements et des suivis. Les limitations peuvent être compensées grâce à une aide technique (cane, déambulateur, ...), une adaptation du logement ou de l'environnement. Le recours à une aide adaptée (humaine, technique) réduirait les difficultés importantes pour 75 % à 85 % des individus et les résoudrait complètement pour 25 % d'entre eux [Verbugge, 1997].

Fig 8. Les liens entre les maladies, les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité



Extrait et traduit de Cambois, Romieu, Laborde et Robine (2011). Occupational inequalities in health expectancies in the early 2000s : unequal chances of reaching and living retirement in good health, Demographic research, 12:407-36

Si certaines personnes parviennent à maintenir leur niveau d'activité en dépit de problèmes fonctionnels, ce n'est pas le cas de tout le monde. Les chances de limiter la progression du processus de perte d'autonomie sont inégales selon les catégories de population. Elles dépendent bien évidemment de la sévérité des atteintes des individus mais aussi de la capacité à mobiliser leurs ressources économiques, sociales ou encore intellectuelles pour utiliser des aides techniques, aménager leur logement ou accéder aux lieux et structures de leur choix.

## II-1-2. Comment mesurer la perte d'autonomie ?

Pour compter le nombre de personnes âgées dépendantes, deux approches sont généralement utilisées. La première comptabilise le nombre de bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) (Encadré 1). Cette approche permet d'estimer le nombre de personnes âgées avec un niveau de dépendance sévère et ayant besoin d'aide pour effectuer les soins corporels (évaluées en GIR 1-4). Les enquêtes annuelles sur l'aide sociale de la Drees actualisent chaque année le nombre de bénéficiaires APA par sexe, âge, département, niveau de GIR, pour les personnes vivant à domicile et celles vivant en institution. En revanche, ne sont pas prises en compte dans ces estimations les personnes âgées dont la demande APA a été refusée ; et celles n'ayant pas fait de demande d'APA soit par méconnaissance des aides existantes soit parce qu'elles ne le souhaitaient pas [Lecroart, 2013]. Peuvent se retrouver dans ce dernier cas de figure, les personnes handicapées bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou de l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) qui font le choix de conserver cette prestation après 60 ans ; et les personnes âgées à revenus élevés pour lesquelles le niveau du ticket modérateur est très élevé (90 % à domicile et 80 % en établissement).

La deuxième approche repose sur des enquêtes de santé qui interrogent directement les personnes sur les difficultés qu'elles rencontrent et permet d'apprécier la diversité des états de santé aux âges élevés. Les enquêtes qui peuvent être utilisées dans ce cadre sont l'enquête européenne annuelle EU-SILC menée depuis 2004 ; les enquêtes Handicap-Santé ménages et institutions de la Drees et l'Insee, dont la dernière date de 2008 ; et la nouvelle enquête Vie quotidienne et Santé (VQS) mise en place auprès des ménages par la Drees en 2014, qui fait partie du dispositif Care-Seniors. À partir de cette dernière enquête, la Drees a établi un « score d'autonomie VQS » pour approcher le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie [Brunel et Carrère, 2017] (Encadré 2). Plus généralement, un des avantages majeurs des enquêtes de santé est de pouvoir estimer la part de personnes âgées atteintes d'incapacité pour toutes les étapes du processus de perte d'autonomie (Figure 8). Des espérances de vie selon l'état de santé peuvent également être calculées pour mesurer la qualité des années qui restent à vivre, notamment à partir de 65 ans.

Ces deux approches ont chacune leurs limites mais elles apportent des éclairages complémentaires. Leur utilisation conjointe permet de dresser un état des lieux de la santé aux âges avancés dans sa diversité. C'est pourquoi, nous recourrons à ces deux approches pour observer et décrire les inégalités face à la perte d'autonomie au sein des populations âgées françaises et franciliennes.

## II-1-3. Combien de personnes âgées sont en perte d'autonomie ?

On peut estimer le nombre de personnes âgées sévèrement dépendantes à partir du nombre de bénéficiaires de l'APA ou se référer au « score d'autonomie VQS » établi par la Drees. En 2014, en France métropolitaine, 907 000 personnes de 60 ans ou plus vivant à domicile sont dépendantes au sens où elles appartiennent au groupe IV des groupes d'autonomie VQS (soit 6 % des 60 ans et plus) ; et 741 210 personnes sont considérées comme très

### Encadré 1 – L'allocation personnalisée d'autonomie

En France, la prise en charge publique de la dépendance des personnes âgées se fait par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette aide financière destinée aux personnes de 60 ans ou plus a été instituée au 1<sup>er</sup> janvier 2002. L'APA peut être attribuée aux personnes vivant chez elles pour les aider à payer les dépenses nécessaires pour rester vivre à domicile malgré la perte d'autonomie, on parle d'APA à domicile. Elle peut être attribuée aux personnes vivant en établissement pour les aider à payer une partie du tarif dépendance en EHPAD, on parle d'APA en établissement. L'APA est administrée et versée par le conseil départemental.

L'évaluation de la perte d'autonomie est réalisée par une équipe médico-sociale qui évalue le degré de la perte d'autonomie à l'aide de la grille nationale AGGIR ainsi que les conditions matérielles, sociales et familiales du demandeur. En fonction de son degré de dépendance, la personne âgée est rattachée à l'un des six groupes iso-ressources (GIR). Seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'APA. Aucun plafond de ressources n'est fixé, les revenus du demandeur déterminent le montant de son reste à charge.

- **GIR 1** - Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants ; ou personne en fin de vie.
- **GIR 2** - Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente.
- **GIR 3** - Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.
- **GIR 4** - Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aide pour la toilette et l'habillement ; ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas.

[www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229](http://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229)

dépendantes en tant que bénéficiaires de l'APA à domicile (soit 5 %).

Pour une définition plus fine des besoins de santé des personnes âgées, la Drees estime que 26 % des 60 ans et plus sont atteints de problèmes fonctionnels (physique, sensorielle ou cognitive), 12% éprouvent des difficultés pour se laver tout seul et 28 % reçoivent une aide humaine.

En Île-de-France, 117 000 personnes de 60 ans ou plus vivant à domicile sont dépendantes - elles appartiennent au groupe IV des groupes d'autonomie VQS - (soit 5 % des 60 ans et plus), et 78 325 personnes sont considérées comme très dépendantes - elles bénéficient de l'APA à domicile - (soit 3 %) (Tab 4). Les données de l'enquête VQS indiquent que 33 % des Franciliens âgés de 60 ans ou plus sont limités dans leurs activités (35 % en France métropolitaine), 16 % déclarent recevoir une aide professionnelle et 21 %, une aide de leur entourage.

**Tab 4. Nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus dépendantes en Île-de-France**

	Personnes dépendantes VQS (Groupe IV)	Bénéficiaires de l'APA à domicile
<b>Île-de-France</b>	<b>116 506</b>	<b>78 325</b>
Paris	22 127	17 821
Seine-et-Marne	13 059	7 942
Yvelines	13 169	7 043
Essonne	9 654	6 432
Hauts-de-Seine	14 043	8 427
Seine-Saint-Denis	17 050	14 426
Val-de-Marne	16 793	9 509
Val d'Oise	10 611	6 725

Sources : Drees - Vie quotidienne et santé (VQS), 2014 ; Drees - Enquête annuelle de l'aide sociale 2013.

## II-2 Inégalités face à la perte d'autonomie

La diversité des états de santé observée aux âges élevés n'est pas le fruit du hasard. Certes, quelques-unes des différences sont d'origine génétique. Mais la plupart d'entre elles s'expliquent par des facteurs de risques personnels (genre, ressources économiques, métier...) et par les caractéristiques des environnements physiques et sociaux (logement, quartier, environnement professionnel, réseau social...) auxquels les individus sont exposés depuis leur enfance [OMS, 2016]. Tout au long de la vie, ces facteurs se combinent, se cumulent et interagissent pour créer des états de santé différenciés. Les politiques de santé doivent prendre en compte ces inégalités de santé pour veiller à les réduire et identifier les catégories de population ayant des besoins importants de prise en charge.

### II-2-1 Les femmes vivent plus longtemps mais davantage en mauvaise santé

En France, les femmes peuvent espérer vivre plus longtemps que les hommes. A 65 ans, l'espérance de vie des femmes est de 23,6 ans et celle des hommes de 19,3 ans, soit un écart de 4,3 ans. Et selon l'enquête européenne annuelle EU-SILC de 2013, 80 % de ce « bonus d'espérance de vie » se fait avec des limitations d'activité dont plus de la moitié avec des incapacités sévères (Fig 9). Les femmes passent la plus grande partie de leur vie après 65 ans en mauvaise santé : 46 % des années leur restant à vivre après 65 ans se font sans limitations d'activité, 31% avec des limitations modérées et 23 % avec des limitations sévères (contre respectivement 51 %, 30 % et 19 % pour les hommes). Si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles vivent finalement plus d'années

#### Encadré 2 – L'enquête Vie quotidienne et santé (VQS) et le score d'autonomie.

L'enquête Vie quotidienne et santé, menée par la Drees en 2014, est une enquête nationale de grande ampleur qui permet de décrire, département par département, la diversité des états fonctionnels des personnes âgées. Elle a été menée auprès de 170 000 personnes vivant à domicile en France entière. Elle fait partie du dispositif CARE « Capacités, Aides et Ressources » qui comprend 3 volets d'enquêtes : l'enquête-filtre VQS ; l'enquête CARE-Ménages et l'enquête CARE-Institutions. L'objectif de l'enquête VQS est de repérer dans la population générale des personnes susceptibles d'avoir des difficultés pour réaliser des activités de la vie quotidienne, afin de les interroger plus longuement dans l'enquête CARE-Ménages.

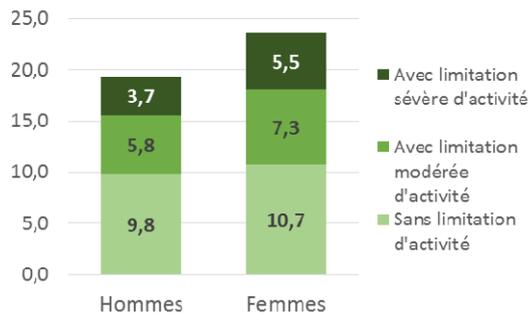
Pour qualifier l'état fonctionnel des personnes âgées, la Drees a établi un score synthétique d'autonomie à partir de leurs déclarations dans l'enquête VQS [Brunel et Carrère, 2017] sur :

- les difficultés rencontrées par les personnes âgées dans les situations mobilisant les fonctions motrices (monter un étage d'escalier ou marcher sur 500 mètres, lever le bras, se servir de ses mains et ses doigts, se pencher ou ramasser un objet) et cognitives (se concentrer plus de 10 minutes, se souvenir des choses importantes, résoudre les problèmes de la vie quotidienne, comprendre les autres ou se faire comprendre des autres) ;
- les restrictions dans les activités déclarées par les personnes âgées (limitation globale d'activité, se laver, sortir de son logement) ;
- les aides techniques mobilisées (aide technique, aménagement du logement), les aides humaines mobilisées (entourage, professionnel), la reconnaissance administrative (perçoit l'APA) ;
- L'état général de santé perçu par la personne âgée ;

Ce score permet de classer les personnes âgées selon leur degré d'autonomie, du plus autonome (score proche de 0) au moins autonome (score proche de 100). Plus une personne âgée déclare de difficultés sévères sur des limitations fonctionnelles ou pour la réalisation d'activités, plus son score autonomie VQS sera élevé. Ces individus sont ensuite classés en 4 groupes de dépendance : les personnes classées en groupe I sont considérées comme totalement autonomes ; celles classées en groupe IV comme dépendantes.

qu'eux en incapacité, en particulier avec des incapacités sévères.

**Fig 9. Espérance de vie à 65 ans avec et sans limitation d'activité (France, 2013)**



Source : Enquête EU-SILC 2013, France

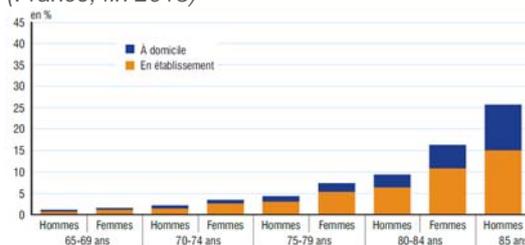
Réponse à la question : « Êtes-vous limité à cause d'un problème de santé, depuis au moins 6 mois, dans les activités que les gens font habituellement? Oui, fortement limité; oui mais pas fortement limité; non, pas limité du tout »

Ces données ne portent que les personnes vivant à domicile.

Un constat similaire a été fait en Île-de-France au début des années 2000 [Cambois et Laborde, 2008] : les Franciliennes de 65 ans déclarent des limitations d'activité pendant les 8 dernières années de leur vie dont 4,4 ans avec des restrictions dans les activités de soins personnels comme s'habiller, manger, se laver ou se lever, nécessitant l'aide d'une personne ; ce temps de vie avec des limitations était estimé, chez les hommes, à 5,4 ans dont 2,9 ans accompagnés de restrictions dans les soins quotidiens. Si les Franciliennes passent plus d'années de vie en incapacité que les Franciliens, c'est qu'elles cumulent les inégalités tout au long du processus de perte d'autonomie [Laborde, 2013].

Ces différences entre les sexes, fondées sur les déclarations des personnes âgées aux enquêtes, sont attestées par les évaluations réalisées par des équipes médico-sociales au cours du processus de reconnaissance administrative de la dépendance. Fin 2013, 73,6 % des bénéficiaires de l'APA sont des femmes. Cette forte proportion tient, pour partie, à

**Fig 10. Part des bénéficiaires de l'APA selon le sexe, l'âge et le lieu de résidence (France, fin 2013)**



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 65 ans ou plus.  
Lecture : au 31 décembre 2013, 21,3 % des femmes de 85 ans ou plus bénéficiaires de l'APA et vivent à leur domicile. Au total, 43 % des femmes de 85 ans ou plus bénéficiaires de l'APA.

Sources : Insee, enquête annuelle sur l'aide sociale 2013 ; Insee, estimations de population.

Extrait de : France, portrait social, édition 2016 - Insee

Références – Fiche 2.7 Seniors

leur plus grande longévité, le risque de dépendance augmentant avec l'âge. Mais, à âge donné, elles sont aussi plus souvent reconnues dépendantes que les hommes (Fig 10). Ainsi, 12 % d'entre elles perçoivent l'APA entre 75 et 84 ans et 43 % après 85 ans, contre respectivement 7 % et 26 % pour les hommes [Insee, 2016].

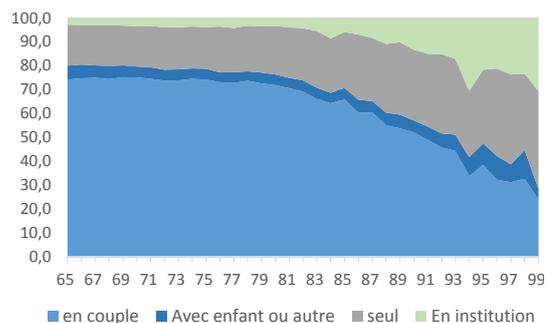
Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer les inégalités entre les hommes et les femmes face au processus de perte d'autonomie. Parmi celles-ci, il semblerait que les femmes soient davantage exposées à des maladies moins mortelles mais plus invalidantes que les hommes du fait d'une plus forte sédentarité et d'une plus forte obésité [Leveille, 2000]. Verbrugge (1997) indique que si les femmes sollicitent davantage une aide humaine pour réaliser leurs activités, les hommes utilisent davantage une aide technique. Les femmes auraient ainsi moins de chances de pouvoir réaliser seules les activités élémentaires et davantage de risque de perdre leur autonomie.

## II-2-2 Les femmes vivent davantage seules

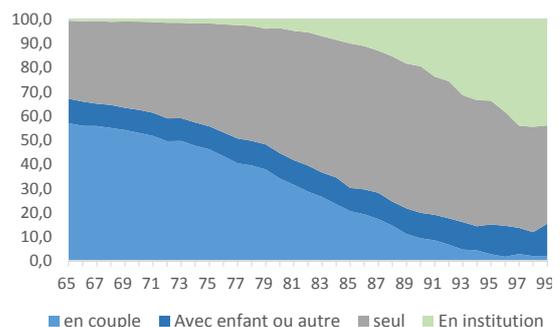
Aux grands âges, la survenue d'incapacités peut remettre en question le projet de vie à domicile. La cohabitation avec son conjoint ou un autre membre de sa famille peut constituer un soutien et une alternative à l'entrée en institution. Or les femmes, davantage concernées par des situations d'incapacité, vivent aussi plus souvent seules. C'est le cas de 57 % d'entre elles après 85 ans pour

**Fig 11. Modes de cohabitation des séniors avec l'avancée en âge (répartition en % à chaque âge)**

Les hommes davantage en couple



Les femmes plus souvent seules



Source : Insee, recensement de 2013

seulement 28 % des hommes. La propension à vivre seule augmente avec l'âge : une Francilienne sur 3 à 65 ans, 4 sur dix à 75 ans et six sur dix à 85 ans ; cette part évolue peu chez les hommes, respectivement 17 % à 65 et 75 ans et 23 % à 85 ans.

Plus concernées par le veuvage, les femmes vivent nettement moins en couple à un âge avancé : 13 % des femmes âgées de 85 ans ou plus en 2013 versus 55 % des hommes. La cohabitation avec les proches (souvent un enfant) est aujourd'hui peu répandue. Passés 85 ans, elle concerne 7 % des Franciliens et 14 % des Franciliennes en 2013, pour plus du tiers dans les années 80 [Trabut et Gaymu, 2011].

### II-2-3 Les cadres vivent plus longtemps et en meilleure santé

Depuis la fin des années 70, toutes les catégories sociales ont bénéficié des progrès de la lutte contre les maladies et ont vu leur espérance de vie s'allonger (gain de 7 ans d'espérance de vie chez les hommes et de 5,5 ans chez les femmes). Mais les écarts entre catégories sociales se sont maintenus. Les ouvriers vivent toujours moins longtemps que les cadres. En France, à 35 ans, les hommes cadres peuvent espérer vivre en moyenne 6,4 ans de plus que les ouvriers, l'écart est deux fois plus faible chez les femmes (3,2 ans) [Blanpain, 2016].

**Tab 5. Espérance de vie à 35 ans par sexe et catégorie sociale, France 2009-2013**

	Hommes	Femmes
Cadre	49	53
Prof. Intermédiaire	46,7	51,9
Employé	44,9	51,1
Ouvrier	42,6	49,8
Ensemble	44,5	50,5

Source : Insee, Echantillon démographique permanent

Mais il existe également en France des différences importantes entre catégories sociales en matière de qualité de vie. Ainsi, à 60 ans, les ouvriers et ouvrières vivent non seulement moins longtemps que les cadres mais ils passent aussi plus de temps qu'eux avec des incapacités et des handicaps [Cambois, Laborde, Robine, 2008]. A ces âges, 16 % des années à vivre chez les ouvriers et 9 % chez les cadres s'accompagneront d'incapacités sévères (difficultés dans les soins personnels comme faire sa toilette, s'habiller ou se nourrir) (22 % et 16 % chez les femmes). En Île-de-France, les inégalités sociales sont également très présentes aux âges élevés et se cumulent tout au long du processus de perte d'autonomie [Laborde, 2013] : les ouvriers et les employés sont plus exposés que les cadres et les professions intermédiaires aux situations fonctionnelles les plus génératrices d'incapacité ; une fois en situation fonctionnelle dégradée, les ouvriers et les employés sont plus à risque de perdre leur autonomie.

Plusieurs facteurs de risque expliquent les inégalités sociales face à la santé : certains sont liés aux conditions de vie (y compris celles vécues pendant l'enfance) [Birnie et al, 2011], d'autres aux conditions

de travail (travail de nuit, répétitif, physiquement engageant, exposition aux produits nocifs...) ou encore aux habitudes de vie (alimentation malsaine, inactivité physique, consommation d'alcool ou de tabac...). Ces facteurs de risque sont inégalement répartis au sein de la population, mais ce sont les mêmes populations qui cumulent des expositions aux différents facteurs de risque pour la santé et les comportements défavorables à la santé (Drees, 2015). Ces inégalités sociales sont fortes aux âges élevés et témoignent de l'accumulation des désavantages socio-économiques vécus pendant l'enfance et l'âge adulte.

### II-2-4 L'importance des inégalités territoriales face à la perte d'autonomie

Vieillit-on en aussi bonne santé selon que l'on vit au Nord ou au Sud de la France, en Île-de-France ou en Nouvelle-Aquitaine ? Les décideurs montrent un intérêt de plus en plus marqué pour l'étude des inégalités territoriales de santé pour planifier au mieux l'offre en santé sur leurs territoires. Pourtant contrairement aux inégalités sociales, ce champ a été peu investi, notamment parce que les enquêtes de santé ne permettaient pas jusqu'à présent de fournir des données à une échelle territoriale fine. Pour la première fois, l'exploitation de l'enquête VQS 2014 permettra de décrire, département par département, les situations d'incapacité des personnes âgées vivant à domicile.

On dispose, toutefois, de quelques indications sur l'ampleur des inégalités territoriales face à la perte d'autonomie. Une étude de l'Ined de 2008 atteste de différences marquées entre régions en matière de durée de vie mais sans lien très clair avec les incapacités [Cambois et Laborde, 2008]. Si le Nord-Pas-de-Calais cumule les situations défavorables, les régions qui affichent l'espérance de vie la plus longue ne conservent pas leur avantage sur chacun des indicateurs d'incapacité. En ce qui concerne l'Île-de-France, les auteurs estimaient qu'à 65 ans, les hommes pouvaient espérer vivre encore 15 années sans restriction d'activité pour les soins personnels (soit 79 % du temps de vie espéré) et 12,5 ans sans limitation d'activité (soit 70 %), des taux très proches de ce qui était observé au niveau national.

En revanche, l'étude du recours à l'APA par département met en évidence de fortes disparités territoriales face à la reconnaissance administrative de la dépendance. Fin 2014, en France métropolitaine, on dénombre 205 bénéficiaires de l'APA à domicile et établissement pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus. Ce taux varie selon les départements de 125 pour l'Essonne à 299 pour les Ardennes. Les taux de bénéficiaires les plus faibles sont principalement observés en Île-de-France et dans les départements limitrophes de l'Oise, de la Marne et de l'Eure. En Île-de-France, tous les départements affichent un taux inférieur ou très proche du premier décile, sauf la Seine-Saint-Denis qui compte 246 bénéficiaires pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus. C'est principalement dans les

départements situés dans le Sud et le Centre de la France que les taux de bénéficiaires sont les plus élevés.

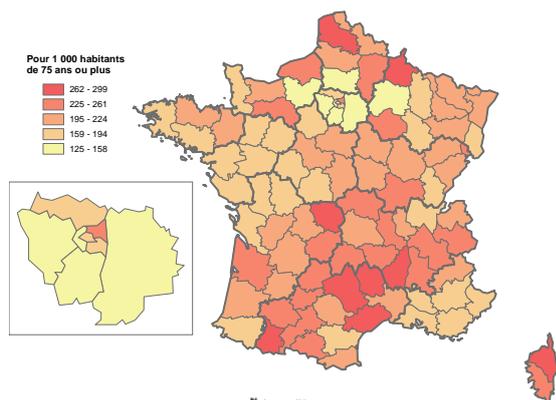
Ces disparités territoriales attestent de structures sociales différentes selon les départements, d'inégalités sociales face à la santé, mais aussi, pour partie, de différences dans l'offre de soins à domicile et en établissement. La partie II.3 de ce rapport est consacrée à la compréhension des inégalités territoriales de recours à l'APA.

### II-2-5. Institution ou domicile : des lieux de vie différents selon les départements

L'âge d'entrée en institution est de plus en plus tardif. Il est en moyenne de 84 ans et 5 mois en 2011 contre 82 ans en 1994 [Volant, 2014]. Cependant la part de personnes âgées de 85 ans ou plus résidant en institution est stable au cours des 30 dernières années (20 %) [Trabut et Gaymu, 2016].

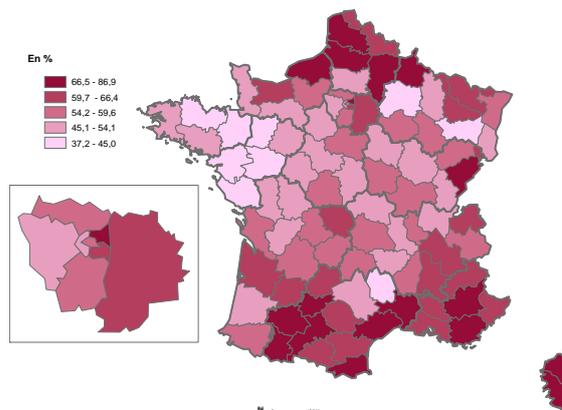
Les bénéficiaires de l'APA vivent davantage à domicile qu'en institution. C'est le cas de 58,7 % des bénéficiaires de l'APA en 2013. On note, toutefois, de fortes disparités selon les départements. Dans 16 départements – principalement situés en Bretagne et en Pays-de-la-Loire – le rapport est inversé et la majorité des bénéficiaires résident en EHPAD. Les différences territoriales qui existent en termes d'offre d'hébergement, de services à domicile, de proximité et de disponibilité de l'entourage, de niveau de ressources des personnes sont autant de facteurs qui s'associent et influent sur la capacité de la personne âgée à vivre à domicile [Ibid, 2016].

Fig 12. Taux de bénéficiaires total (domicile et établissement) pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus



Source : Enquête annuelle de l'aide sociale 2013, Drees  
Cartographie : ORS Ile-de-France

Fig 13. Proportion de bénéficiaires vivant à domicile parmi l'ensemble des bénéficiaires de 75 ans ou plus



Source : Drees - Enquête annuelle "Aide sociale" - 31/12/13.  
Source : Enquête annuelle de l'aide sociale 2013, Drees  
Cartographie : ORS Ile-de-France

### II-3 Comprendre les inégalités territoriales de recours à l'APA...

Ces disparités face au recours à l'APA reflètent-elles uniquement des écarts de risque de perte d'autonomie qui renvoient à des différences territoriales dans les conditions de vie, dans les structures sociales, dans la capacité à recourir aux soins et à maintenir son activité en dépit de problèmes fonctionnels ? Traduisent-elles également des différences territoriales dans la structure familiale et donc dans la capacité à recevoir de l'aide de l'entourage ? S'expliquent-elles aussi par la variabilité territoriale d'offres de soins médicaux et sociaux à domicile et de capacité d'hébergement en institution ? Ces écarts reflètent-ils des différences dans les politiques sociales des conseils départementaux dans l'attribution de l'APA ?

Pour répondre à ces questions, Jeger (2005) a proposé une modélisation économétrique du taux de bénéficiaires APA en 2003 à l'aide de variables démographiques, sociales, d'offres de soins et relatives à la politique sociale du département. Son modèle économétrique expliquait 68 % de la variance totale observée de recours à l'APA en 2003 (domicile et établissement). Dix ans plus tard, ce modèle actualisé sur les données de 2013 n'explique plus que 36 % des écarts territoriaux (Encadré 3). En nous inspirant de cette méthode, nous avons cherché à construire d'autres modèles intégrant d'autres variables (Encadré 5) pour comprendre les mécanismes de recours à l'APA à l'œuvre aujourd'hui. Au vu des différences observables de recours à l'APA à domicile et en établissement, nous avons modélisé d'un côté l'APA à domicile et de l'autre l'APA en établissement.

### Encadré 3 – Actualisation de la modélisation du taux de bénéficiaires APA (domicile et établissement) proposée par Jeger en 2005

Jeger (2005) a proposé une approche économétrique pour expliquer les disparités départementales observées face au taux de recours total à l'APA (domicile et établissement) en 2003. Sa modélisation du taux de bénéficiaires de l'APA expliquait 68 % de la variance : près des deux tiers (62 %) était expliqué par des différences de structure socio-démographique et 6 % par des différences dans l'offre de soins et dans la politique sociale mise en place dans le département.

Le tableau ci-dessous présente une actualisation de ce modèle. Toutes les variables identifiées comme explicatives en 2005 sont reprises et collectées pour la dernière année disponible, à savoir 2013. Seule la variable « nombre de personnes âgées aidées avant la mise en place de l'APA » n'a pas été retenue ; l'APA ayant été instituée en 2002, cette variable n'est plus pertinente en 2013. Le modèle de Jeger actualisé n'explique plus que 36 % de la variance observée, dont 33 % des écarts expliqués par les différences de structure sociodémographique et 3 % par des caractéristiques d'offre de soins ou de politique sociale du département. La majorité des variables qu'il avait identifiées comme prédictrices du taux de bénéficiaires APA ne sont plus significatives dans ce modèle (comme les espérances de vie à la naissance des hommes et des femmes, la part des personnes de 75 ans ou plus vivant seules, la proportion d'ouvriers dans la population active, le nombre de places en EHPAD et en USLD et le potentiel fiscal par habitant). En revanche, le taux d'urbanisation du territoire, la proportion d'agriculteurs dans la population active, la part des retraités percevant le minimum vieillesse et les dépenses totales brutes d'aide sociale sont toujours associées au taux de bénéficiaires de l'APA et ce, dans le même sens.

Variabes	Coefficient normalisé	p-value
<b>Modélisation du taux de bénéficiaires par des variables sociodémographiques</b>		
Part des communes appartenant à une unité urbaine de plus de 2 000 habitants	-0,32	0,003
Espérance de vie à la naissance des femmes	0,27	0,081
Espérance de vie à la naissance des hommes	0,14	0,412
Proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules	0,15	0,119
Proportion d'agriculteurs dans la population active (résidu d'une régression sur la population urbaine)	0,28	0,004
Proportion d'ouvriers dans la population active	-0,00	0,986
Part des retraités percevant le minimum vieillesse (ASV et ASPA) (résidu d'une régression sur la population agricole et ouvrière)	0,35	0,000
<b>Modélisation du résidu par des d'offres de soins et de politique sociale du département</b>		
Nombre de places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus dans les structures d'hébergement permanent pour personnes âgées : maisons de retraite et logements-foyers.	0,06	0,580
Dépenses totales brutes d'aide sociale du département	0,31	0,004
Potentiel fiscal par habitant	0,01	0,908

**Note de présentation :** Les variables sont présentées dans l'ordre de présentation de l'article : Jeger (2005), L'allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003. *Etudes et résultats*. Drees. N°372

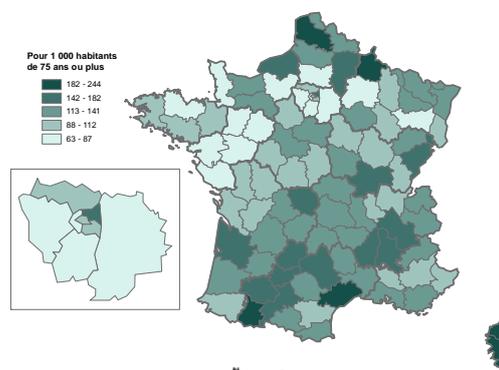
**Note de lecture :** la part des communes appartenant à une unité urbaine de plus de 2000 habitants est liée significativement au taux de bénéficiaires (p-value<0,01). Le lien entre ces deux variables est négatif (coefficient=-0.32).

### II-3-1 APA à domicile

Fin 2013, en France métropolitaine, le taux de bénéficiaires à domicile est de 120 pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus. Ce taux varie fortement selon les départements, de 63 (Mayenne) à 244 (Haute-Corse). Les taux les plus faibles sont observés dans les départements situés dans les Pays de la Loire, en Île-de-France et limitrophes de l'Île-de-France. Les taux les plus élevés se situent principalement en Corse, dans le Sud, dans les départements frontaliers du nord et de l'est de la France et dans le département francilien de la Seine-Saint-Denis.

Pour comprendre ces variations départementales, deux modèles ont été testés dont la différence tient seulement à l'introduction ou pas d'une variable rendant compte de l'état de dépendance de la population âgée par département (Tab 6). Le modèle 1, sans la variable de dépendance, indique que les écarts entre départements s'expliquent en majorité par une diversité dans l'offre territoriale d'infirmiers libéraux ; puis par des

Fig 14. Taux de bénéficiaires à domicile pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus



Source : Drees - Enquête annuelle "Aide sociale" - 31/12/2013. © ORES-SEP 2017  
Cartographie : ORS Île-de-France

différences dans les structures sociales, dans la composition des ménages ; et aussi par des différences dans les politiques en matière d'aide sociale du département. Le modèle 2, avec la

variable de dépendance, indique que ces effets persistent.

Le pouvoir explicatif de ces modèles est sensiblement le même (resp. 57 % et 61 % de la variance) (Tab 6). Près de 40 % de la variance reste donc non expliquée. Les variables disponibles en matière de structure sociale, d'offre de soins et de politique en matière d'aide sociale des départements ne sont peut-être pas assez détaillées. Par ailleurs, on ne dispose pas de données pour mesurer le soutien réel apporté par les familles, les amis et voisins mais aussi les associations, les acteurs sociaux, médicaux et paramédicaux...

Un des résultats principaux est la forte association entre la densité d'infirmiers libéraux et le taux de bénéficiaires d'APA à domicile : plus la densité d'infirmiers libéraux serait élevée, plus le taux de bénéficiaires dans ce département serait important. Deux hypothèses peuvent expliquer cette association. Soit la présence d'infirmiers libéraux sur un territoire favorise le recours à l'APA à domicile et leur maintien à domicile. Dans ce cas, on peut faire l'hypothèse que les infirmiers libéraux offrent, outre leurs compétences médicales, un appui social pour les personnes âgées leur facilitant la vie à domicile. Il est possible que les infirmiers constituent également une sorte de relai d'information sur l'APA

**Tab 6. Régression linéaire du taux de bénéficiaires d'APA à domicile (pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus)**

Nature de la variable	Type de variable	Modèle 1 <i>Sans</i> variable de dépendance VQS		Modèle 2 <i>Avec</i> variable de dépendance VQS	
		Coefficients normalisés	p-value	Coefficients normalisés	p-value
<b>Offre de soins</b>	Nombre d'infirmiers libéraux pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus	0,54	0,000	0,45	0,000
<b>Perte autonomie</b>	Part de personnes âgées de 75 ans ou plus dépendantes, groupe IV * des groupes d'autonomie VQS (résidu d'une régression sur le taux de chômage et sur la part des 75 ans ou plus vivant seul)	--	--	0,43	0,000
<b>Politique sociale du département</b>	Dépenses totales brutes d'aide sociale par département (Mod 1 : résidu d'une régression sur le taux de chômage et sur la part des 75 ans ou plus vivant seul / Mod 2 : résidu d'une régression sur le taux de chômage et sur la part de personnes âgées dépendantes au sens du score VQS, groupe IV)	0,37	0,000	0,23	0,001
<b>Variables socio-démographiques</b>	Taux de chômage	0,24	0,007	0,23	0,003
	Proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules	0,33	0,000	0,17	0,010
	Ratio de la part d'ouvriers sur la part de cadres dans la population active et retraitée	0,40	0,000	0,17	0,038
	Espérance de vie à la naissance des hommes	0,24	0,046	°	°
	Taux de pauvreté : proportion des ménages, dont le référent fiscal est âgé de 75 ans ou plus, dont le niveau de vie est inférieur à 60 % du niveau de vie médian	-0,22	0,007	-0,19	0,012
	Revenu par habitant (résidu d'une régression sur le taux de chômage + ratio des ouvriers sur les cadres + dépenses d'aide sociale)	-0,18	0,021	°	°
<b>R<sup>2</sup> ajusté</b>		<b>56,8 %</b>		<b>61,2 %</b>	

**Source des données:** voir encadré 4

**Note de présentation :** Les variables sont ordonnées par leur coefficient bêta estimé au modèle 1 (de la plus grande valeur absolue à la plus petite)

**Lecture :** La variabilité départementale dans la densité d'infirmiers libéraux a un fort pouvoir explicatif sur le taux de bénéficiaires d'APA à domicile (p-value = 0,000). L'association positive entre ces deux variables (bêta=0,54) indique que plus la densité d'infirmiers libéraux est élevée, plus le taux de bénéficiaires d'APA à domicile est élevé.

(\*) : Seule la variable « part de personnes âgées appartenant au groupe IV » présente une association significative dans ce modèle ; les variables « part de personnes âgées appartenant au groupe II » et « part de personnes âgées appartenant au groupe III », correspondant à des personnes âgées moins dépendantes mais présentant des difficultés, ne sont pas significatives

(\*) : Ces deux variables significatives dans le modèle 1, ne le sont plus dans le modèle 2. Elles ont donc été retirées du modèle 2

auprès de la population âgée, sur l'existence de cette aide et sur les conditions à remplir pour en bénéficier. Deuxième hypothèse, la présence de personnes âgées très dépendantes sur un territoire favorise l'installation d'infirmiers libéraux. Ces deux effets jouent sans doute conjointement car l'introduction d'une variable approchant le niveau de dépendance des personnes âgées dans le modèle 2 maintient la significativité de cette variable et son pouvoir explicatif.

Un deuxième résultat important est que la structure sociale de la population de chaque département joue sur le recours à l'APA à domicile.

Les groupes de population socialement défavorisés présentent des états de santé dégradés et sont plus à risque de dépendance quand ils arrivent aux âges élevés. En témoigne la hausse du taux de recours à l'APA à domicile quand la part des ouvriers par rapport à celle des cadres s'accroît mais aussi quand le taux de chômage augmente.

Les situations de précarité semblent en revanche limiter le recours à l'APA à domicile. Le taux de bénéficiaires de l'APA à domicile diminue en effet quand le taux de pauvreté des ménages âgés augmente. Deux hypothèses peuvent expliquer cette association. D'un côté, certaines prestations ne sont pas cumulables avec l'APA : en particulier l'aide à domicile (AMD), versée par les caisses de retraite, ou encore les aides du conseil départemental comme l'allocation représentative des services ménagers et les aides en nature versées sous forme d'heures d'aide-ménagère. Ceci peut expliquer le faible taux de demande observé dans les départements où la part de bénéficiaires de ces allocations est élevée [CNSA, 2015]. D'un autre côté, le faible niveau d'information de certains groupes de population précaires sur l'existence de ces aides et sur le fonctionnement du système limite probablement leur recours à l'APA à domicile.

Par ailleurs, un effet moins visible ici, mais qui est également relevé par la CNSA dans son rapport, est que les personnes âgées les plus aisées et faiblement dépendantes (GIR 3 et 4) peuvent également ne pas recourir à l'APA à domicile, préférant dans un premier temps recourir à l'autofinancement plutôt qu'à l'aide institutionnelle. En effet leur montant perçu d'APA serait faible compte tenu de leurs ressources et elles peuvent, par ailleurs, bénéficier d'une réduction d'impôt sur leurs dépenses d'aide à domicile [Ibid., 2015].

Le maintien de la significativité des variables sociales dans le modèle 2 confirme l'importance des facteurs sociaux dans le recours à l'APA, à situations de dépendance ressenties équivalentes.

