

## La prise en charge des personnes dépendantes, âgées de 75 ans ou plus : de fortes disparités régionales

Claude Michel\*

***En 1999, sur les 4,5 millions de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant en France métropolitaine, 645 000 peuvent être considérées comme « dépendantes », d'après l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance. La prise en charge de ces personnes dépendantes se fait majoritairement à domicile : 59 % d'entre elles vivent à domicile, y compris en logements foyers, contre 41 % en institution (maisons de retraite, établissements de soins de longue durée des hôpitaux par exemple). Les disparités régionales sont très marquées selon les équipements et les besoins d'aide.***

D'après le recensement de mars 1999, 4,5 millions de personnes sont âgées de 75 ans ou plus et résident sur le territoire métropolitain. Ces personnes représentent 7,7 % de la population. Cette proportion varie fortement selon les régions, dans un rapport de 1 à 2 entre l'Île-de-France et le Limousin (*figure 1*). Outre cette dernière région, cette proportion est supérieure à 9 % en Poitou-Charentes, Midi-Pyrénées,

Auvergne, Languedoc-Roussillon, Aquitaine, Bourgogne et Provence - Alpes - Côte d'Azur. À l'opposé, les régions où la part de personnes âgées de 75 ans ou plus est la plus faible sont, avec l'Île-de-France, l'Alsace, le Nord - Pas-de-Calais, la Picardie, la Lorraine et la Haute-Normandie. Parmi les régions proches de la moyenne nationale, figurent Rhône-Alpes, Champagne-Ardenne, la Franche-Comté, les Pays de la

Loire, la Basse-Normandie, la Bretagne et le Centre.

**14 % des personnes âgées de 75 ans ou plus sont « dépendantes »**

Selon l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) (*encadré 1*), 14 % des personnes âgées de 75 ans ou plus, soit 645 000

\* Claude Michel fait partie de la Direction régionale de l'Insee en Languedoc-Roussillon.

## 7 Dimension spatiale

personnes, peuvent être considérées comme « dépendantes » (*figure 2*). Ce sont des personnes qui doivent être aidées, de manière plus ou moins importante, pour au moins un acte essentiel de la vie quotidienne (*encadré 2*). Parmi ces personnes, 381 000 vivent à domicile et 264 000 en institution (maisons de retraite, services de soins de longue durée des hôpitaux). Ainsi, 41 % des personnes de 75 ans ou plus dépendantes vivent dans une institution.

Mais l'impact de la dépendance reste globalement faible à domicile avec un taux de dépendance

de 9 % des personnes de 75 ans ou plus ayant besoin d'aide dans les catégories GIR 1 à 4 (*encadré 2* et *figure 3*). Naturellement, ce taux de dépendance devient particulièrement important en institution où il atteint 59 %. Les institutions jouent un rôle essentiel dans la prise en charge lorsque la dépendance s'aggrave.

La part des personnes dépendantes dans la population des personnes âgées de 75 ans ou plus est très élevée en Limousin (212 personnes dépendantes pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus). À l'opposé, la dépendance est plus faible en Île-de-France (107 %).

### À partir de 80 ans, une forte accélération du départ du domicile

Près de 90 % de l'ensemble des personnes de 75 ans ou plus vivent à domicile (*figure 1*). Mais la part de personnes à domicile diminue nettement à partir de 80 ans avec une baisse de près de 12 points entre 75-79 ans et 80 ans ou plus. Cependant, cette baisse est loin d'être homogène selon les régions.

La diminution entre ces deux tranches d'âge de la part des personnes âgées résidant à domicile

Figure 1 - Personnes de 75 ans ou plus par région

	Nombre	Pour