La structure familiale semble aussi avoir un effet sur le recours à l'APA : plus le taux de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules est élevé, plus le taux de bénéficiaires APA à domicile est élevé. Lors de la survenue d'une perte d'autonomie, les personnes âgées vivant seules pourraient effectivement moins compter sur le soutien quotidien du conjoint ou d'un enfant dans la réalisation des soins personnels. Elles seraient dans ce cas plus enclines à solliciter une aide professionnelle financée par l'APA.

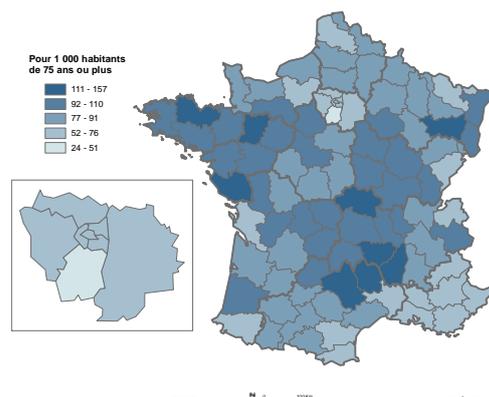
Par ailleurs, les politiques d'aide sociale menées par les conseils départementaux (montant des aides sociales à destination des personnes âgées, des personnes handicapées, de l'enfance et du RSA) semblent aussi jouer un rôle : plus les dépenses d'aide sociale d'un département sont importantes, plus le taux de bénéficiaires de l'APA serait élevé. Ces dépenses sont en grande partie déterminées par les caractéristiques démographiques et socio-économiques locales (les départements ayant toutefois davantage de liberté pour déterminer le montant des aides allouées dans le domaine de la protection de l'enfance et du handicap) (Amar, 2016).

En revanche, les différences départementales d'espérance de vie à la naissance des hommes et de revenu par habitant ne font qu'approcher les différences d'état de santé des populations puisqu'elles ne sont plus significatives dès lors que l'on introduit explicitement la variable de la dépendance VQS dans le modèle 2. Les deux modèles ont un pouvoir explicatif similaire (56,8 % pour le modèle 1 et 61,2 % pour le modèle 2), ce qui suggère que ces indicateurs sociodémographiques reflètent correctement les différences territoriales de déclaration de perte d'autonomie.

### II-3. 2 APA en établissement

Le taux de bénéficiaires de l'APA en établissement varie de 24 (Corse du Sud) à 157 (Lozère) (Fig 15). Certains départements, comme ceux situés en Corse et dans le Sud, présentent des taux de bénéficiaires plutôt élevés à domicile et plutôt faible en établissement. À l'inverse, d'autres présentent des taux de bénéficiaires parmi les plus faibles que ce soit à domicile ou en établissement. On compte, parmi ceux-ci, des départements franciliens comme l'Essonne, les Yvelines et la Seine-et-Marne (Fig 16).

Fig 15. Taux de bénéficiaires en établissement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus



Source : Enquête annuelle de l'aide sociale 2013, Drees / Cartographie : ORS Ile-de-France

Le modèle retenu pour rendre compte des différences de recours à l'APA en établissement explique 69 % de la variance observée entre les départements (Tab 7). Les différences dans l'offre d'établissements médicalisés en constituent l'élément essentiel. Y contribuent aussi, mais dans

une moindre mesure, les structures familiales et les politiques sociales propres à chaque département.

Ainsi le nombre de lits en EHPAD et en USLD sur un territoire joue un rôle majeur dans le recours à l'APA en établissement. Plus un département comporte de places en établissement médicalisé, plus le taux de bénéficiaires APA en établissement y est élevé. Une plus grande capacité d'hébergement au sein d'un département facilite sûrement l'entrée en institution des personnes âgées en proposant une diversité de prestations et de tarifs, en assurant aux personnes âgées de rester dans leur département à proximité de leurs proches et attire probablement les personnes âgées des départements voisins (Encadré 4).

#### Encadré 4 - APA à domicile et APA en établissement

Les personnes qui font la demande de l'APA peuvent résider à domicile ou en établissement. L'APA en établissement concerne les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et les USLD (unités de soins de longue durée). L'établissement doit être situé en France. Si la personne vit dans une résidence autonomie (ex logement-foyer), dans une résidence services ou chez des accueillants familiaux, elle doit faire une demande d'APA à domicile. La demande d'APA en établissement doit se faire auprès du conseil départemental où est situé le domicile de secours, dernier domicile où une personne a vécu au moins 3 mois avant d'aller vivre dans une structure d'hébergement. Le domicile de secours ne comprend pas les structures médico-sociales ou hospitalières. Il sert à déterminer quel conseil départemental est responsable de l'attribution et du versement.

Tab 7. Régression linéaire du taux de bénéficiaires d'APA en établissement (pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus)

Nature de la variable	Type de variable	Coefficient standardisé	p-value
<b>Offre de soins</b>	Nombre de lits en établissement d'EHPAD et de USLD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus	0,81	0,000
<b>Variable sociodémographique</b>	Proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules	0,16	0,007
<b>Politique sociale du département</b>	Dépenses totales brutes d'aide sociale par département (résidu d'une régression sur le taux de chômage + taux de 75 ans ou plus vivant seules)	0,15	0,010
<b>R<sup>2</sup> ajusté</b>		<b>68,5 %</b>	

Source des données: voir encadré 5

Note de présentation : Les variables sont ordonnées par leur coefficient bêta (de la plus grande valeur absolue à la plus petite). Plus le coefficient bêta est élevé en valeur absolue, plus l'association entre la variable explicative et le taux de bénéficiaires est importante.

Lecture : La variabilité départementale dans la capacité d'hébergement en institution a un fort pouvoir explicatif sur le taux de bénéficiaires d'APA en établissement (p-value = 0,000). L'association positive entre ces deux variables (bêta=0,81) indique que plus la densité d'EHPAD et d'USLD est élevée dans un département, plus le taux de bénéficiaires d'APA en établissement est élevé.

### Encadré 5 – Approche économétrique pour identifier les déterminants du recours à l'APA à domicile et en établissement

Les modèles économétriques intègrent des variables approchant le taux de dépendance, des variables démographiques, sociales, d'offre de soins et relatives à la politique sociale du département (Tableaux 6 et 7). Ne sont ici présentées que les variables qui se sont avérées significatives dans l'un des deux modèles.

Type de variable	Description de la variable	Source et Année
Niveau de dépendance	Taux de bénéficiaires APA à domicile / en établissement pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus	Drees, Enquête annuelle sur l'aide sociale, 2013
	Part de personnes âgées de 75 ans ou plus appartenant au groupe IV des groupes d'autonomie VQS	Drees, Vie quotidienne et santé, 2014
Caractéristiques démographiques	Espérance de vie des hommes et des femmes à la naissance	Insee, État civil, estimations de population, 2012
	Part de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules	Insee, Recensement de la population, 2013
	Part des communes appartenant à une unité urbaine de plus de 2 000 habitants	Insee, Recensement de la population, 2013
Caractéristiques sociales	Part des ménages (dont le référent fiscal est âgé de 75 ans ou plus) dont le niveau de vie est inférieur à 60% du niveau de médian	Insee, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi), 2012
	Ratio de la proportion d'ouvriers sur la proportion de cadres au sein de la population active et retraitée	Insee, RP 2012, exploitation complémentaire.
	Taux de chômage localisé en moyenne annuelle. Il correspond au nombre de chômeurs estimé sur la population active (personnes occupant un emploi et chômeurs) estimée au lieu de résidence.	Insee, taux de chômage localisés et taux de chômage au sens du BIT, 2016 (Moyenne sur le trimestre 1 et 2)
	Revenu moyen par habitant	Direction Générale des Collectivités Locales, 2016
Offre de soins pour les personnes âgées	Nombre de lits en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et dans les unités de soins de longue durée (USLD) pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus.	Drees (données Statiss), Insee (estimations de population), exploitation FNORS, 2014
	Nombre d'infirmiers libéraux pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Les libéraux regroupent les libéraux exclusifs et les libéraux partiels.	Drees (Fichier Adeli), Insee (estimations de population), exploitation FNORS, 2014
Politique sociale du département	Dépenses totales brutes d'aide sociale du département en 2013 (en euro par habitant) qui comprennent l'aide sociale aux personnes âgées, aux personnes handicapées, à l'enfance et RSA stricto sensu	Drees, enquêtes annuelles sur l'aide sociale ; Insee, estimations de population, 2013

### II-3. 3 Focus sur l'Île-de-France

En Île-de-France, les taux de bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement sont particulièrement faibles dans l'ensemble des départements, sauf en Seine-Saint-Denis où le taux de bénéficiaires à domicile est très élevé. Plus précisément, se distinguent (Fig 9) :

- les Yvelines, la Seine-et-Marne et l'Essonne qui présentent des taux très faibles de recours de l'APA, à domicile comme en établissement ;
- le Val d'Oise, Paris et le Val-de-Marne où les taux sont légèrement supérieurs à domicile et en établissement que les départements du premier groupe ;
- les Hauts-de-Seine qui sont à cheval entre ces deux groupes avec un taux très faible d'APA à domicile (niveau du groupe 1) et un taux d'APA en établissement plus proche de la moyenne nationale (niveau du groupe 2) ;
- la Seine-Saint-Denis qui présente un taux assez faible pour l'APA en établissement mais très élevé pour l'APA à domicile.

Comment expliquer la faiblesse des taux franciliens et le taux d'APA à domicile plus élevé en Seine-Saint-Denis ? Quels enseignements peut-on tirer des modèles économétriques (Tab 6 et Tab 7) ?

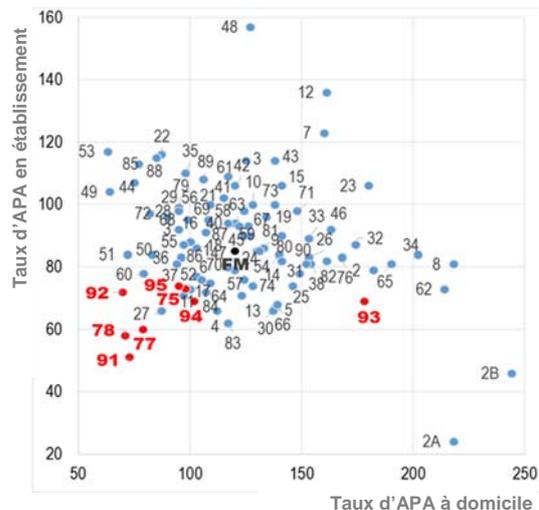
**Pour les Yvelines, l'Essonne et les Hauts-de-Seine**, les estimations issues des modèles rendent compte de la faiblesse des taux d'APA à domicile, en raison de différents facteurs. La densité d'infirmiers libéraux y est peu élevée, la proportion de personnes âgées dépendantes est faible en lien avec une structure sociale plutôt favorisée (faible taux de chômage, surreprésentation de cadres), et les dépenses en matière d'aide sociale sont plus faibles que la moyenne nationale (Tab 8).

En revanche, le taux estimé d'APA à domicile de la **Seine-et-Marne** est plus élevé que le taux observé. Il est proche de ceux observés dans le **Val-de-Marne** ou le **Val d'Oise**. Le profil social plus modeste de ces départements génère un recours plus élevé de l'APA à domicile.

**A Paris**, le taux d'APA à domicile est inférieur à la moyenne nationale. Des effets contraires opèrent dans la capitale. La densité d'infirmiers libéraux proche de la moyenne nationale, les dépenses en matière d'aide sociale plus élevées qu'en France métropolitaine et la part des personnes âgées vivant seules parmi les plus élevées, contribuent à un recours important de l'APA à domicile. En revanche, le profil aisé de sa population (présence forte de ménages à hauts revenus et de cadres) tend à limiter ce recours.

Enfin, le modèle rend compte du fort recours de l'APA à domicile en **Seine-Saint-Denis**. La part des personnes âgées de 60 ans ou plus dépendantes est plus élevée que dans les autres départements franciliens et le profil social nettement plus défavorisé, avec un taux de chômage élevé, une surreprésentation des ouvriers en comparaison des cadres et un taux de pauvreté élevé parmi les plus âgés.

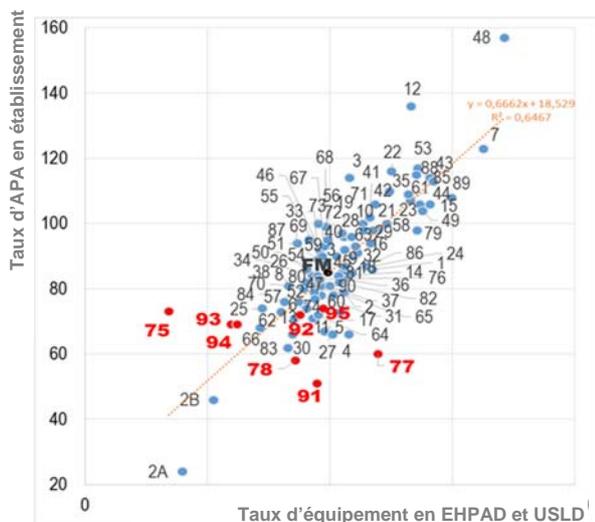
Fig 16. Taux observés de bénéficiaires de l'APA à domicile et taux de bénéficiaires de l'APA en établissement (pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus) par département



Note : les 8 départements franciliens sont représentés en rouge ; FM correspond aux taux observés en France métropolitaine

Le faible recours à l'APA en établissement dans le Val-de-Marne, la Seine-Saint-Denis, les Yvelines, les Hauts-de-Seine et le Val d'Oise s'explique principalement par une offre en hébergement médicalisé peu importante (tab 8). En revanche, les résultats du modèle à Paris, en Essonne et en Seine-et-Marne ne correspondent pas à l'offre d'hébergement de ces territoires et attestent du jeu des déménagements d'un département à l'autre au moment de l'entrée en institution. En pratique, les personnes âgées peuvent intégrer une institution dans un département autre que celui dans lequel elles résident. Dans ce cas, c'est le département d'origine qui finance l'APA en établissement et non le département d'accueil (Encadré 4). C'est pourquoi, le département de Paris finance davantage de bénéficiaires de l'APA en établissement que ce que Paris ne peut théoriquement absorber (34,3 lits en EHPAD et en USLD pour 1000 personnes versus 99,0 au niveau national) ; à l'inverse la Seine-et-Marne (119,5 pour 1000) et dans en moindre mesure l'Essonne (94,7 pour 1 000) financent moins de bénéficiaires de l'APA en établissement que ce que laisseraient supposer leurs capacités d'accueil. Ces deux derniers départements présentent une offre en hébergement médicalisé conséquente qui leur permet d'accueillir des bénéficiaires de l'APA d'autres départements dans leurs établissements.

Fig 17. Taux d'équipement en EHPAD et en USLD et taux de bénéficiaires de l'APA en établissement (pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus) par département



Tab 8. Profils des 8 départements franciliens selon les variables identifiées dans les modèles

	Département francilien								France métropolitaine
	Paris (75)	Seine-et-Marne (77)	Yvelines (78)	Essonne (91)	Hauts-de-Seine (92)	Seine-Saint-Denis (93)	Val-de-Marne (94)	Val d'Oise (95)	
Densité d'infirmiers libéraux (pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus)	15,1	13,7	8,1	10,9	8,0	10,7	8,6	14,0	<b>16,7</b>
Part de personnes âgées de 60 ans ou plus dépendantes (%) (groupe IV d'autonomie VQS)	9,2	10,4	8,8	7,5	8,8	12,9	12,9	11,6	<b>11,7</b>
Dépenses totales brutes d'aide sociale par département	620,6	417,2	409,0	438,3	485,3	764,0	561,7	450,8	<b>537,0</b>
Taux de chômage (%)	7,8	8	7,4	7,7	7,6	12,8	8,8	10	<b>9,8</b>
Part de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seul	59,7	53,6	50,8	50,9	55,6	57,4	55,7	54	<b>53,9</b>
Ratio de la part des ouvriers sur la part de cadres dans la population active et retraitée	0,2	1,4	0,5	0,9	0,3	2,1	0,8	1,2	<b>1,7</b>
Espérance de vie des hommes à la naissance	80,9	78,7	80,5	80,4	81	78,8	79,8	79,1	<b>79,3</b>
Taux de pauvreté des 75 ans ou plus	9,5	6,7	4,9	5,2	7,6	12,7	7,5	8,5	<b>10,2</b>
Revenu par habitant (€)	25540	15145	19902	16267	22128	11517	16356	14719	<b>N.D.</b>
Nombre de lits en établissement d'hébergement médicalisé (EHPAD et USLD)	34,3	119,5	85,8	94,7	87,8	59,7	62,0	97,2	<b>99,0</b>
Part d'ouvriers au sein de la population active	4,1	9,9	6,5	8,4	4,9	11,2	7,6	9,3	<b>10,7</b>



# III – Projections des recours à l'APA à l'horizon 2040

Les incertitudes qui entourent l'évolution de la dépendance sont nombreuses. Elles concernent autant l'évolution de la maladie d'Alzheimer et des progrès contre la sénescence, que nos modes de vie (alimentation, alcool, tabac, stress), notre rapport aux autres (entraide familiale, contacts sociaux) mais aussi l'évolution du contexte sanitaire. Pour rendre compte de ces incertitudes, les derniers travaux prospectifs réalisés sur la dépendance, tant au niveau national par la DREES [Lecroart, 2013], que régional par l'Insee et l'ARS [Drieux, 2011], ont bâti des hypothèses qui portent sur le partage des années de vie qui seront gagnées à 65 ans selon qu'elles seront ou non vécues avec des incapacités sévères entraînant un état de dépendance au sens de l'APA (tableau 9). A l'instar de ces travaux nous

avons retenu trois scénarios déclinés à l'échelle des départements (encadré 6).

Les données dont on dispose sur les évolutions récentes inclinent, en effet, à la prudence. Ainsi, à l'échelle européenne, les progrès de l'espérance de vie à 65 ans vont de pair avec une stagnation du temps de vie sans incapacités depuis dix ans, et s'accompagnent, pour partie de temps de vie supplémentaire avec des incapacités sévères. Le constat est un peu plus favorable en France. L'espérance de vie sans incapacité augmente en France à 65 ans, mais on observe aussi, en particulier chez les femmes, une hausse modérée du temps de vie avec des incapacités sévères (encadré 7).

## Encadré 6 - Les hypothèses de recours à l'APA

Les hypothèses de recours à l'APA reposent sur un partage des gains d'espérance de vie à 65 ans envisagés à l'horizon 2040, entre années en bonne santé ou avec des incapacités modérées ne nécessitant pas de recours à l'APA, et années en dépendance avec recours à l'APA. Trois hypothèses principales sont retenues :

- **L'hypothèse optimiste** postule que tous les gains d'espérance de vie après 65 ans se feront sans dépendance. Elle suppose un décalage dans le temps de l'apparition des incapacités sévères. Les taux de recours à l'APA par groupe d'âge observés en 2013 sont décalés, chaque année, du nombre de mois ou d'années de gains d'espérance de vie à chaque âge.  
Cette hypothèse s'inscrit dans la théorie de compression de la morbidité qui suppose l'existence d'une limite fixe à la vie humaine et une réduction de la proportion des années vécues en mauvaise santé.
- **L'hypothèse pessimiste** table sur une stabilité des taux de dépendance par âge à leur niveau de 2013. Dans cette hypothèse, la dépendance apparaît aux mêmes âges et avec la même intensité en 2040 qu'en 2013. Nous supposons donc que les progrès de l'espérance de vie ne vont pas s'accompagner d'un recul de l'âge où apparaissent les incapacités sévères. L'allongement des temps d'activité avec le recul de l'âge de départ à la retraite, une possible dégradation du recours au soin et de l'offre sanitaire, liées aux restrictions budgétaires, contribueraient à contrebalancer les effets bénéfiques des progrès de la lutte contre les maladies sur les âges d'apparition des incapacités sévères. On vivrait donc plus longtemps, au prix de temps plus long en dépendance.  
Cette hypothèse fait écho à la théorie de l'expansion de la morbidité qui suggère que les gains de mortalité se traduiront par des périodes plus longues de maladie ou d'incapacité.
- **L'hypothèse centrale** se situe à mi-chemin. Les taux de dépendance de 2013 sont décalés, chaque année, de la moitié des gains d'espérance de vie prévus à ces âges. Les progrès de l'espérance de vie s'accompagnent de temps de vie en dépendance.

Pour chaque département, nous avons construit en tout 9 scénarios croisant les trois hypothèses démographiques et les trois hypothèses de recours à l'APA. Les projections à l'échelle de l'Île-de-France en 2040 sont déduites par sommation des projections départementales.

Nous avons, par ailleurs, à titre indicatif, supposé que le partage entre domicile et établissement restait le même par groupe d'âges, qu'en 2013. A l'échelle de la France, une étude récente de l'Ined a montré, qu'entre 1982 et 2011, l'hébergement en maison de retraite a reculé en début de vieillesse mais est demeuré stable passé 85 ans (13% des hommes et 23% des femmes en institution) [Trabut, Gaynu, 2016]. Or c'est après 85 ans, que le risque de dépendance est le plus élevé. On observe aussi que la part des bénéficiaires de l'APA vivant en institution progresse avec l'âge : du quart entre 70 et 75 ans, elle passe à la moitié après 85 ans en Ile-de-France.

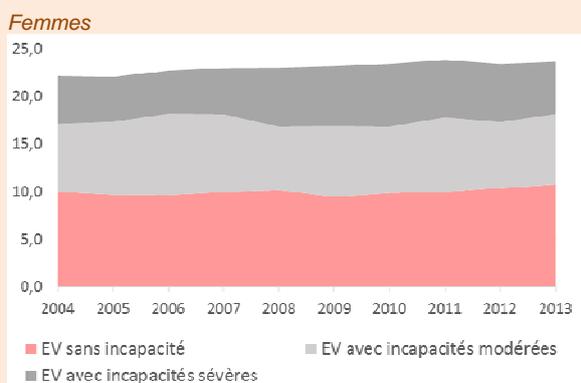
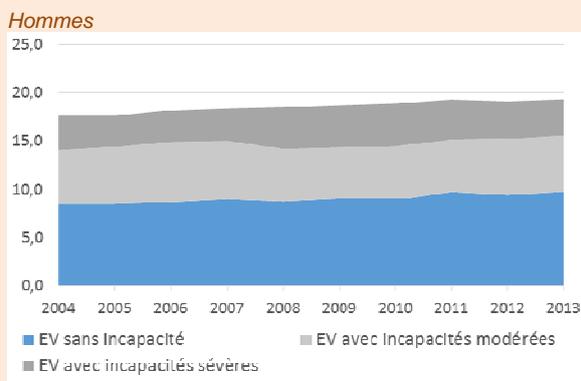
### Encadré 7 - Partage des gains d'espérance de vie à 65 ans selon l'état de santé en France Quelques enseignements de l'enquête SILC

Pour planifier au mieux les besoins en matière de soins et d'assistance, il est essentiel d'évaluer dans quelle mesure les années de vie gagnées le sont en bonne santé. C'est donc à l'aune des années vécues avec des incapacités, plus ou moins sévères, que le « vieillissement » de la population doit se mesurer. Patrice Bourdelais [1998], historien et démographe, a depuis longtemps battu en brèche l'approche purement démographique basée sur un âge immuable d'entrée dans la vieillesse et proposé d'y substituer un âge glissant correspondant à l'apparition des incapacités.

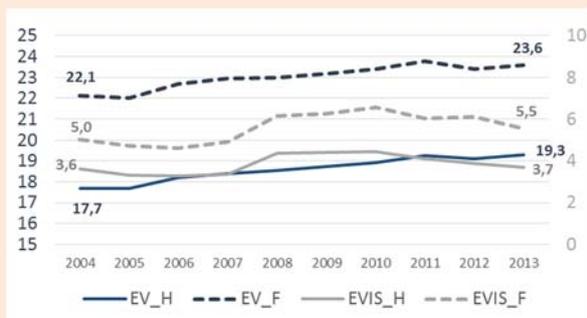
A l'échelle de la France, selon les résultats annuels de l'enquête européenne SILC, l'espérance de vie à 65 ans et l'espérance de vie sans incapacité au même âge tendent à augmenter de façon parallèle depuis 2004. La part des années vécues en incapacité reste relativement stable. Une partie des progrès se fait donc au prix de temps de vie supplémentaire en incapacité [EHLEIS, 2015]. L'enquête distingue les incapacités modérées, des incapacités sévères qui limitent fortement l'activité des personnes, les plus susceptibles d'entraver l'autonomie. Si les tendances d'évolution ne sont pas encore très nettes, elles attestent chez les françaises d'une hausse modérée du temps passé avec des incapacités sévères (graphiques ci-contre).

A l'échelle de l'Europe, le constat est plus défavorable, l'espérance de vie augmente, mais l'espérance de vie sans incapacité stagne. Les années gagnées sont vécues pour partie avec des incapacités modérées et pour partie avec des incapacités sévères.

Espérance de vie à 65 ans selon l'état de santé  
France, de 2004 à 2014



Les gains d'espérance de vie à 65 ans se sont accompagnés, pour partie, de temps en incapacité sévère chez les femmes



EV : espérance de vie à 65 ans (axe de gauche) en années  
EVIS : espérance de vie avec incapacités sévères (axe de droite)  
Source : Enquête EU-SILC 2013, France

Tab 9 - Hypothèses sur la durée de vie en dépendance formulées dans différentes études (France)

	Pessimiste	Intermédiaire	Optimiste	Justification/ Documents de référence
<b>Drees : Lecroart, 2013</b>	<b>Hausse de la durée de vie en dépendance</b> La prévalence de la dépendance modérée à chaque âge est stable (GIR 3 et 4) => augmentation de la durée de vie en dépendance et diminution de EVSI/EV* à 65 ans	<b>Hausse modérée de la durée de vie en dépendance</b> EVSI/EV à 65 ans reste stable. EVSI et EV évoluent au même rythme. La durée de vie en dépendance augmente légèrement, mais moins que dans le scénario pessimiste	<b>Stabilité de la durée de vie en dépendance</b> Les gains d'EV correspondent intégralement à des gains d'espérance de vie sans incapacité. Il y aurait donc un simple décalage dans le temps de la période vécue en situation de dépendance	*les projections de l'Insee de 2010 indiquent que les hommes gagneraient davantage d'années d'espérance de vie à 65 ans que les femmes d'ici 2060 * selon les données européennes SILC, EV et EVSI à 65 ans évoluent de façon parallèle entre 2004 et 2009. Toutefois les analyses de l'INED à partir des premiers résultats de l'enquête HS suggèrent un ralentissement de la progression de l'EVSI à 65 ans comparativement à EV, notamment chez les femmes. Une partie des gains d'EV se font avec incapacités
<b>Centre d'analyse stratégique, 2005</b>	<b>Hausse de la durée de vie en dépendance</b> Diminution des proportions de personnes âgées dépendantes par âge et sexe d'environ 1% par an		<b>Stabilité de la durée de vie en dépendance,</b> Diminution des proportions de personnes âgées dépendantes par âge et sexe d'environ 1,5% par an	Selon le panel européen des ménages 1995-2003 : *faible accroissement de EVSI en France, et stagnation chez les femmes, * évolution très modérée de l'EVSI, proche de celle de EV, dans les autres pays européens -> Écarte les hypothèses les plus optimistes de l'Insee et de la Drees -> limite à moins de 2% la diminution annuelle des taux de prévalence
<b>Insee : Duée, Rebillard, 2004</b>	<b>Hausse de la durée de vie en dépendance</b> après 60 ans au même rythme que l'EV. La part de la dépendance dans l'EV reste stable. => extension de la morbidité => diminution de la prévalence à 0,8 % par an	<b>Stabilité de la durée de vie en dépendance</b> après 60 ans chez les hommes et les femmes (conforme aux évolutions de la dernière décennie) => une diminution de la prévalence de 1,3% par an	<b>Diminution de la durée de vie en dépendance</b> après 60 ans. Ce scénario suppose une compression de la morbidité. => une diminution de la prévalence de 1,7% par an	*tendances de EVSI entre les enquêtes Santé 1981 et 199 *observations dans les années 1990 à l'étranger (USA, Suède, Danemark) montrent une diminution de l'incapacité de 1% à 2% par an
<b>Drees, 2002</b>	<b>Augmentation de la durée de vie en dépendance</b> Les gains d'espérance de vie sans dépendance évoluent de façon parallèle à l'espérance de vie générale	<b>Diminution de la durée de vie en dépendance</b> Moyenne des 2 autres hypothèses	<b>Diminution de la durée de vie en dépendance</b> Les proportions des personnes âgées dépendantes continuent à baisser au rythme observé sur la décennie 90 (rythme rapide pour les plus de 80 ans)	*Selon les enquêtes Santé 1981 et 1991 : évolution EVSI globalement parallèle à EV; durée de vie avec incapacité sévère augmente un peu pour les femmes et diminue légèrement pour les hommes *Selon Enq Santé et EHPA 1991 et HID 98-99, gain d'EV sans dépendance plus rapide que gain d'EV -> 3 scénarii contrastés

\*EV : espérance de vie ; EVSI : espérance de vie sans incapacité

Tableau d'hypothèses d'après « Insee, Drees (2011). Bilan des exercices antérieurs de projections de population de personnes âgées dépendantes – Groupe de travail ' Perspectives démographiques et financières de la dépendance ' »

### III-1 Augmentation des 2/3 des recours à l'APA en Ile-de-France d'ici 2040 dans le scénario central

Pour chaque département, neuf scénarios ont été construits croisant les trois hypothèses démographiques et les trois hypothèses de recours à l'APA. Deux éléments ressortent très nettement des projections régionales :

- Quel que soit le scénario, le nombre de bénéficiaires de l'APA progressera moins que le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans.
- Les évolutions sont plus sensibles aux scénarios de recours à l'APA qu'aux hypothèses faites sur l'espérance de vie.

En 2013, près de 132 000 Franciliens bénéficient de l'APA. D'ici 2040, le nombre de bénéficiaires pourrait augmenter de 47 000 à 149 000 selon les scénarios extrêmes, et plus vraisemblablement autour de 85 000 personnes dans les hypothèses centrales démographiques et de recours à l'APA. Ces chiffres sont bien en-deçà de l'augmentation du nombre de Franciliens de plus de 85 ans dans le scénario central (+295 000).

Dans l'hypothèse optimiste, où les gains d'espérance de vie après 65 ans se soldent par un décalage d'autant des risques de recours à l'APA, la hausse se situe, selon les scénarios démographiques, de 47 000 à 61 000 personnes recourant à l'APA, ce qui équivaut dans le scénario démographique central à une progression des effectifs de 41 % par rapport à 2013.

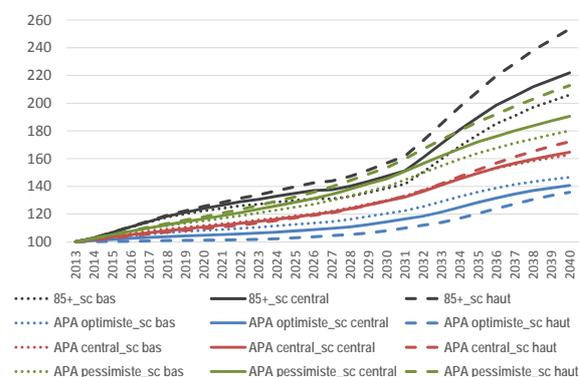
Dans le scénario pessimiste de recours à l'APA où l'on suppose le maintien des taux de recours à leur niveau observé fin 2013, le nombre de bénéficiaires de l'APA augmente de 105 000 à 149 000, soit une hausse relative de 90 % dans le scénario démographique central.

Dans le scénario intermédiaire, la hausse se situe entre 83 000 et 95 000, ce qui suppose dans le scénario démographique central une progression des deux tiers (+65 %).

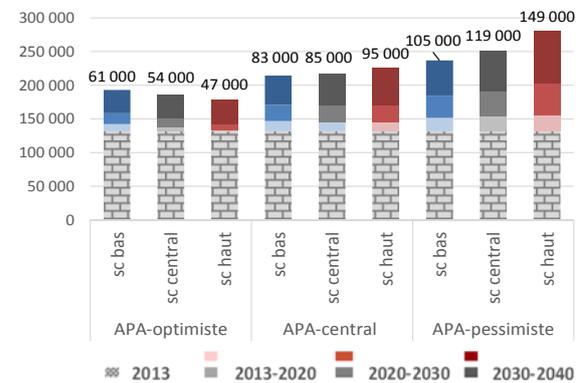
En 2013, 78 000 Franciliens bénéficiaires de l'APA vivaient à domicile, et près de 56 000 étaient hébergés en établissement, soit respectivement 59 % et 41 % des personnes concernées. La part des personnes vivant à domicile baisse sensiblement avec l'âge, elle est des trois quarts entre 70 et 74 ans quand le risque de dépendance est encore faible et les limitations fonctionnelles moins fortes en moyenne, à 51 %, en moyenne après 85 ans. Si l'on maintient ces différentiels liés à l'avancée en âge, on peut estimer dans le scénario central (démographique et de recours à l'APA), une hausse de 48 000 personnes à domicile (+62 %) et 37 000 en établissement (+69 %) d'ici 2040.

**Fig 18. Projections des Franciliens de 85 ans et plus et des bénéficiaires de l'APA d'ici 2040**

Base 100 en 2013



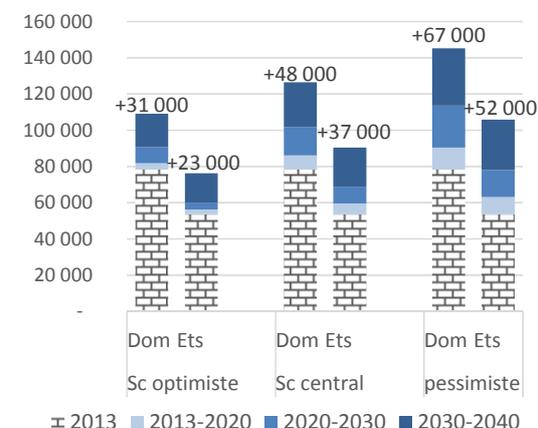
**Fig 19. Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA d'ici 2040, Ile-de-France**



Lecture : dans le scénario combinant scénario démographique haut et hypothèse pessimiste de recours à l'APA (stabilisation des taux par âge au niveau actuel), le nombre de bénéficiaires de l'APA augmente de 149 000 personnes entre 2013 et 2040.

**Fig 20. Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement d'ici 2040**

(scénario démographique central)



### III-2 Les recours à l'APA augmenteront du tiers à Paris et feront plus que doubler en Seine-et-Marne à l'horizon 2040 dans le scénario central

Conformément aux évolutions attendues des personnes âgées, les recours à l'APA vont progresser davantage, en valeur relative, en grande couronne qu'au centre de la région. Entre 2013 et 2040, dans les scénarios centraux tant démographiques que de recours à l'APA, la hausse se situerait à +36 % à Paris, +43 % dans les Hauts-de-Seine, un peu plus de moitié en Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne, de 80 % à 90 % dans les Yvelines, l'Essonne et le Val d'Oise et à +123 % en Seine-et-Marne.

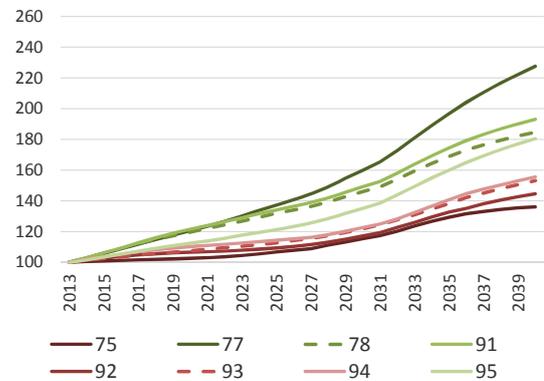
En volume, les évolutions s'échelonnent de +7 500 dans les Hauts-de-Seine dans le scénario central, autour de +9 000 dans le Val-de-Marne et le Val d'Oise, de +10 000 à +12 000 à Paris, la Seine-Saint-Denis, les Yvelines et l'Essonne, jusqu'à +16 600 en Seine-et-Marne.

Le maximum sera atteint dans un scénario associant des gains d'espérance de vie élevés - la population restant en vie plus longtemps - et des taux de recours à l'APA par âge restant inchangés au niveau observé fin 2013. Les progrès de la lutte contre les maladies ne s'accompagneraient pas d'un recul de l'âge où apparaissent les situations de dépendance. On vivrait plus longtemps mais plus longtemps en mauvaise santé. Dans ce scénario le plus haut au regard des évolutions des personnes en état de dépendance, la croissance du nombre de recours à l'APA entre 2013 et 2040 s'échelonnerait de l'ordre de +15 000 dans le Val d'Oise et les Hauts-de-Seine, à +20 000 en Seine-Saint-Denis, +23 000 à Paris et + 25 000 en Seine-et-Marne. En valeur relative, les effectifs tripleraient en Seine-et-Marne, seraient multipliés de 2,3 à 2,5 dans les autres départements de grande couronne, doubleraient en proche couronne, et s'accroîtraient des ¼ à Paris.

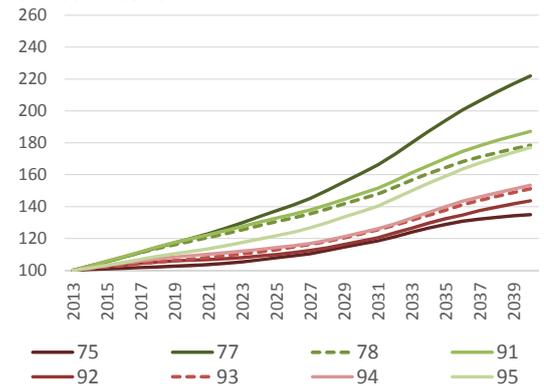
Si le partage entre vivre à domicile ou en établissement reste sensiblement le même selon l'avancée en âge qu'en 2013, on peut estimer quelles seront les évolutions en tenant compte des lieux de vie dans le scénario central (hypothèses centrales tant démographique que de recours à l'APA). Les variations relatives attendues sont du même ordre que pour l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, avec toutefois des progressions un peu plus fortes pour les personnes en établissement du fait du vieillissement de la population et d'une proportion de personnes en forte dépendance plus élevée, dont l'état ne permet pas le maintien à domicile. En Seine-et-Marne, parmi les 16 600 bénéficiaires de l'APA supplémentaires d'ici 2040, 6 900 pourraient être en institution. La hausse de bénéficiaires de l'APA en institution pourrait se situer autour de 5 000 à Paris, dans les Yvelines et l'Essonne et autour de 4 000 dans les autres départements.

Les données chiffrées détaillées à différents horizons, par département, figurent en annexe 2.

**Fig 21. Projection des bénéficiaires de l'APA d'ici 2040 par département, scénarios démographique et de recours à l'APA centraux Base 100 en 2013**



**à domicile**  
scénarios démographique et de recours à l'APA centraux Base 100 en 2013



**en établissement**  
scénarios démographique et de recours à l'APA centraux Base 100 en 2013

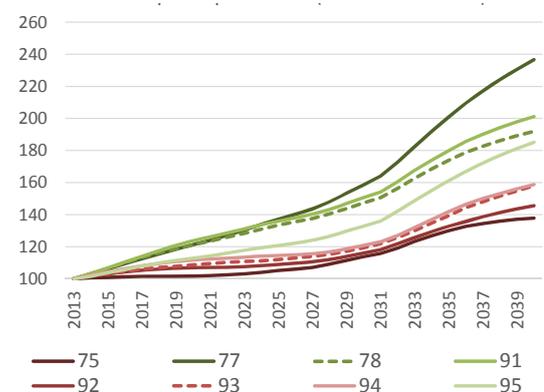
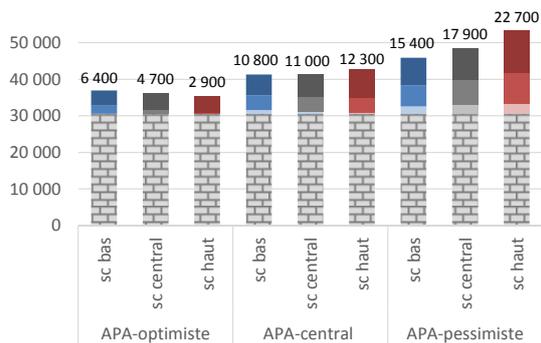
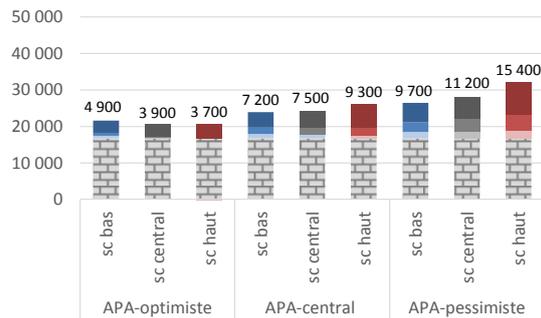


Fig 22. Évolution d'ici 2040 des recours à l'APA par département, selon différents scénarios

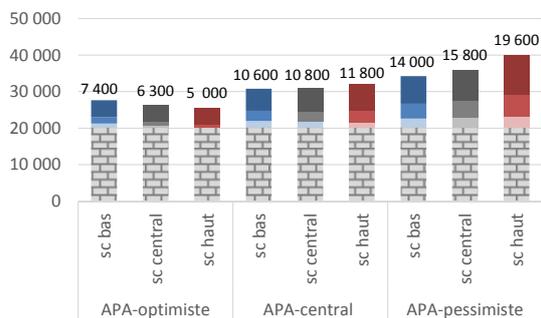
**Paris**



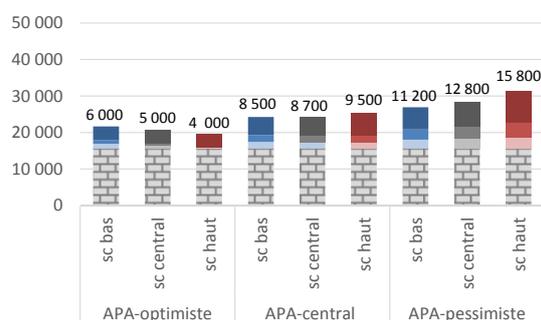
**Hauts-de-Seine**



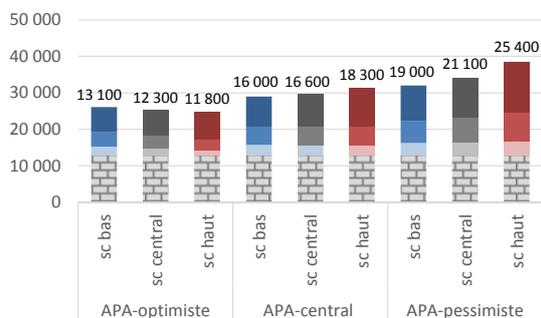
**Seine-Saint-Denis**



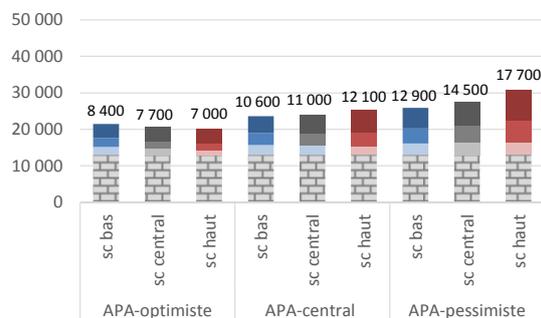
**Val-de-Marne**



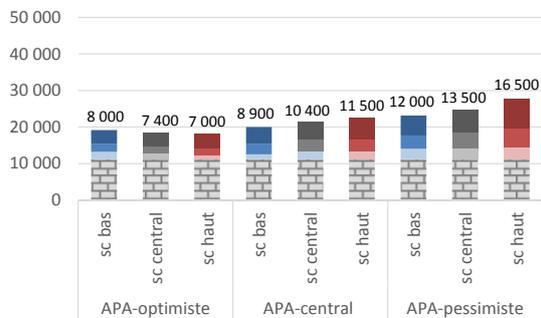
**Seine-et-Marne**



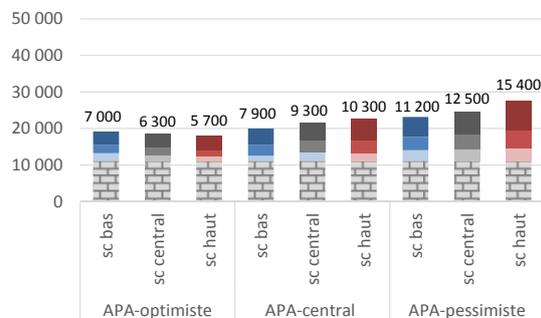
**Yvelines**



**Essonne**



**Val d'Oise**

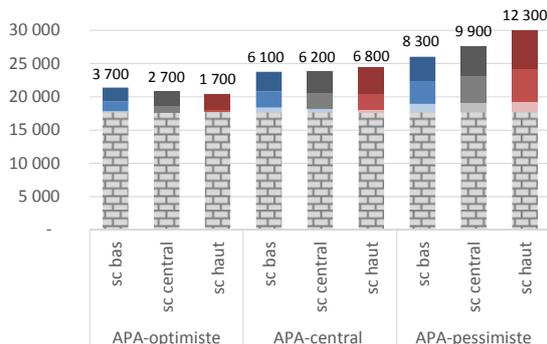


2013   
  2013-2020   
  2020-2030   
  2030-2040

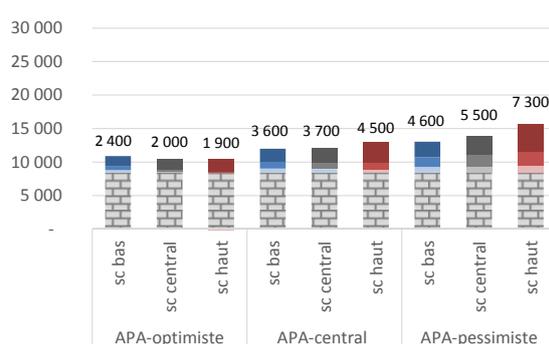
Lecture : Dans le Val d'Oise, dans le scénario combinant scénario démographique haut et hypothèse pessimiste de recours à l'APA (stabilisation des taux par âge au niveau actuel), le nombre de bénéficiaires de l'APA augmente de 15 400 personnes entre 2013 et 2040.

Fig 23. Evolution d'ici 2040 des recours à l'APA à domicile par département, selon différents scénarios

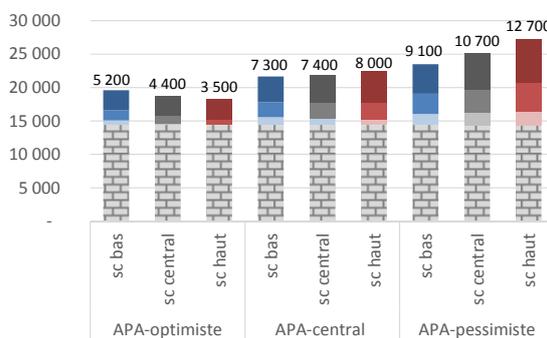
**Paris**



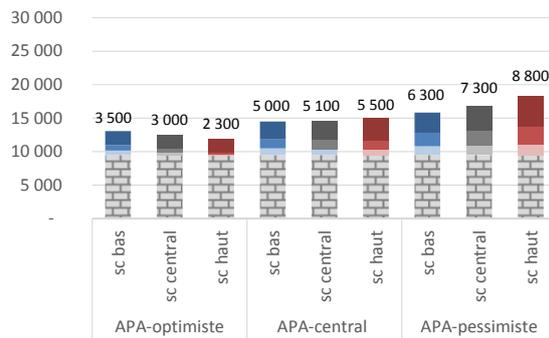
**Hauts-de-Seine**



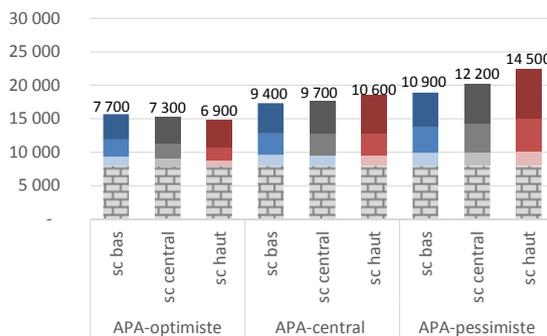
**Seine-Saint-Denis**



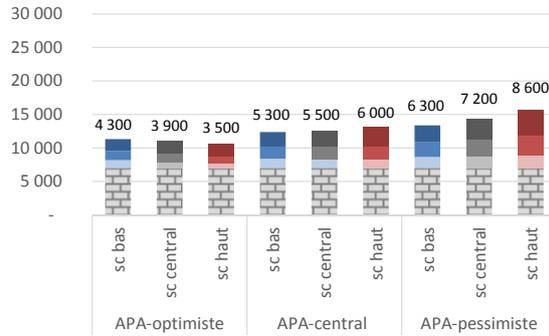
**Val-de-Marne**



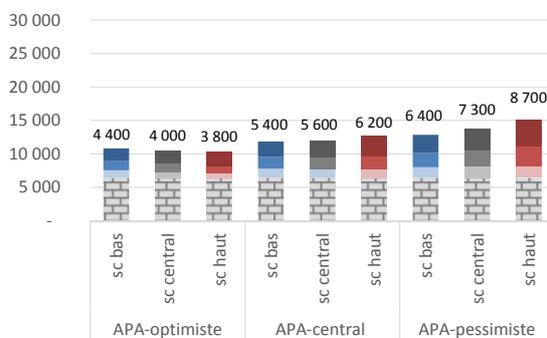
**Seine-et-Marne**



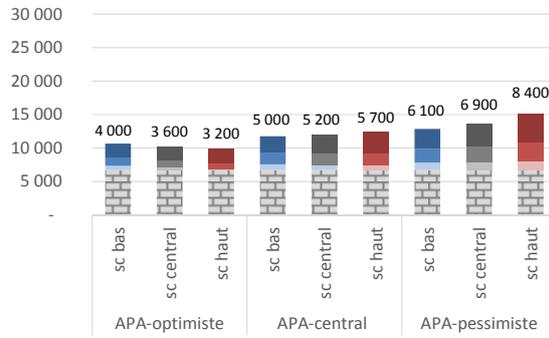
**Yvelines**



**Essonne**



**Val d'Oise**

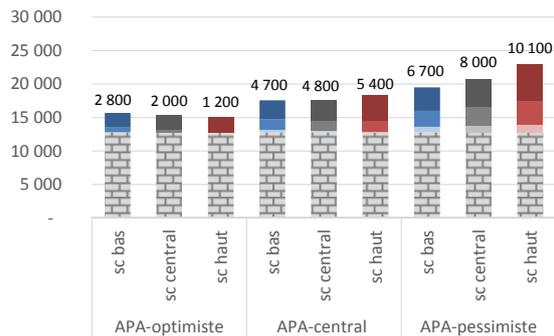


2013
  2013-2020
  2020-2030
  2030-2040

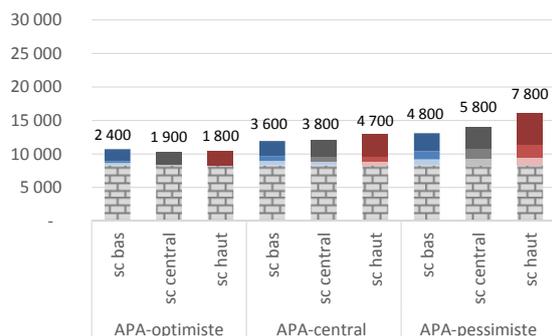
Lecture : Dans le Val d'Oise, dans le scénario combinant scénario démographique haut et hypothèse pessimiste de recours à l'APA, le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile augmente de 8 400 personnes entre 2013 et 2040.

Fig 24. Evolution d'ici 2040 des recours à l'APA en établissement par département, dans différents scénarios

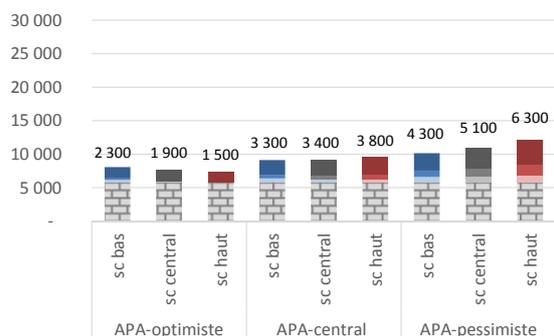
**Paris**



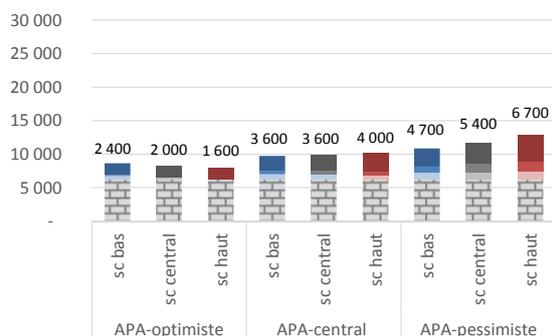
**Hauts-de-Seine**



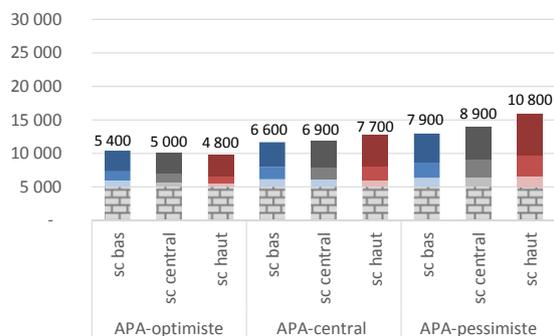
**Seine-Saint-Denis**



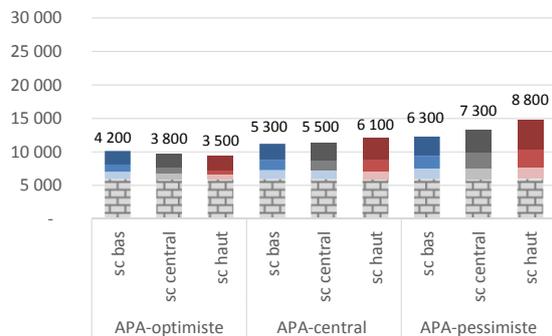
**Val-de-Marne**



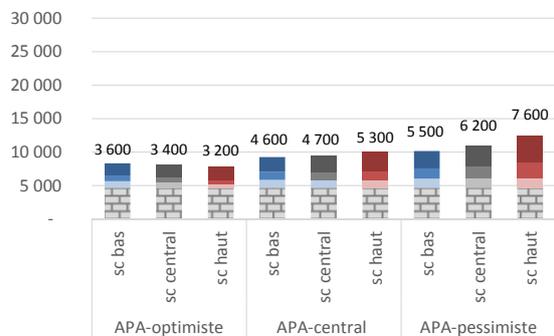
**Seine-et-Marne**



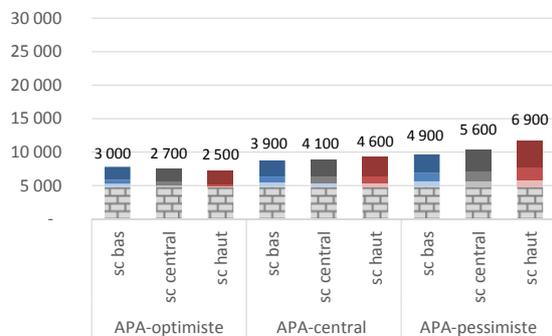
**Yvelines**



**Essonne**



**Val d'Oise**



2013    
  2013-2020    
  2020-2030    
  2030-2040

Lecture : Dans le Val d'Oise, dans le scénario combinant scénario démographique haut et hypothèse pessimiste de recours à l'APA, le nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement augmente de 6 900 personnes entre 2013 et 2040.

# Conclusion

Sans reprendre en détails les éléments chiffrés de ce rapport, quelques points saillants peuvent être mis en évidence :

- Le vieillissement des générations du baby-boom nées entre 1946 et 1974 va conduire à une très forte augmentation des Franciliens de plus de 85 ans à partir de 2030. D'ici là, la progression sera plus lente et régulière. Dans le scénario central, le nombre de Franciliens de plus de 85 ans ferait plus que doubler entre 2013 et 2040 (+295 000 personnes).
- Les évolutions seront plus marquées en grande couronne, conséquence du mouvement de périurbanisation amorcé dans les années soixante-dix, et notamment en Seine-et-Marne. Dans ce département, la population de 85 ans et plus devrait tripler (+50 800 personnes). C'est à Paris que l'évolution relative serait la plus faible (hausse des  $\frac{3}{4}$ ).
- D'ici 2040, l'incertitude liée à l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA sera surtout due à celle de l'état de santé des Franciliens vieillissant. Si les progrès de l'espérance de vie à 65 ans s'accompagnent proportionnellement d'une hausse des années en incapacités sévères, le nombre de Franciliens bénéficiaires de l'APA pourrait augmenter des deux-tiers dans le scénario central (+85 000 personnes). En considérant la répartition domicile/établissement stable par âge au niveau de 2013, 48 000 de ces Franciliens supplémentaires vivraient à domicile et 37 000 en établissement.
- Conformément aux évolutions démographiques, les évolutions relatives seront plus fortes en grande couronne qu'au centre de la région, avec une hausse du tiers des recours à l'APA à Paris dans le scénario central, mais les effectifs devraient plus que doubler en Seine-et-Marne.

Ces résultats sont entachés d'incertitudes tant démographiques, que sur l'état de santé des Franciliens vieillissant ou encore sur l'importance

que prendra le maintien à domicile. Nos résultats sont étroitement dépendants des hypothèses formulées. Pour essayer de baliser les incertitudes, neuf scénarios ont été testés croisant trois hypothèses d'évolution démographiques et trois hypothèses de recours à l'APA. Les résultats concernant l'APA sont surtout sensibles aux hypothèses formulées sur l'état de santé. Selon l'enquête européenne SILC, les progrès de l'espérance de vie depuis dix ans se sont accompagnés en France, pour partie, par des gains de vie en bonne santé, et chez les femmes, par une hausse modérée du temps vécu avec des incapacités sévères. Au vu de ces évolutions, nos scénarios central voire pessimiste de recours à l'APA paraissent plus probables que le scénario optimiste.

Cette étude est centrée sur une partie de la dépendance, la plus sévère, celle qui bénéficie de l'APA. Or la perte d'autonomie est un processus qui recouvre diverses situations de santé, divers états fonctionnels, et nécessite un continuum de prise en charge technique et humaine. Chacune de ces étapes doit faire l'objet d'une attention particulière pour éviter le plus possible que les limitations fonctionnelles ne se transforment en restriction d'activité. Il n'est pas fait mention, dans ce rapport, du non-recours à l'APA qui mériterait aussi d'être investigué pour mieux apprécier les besoins.

Enfin, les projections selon le lieu de vie des personnes dépendantes sont proposées à titre indicatif. Elles reposent sur une hypothèse forte : la répartition domicile/établissement resterait stable par âge. Il est évident que des politiques volontaristes de maintien à domicile, qui rencontrent par ailleurs le souhait de bon nombre de personnes âgées, pourraient se traduire par une part plus importante de personnes âgées dépendantes à domicile. De telles politiques nécessitent d'adapter au mieux l'environnement de ces personnes à leurs capacités. C'est le sens de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2015, qui souligne le nécessaire développement du secteur de l'aide à domicile, de l'accessibilité aux services, ou encore des modifications à apporter aux logements et à de nouvelles formes d'hébergement.

# Annexes

## Annexe 1 – Les hypothèses d'évolution de la mortalité à l'horizon 2070 pour l'Île-de-France et chaque département francilien : méthode et résultats

Les hypothèses d'évolution de la mortalité retenues pour l'Île-de-France et chacun de ses huit départements portent sur les quotients de mortalité par sexe et âge et sont exprimées en gains d'espérance de vie à différents âges. Elles ont été élaborées en reprenant la même méthodologie que celle utilisée par l'Insee pour ses derniers travaux de projection de la population française à l'horizon 2070 parus en novembre 2016. Les hypothèses de mortalité retenues par l'Insee sont d'abord présentées avant de détailler celles retenues pour l'Île-de-France et ses départements ainsi que les résultats obtenus.

### Encadré 8 – Définitions

L'**espérance de vie à la naissance** représente la durée de vie moyenne - autrement dit l'âge moyen au décès - d'une génération fictive qui serait soumise à chaque âge aux conditions de mortalité de l'année considérée. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge.

Le **quotient de mortalité** à un âge et un sexe donné mesure la probabilité, pour les personnes survivantes à cet âge, de décéder avant l'âge suivant.

## A1-I. Les trois hypothèses de mortalité retenues par l'INSEE dans ses projections à 2070 pour la France.

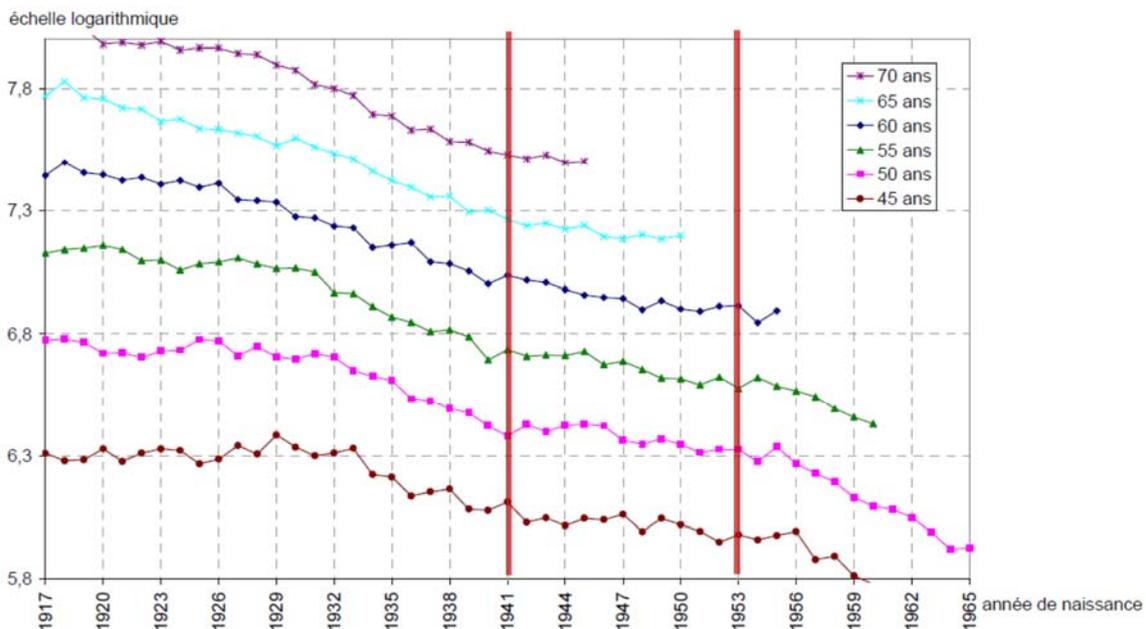
Pour ses projections de population à 2070, l'Insee a retenu trois hypothèses d'évolution de la mortalité qui sont détaillées ci-après.

### A1-I.1. Le scénario central de mortalité retenu par l'Insee pour la France entière

La projection des quotients de mortalité commence en 2015. La période de référence retenue par l'Insee n'intègre pas l'année 2015, sujette à révision lorsque la population ne sera plus provisoire. Elle est assez longue, 20 années de 1995 à 2014, afin de lisser le choc de 2003-2004 (hausse de la mortalité en 2003 suite à la canicule, suivie par une forte baisse de la mortalité en 2004 chez les personnes âgées).

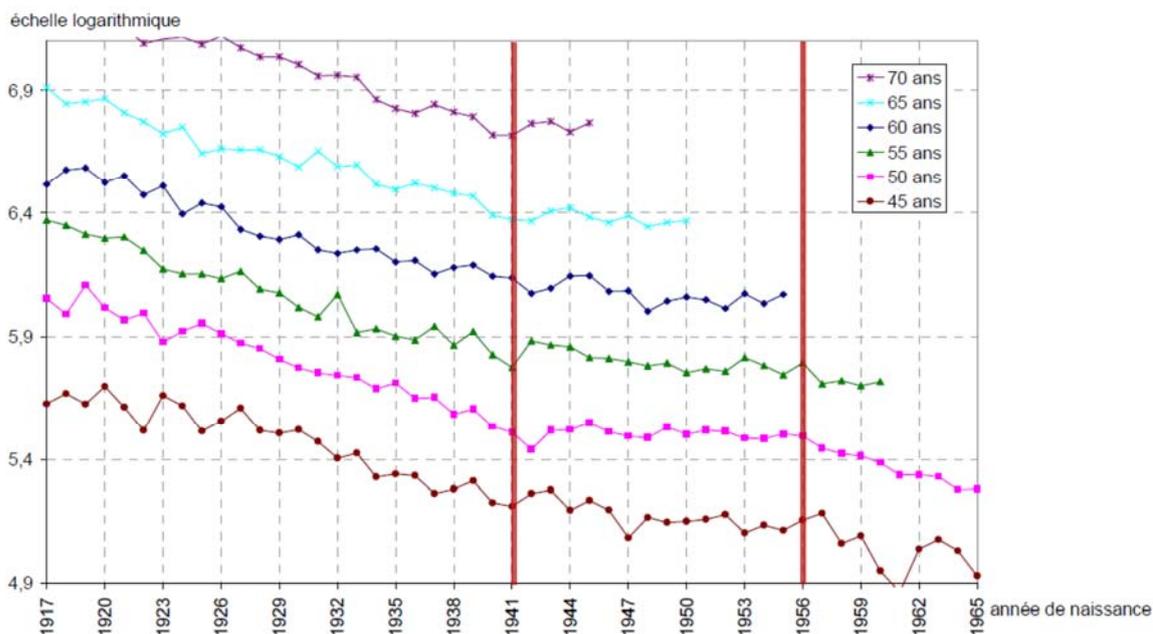
L'Insee a aussi, pour la première fois, pris en compte un effet de génération dans ses hypothèses de mortalité. Cet effet concerne les générations nées aux alentours de 1941-1953 pour les hommes et 1941-1956 pour les femmes. Les tendances de mortalité passées sont toujours calculées à partir de l'évolution par année des quotients de mortalité par sexe et âge, sauf pour ces générations « atypiques ». En effet, « *alors que les quotients de mortalité baissent en général de génération en génération, ceux-ci restent quasiment stables, à chaque âge, entre les générations 1941 et 1953 pour les hommes et les générations 1941 et 1956 pour les femmes. Cet effet est observé pour tous les âges à partir de 25 ans chez les hommes et pour tous les âges à partir de 35 ans chez les femmes. Ces générations sont observées entièrement jusqu'à 61 ans pour les hommes et jusqu'à 58 ans pour les femmes. Elles sont observées partiellement entre 62 et 74 ans pour les hommes et entre 59 et 74 ans pour les femmes. Lorsqu'elles sont observées partiellement, on remarque également l'amorce de la stabilisation des quotients de mortalité. Par exemple, l'amorce du palier est observable à 65 ans et 70 ans* » (cf. graphiques ci-dessous).

### Quotients de mortalité par âge et par année de naissance - hommes



Source : Insee - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2400057/F1606.pdf> pp. 46

## Quotients de mortalité par âge et par année de naissance - femmes



Source : Insee - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2400057/F1606.pdf> pp. 47

« Le scénario central des nouvelles projections fait l'hypothèse que cet effet de génération perdurera aux âges plus élevés. Autrement dit, le palier ou l'amorce du palier observé jusqu'à 74 ans s'observera également pour tous les âges après 74 ans.

Pour toutes les générations à l'exception des générations 1941-1953 pour les hommes et 1941-1956 pour les femmes :

A chaque âge, le logarithme des quotients de mortalité est projeté selon la pente observée sur les 20 dernières années, si elles n'incluent pas les générations 1941-1953 pour les hommes et 1941-1956 pour les femmes.

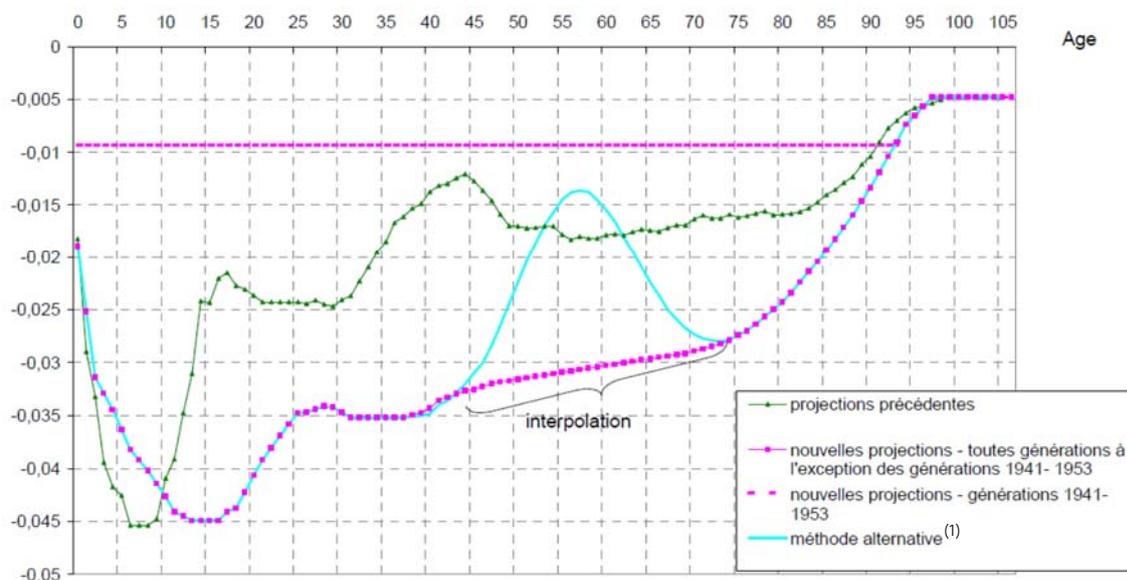
Si les 20 dernières années incluent en partie ces générations, la pente à appliquer à chaque âge est obtenue par interpolation linéaire entre le premier et le dernier âge où le calcul de la pente ne prend pas en compte les générations à exclure. Par exemple, pour les femmes, les générations 1941-1956 seraient a priori prises en compte dans le calcul des quotients de mortalité correspondant aux âges allant de 40 ans (en 2014, dernière année prise en compte, le quotient de mortalité à 40 ans serait calculé à partir des générations 1955 à 1974) à 72 ans (en 2014, le quotient de mortalité à 72 ans serait calculé à partir des générations 1923 à 1942). Pour exclure ces générations, la pente du logarithme du quotient de mortalité de 40 à 72 ans est obtenue par interpolation de la pente entre les logarithmes du quotient de mortalité à 39 et 73 ans. Un lissage est ensuite effectué afin d'éviter une déformation de la courbe à certains âges en 2070.

Pour toutes les générations 1941-1953 pour les hommes et 1941-1956 pour les femmes :

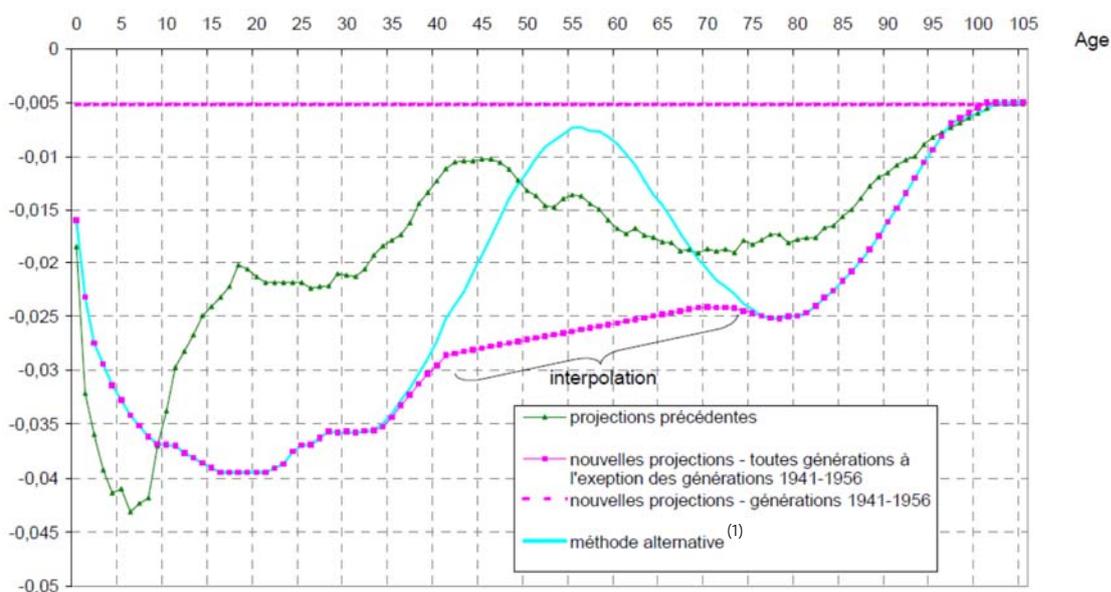
A chaque âge, on applique le palier observé aux âges inférieurs. On prolonge à chaque âge les quotients de mortalité :

- selon la pente moyenne observée pour les générations entre 1941 et 1953 aux derniers âges où la pente est disponible, soit 58-62 ans pour les hommes
- selon la pente moyenne observée pour les générations entre 1941 et 1956 aux derniers âges où la pente est disponible, soit 55-59 ans pour les femmes ».

### Évolution en moyenne annuelle du logarithme des quotients de mortalité par âge - scénario central des nouvelles projections - hommes



### Évolution en moyenne annuelle du logarithme des quotients de mortalité par âge - scénario central des nouvelles projections - femmes

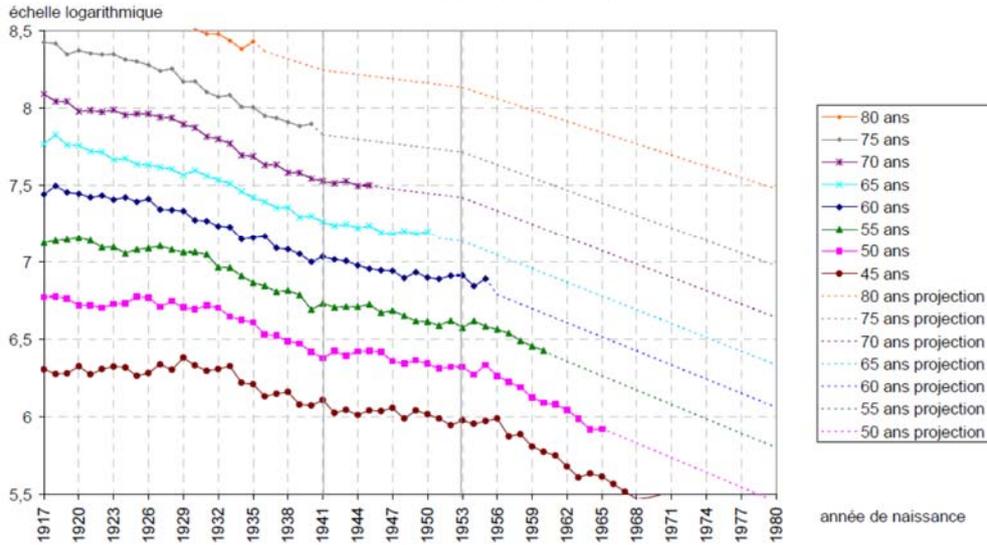


Note : En ordonnée, il s'agit de la pente (a) présente dans l'équation  $\ln(Q_t) = at + b$ , t étant l'année et  $Q_t$  le quotient de mortalité. On approxime ainsi la courbe de l'évolution des quotients de mortalité par âge.

Source : Insee - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2400057/F1606.pdf> pp. 49

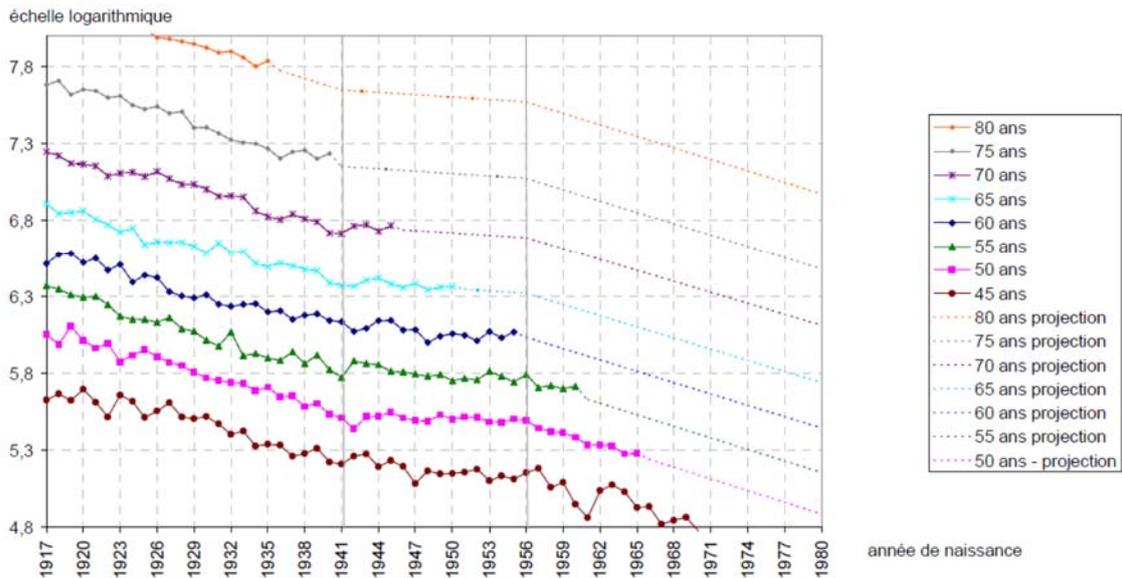
(1) La méthode alternative correspond à celle utilisée jusqu'alors par l'Insee et qui ne tient pas compte de l'effet de génération

## Projection des quotients de mortalité par âge et par année de naissance - hommes Scénario Central



Source : Insee - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2400057/F1606.pdf> pp. 50

## Projection des quotients de mortalité par âge et par année de naissance - femmes Scénario Central



Source : Insee - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2400057/F1606.pdf> pp. 50

Tableau : espérance de vie à la naissance

Scénario Central	Projections précédentes	Nouvelles projections		Méthode alternative <sup>(1)</sup>	
		2060	2070	2060	2070
<b>EV0 H</b>	86,0	88,5	90,1	88,2	89,6
<b>EV0 F</b>	91,1	91,7	93,0	91,8	92,8

Source : Insee - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2400057/F1606.pdf> pp. 50

« Par rapport aux précédentes projections, les nouvelles projections révisent à la hausse l'espérance de vie à la naissance des hommes en 2060 (+2,5 ans) et modifient peu celle des femmes (+0,6 an). »

(1) La méthode alternative correspond à celle utilisée jusqu'alors par l'Insee et qui ne tient pas compte de l'effet de génération

## A1-I.2 Le scénario d'espérance de vie haute

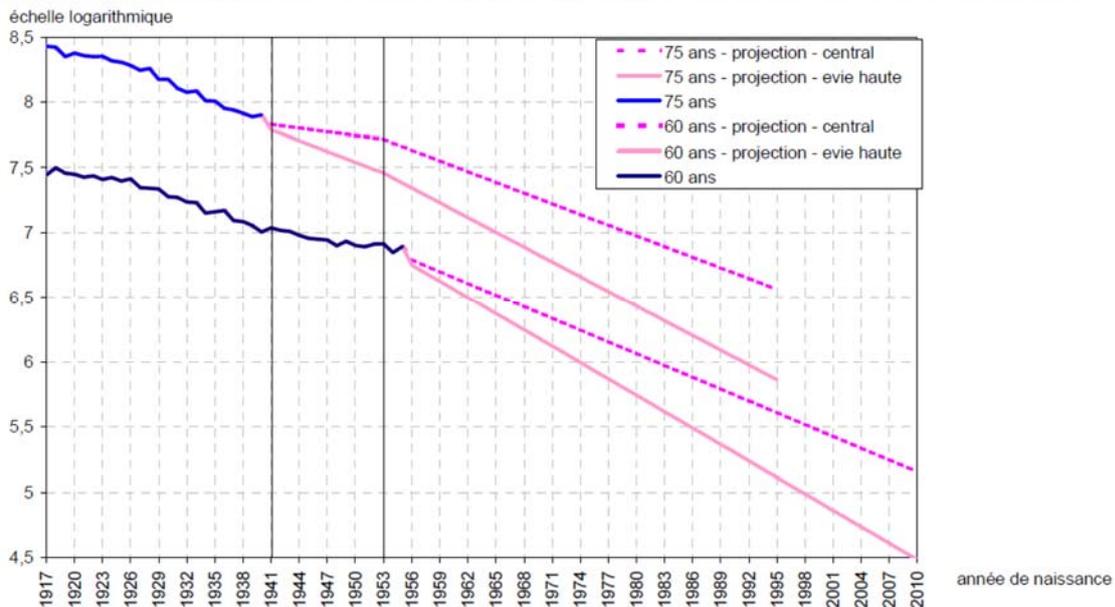
Pour toutes les générations à l'exception des générations 1941-1953 pour les hommes et 1941-1956 pour les femmes :

- la baisse du logarithme des quotients de mortalité du scénario central est accélérée de manière proportionnelle à tout âge.

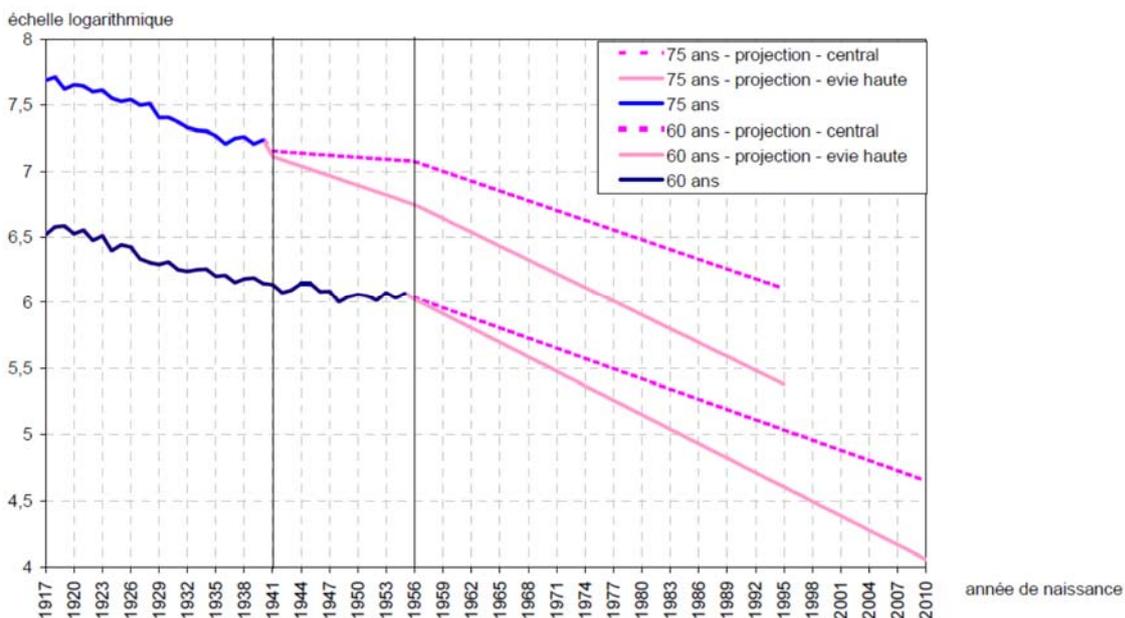
Pour toutes les générations 1941-1953 pour les hommes et 1941-1956 pour les femmes :

- l'Insee suppose que le logarithme des quotients de mortalité de ces générations évolue au même rythme que celui des autres générations dans le scénario central. En d'autres termes, l'Insee supprime le palier pour ces générations. L'écart entre le scénario d'espérance de vie haute et le scénario central atteint 3 ans en 2070, contre 2,5 ans pour les projections précédentes à l'horizon 2060..

### Projection des quotients de mortalité par âge et par année de naissance - hommes



### Projection des quotients de mortalité par âge et par année de naissance - femmes



Source : Insee - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2400057/F1606.pdf> pp. 52

### A1-1.3 Le scénario d'espérance de vie basse

Pour toutes les générations à l'exception des générations 1941-1953 pour les hommes et 1941-1956 pour les femmes :

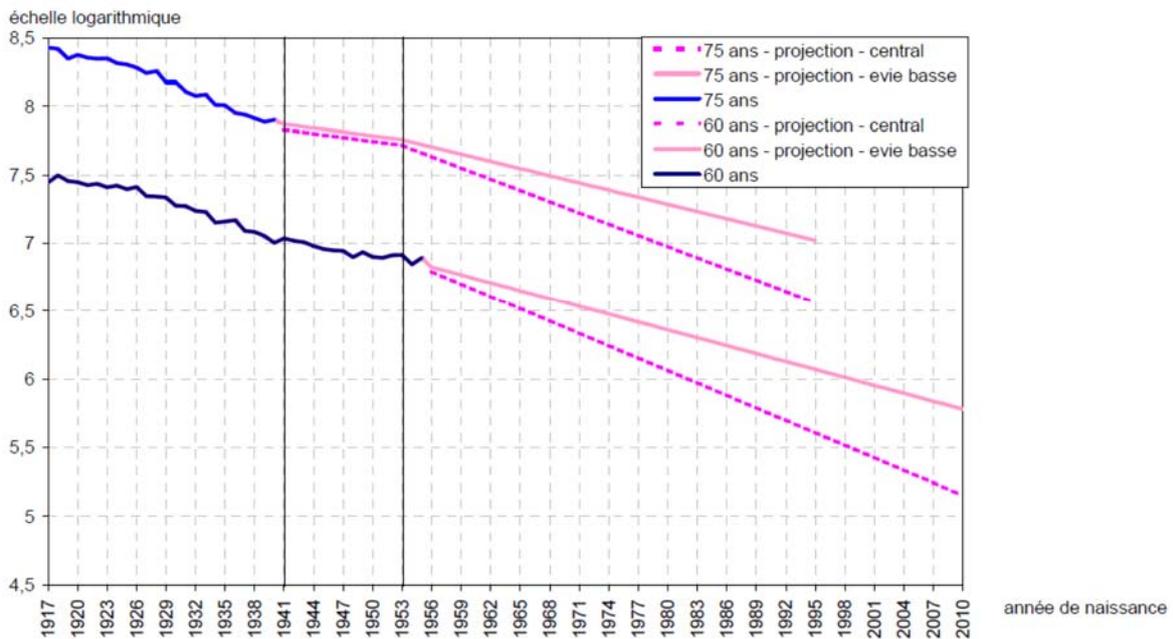
- l'Insee suppose que la baisse du logarithme des quotients de mortalité du scénario central est ralentie de manière proportionnelle à tout âge.

Pour toutes les générations 1941-1953 pour les hommes et 1941-1956 pour les femmes :

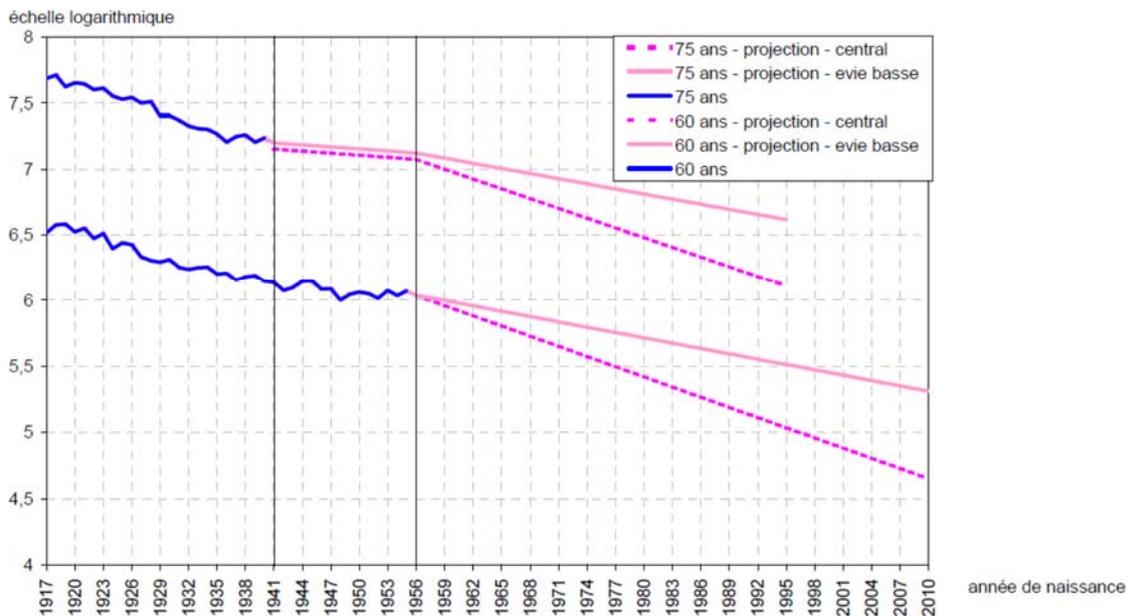
- L'Insee fait la même hypothèse que pour ces générations dans le scénario central

Comme pour le scénario d'espérance de vie haute, l'écart entre le scénario d'espérance de vie basse et le scénario central est de 3 ans à l'horizon 2070.

#### Projection des quotients de mortalité par âge et par année de naissance - hommes



#### Projection des quotients de mortalité par âge et par année de naissance - femmes



Source : Insee - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2400057/F1606.pdf> pp. 53

## A1-II. Les trois hypothèses de mortalité retenues pour l'Île-de-France et chacun de ses huit départements à l'horizon 2070.

### A1-II.1 Méthode

La même démarche que celle retenue par l'Insee pour la France a tout d'abord été suivie pour l'Île-de-France et chacun de ses départements. Avec comme point de départ la même hypothèse : l'évolution dans le temps des quotients de mortalité des hommes et des femmes à un âge donné suit une loi exponentielle.

A l'échelle d'un département, le nombre annuel de décès par sexe présente cependant des fluctuations aléatoires assez fortes d'un âge à l'autre et d'une année sur l'autre qui ont nécessité des traitements préalables, détaillés ci-après, avant d'estimer les paramètres de cette loi :

- Calcul des quotients de mortalité par sexe et âge en moyenne annuelle sur trois ans. La première période retenue est 1979-1981 et la dernière 2012-2014.
- Lissage des quotients annuels moyens par âge pour chaque sexe et pour chaque période par la méthode de Whittaker-Henderson, en accordant un poids identique au critère de fidélité et au critère de régularité. Le critère de fidélité, noté F, mesure à chaque âge x la distance euclidienne classique entre la mortalité lissée  $q_x$  et la mortalité estimée  $Q_x$ , chaque distance pouvant être pondérée par  $w_x$  qui vaut 1 par défaut :

$$F = \sum_0^n w_x \times (q_x - Q_x)^2$$

Le critère de régularité R mesure ici la distance entre la mortalité lissée à l'âge x et à l'âge x+1 :

$$R = \sum_0^{n-1} (q_x - q_{x+1})^2$$

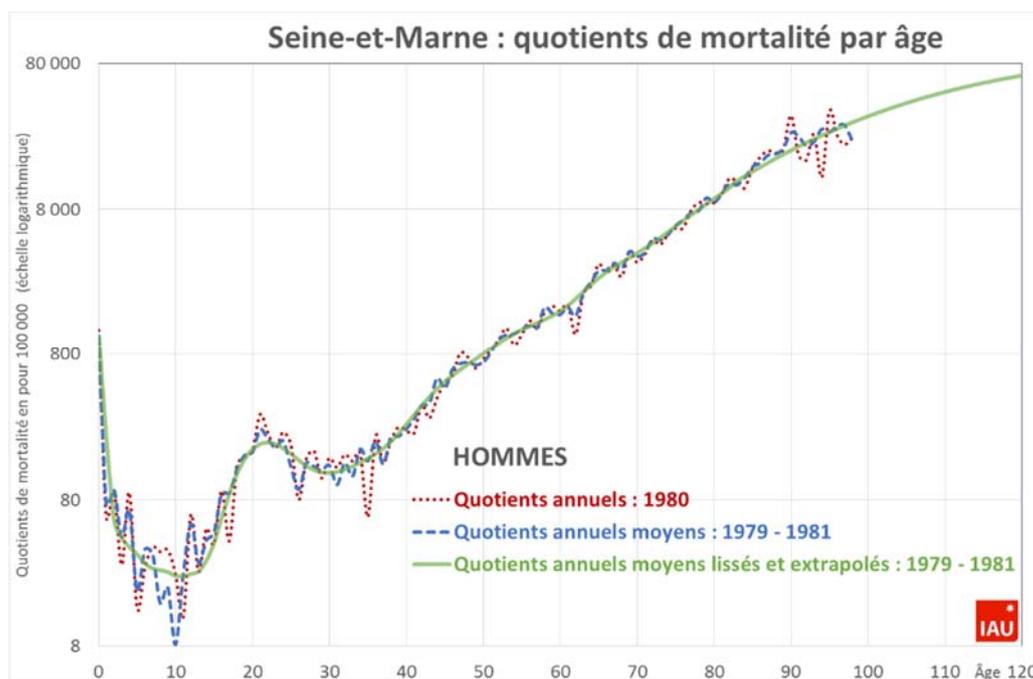
La moyenne de Whittaker-Henderson s'obtient par une combinaison linéaire des critères de fidélité et de régularité en mettant plus ou moins l'accent sur la régularité au détriment de la fidélité à l'aide du paramètre h, ici posé égal à 0,5 :  $M=F+hR$ . Les quotients lissés obtenus sont ceux qui minimisent la quantité M, appelée moyenne de Whittaker-Henderson.

- Ajustement des quotients lissés de mortalité par âge au-delà de 60 ans par une fonction paramétrique pour pouvoir estimer les quotients de mortalité aux âges élevés, en pratique au-delà de 95 ans et jusqu'à 120 ans. Cet ajustement complémentaire est apparu nécessaire au vu de la forte volatilité des quotients de mortalité aux âges très élevés et de l'intérêt de pouvoir disposer de quotients de mortalité jusqu'à 120 ans compte tenu des niveaux très élevés atteints aujourd'hui par l'espérance de vie.

La fonction paramétrique utilisée pour lisser les quotients au-delà de 95 ans et les extrapoler jusqu'à 120 ans est la suivante :

$$: q_x = 1 - \frac{1}{(1+A-Bx+C \times D^x)}$$

Le graphique ci-dessous illustre l'impact de ces traitements préalables sur un exemple : les quotients de mortalité masculins en Seine-et-Marne en 1980.



Une fois les quotients lissés et extrapolés, les paramètres de la loi exponentielle ont été estimés pour chaque sexe et pour chaque âge en retenant tout d'abord, comme l'Insee, une période de 20 ans (1994-2013).

La même démarche que celle utilisée par l'Insee pour projeter les quotients de mortalité à l'horizon 2070 dans le scénario central a ensuite été mise en œuvre en Île-de-France et dans chaque département. Elle conduisait presque systématiquement à une progression de l'espérance de vie entre 2013 et 2070 nettement supérieure à celle obtenue pour la France.

Pour tester l'impact du choix de la période de référence retenue sur les résultats, les paramètres de la loi exponentielle ont été estimés en utilisant toutes les périodes de référence possibles pour leur estimation : 1980-2013, 1981-2013, 1982-2013..., jusqu'à la dernière période retenue 2007-2013. Les résultats ont montré une forte variation de ces paramètres selon la période retenue sans pour autant que le choix d'une période de référence différente permette, dans chaque département et pour chaque sexe, de retrouver une projection de l'espérance de vie satisfaisante.

Au vu de ces résultats, il a tout d'abord été décidé de retenir comme paramètres de la loi exponentielle, la moyenne lissée des valeurs obtenues pour chacune des périodes testées pour chaque département et pour l'Île-de-France et de procéder en deux temps, en distinguant l'échelle régionale de l'échelle départementale.

Les paramètres retenus pour l'Île-de-France ont été calculés comme une moyenne pondérée des paramètres estimés pour l'Île-de-France et de ceux obtenus par l'Insee pour la France. La pondération accordée aux paramètres estimés pour l'Île-de-France correspond au poids des décès domiciliés en Île-de-France parmi l'ensemble des décès en France.

La même démarche a ensuite été retenue pour chaque département dont les paramètres retenus ont été calculés comme une moyenne pondérée des paramètres estimés pour le département et de ceux retenus à l'étape précédente pour l'Île-de-France. La pondération accordée aux paramètres estimés pour chaque département correspond au poids des décès domiciliés dans ce département parmi l'ensemble des décès domiciliés en Île-de-France.

Une fois déterminés les paramètres de la loi exponentielle suivis par les quotients de mortalité par sexe et âge en Île-de-France et dans chaque département, la même démarche que celle utilisée par l'Insee a été appliquée pour aboutir à trois hypothèses d'évolution de la mortalité à l'horizon 2070 dans chaque département.

Le scénario central comporte le même effet de génération qu'à l'échelle de la France.

Les scénarios haut et bas de mortalité ont été calculés en suivant les mêmes règles que celles de l'Insee, à savoir une espérance de vie en 2070 inférieure ou supérieure de 3 ans à celle atteinte dans le scénario central, en maintenant la prise en compte de l'effet de génération dans le scénario de mortalité haute et en le supprimant dans le scénario de mortalité basse.

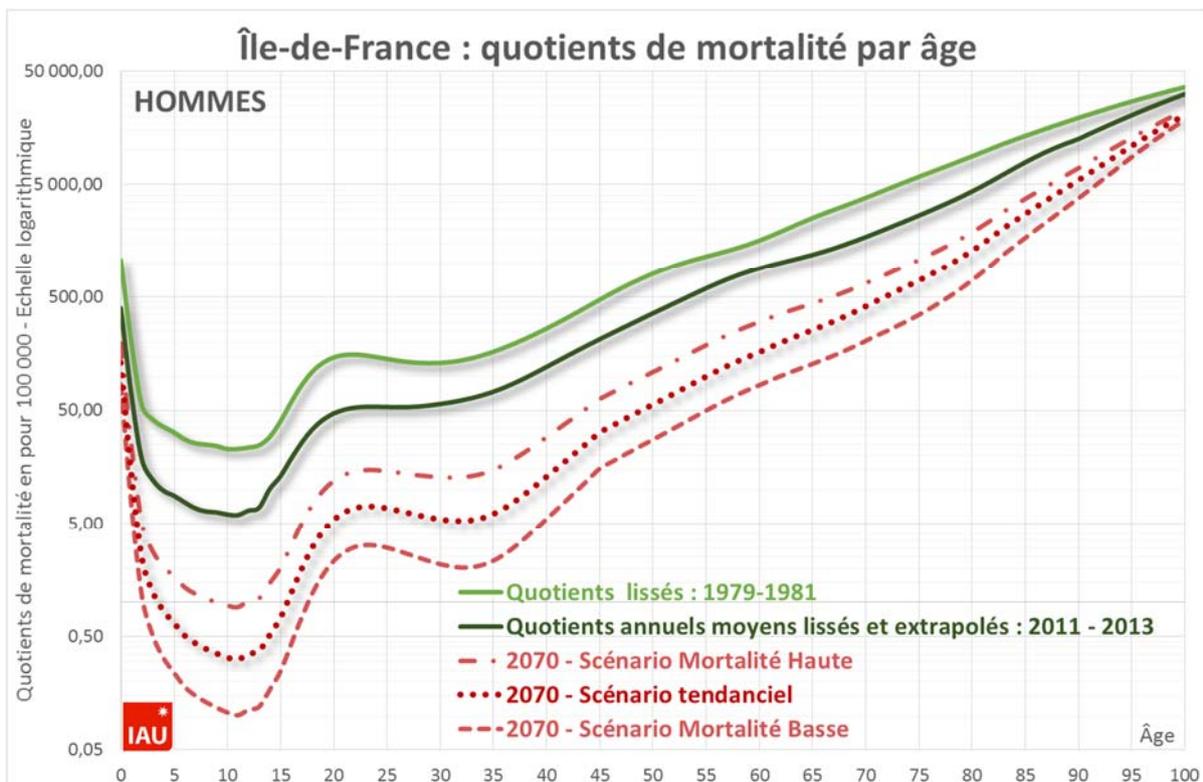
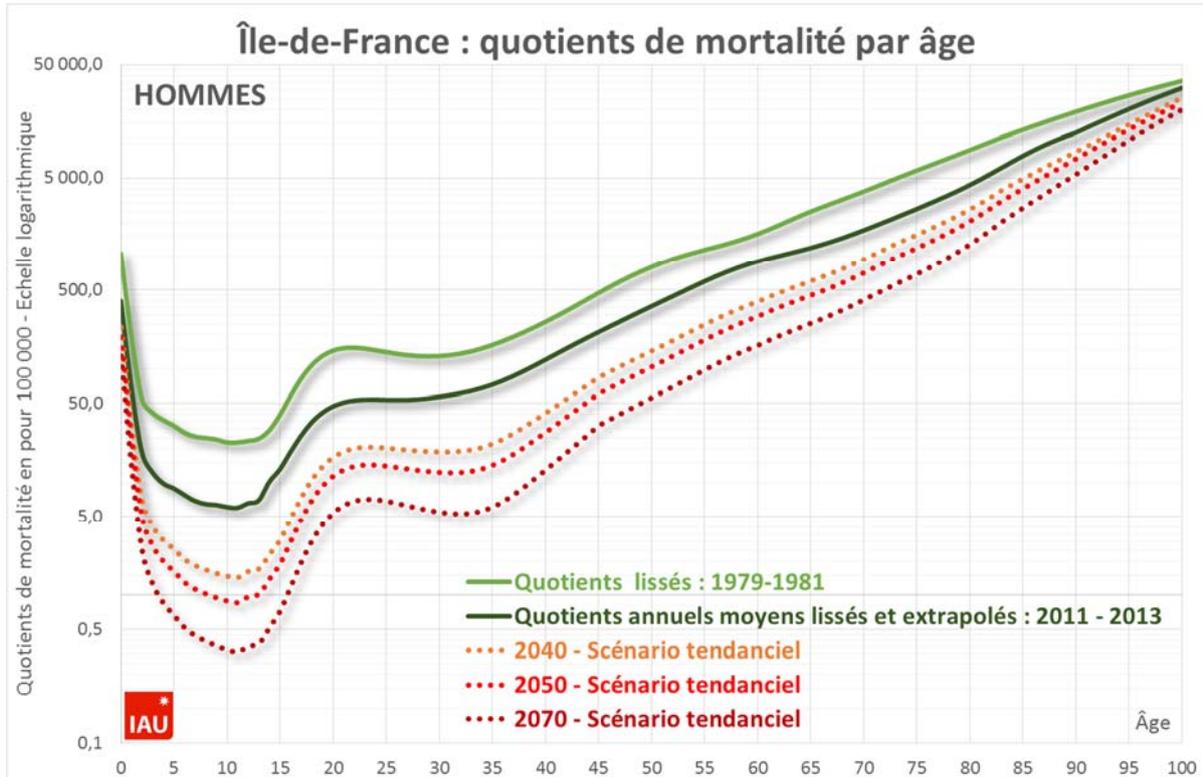
## **A1-II.2. Résultats pour l'Île-de-France et par département**

Les résultats obtenus pour l'Île-de-France et pour chaque département francilien, chez les hommes comme chez les femmes figurent ci-après.

# ÎLE-DE-FRANCE

## Hypothèses de mortalité retenues pour les hommes

Les quotients de mortalité par âge dans le scénario central

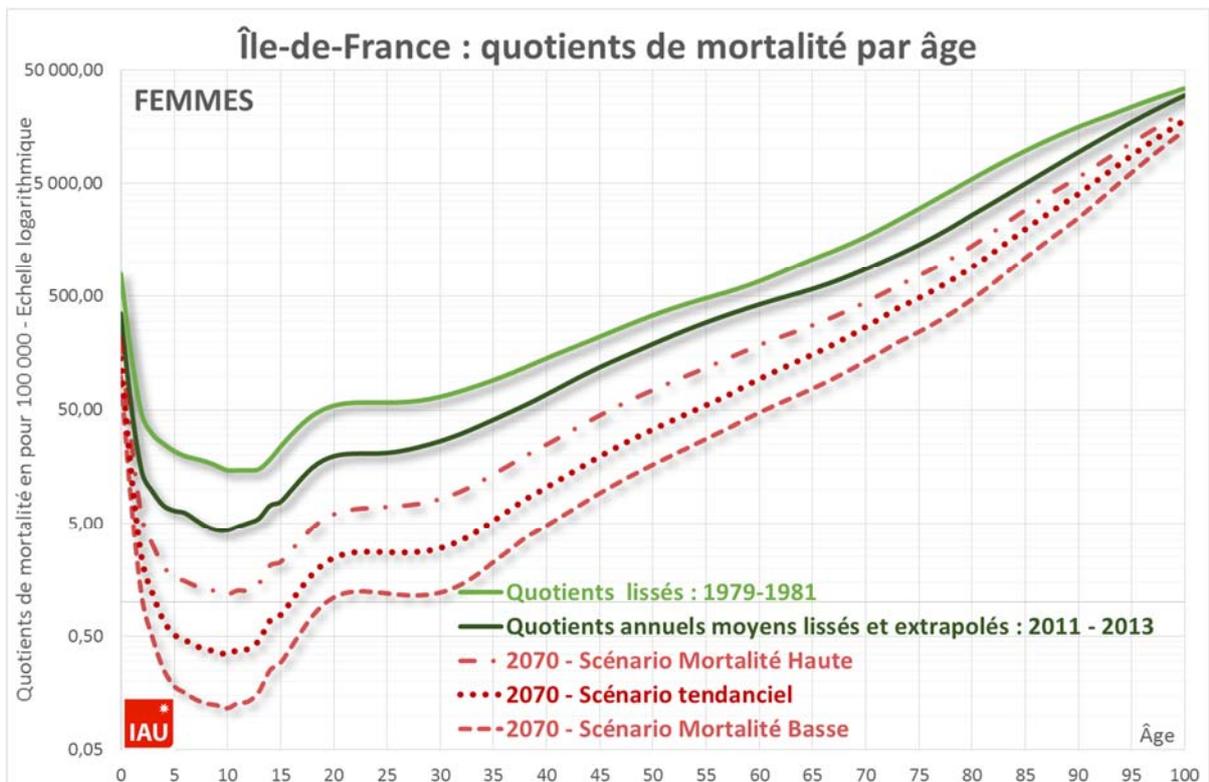
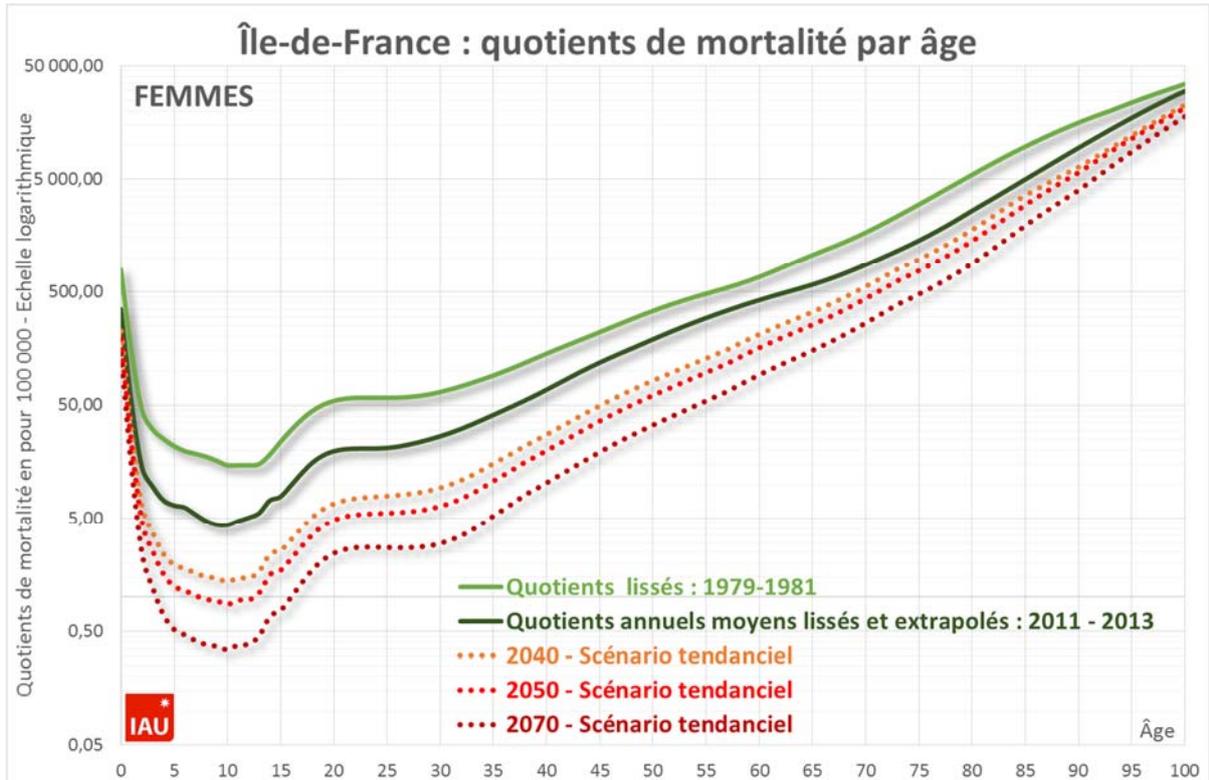


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# ÎLE-DE-FRANCE

## Hypothèses de mortalité retenues pour les femmes

Les quotients de mortalité par âge dans le scénario central

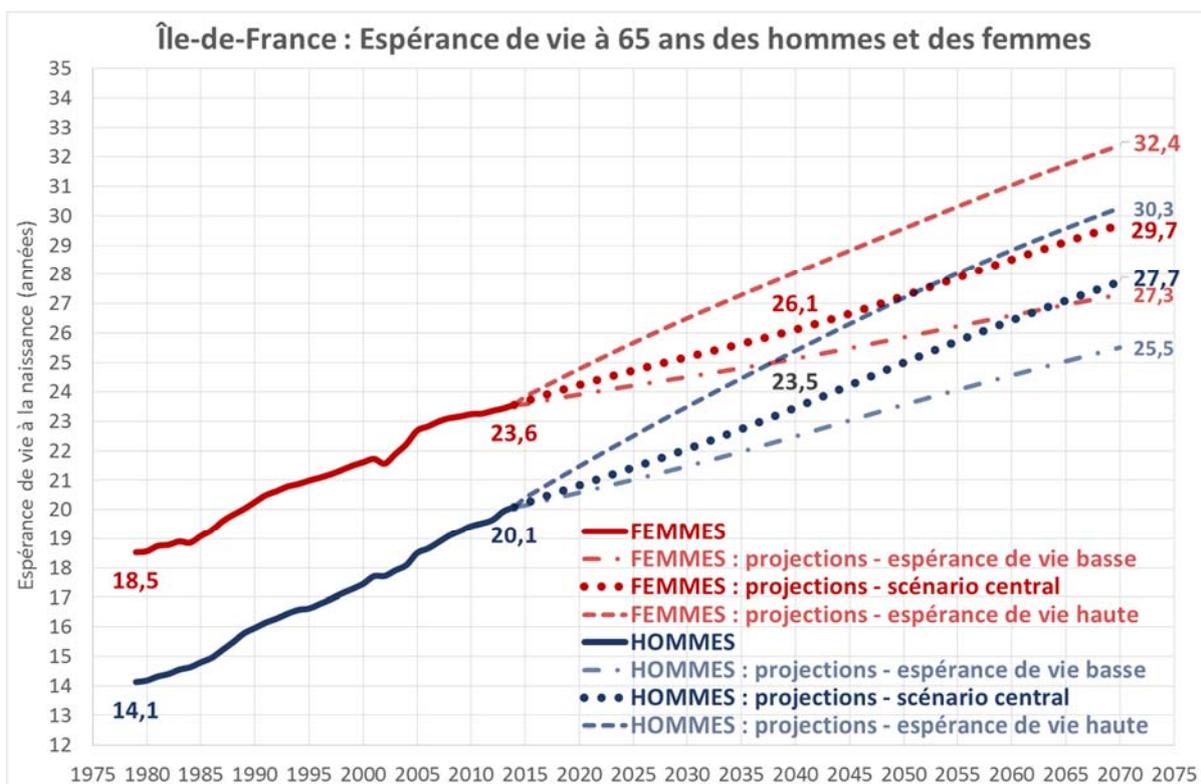
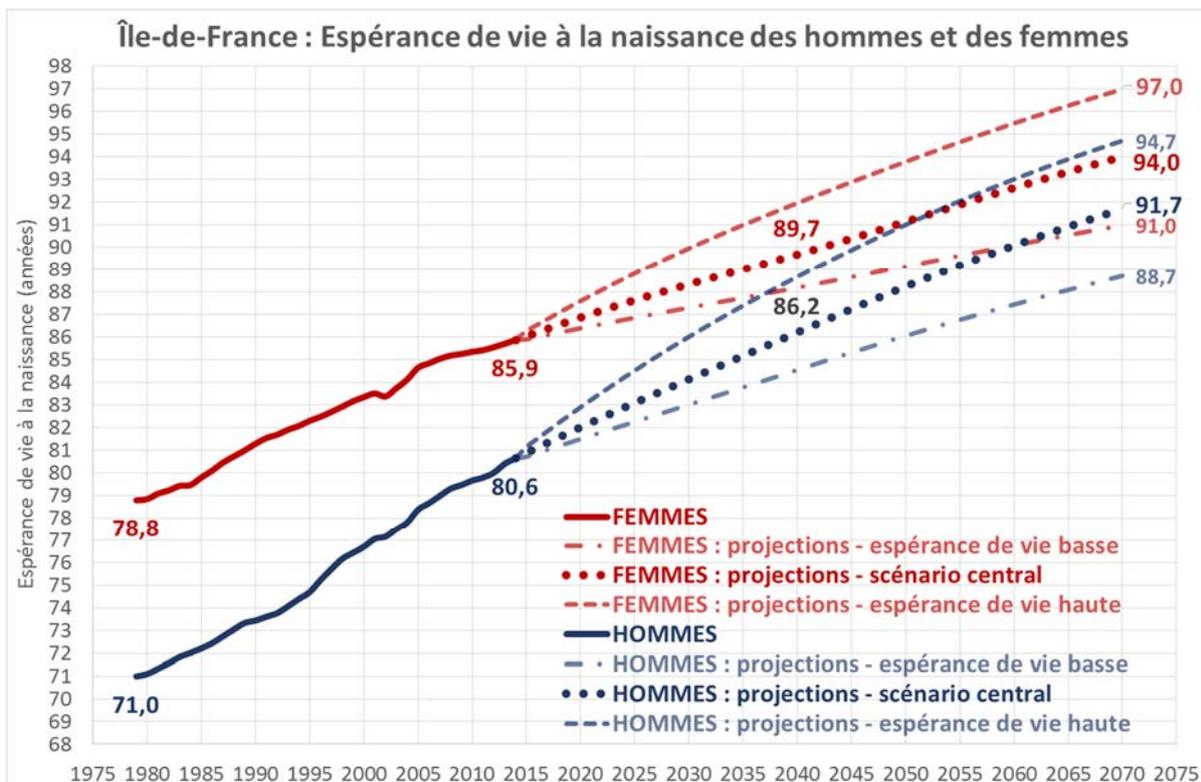


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# ÎLE-DE-FRANCE

## Hypothèses d'évolution de l'espérance de vie obtenues

L'espérance de vie à la naissance et à 65 ans dans les 3 scénarios

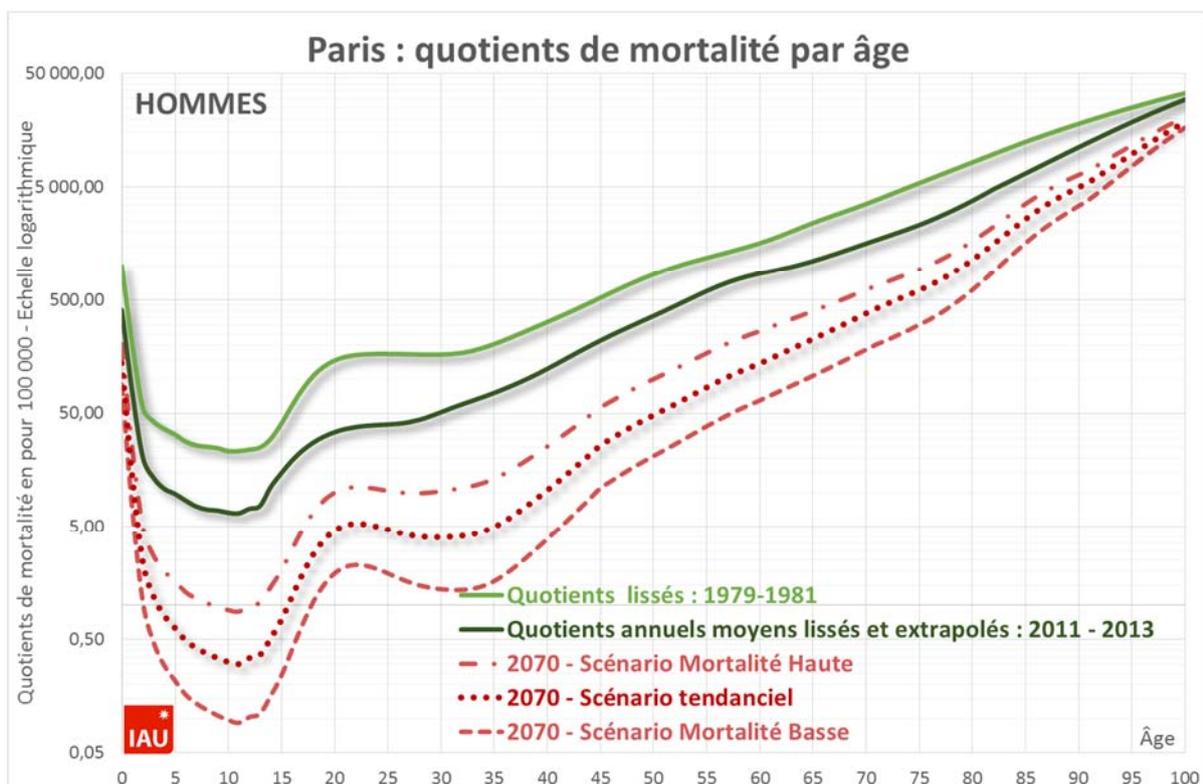
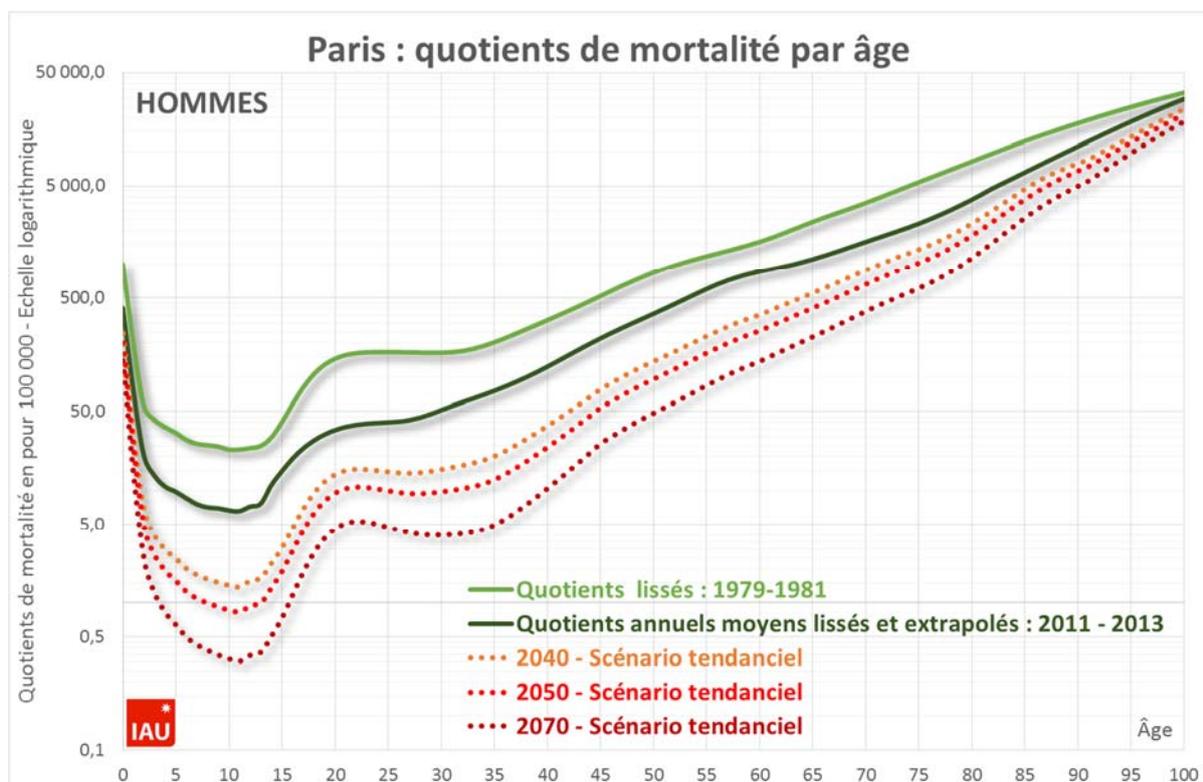


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# PARIS

## Hypothèses de mortalité retenues pour les hommes

Les quotients de mortalité par âge dans le scénario central

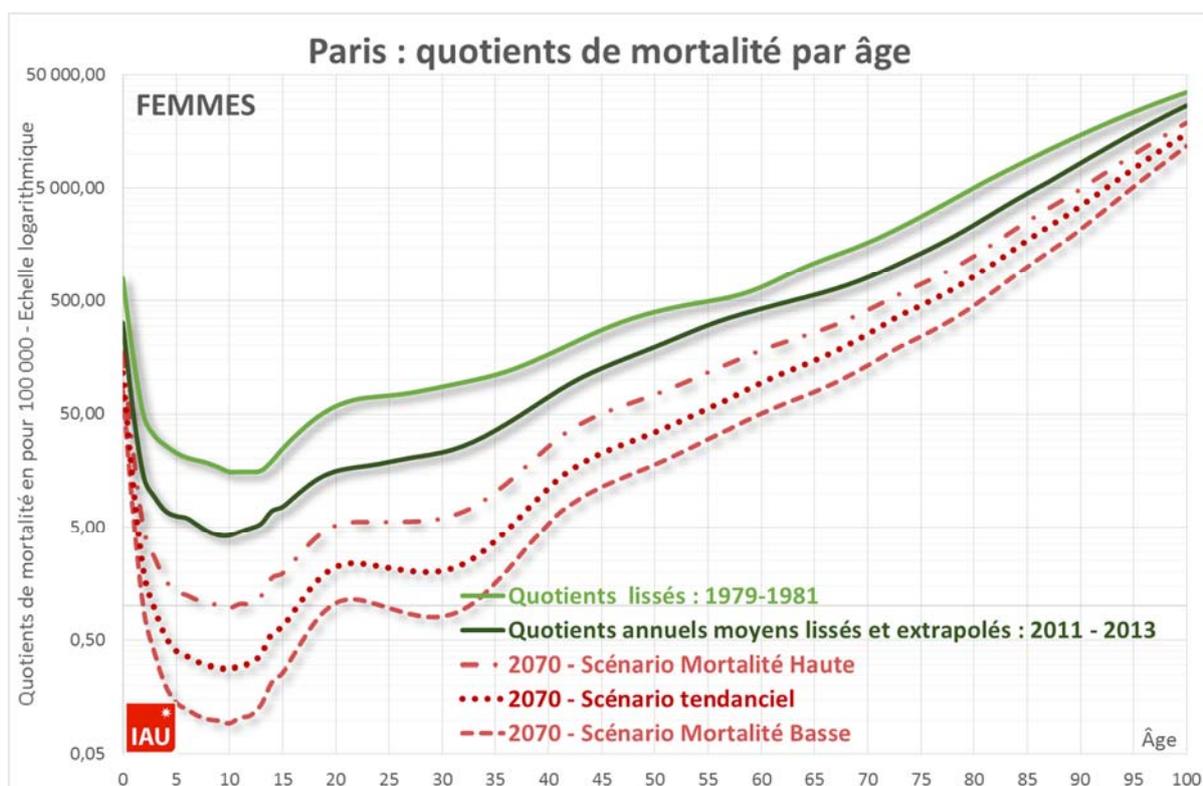
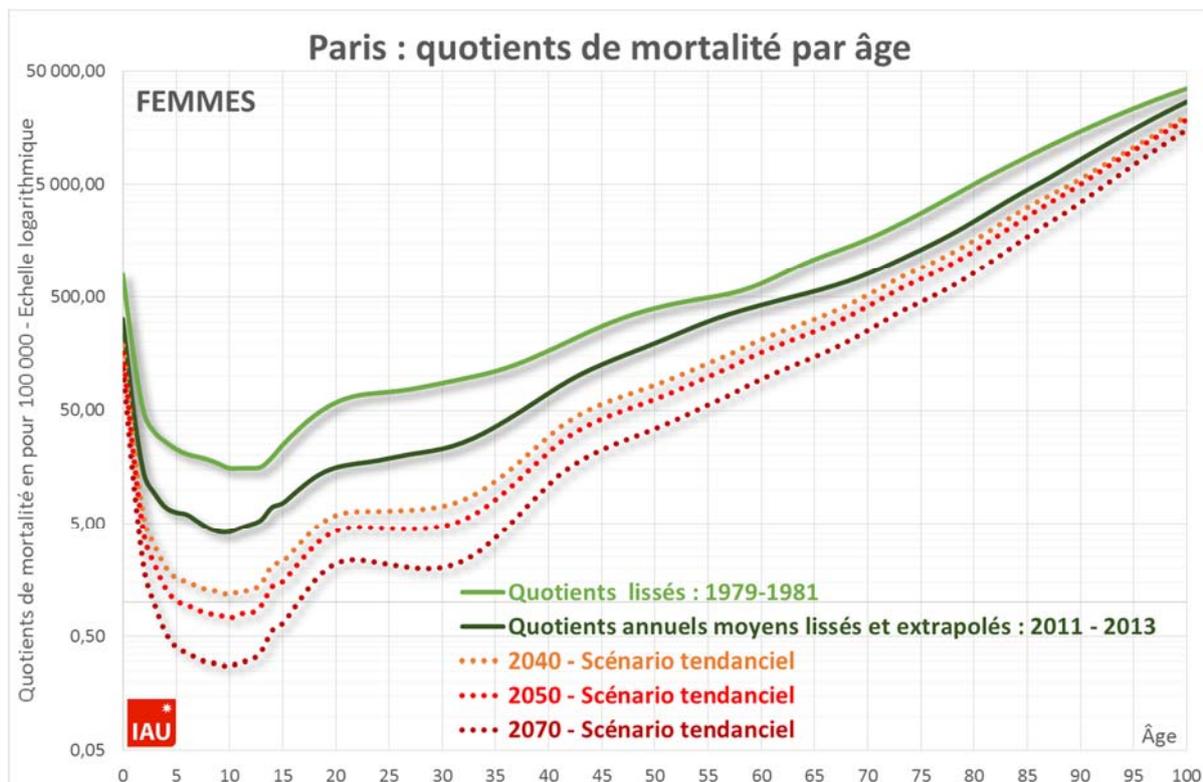


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# PARIS

## Hypothèses de mortalité retenues pour les femmes

Les quotients de mortalité par âge dans le scénario central

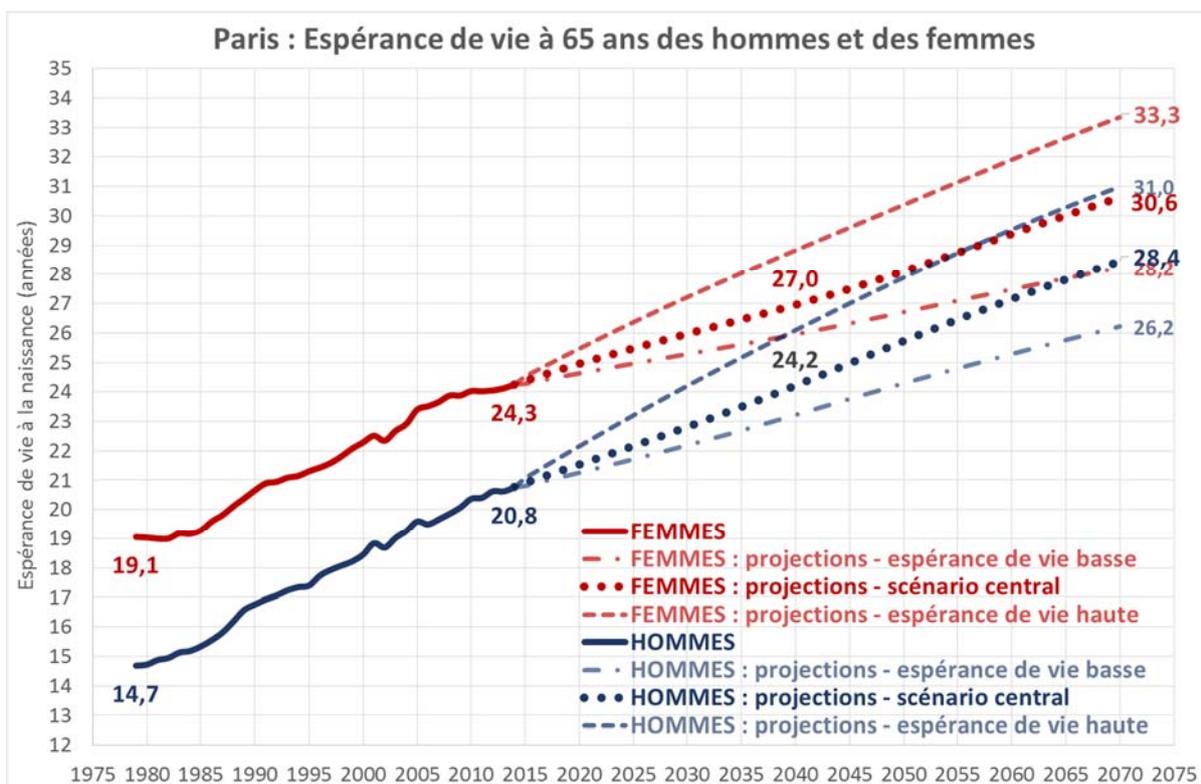
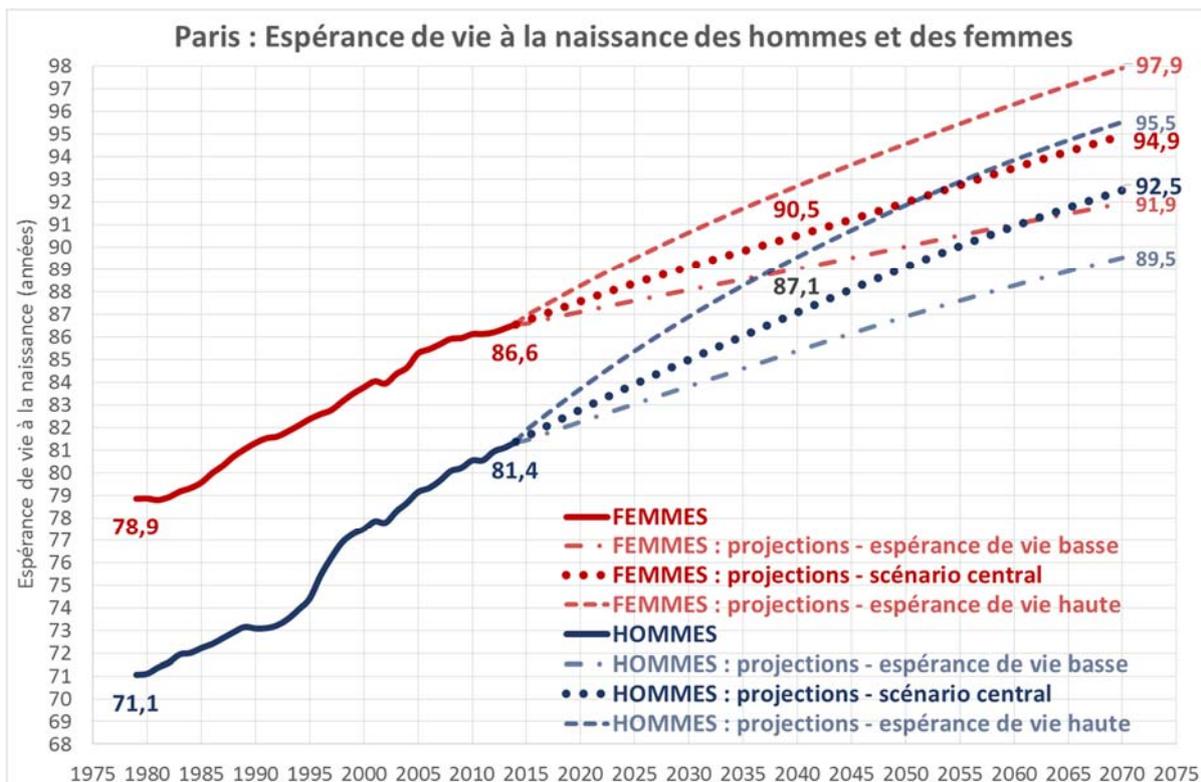


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# PARIS

## Hypothèses d'évolution de l'espérance de vie obtenues

L'espérance de vie à la naissance et à 65 ans dans les 3 scénarios

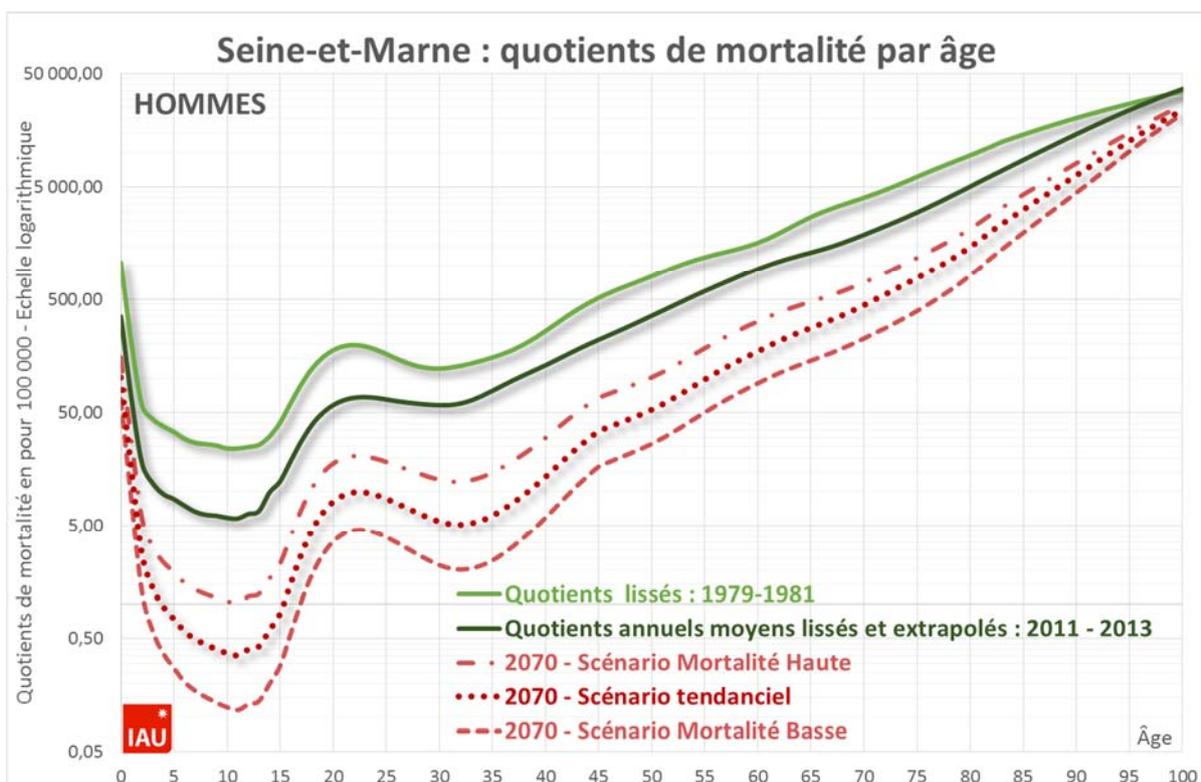
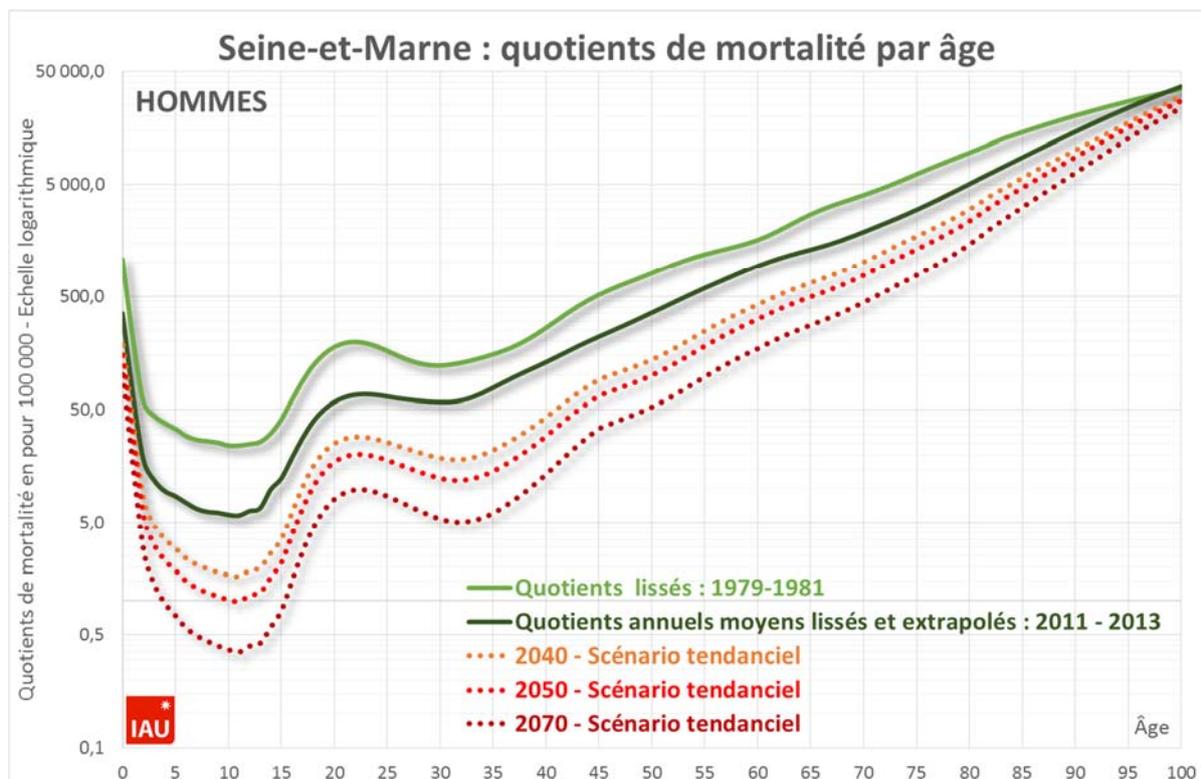


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# SEINE-ET-MARNE

## Hypothèses de mortalité retenues pour les hommes

Les quotients de mortalité par âge dans le scénario central

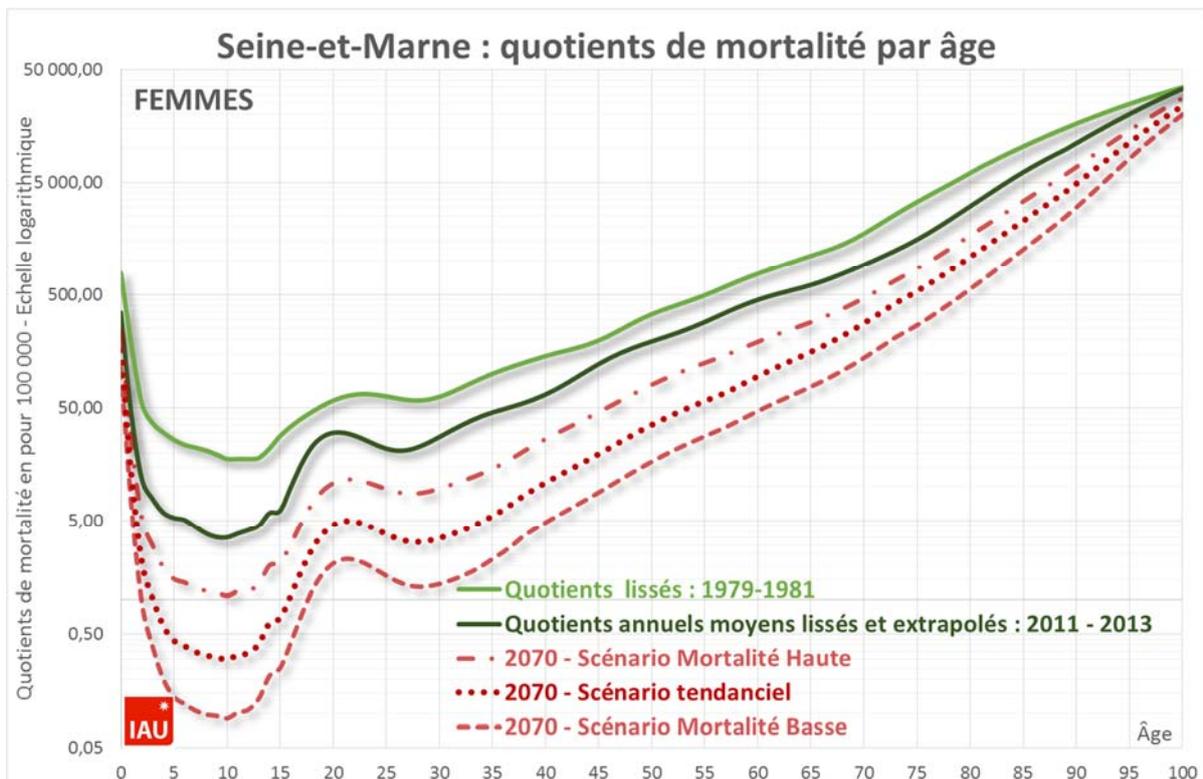
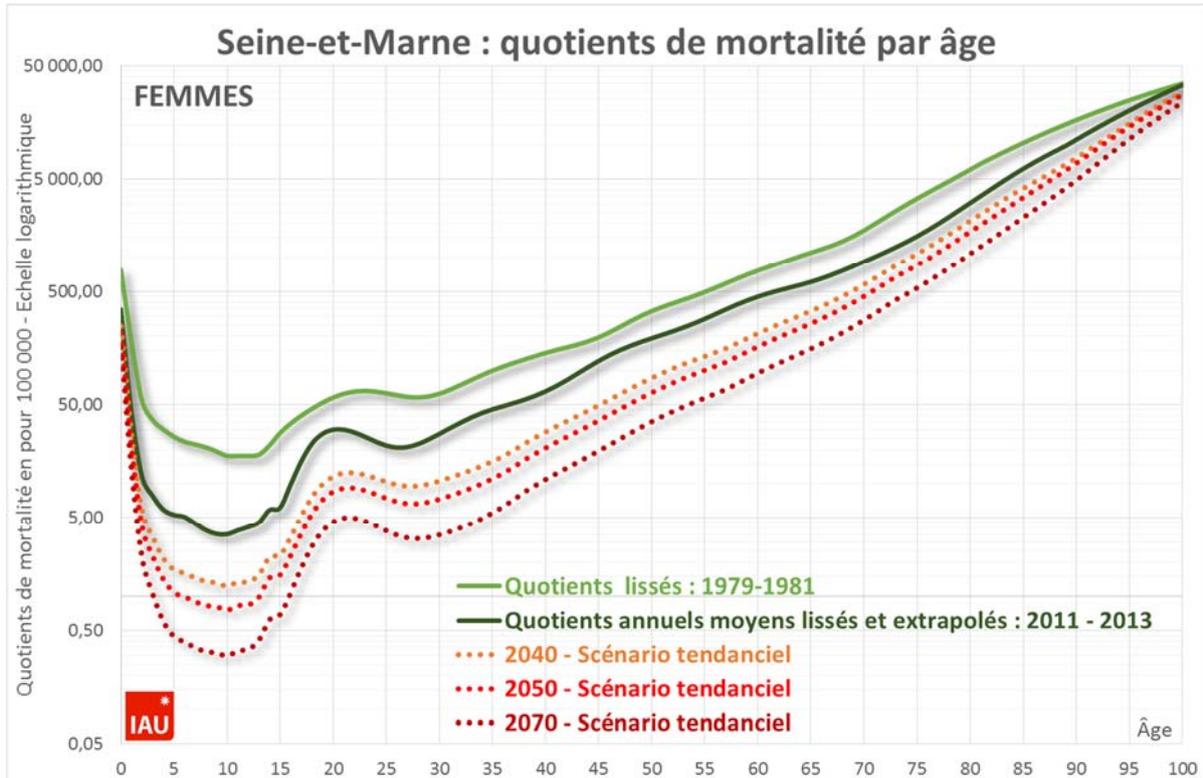


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# SEINE-ET-MARNE

## Hypothèses de mortalité retenues pour les femmes

Les quotients de mortalité par âge dans le scénario central

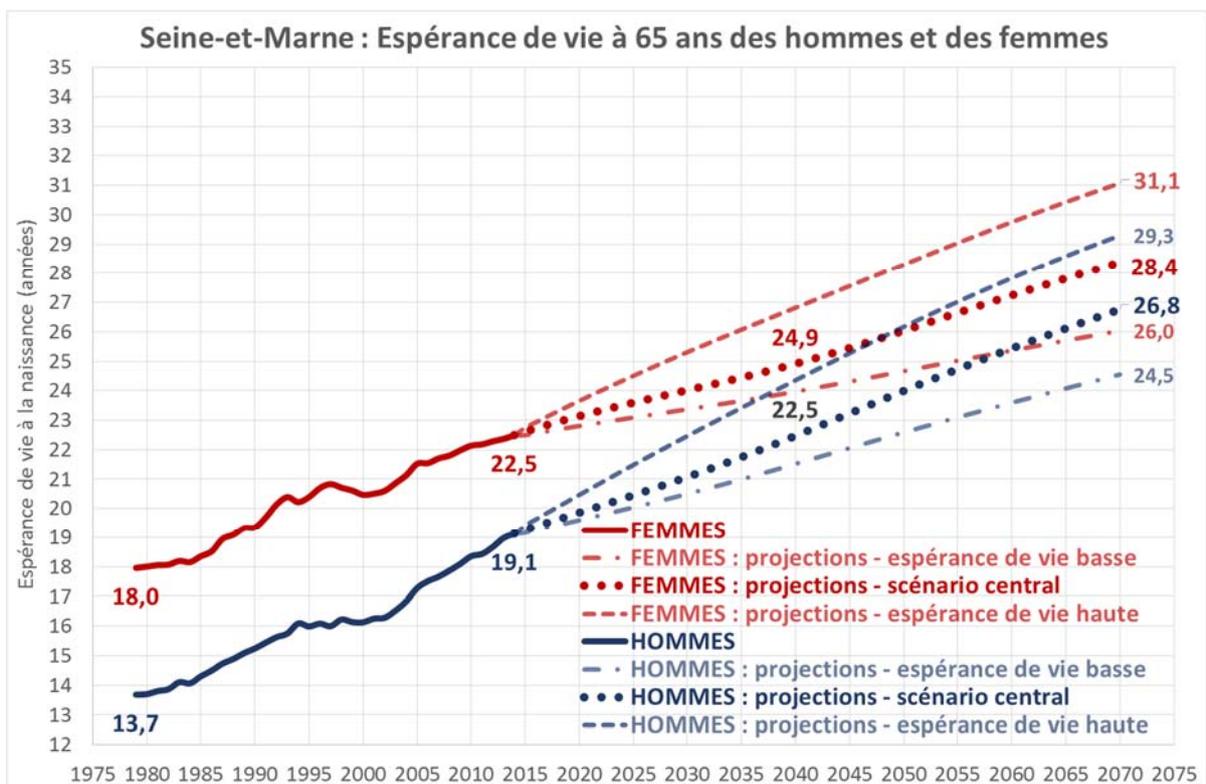
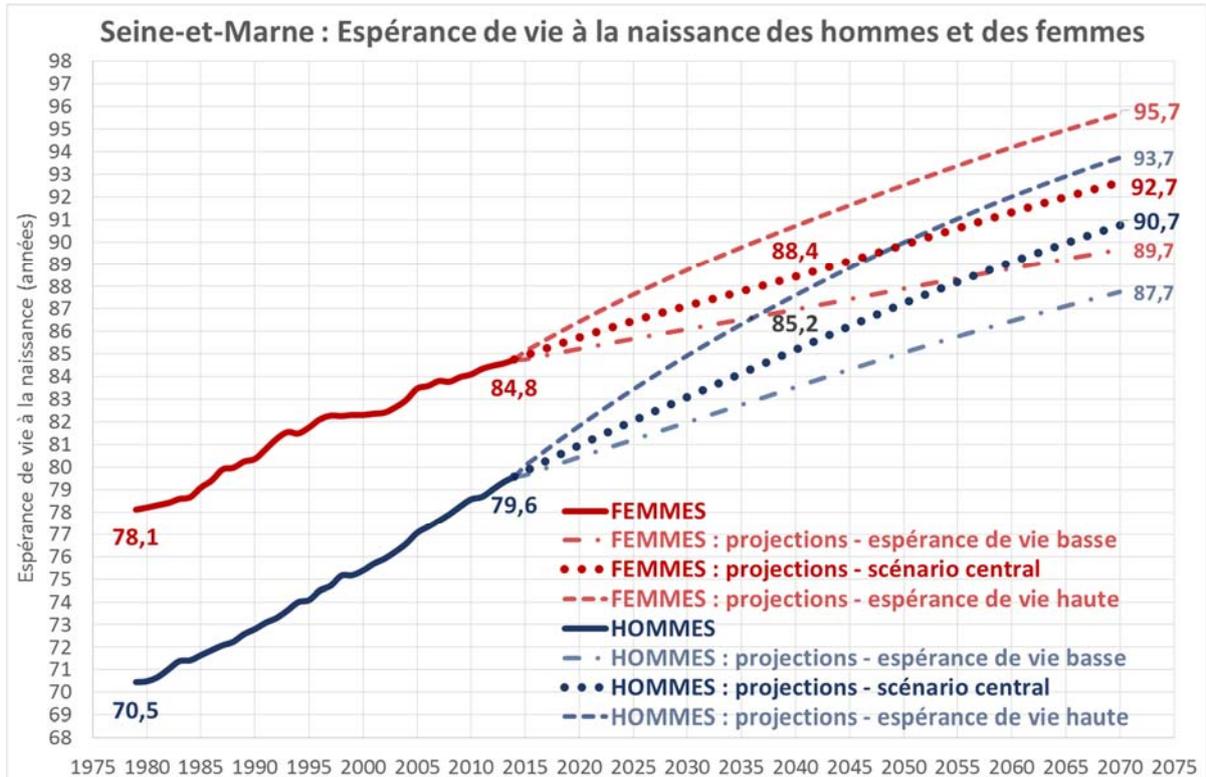


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# SEINE-ET-MARNE

## Hypothèses d'évolution de l'espérance de vie obtenues

L'espérance de vie à la naissance et à 65 ans dans les 3 scénarios

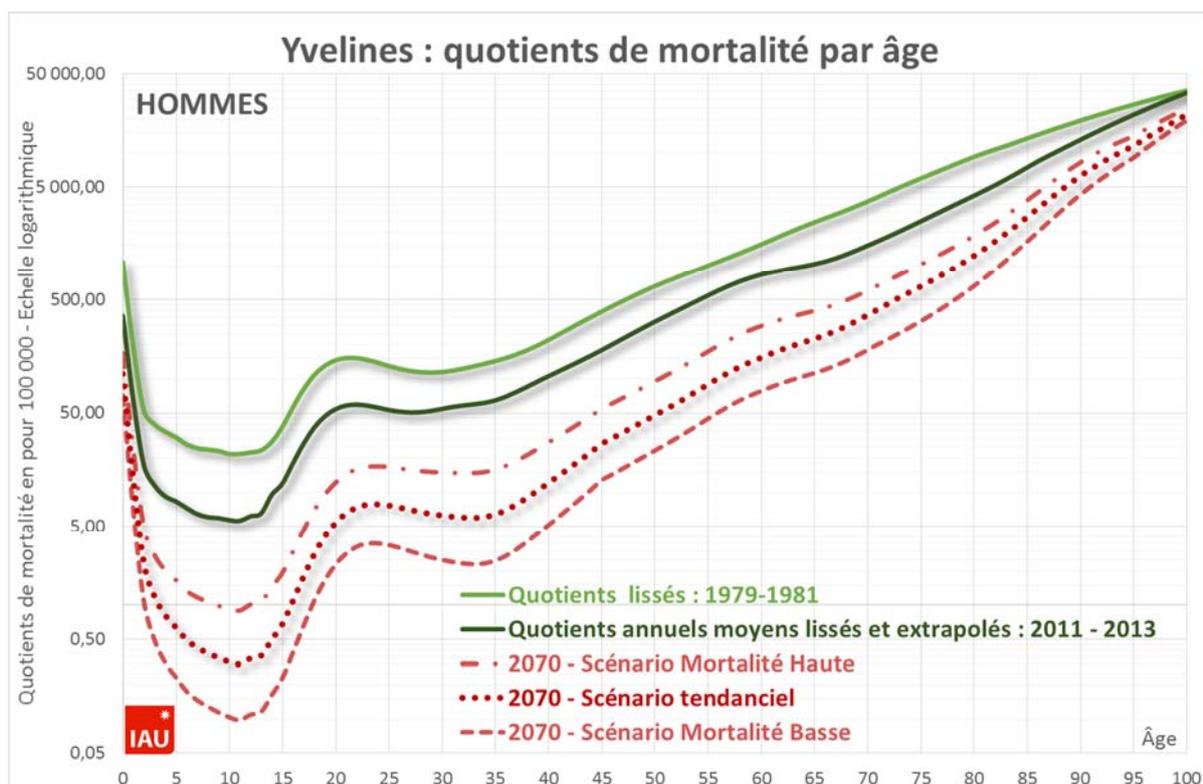
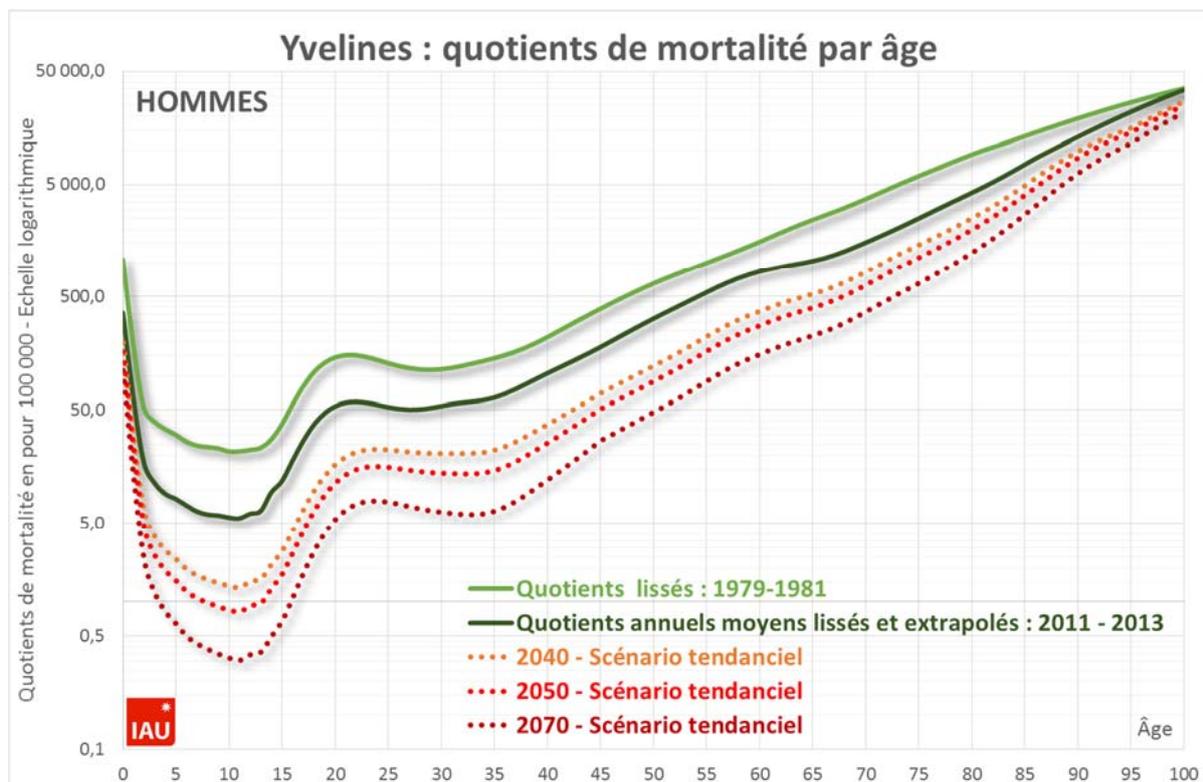


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# YVELINES

## Hypothèses de mortalité retenues pour les hommes

Les quotients de mortalité par âge dans le scénario central

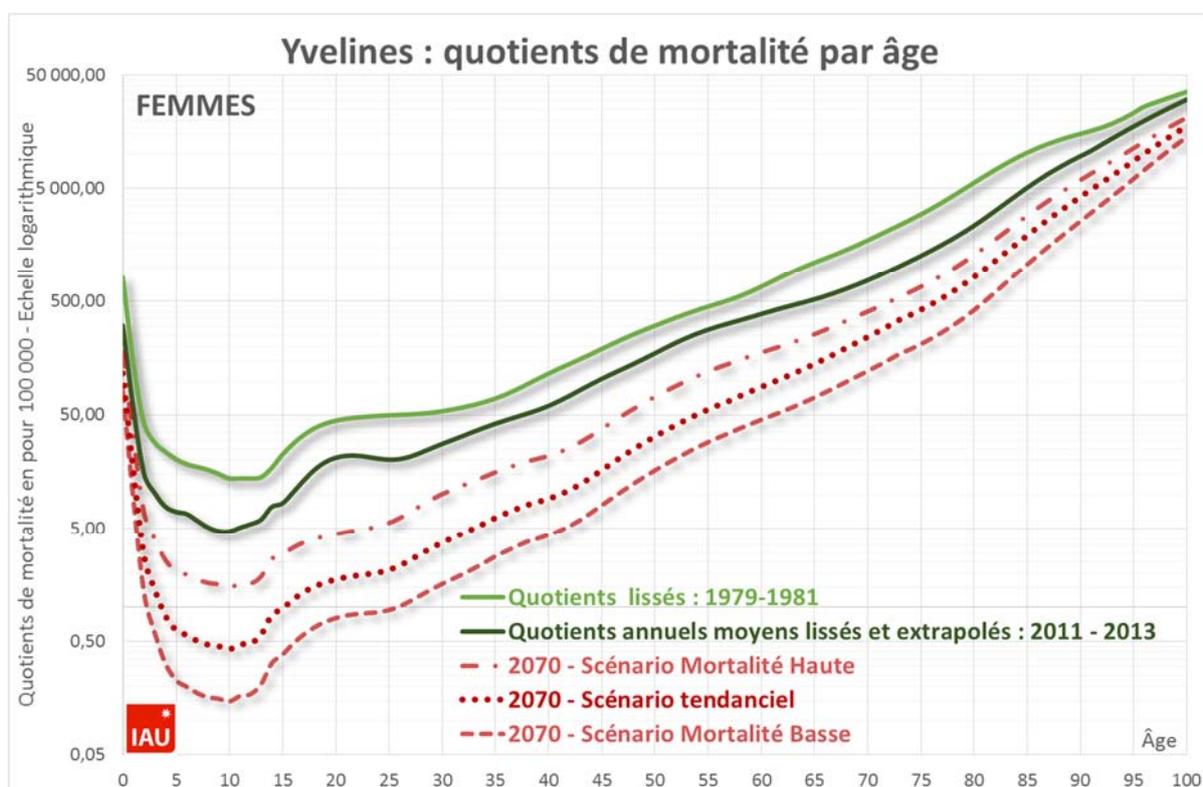
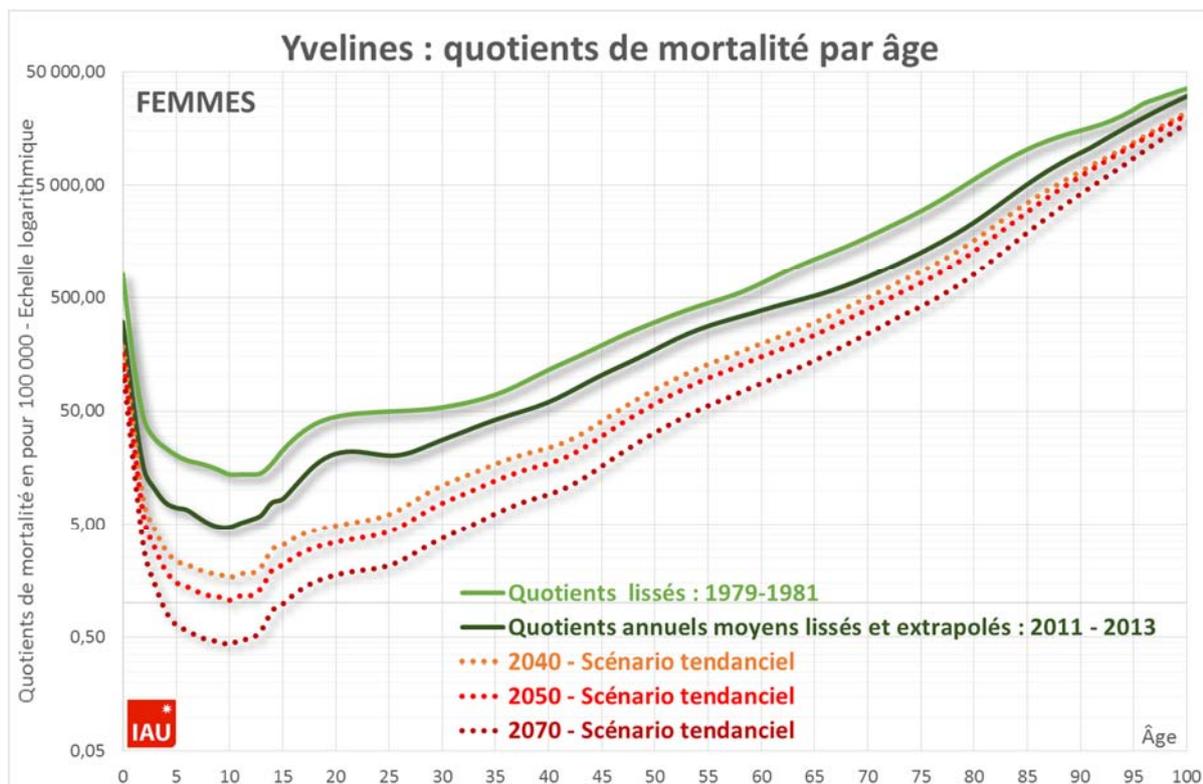


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# YVELINES

## Hypothèses de mortalité retenues pour les femmes

Les quotients de mortalité par âge dans le scénario central

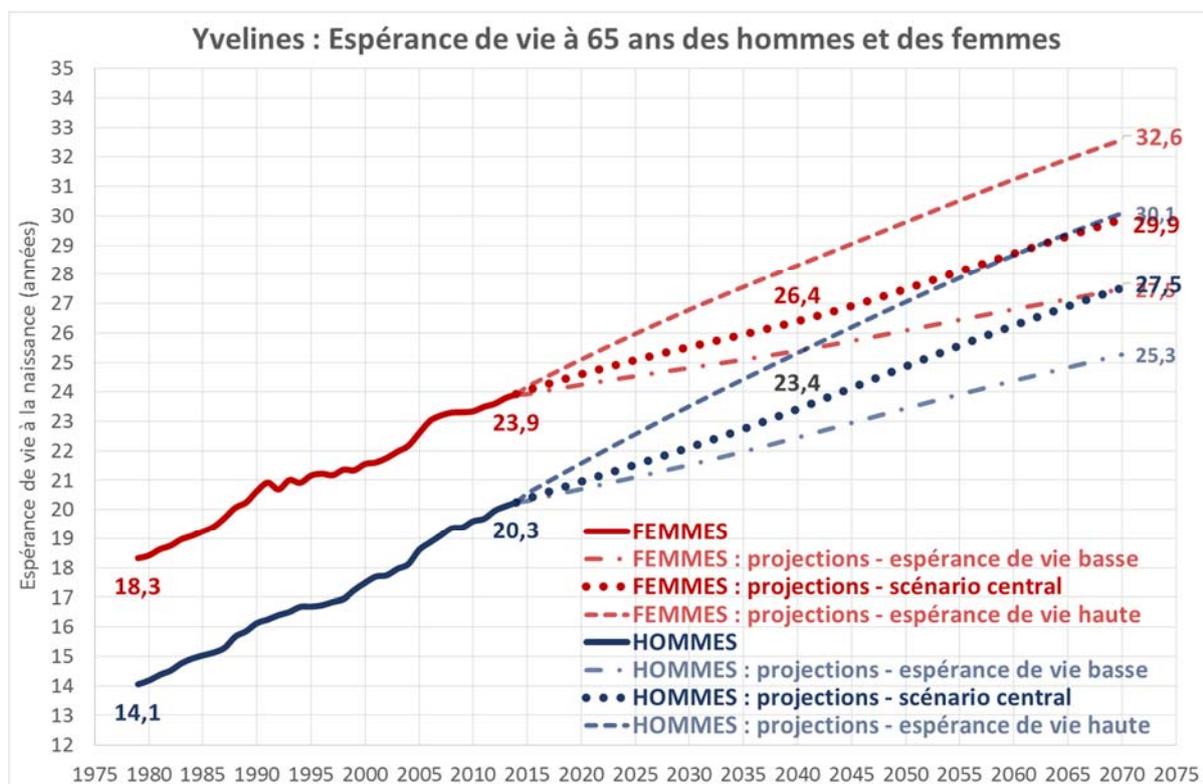
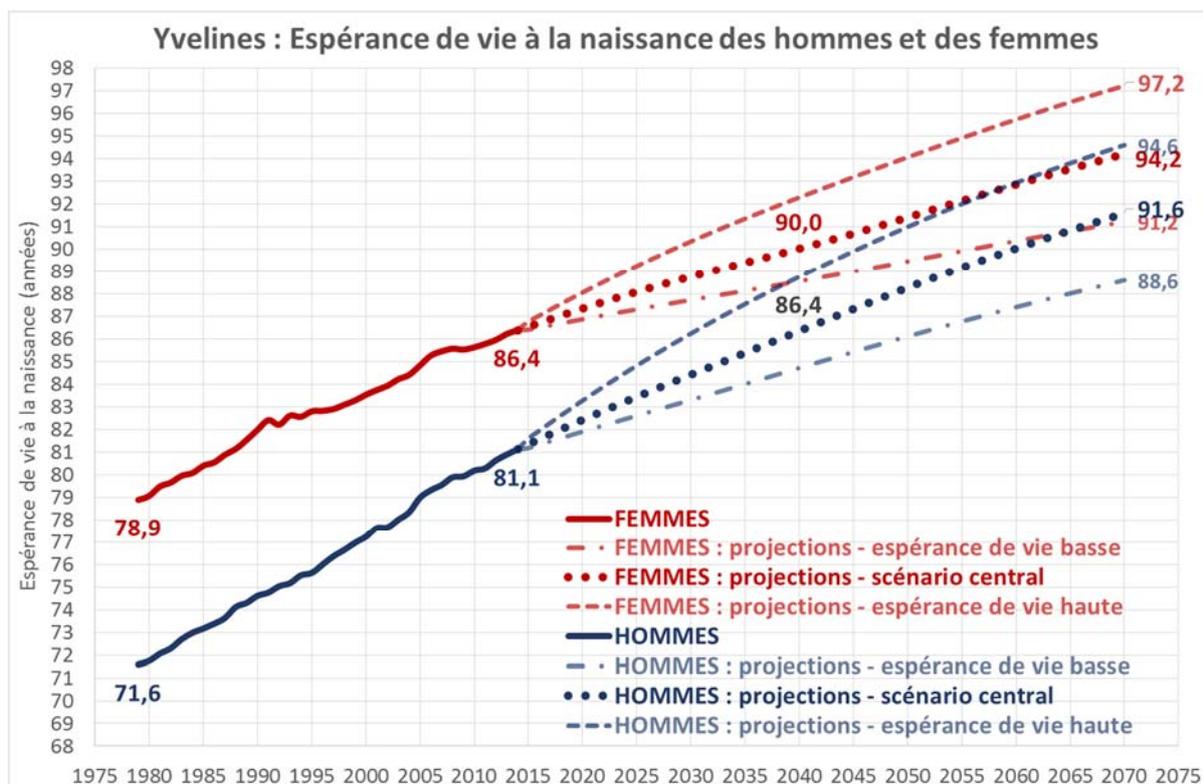


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# YVELINES

## Hypothèses d'évolution de l'espérance de vie obtenues

L'espérance de vie à la naissance et à 65 ans dans les 3 scénarios

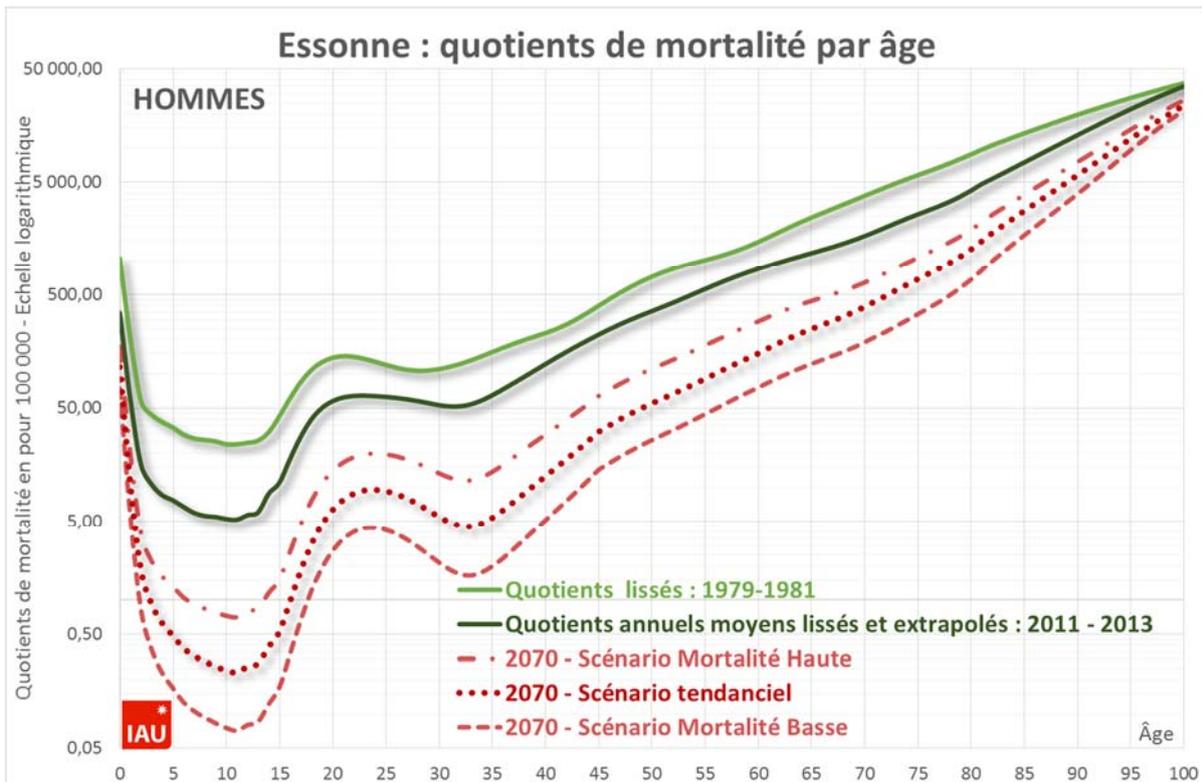
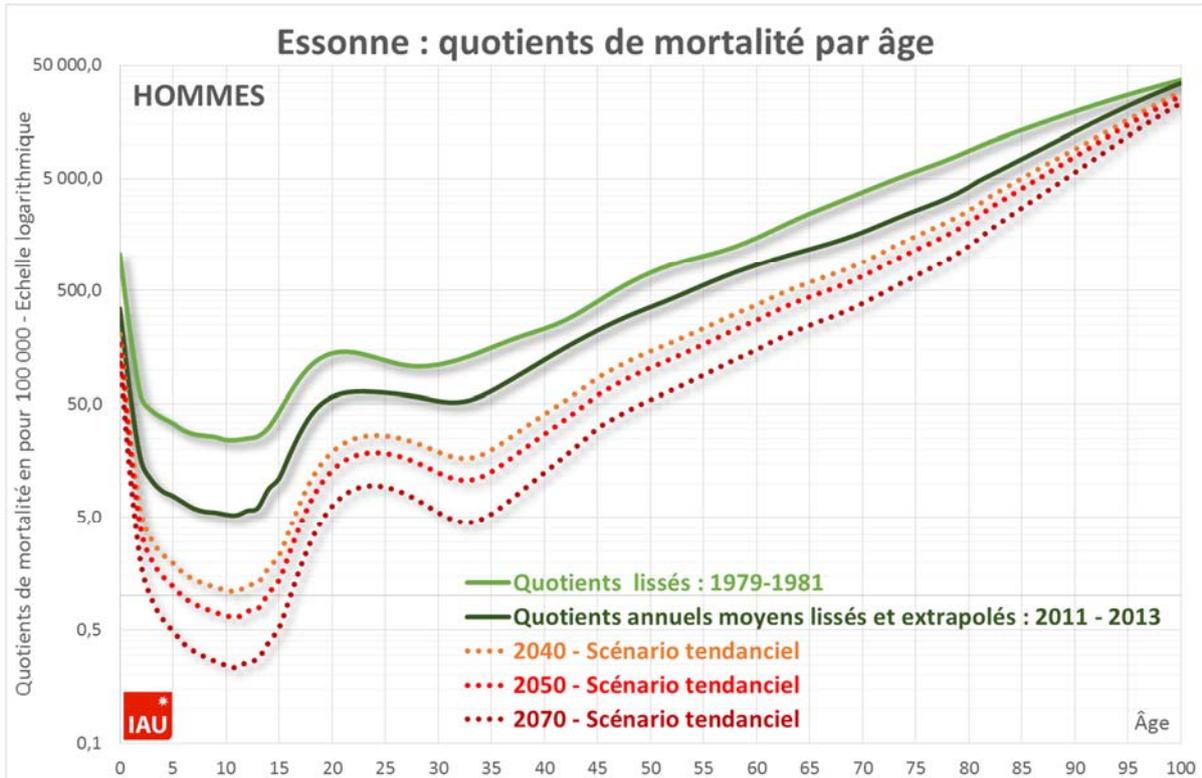


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# ESSONNE

## Hypothèses de mortalité retenues pour les hommes

Les quotients de mortalité par âge dans le scénario central

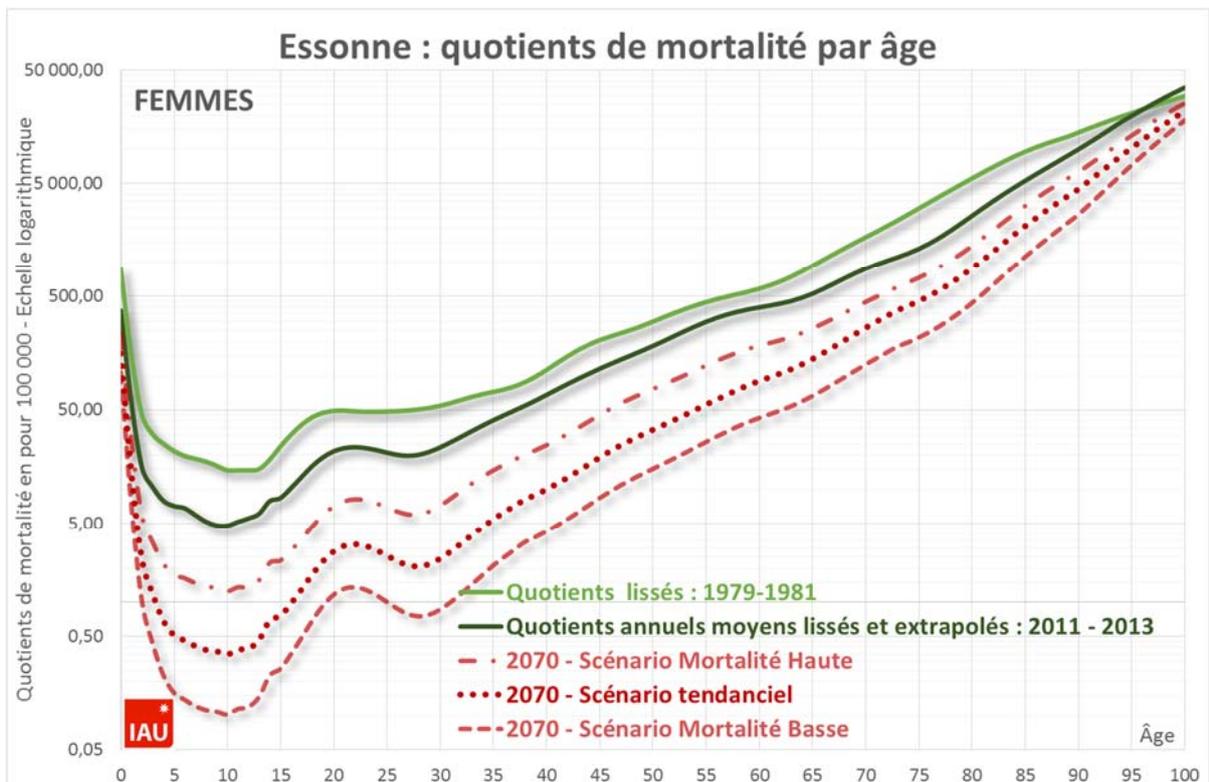
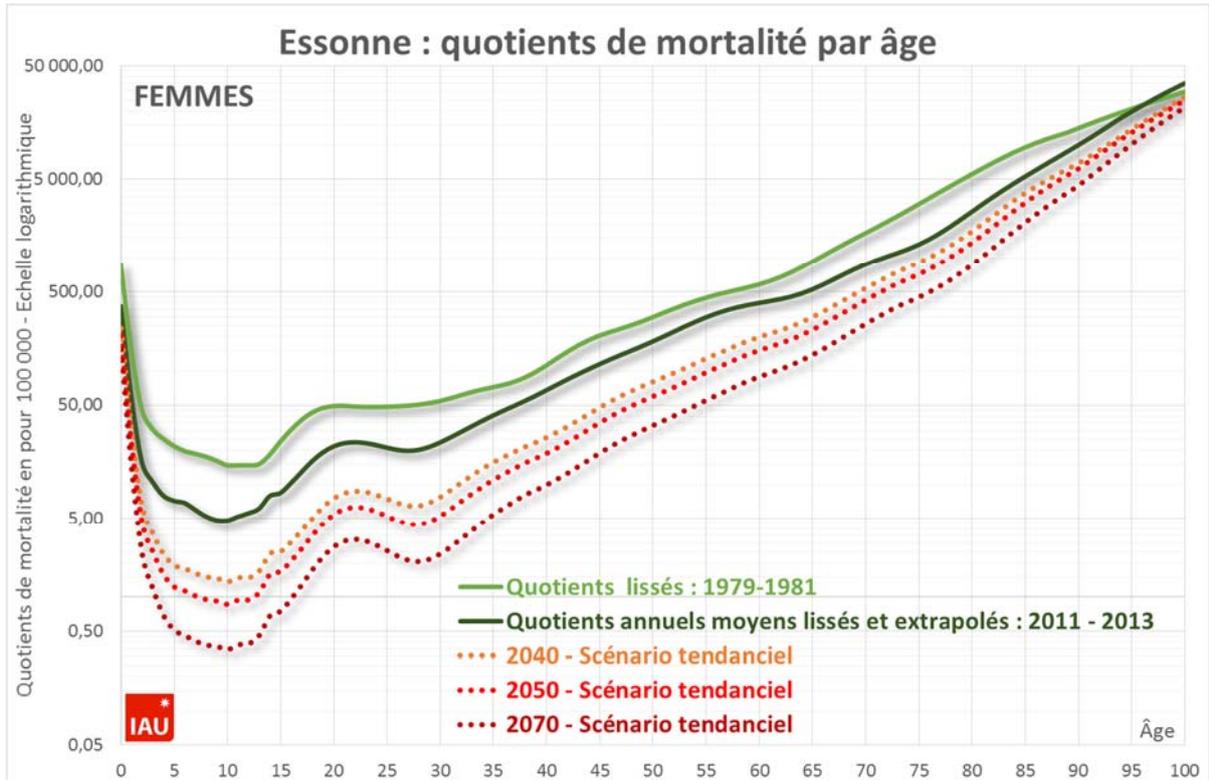


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# ESSONNE

## Hypothèses de mortalité retenues pour les femmes

Les quotients de mortalité par âge dans le scénario central

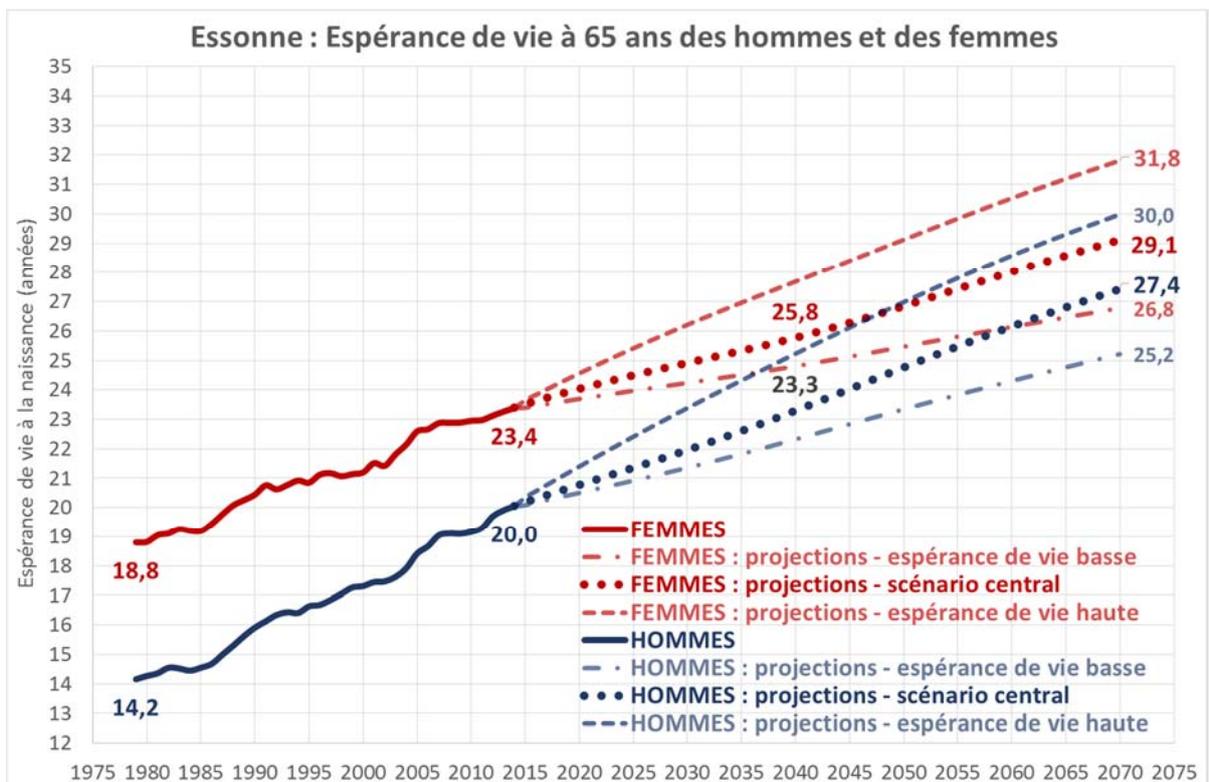
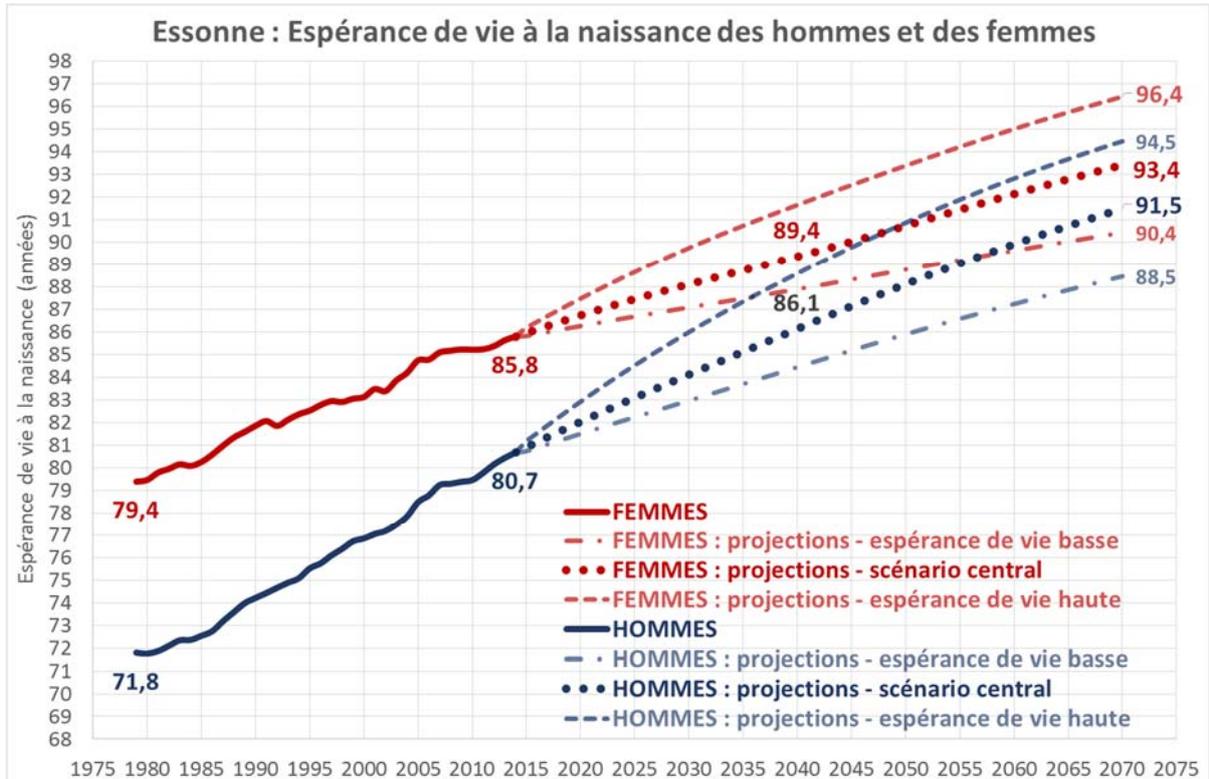


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# ESSONNE

## Hypothèses d'évolution de l'espérance de vie obtenues

L'espérance de vie à la naissance et à 65 ans dans les 3 scénarios

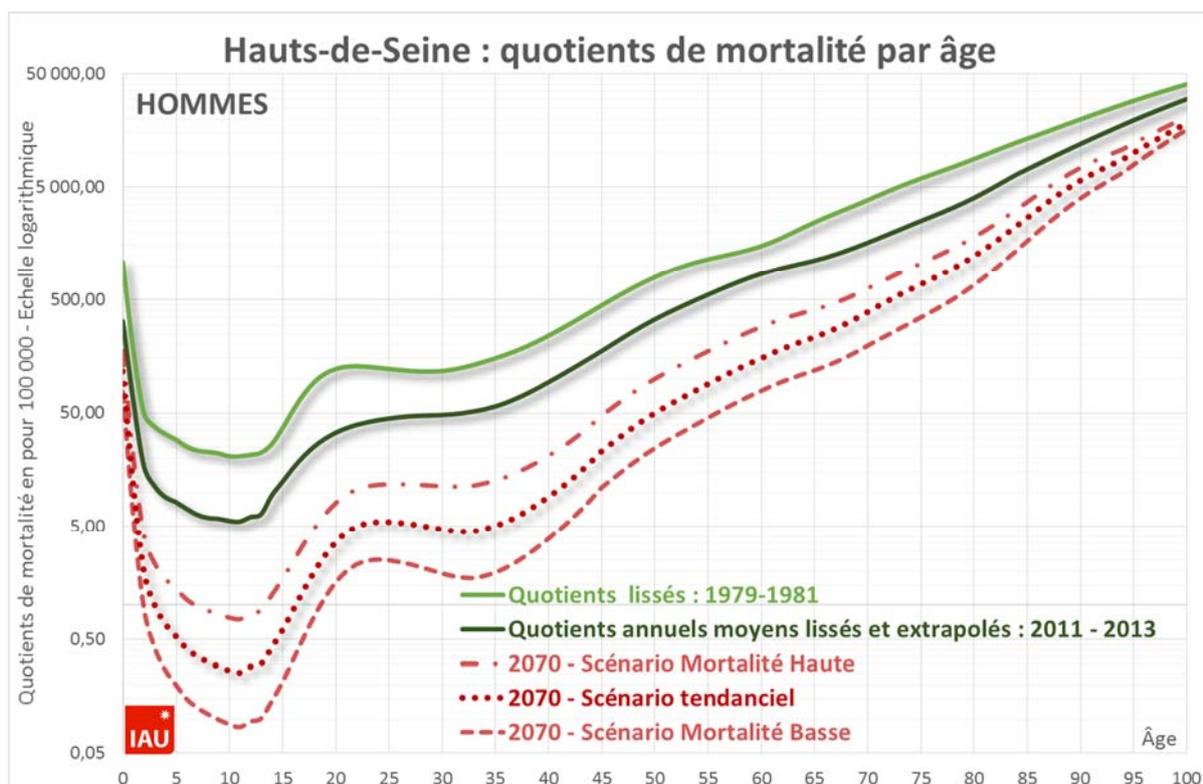
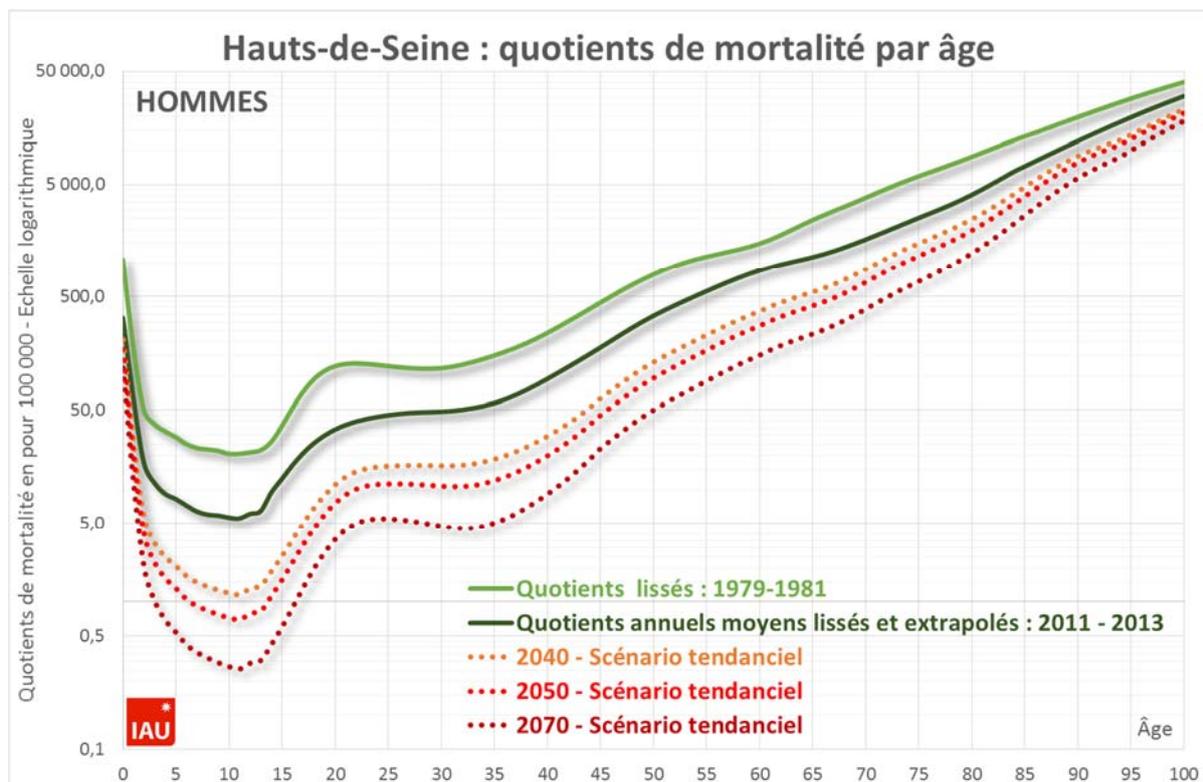


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# HAUTS-DE-SEINE

## Hypothèses de mortalité retenues pour les hommes

Les quotients de mortalité par âge dans le scénario central

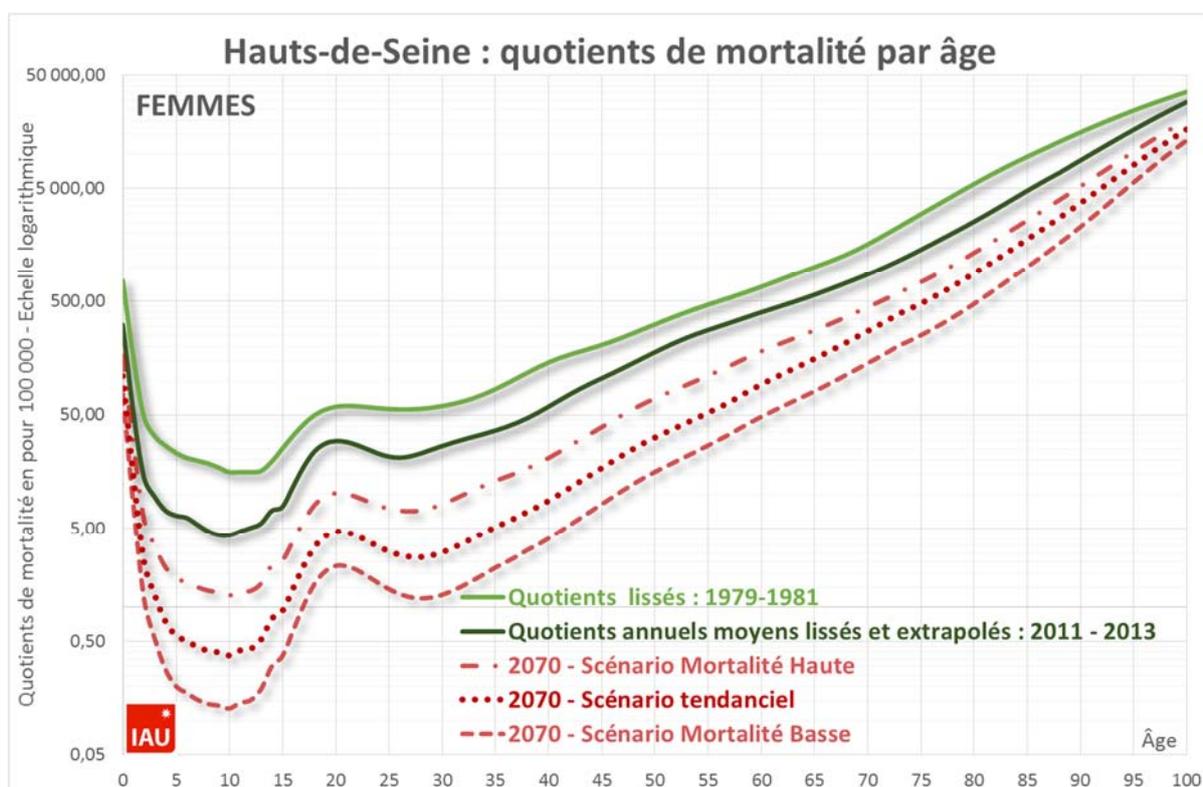
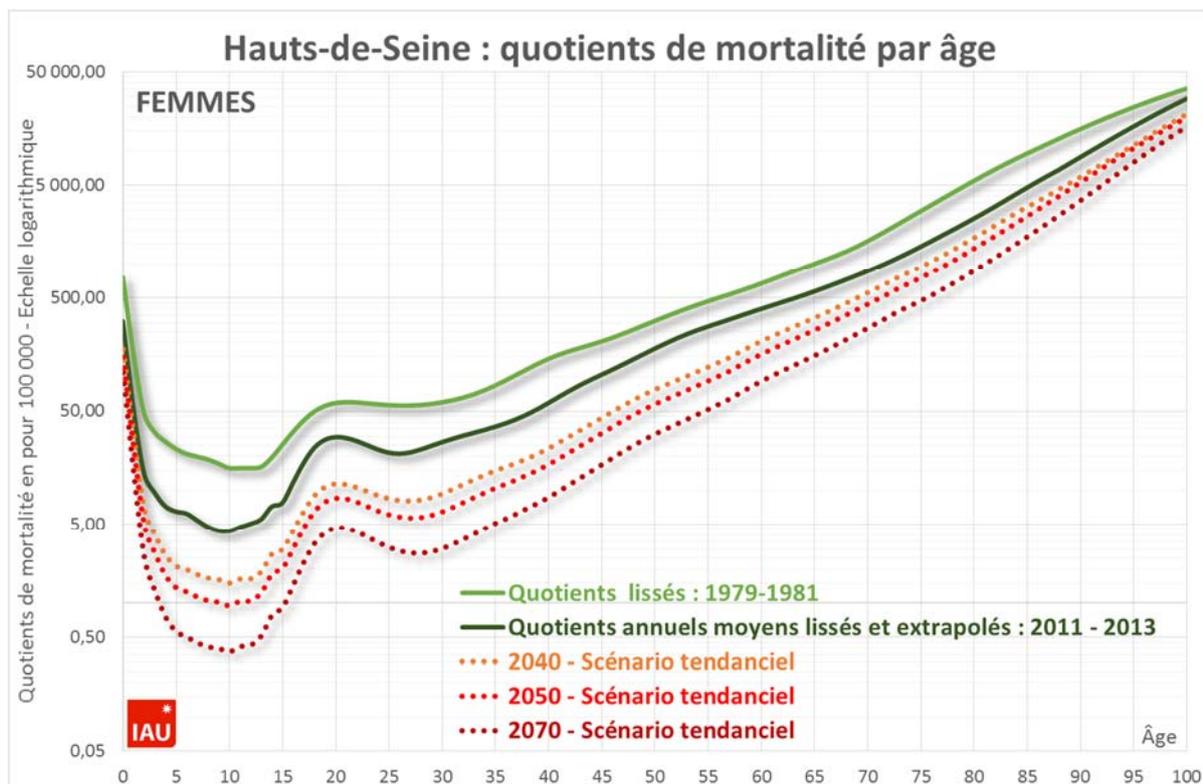


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# HAUTS-DE-SEINE

## Hypothèses de mortalité retenues pour les femmes

Les quotients de mortalité par âge dans le scénario central

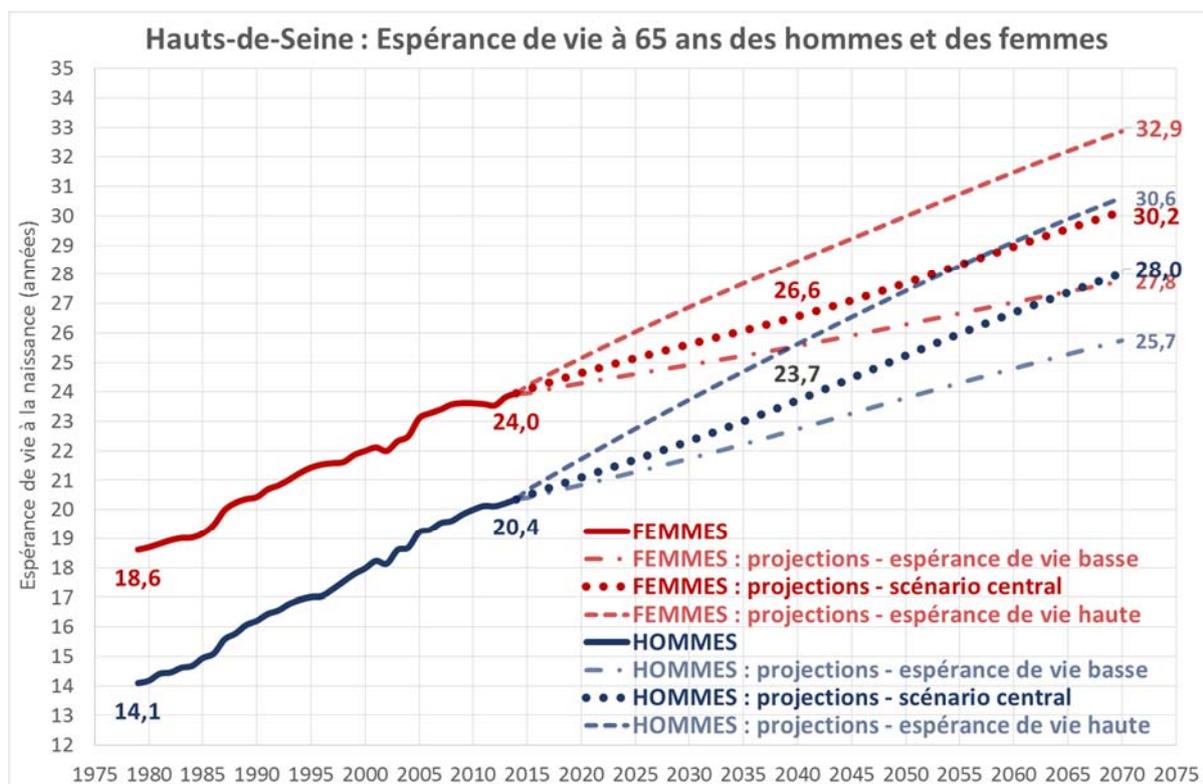
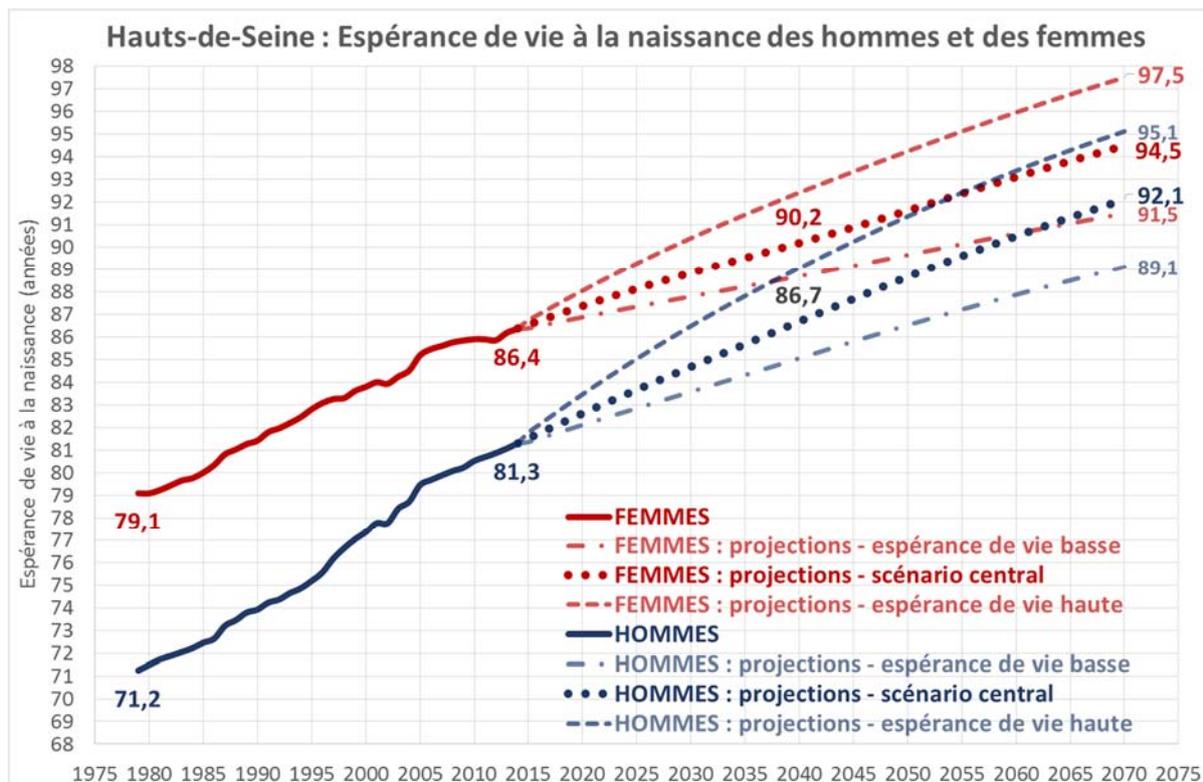


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

## HAUTS-DE-SEINE

### Hypothèses d'évolution de l'espérance de vie obtenues

L'espérance de vie à la naissance et à 65 ans dans les 3 scénarios

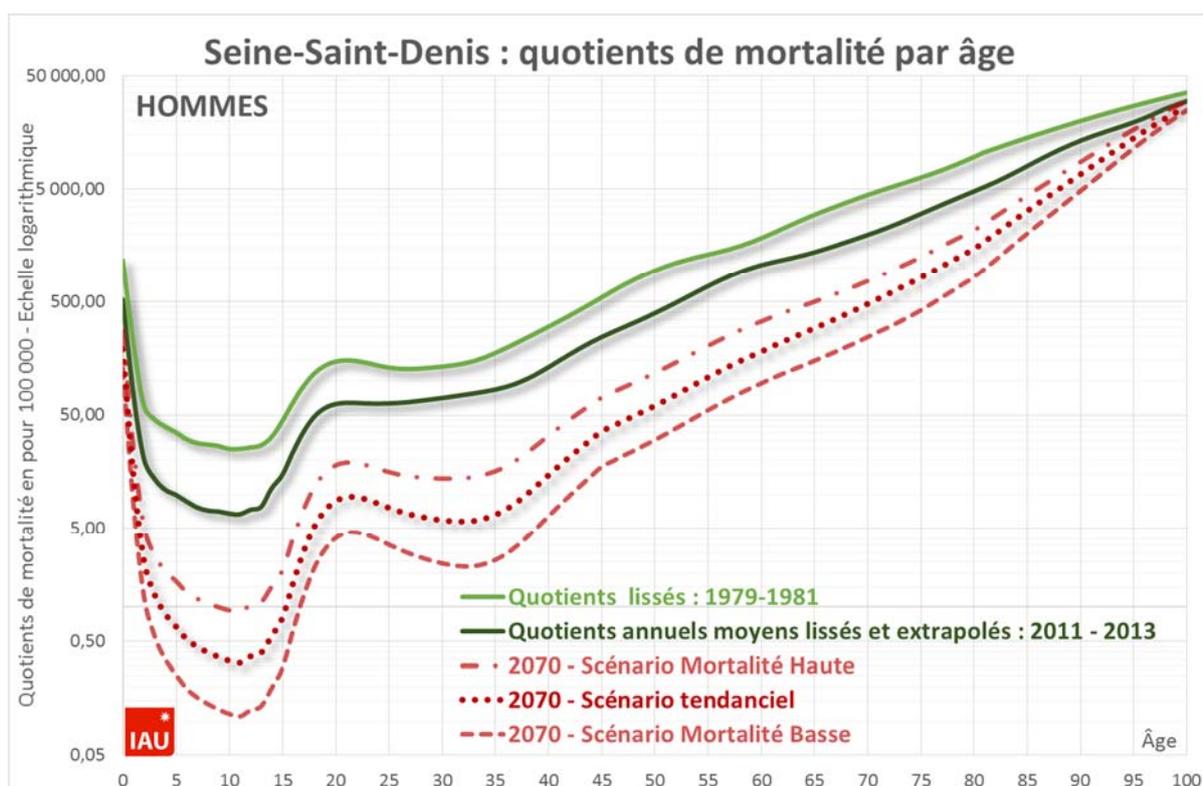
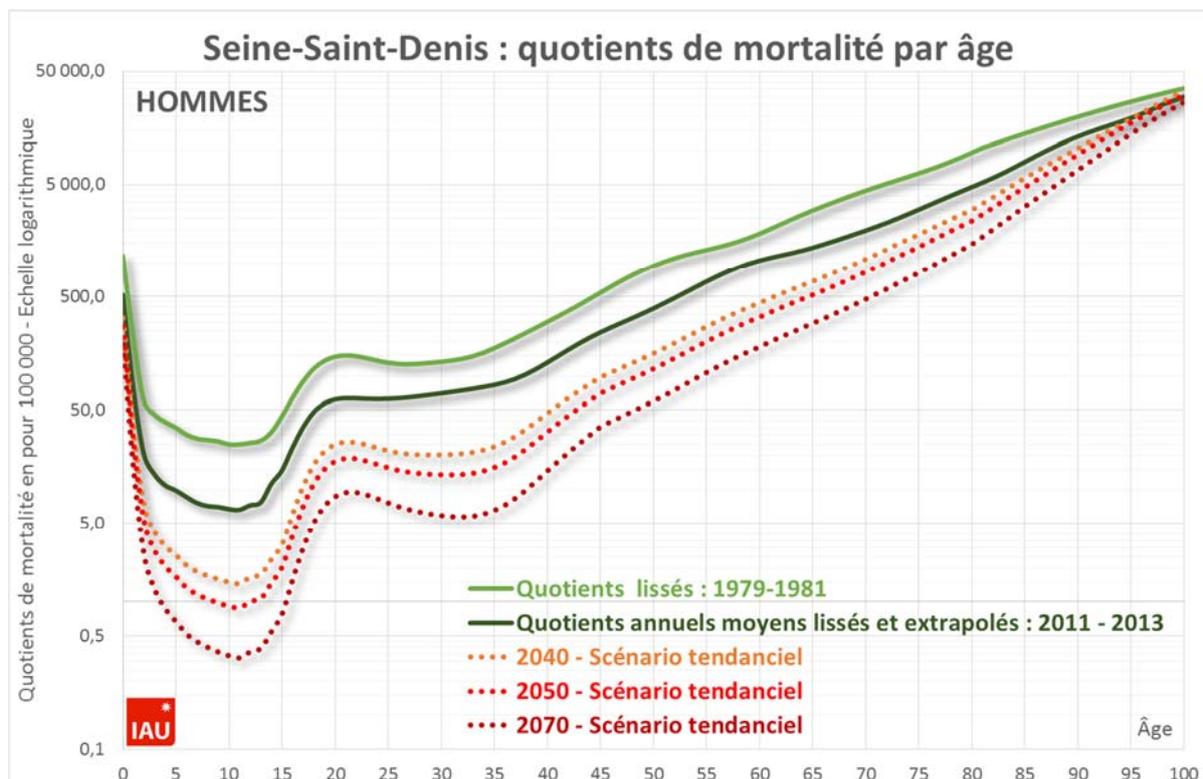


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# SEINE-SAINT-DENIS

## Hypothèses de mortalité retenues pour les hommes

Les quotients de mortalité par âge dans le scénario central

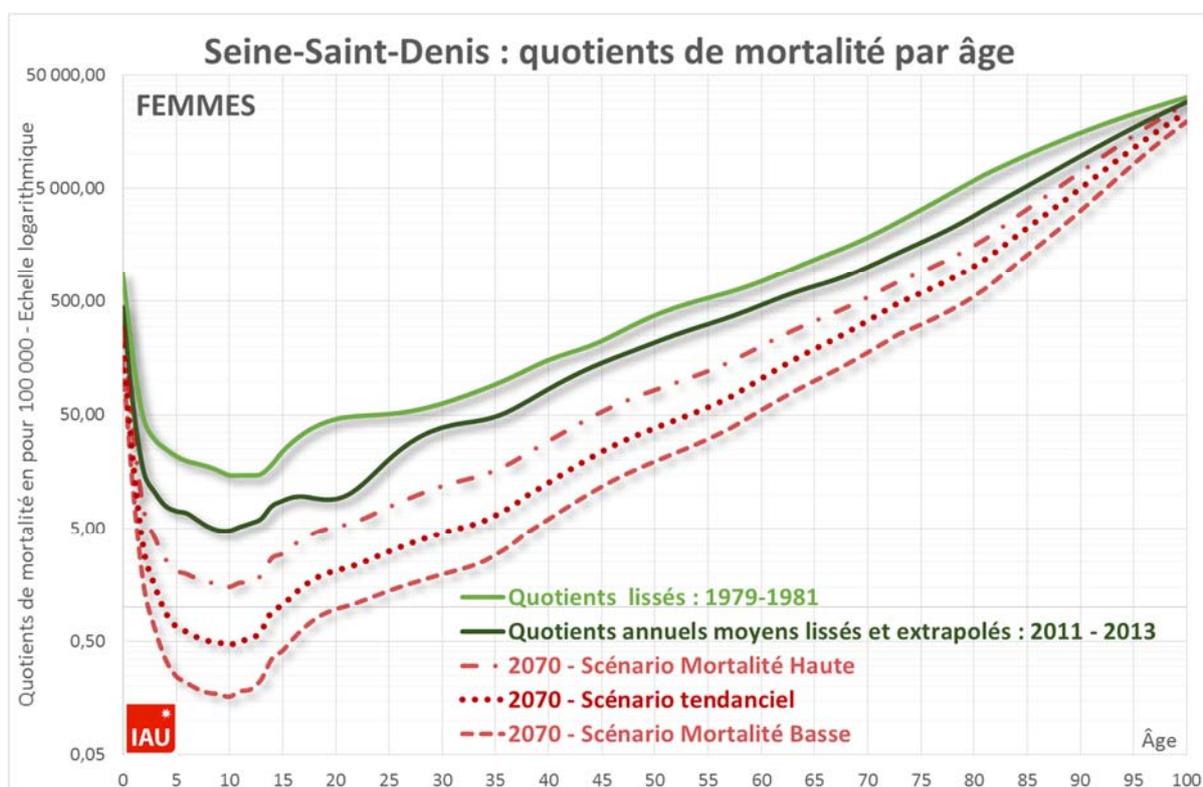
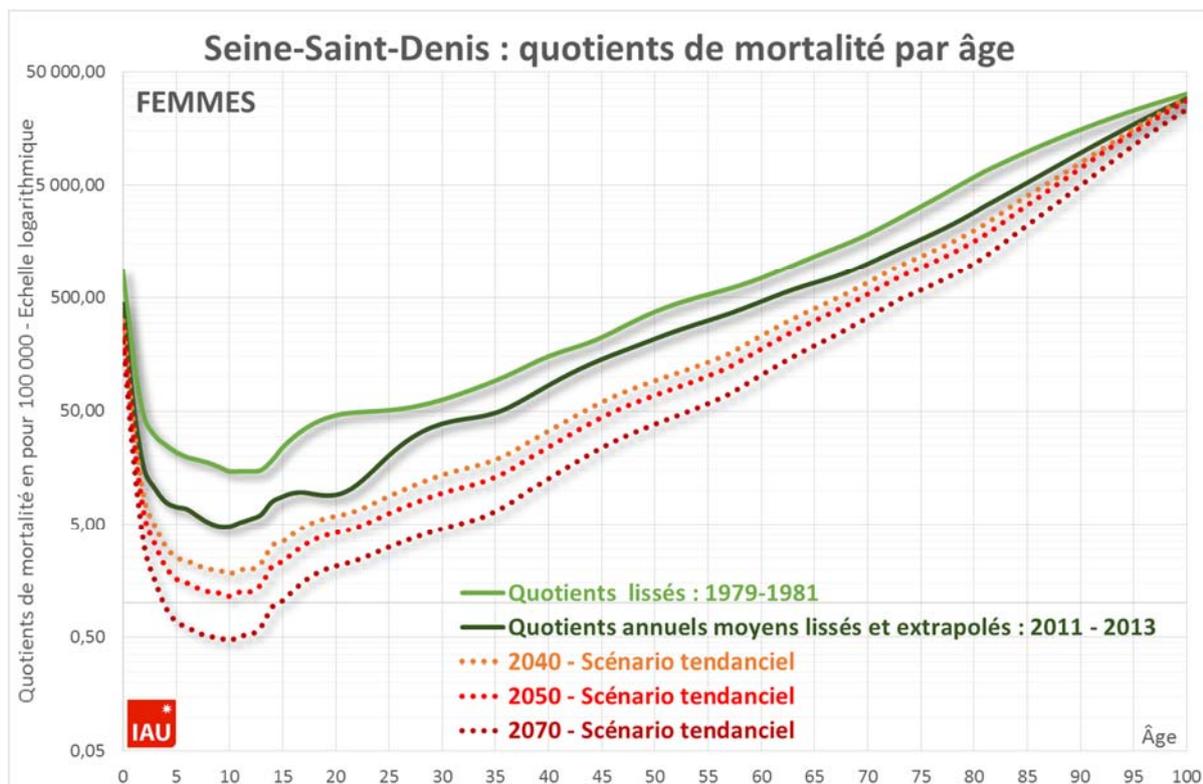


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

## SEINE-SAINT-DENIS

### Hypothèses de mortalité retenues pour les femmes

Les quotients de mortalité par âge dans le scénario central

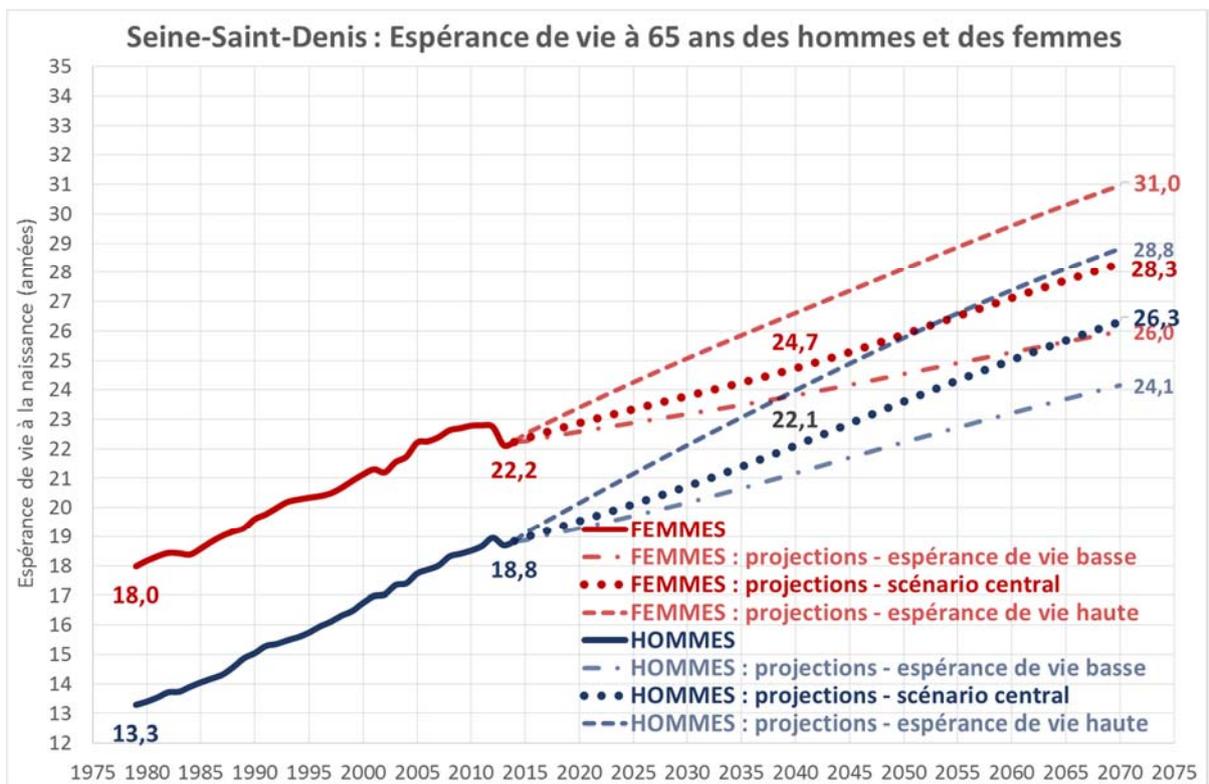
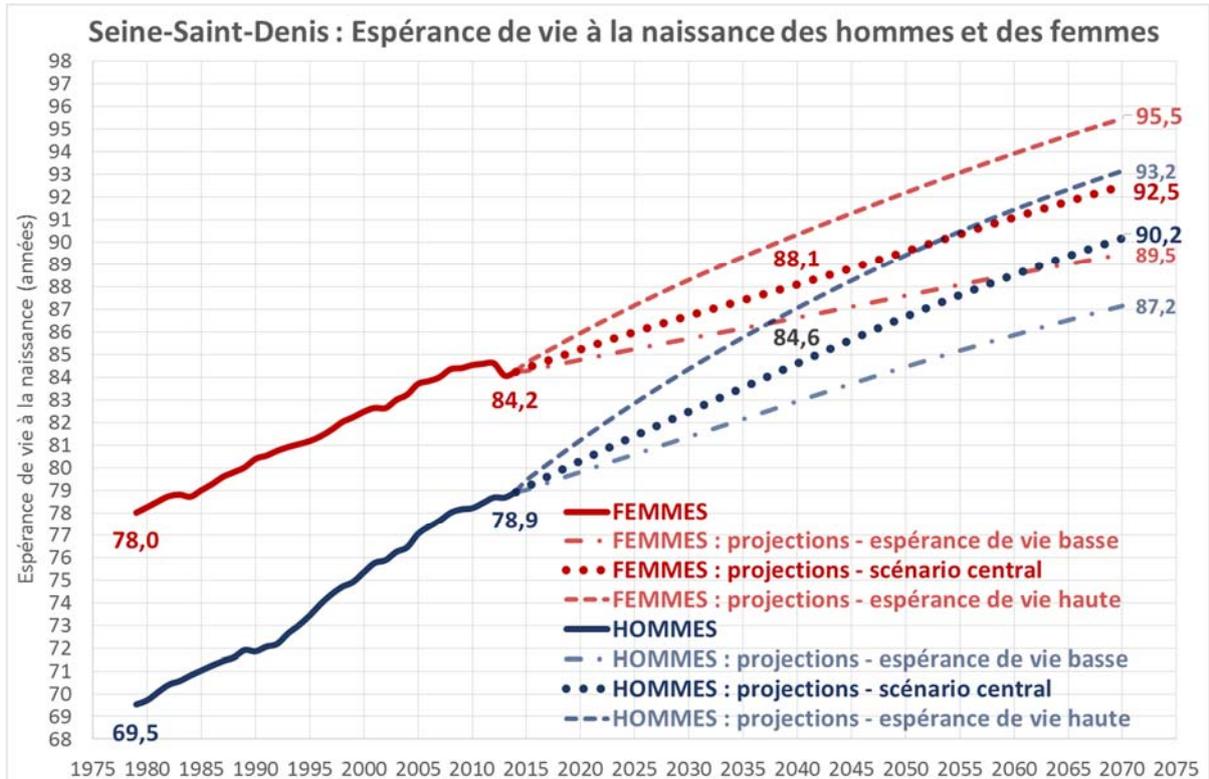


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# SEINE-SAINT-DENIS

## Hypothèses d'évolution de l'espérance de vie obtenues

L'espérance de vie à la naissance et à 65 ans dans les 3 scénarios

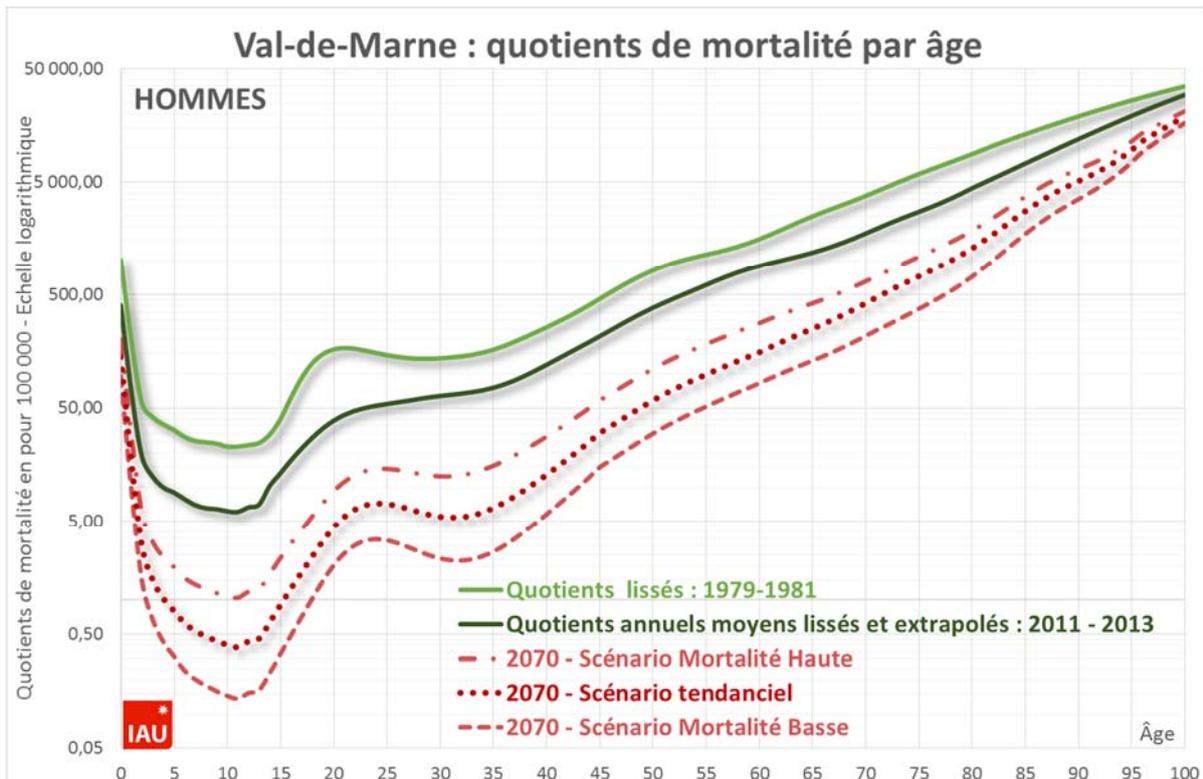
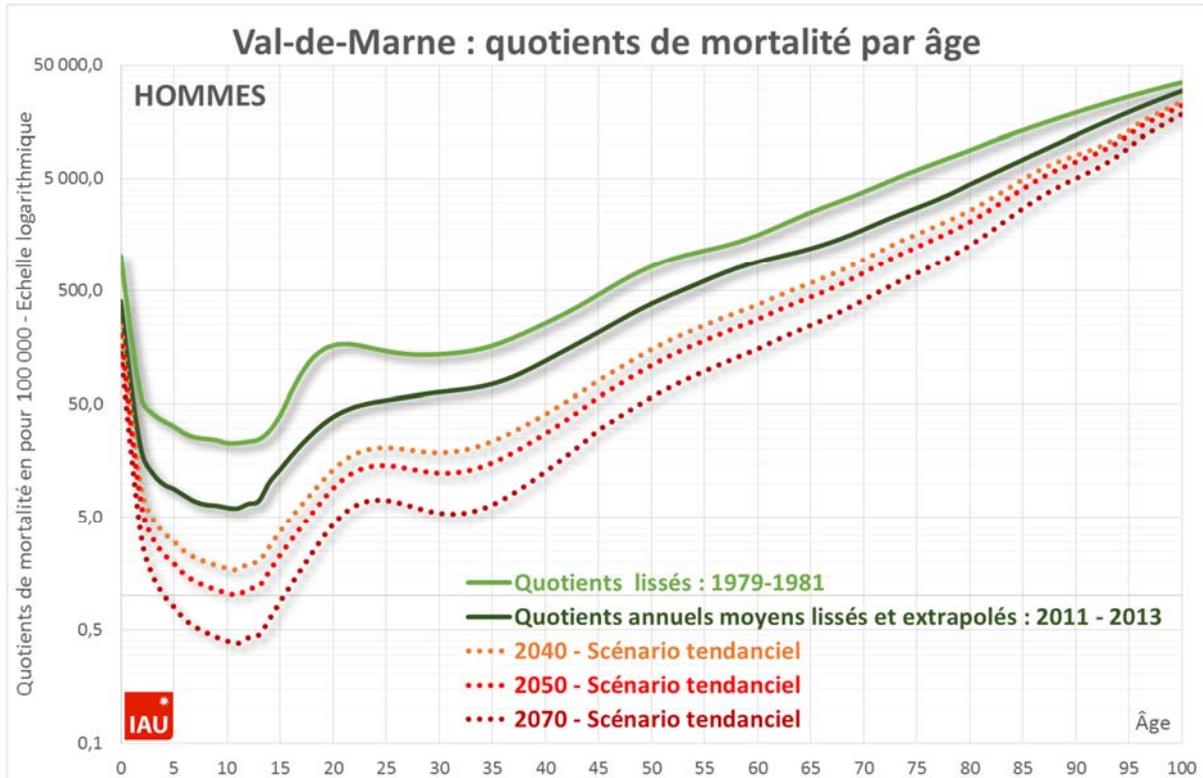


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# VAL-DE-MARNE

## Hypothèses de mortalité retenues pour les hommes

Les quotients de mortalité par âge dans le scénario central

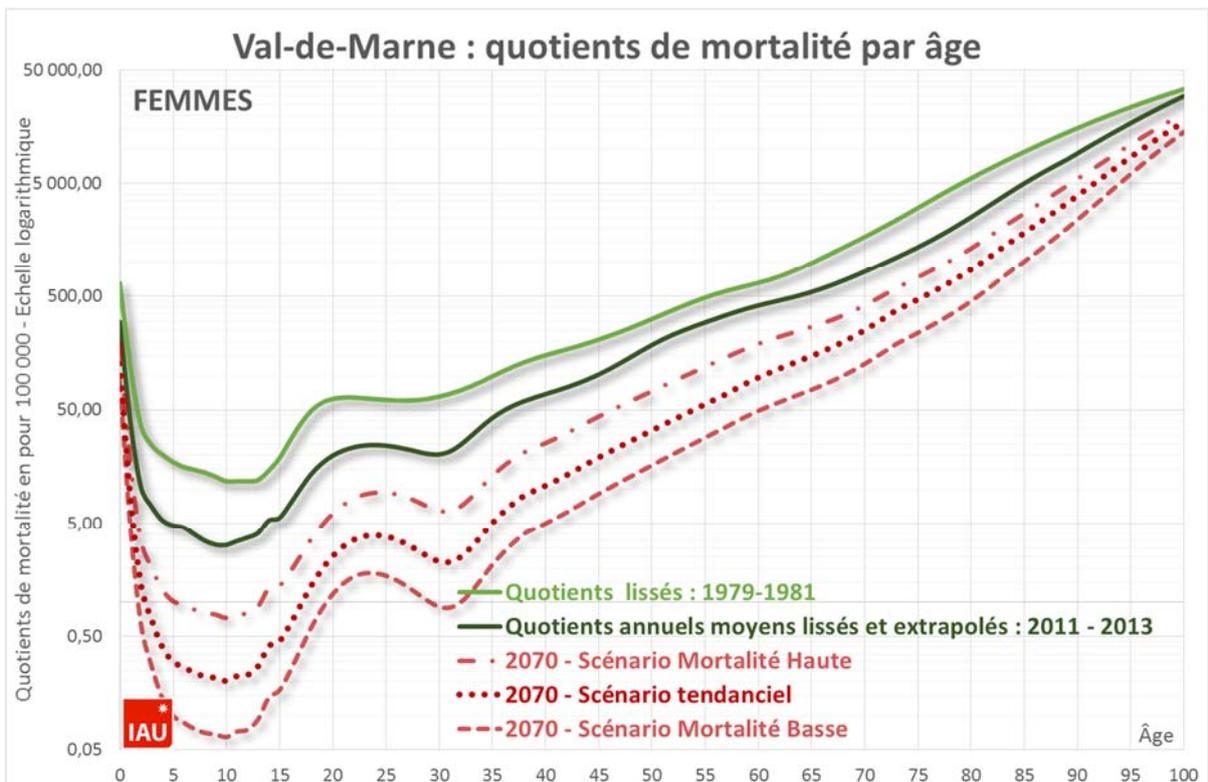
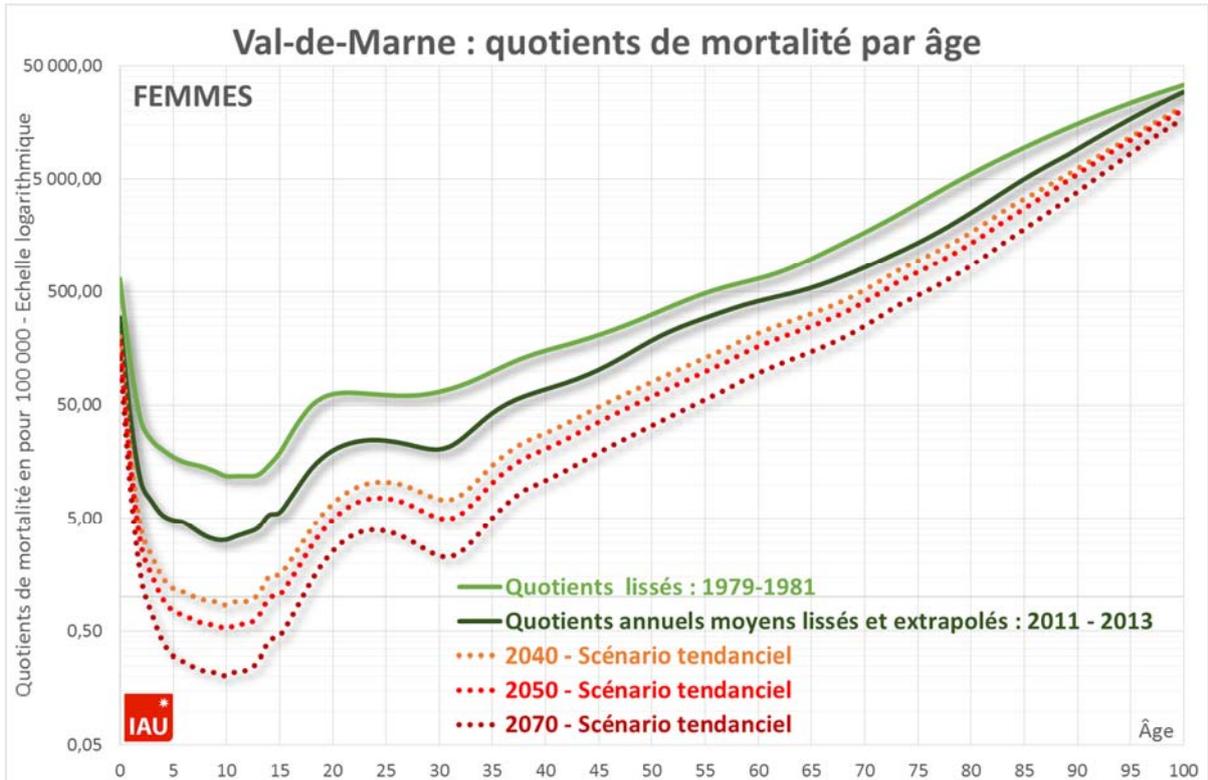


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# VAL-DE-MARNE

## Hypothèses de mortalité retenues pour les femmes

Les quotients de mortalité par âge dans le scénario central

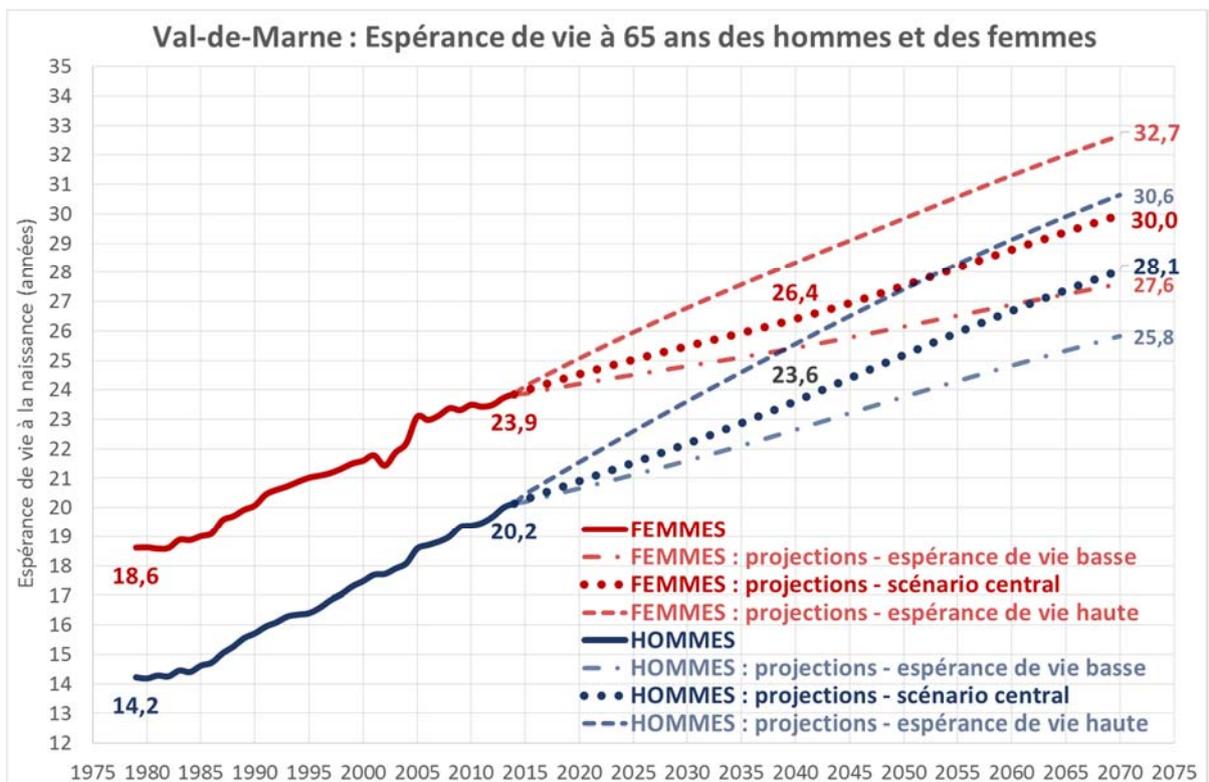
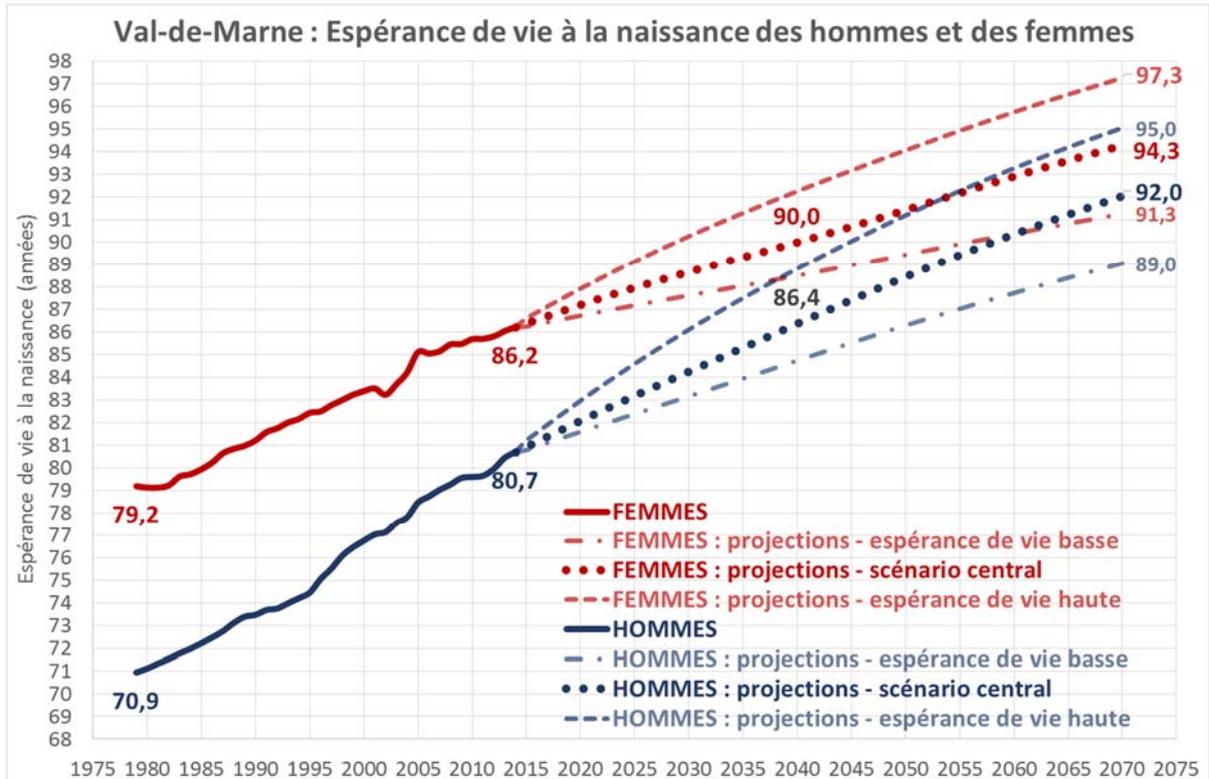


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# VAL-DE-MARNE

## Hypothèses d'évolution de l'espérance de vie obtenues

L'espérance de vie à la naissance et à 65 ans dans les 3 scénarios

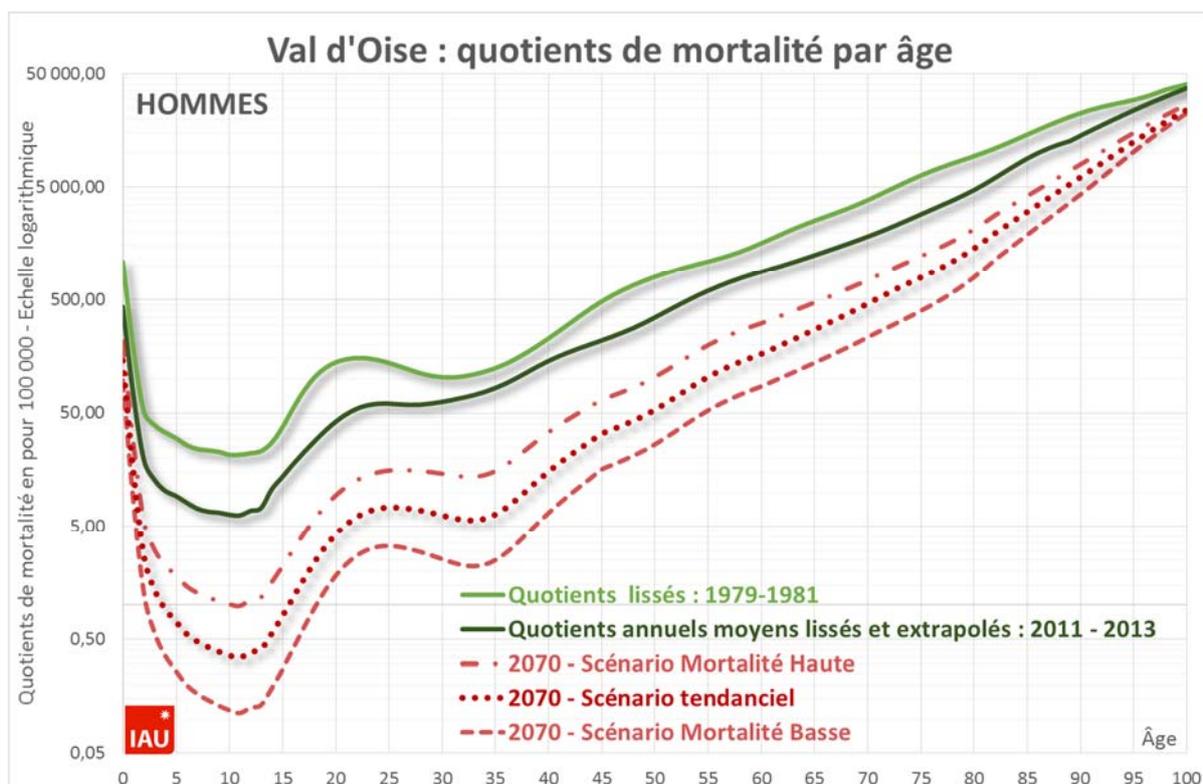
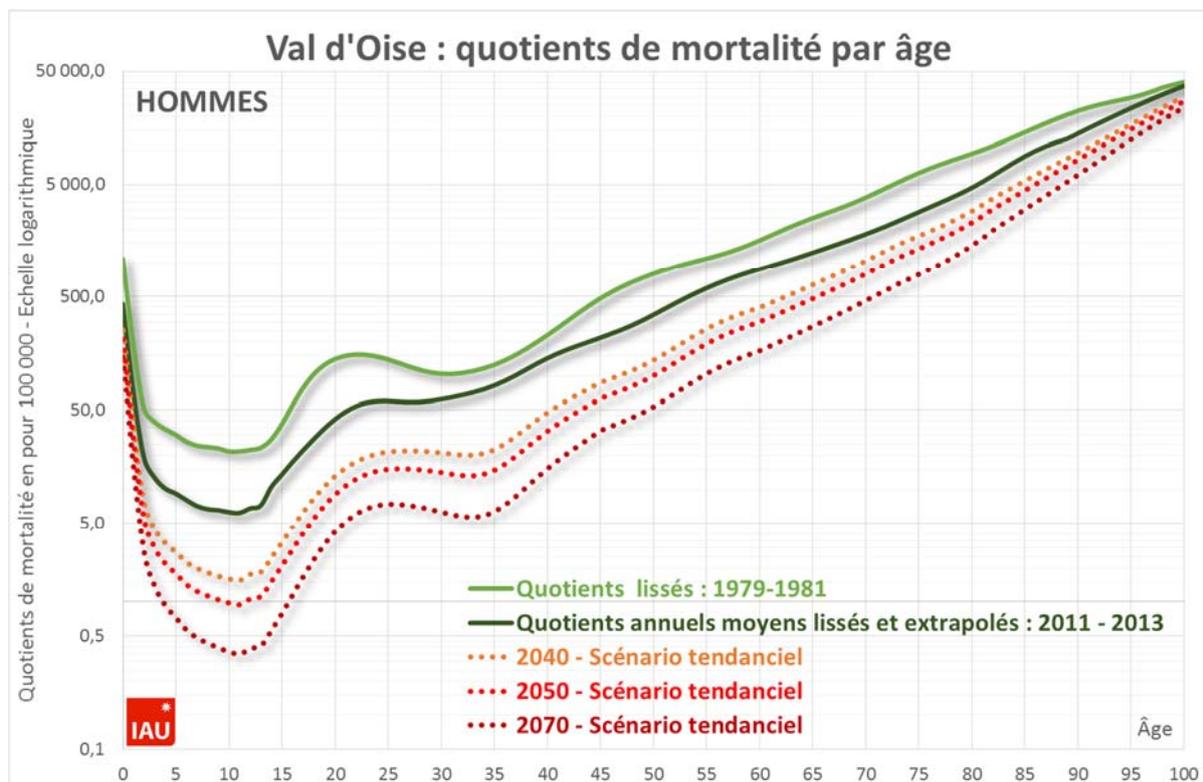


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# VAL D'OISE

## Hypothèses de mortalité retenues pour les hommes

Les quotients de mortalité par âge dans le scénario central

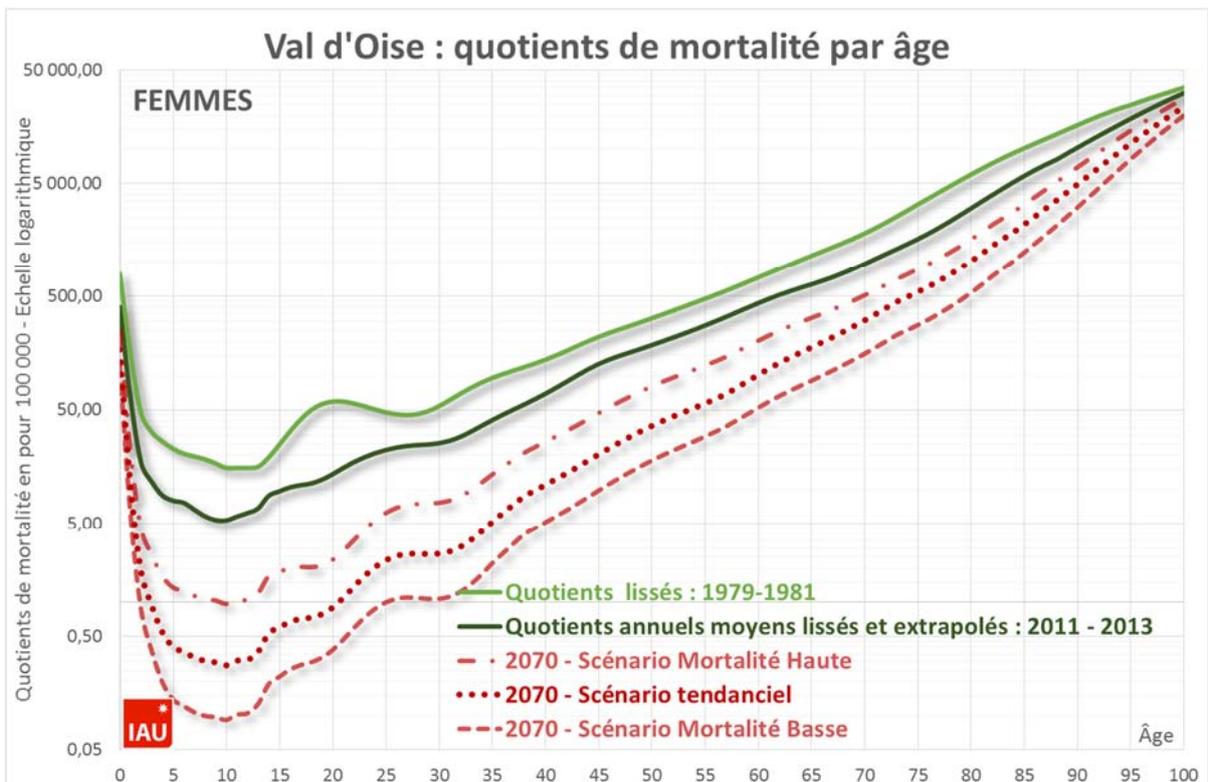
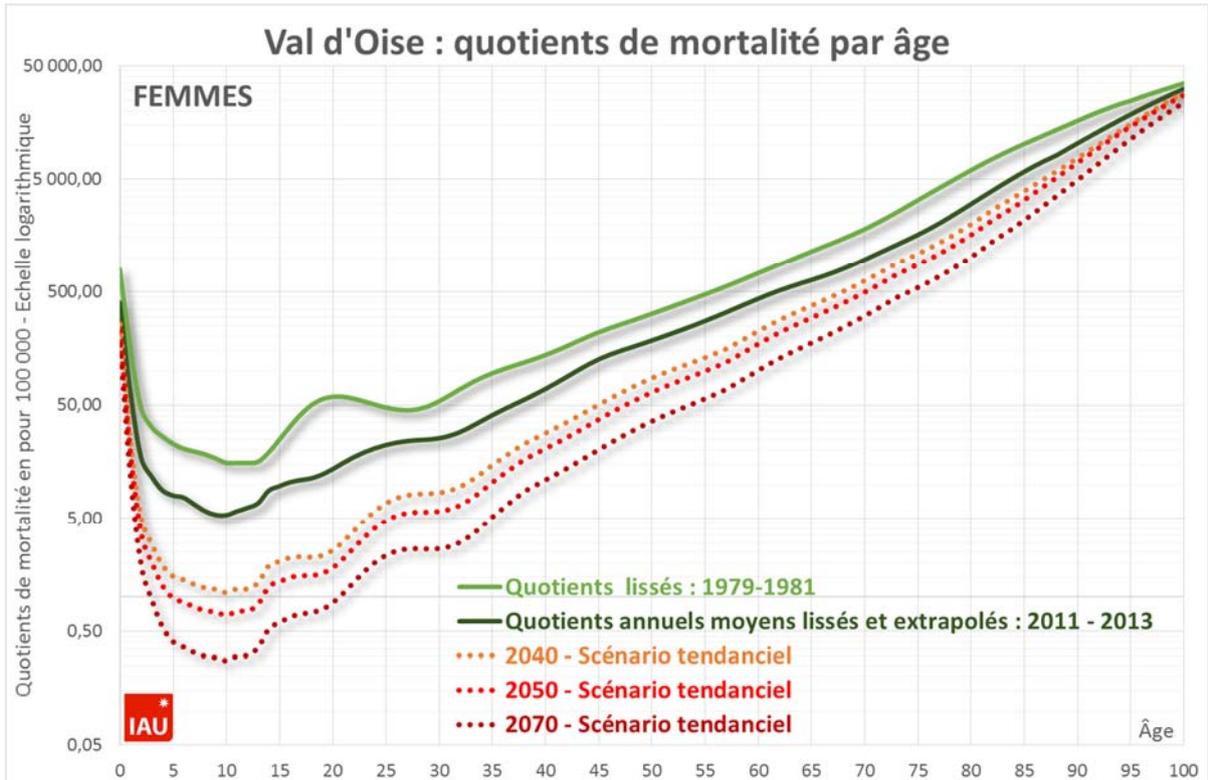


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

# VAL D'OISE

## Hypothèses de mortalité retenues pour les femmes

Les quotients de mortalité par âge dans le scénario central

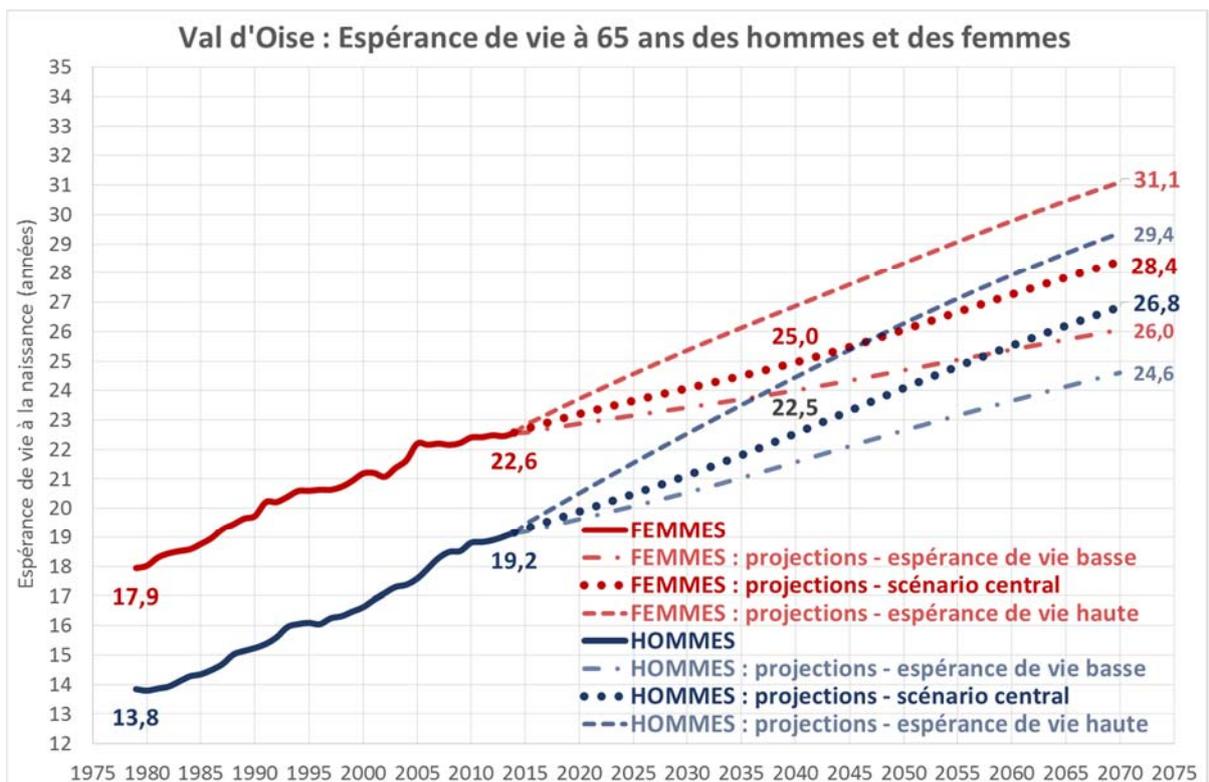
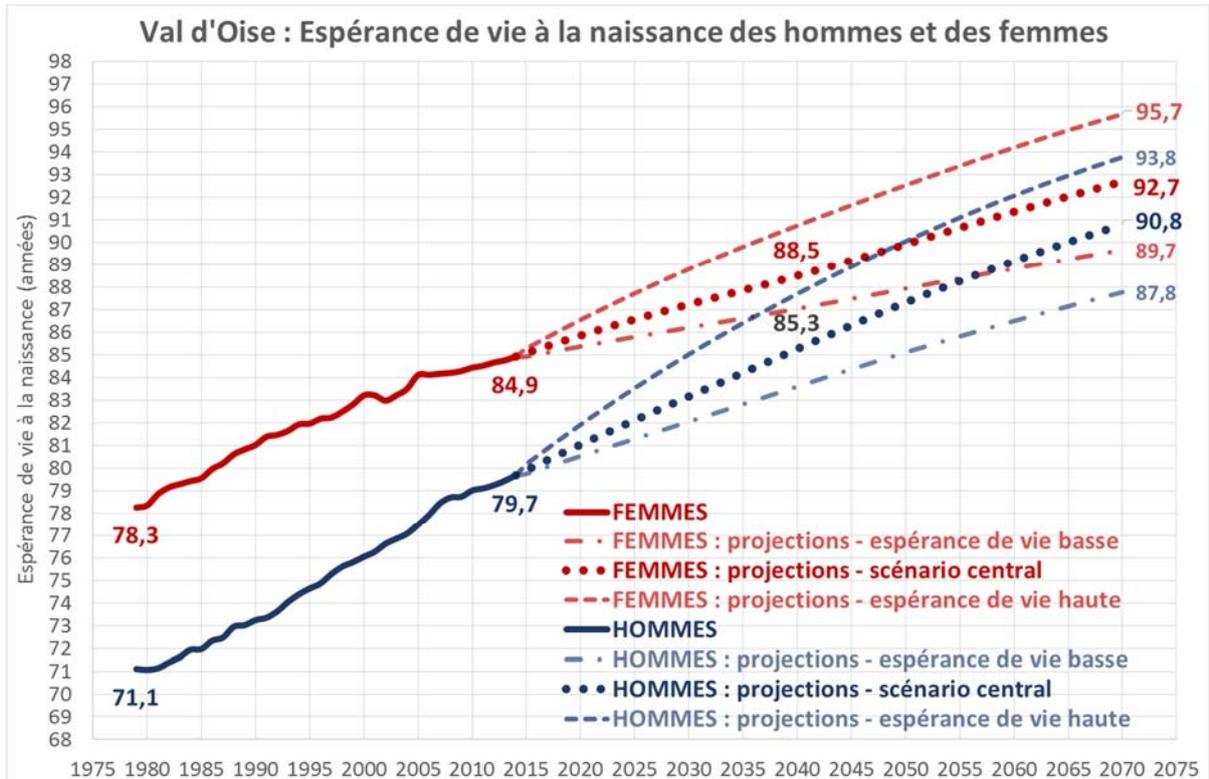


Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

## VAL D'OISE

### Hypothèses d'évolution de l'espérance de vie obtenues

L'espérance de vie à la naissance et à 65 ans dans les 3 scénarios



Source : IAU îdF, Insee – Etat-civil et estimations localisées de population de 1990 à 2014

## Annexe 2 – Projections de recours à l'APA à l'horizon 2040 par département et lieu de vie

Sont présentées ici les projections pour les années 2020, 2025, 2030, 2035 et 2040 dans le scénario central et deux scénarios « extrêmes » :

- Le scénario central croise le scénario démographique central avec l'hypothèse centrale de recours à l'APA (tableau A2.I)
- Le scénario le plus bas croise le scénario démographique bas (mortalité élevée) avec l'hypothèse de recours à l'APA optimiste (tableau A2.II)
- Le scénario le plus haut croise le scénario démographique haut (mortalité faible) avec l'hypothèse de recours à l'APA pessimiste (tableau A2.III)

### A2.I Scénario central

#### (Scénario démographique central et hypothèse de recours à l'APA centrale)

		2013	2020	2025	2030	2035	2040
75- Paris	Domicile	17700	18200	19100	20600	22800	23900
	Etablissement	12800	13000	13500	14600	16700	17700
	Ensemble	30500	31200	32600	35200	39400	41500
77- Seine-et-Marne	Domicile	7900	9500	10900	12800	15400	17600
	Etablissement	5000	6100	6900	8000	10100	11900
	Ensemble	13000	15600	17800	20700	25500	29500
78- Yvelines	Domicile	7000	8300	9200	10200	11600	12600
	Etablissement	6000	7200	8000	8800	10400	11400
	Ensemble	13000	15500	17100	19000	21900	24000
91- Essonne	Domicile	6400	7700	8500	9500	11000	12000
	Etablissement	4700	5800	6400	7100	8400	9400
	Ensemble	11100	13500	14900	16600	19400	21500
92- Hauts-de-Seine	Domicile	8400	9000	9300	10000	11200	12100
	Etablissement	8300	8900	9000	9600	11000	12100
	Ensemble	16700	17800	18300	19600	22200	24200
93- Seine-Saint-Denis	Domicile	14400	15400	16300	17700	19900	21800
	Etablissement	5800	6300	6500	6900	8100	9200
	Ensemble	20200	21800	22800	24700	28000	31000
94- Val de Marne	Domicile	9500	10400	10900	11800	13300	14600
	Etablissement	6200	6900	7100	7500	8800	9800
	Ensemble	15700	17300	18000	19200	22100	24400
95- Val d'Oise	Domicile	6700	7500	8200	9200	10700	11900
	Etablissement	4800	5400	5800	6400	7700	8900
	Ensemble	11500	12900	14000	15600	18400	20800
Ile-de-France	Domicile	78200	86100	92300	101800	115800	126500
	Etablissement	53600	59600	63100	68800	81200	90400
	Ensemble	131800	145800	155500	170600	197000	216900

**Note de lecture :** Dans le scénario central à Paris en 2020, 31 200 personnes âgées auraient recours à l'APA, dont 18 200 à domicile et 13 000 en établissement. Pour rappel, la répartition domicile/établissement est donnée à titre indicatif car elle repose sur une hypothèse forte : la répartition domicile/établissement resterait stable par âge. Il est évident que des politiques volontaristes de maintien à domicile, qui rencontrent par ailleurs le souhait de bon nombre de personnes âgées, pourraient se traduire par une part plus importante de personnes âgées dépendantes à domicile.

## A2.II Scénario le plus bas

(Scénario démographique bas – mortalité élevée- et hypothèse de recours à l'APA optimiste)

		2013	2020	2025	2030	2035	2040
75- Paris	Domicile	17700	17800	18300	19300	20800	21400
	Etablissement	12800	12700	12800	13500	15000	15600
	Ensemble	30500	30600	31100	32800	35800	36900
77- Seine-et-Marne	Domicile	7900	9300	10400	11900	14000	15700
	Etablissement	5000	5900	6500	7300	9000	10400
	Ensemble	13000	15300	16900	19200	23000	26100
78- Yvelines	Domicile	7000	8200	8800	9600	10600	11300
	Etablissement	6000	7000	7600	8100	9400	10100
	Ensemble	13000	15200	16400	17700	20000	21400
91- Essonne	Domicile	6400	7600	8200	8900	10000	10800
	Etablissement	4700	5700	6100	6500	7600	8300
	Ensemble	11100	13200	14200	15400	17700	19100
92- Hauts-de-Seine	Domicile	8400	8800	8900	9300	10200	10900
	Etablissement	8300	8700	8600	8900	10000	10700
	Ensemble	16700	17400	17500	18300	20200	21600
93- Seine-Saint-Denis	Domicile	14400	15100	15600	16600	18200	19600
	Etablissement	5800	6200	6100	6400	7300	8100
	Ensemble	20200	21200	21700	23000	25500	27700
94- Val de Marne	Domicile	9500	10200	10400	11000	12200	13100
	Etablissement	6200	6700	6700	6900	7900	8600
	Ensemble	15700	16900	17100	17900	20000	21700
95- Val d'Oise	Domicile	6700	7400	7800	8600	9800	10700
	Etablissement	4800	5300	5500	5900	6900	7800
	Ensemble	11500	12600	13300	14400	16700	18500
Ile-de-France	Domicile	78200	84300	88300	95200	105900	113400
	Etablissement	53600	58200	59900	63500	73100	79700
	Ensemble	131800	142500	148200	158600	179000	193000

**Note de lecture** : dans le scénario le plus bas à Paris en 2020, 30 600 personnes âgées auraient recours à l'APA, dont 17 800 à domicile et 12 700 en établissement. Pour rappel, la répartition domicile/établissement est donnée à titre indicatif car elle repose sur une hypothèse forte : la répartition domicile/établissement resterait stable par âge. Il est évident que des politiques volontaristes de maintien à domicile, qui rencontrent par ailleurs le souhait de bon nombre de personnes âgées, pourraient se traduire par une part plus importante de personnes âgées dépendantes à domicile.

### A2.III. Scénario le plus haut

(Scénario démographique haut – mortalité faible - et hypothèse de recours à l'APA pessimiste)

		2013	2020	2025	2030	2035	2040
75- Paris	Domicile	17700	19300	21300	24200	28000	30000
	Etablissement	12800	13900	15200	17500	21100	22900
	Ensemble	30500	33300	36500	41700	49100	52800
77- Seine-et-Marne	Domicile	7900	10200	12200	15100	19100	22500
	Etablissement	5000	6500	7800	9700	13000	15800
	Ensemble	13000	16700	20100	24700	32100	38300
78- Yvelines	Domicile	7000	8800	10200	11900	14100	15700
	Etablissement	6000	7700	9000	10500	13100	14800
	Ensemble	13000	16600	19200	22400	27200	30500
91- Essonne	Domicile	6400	8200	9500	11100	13400	15200
	Etablissement	4700	6200	7200	8500	10700	12300
	Ensemble	11100	14400	16700	19600	24100	27500
92- Hauts-de-Seine	Domicile	8400	9500	10300	11600	13600	15700
	Etablissement	8300	9400	10100	11400	13800	16100
	Ensemble	16700	18900	20400	23100	27500	31800
93- Seine-Saint-Denis	Domicile	14400	16400	18100	20700	24300	27100
	Etablissement	5800	6800	7400	8400	10400	12100
	Ensemble	20200	23100	25500	29100	34700	39300
94- Val de Marne	Domicile	9500	11000	12100	13800	16400	18300
	Etablissement	6200	7400	8000	9000	11300	12900
	Ensemble	15700	18500	20100	22800	27600	31200
95- Val d'Oise	Domicile	6700	8000	9100	10800	13200	15100
	Etablissement	4800	5800	6600	7700	9900	11700
	Ensemble	11500	13800	15700	18500	23100	26800
Ile-de-France	Domicile	78200	91400	102800	119200	142200	159600
	Etablissement	53600	63800	71400	82600	103300	118500
	Ensemble	131800	155300	174200	201900	245500	278100

**Note de lecture** : dans le scénario le plus haut à Paris en 2020, 33 300 personnes âgées auraient recours à l'APA, dont 19 300 à domicile et 13 900 en établissement. Pour rappel, la répartition domicile/établissement est donnée à titre indicatif car elle repose sur une hypothèse forte : la répartition domicile/établissement resterait stable par âge. Il est évident que des politiques volontaristes de maintien à domicile, qui rencontrent par ailleurs le souhait de bon nombre de personnes âgées, pourraient se traduire par une part plus importante de personnes âgées dépendantes à domicile.

# Ressources

Amar E, Les dépenses d'aide sociale départementale en 2014, Document de travail n°201, Série Statistiques, Drees, septembre 2016

Blanchet D., Le Gallo F, Les projections démographiques, principaux mécanismes et retour sur l'expérience française, Document de travail G 2008/04, Insee, juillet 2008

Blanpain N, Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers, Insee première n°1584, fev 2016

Blanpain N, Buisson G, Projections de population 2013-2070 pour la France : méthode et principaux résultats, Document de travail n°F1606, Insee, novembre 2016

Blanpain N, Buisson G, Projections de population à l'horizon 2070 : deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013, Insee première n°1619, novembre 2016

Blanpain N, Buisson G, 21 000 centenaires en 2016 en France, 270 000 en 2070 ? Insee première n°1620, novembre 2016

Birnie K, Martin RM, Gallacher J, Bayer A, Gunnell D, Ebrahim S, Ben-Shlomo Y (2011). Socio-economic of disadvantage from childhood to adulthood and locomotor function in old age : a lifecourse analysis of the Boyd Orr and Caerphilly prospective studies. *Journal of epidemiology and community health*. 65(11) : 1014-23.

Bourdelaïs P, Penser le vieillissement de la population dans l'avenir proche, in Cahier de l'IAURIF n°121, Le défi de l'âge, 1998

Brunel M, Carrère A (2017). Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2017 – Premiers résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014. Les dossiers de la Drees. Mars 2017 : 13.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), Rapport APA : Compréhension de la disparité, mars 2015.

Cambois E, Laborde C, Robine JM (2011). Occupational inequalities in health expectancies in the early 2000s : unequal chances of reaching and living retirement in good health, *demographic research*, 12:407-36

Cambois E, Laborde C, Robine JM, La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte, Ined, Population et société n° 441, janvier 2008

Cambois E, Laborde C, Espérances de vie sans incapacité en France : Disparités sociales, disparités régionales. Rapport à la Drees-Mire, octobre 2008.

Cazenave-Lacroust A., Godet F., L'espérance de vie en retraite sans incapacité sévère devrait être stable pour les générations nées entre 1960 et 1990, France portrait social, Insee références, édition 2016, p107-120

Conseil d'Orientation des Retraites, Les retraités : un état des lieux de leur situation en France, Rapport du COR 2015

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). L'état de santé de la population en France, Collection étude et statistiques, pp.324, 2015

Drieux Sylvaine, Projections de population dépendante à l'horizon 2030 en Ile-de-France, Insee, Ile-de-France à la page n°377, décembre 2011

EHLEIS, Espérance de santé en France, rapports nationaux, n°8, avril 2015, [www.eurohex.eu](http://www.eurohex.eu)

Insee, France portrait social, fiche Séniors, Insee références, édition 2016, p158-59

Jeger (2005). L'allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003. Etudes et résultats. Drees. N°372

Laborde Caroline, État fonctionnel des personnes âgées vivant à domicile en Île-de-France – Prévalences et inégalités face à la perte d'autonomie en Île-de-France, Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France (ORS), déc 2013, 91p.

Lecroart Aude, Personnes âgées dépendantes : projection à l'horizon 2060, Dossiers Solidarité Santé n°43, sept 2013

Leveille SG, Gray S, Lacroix AZ, Ferrucci L, Black DJ, Guralnik JM (2000). Physical inactivity and smoking increase risk for serious infections in older women. *Journal of the American Geriatrics Society*; 48(12):1582-8

Organisation mondiale de la santé (OMS), Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. 2016

Robine Jean-Marie, Cambois Emmanuelle, Les espérances de vie en bonne santé des Européens, Ined, *Population et Sociétés* n°499, avril 2013

Sieurin A, Cambois E, Robine JM, Les espérances de vie sans incapacité en France : Une tendance récente moins favorable que dans le passé, Document et travail n°170, Ined, 2011

Trabut Loïc, Gaymu Joëlle, Habiter seul ou avec des proches après 85 ans en France : de fortes disparités selon les départements, Ined, *Population et Sociétés* n° 539, dec 2016

Trabut Loïc, Gaymu Joëlle, L'Europe du grand âge, *Revue européenne des sciences sociales* n°55-1, 2017, Librairie Droz

Verbugge LM, Rennert C, and Madans JH. (1997) The great efficacy of personal and equipment assistance in reducing disability. *American Journal of public Health* 87(3) : 384-392

Volant S, 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011, *Études et résultats* N°877, Février 2014



INSTITUT  
D'AMÉNAGEMENT  
ET D'URBANISME



**L'INSTITUT D'AMÉNAGEMENT ET D'URBANISME DE LA RÉGION D'ÎLE-DE-FRANCE**  
EST UNE FONDATION RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE PAR DÉCRET DU 2 AOÛT 1960.

15, RUE FALGUIÈRE - 75740 PARIS CEDEX 15 - TÉL. : 01 77 49 77 49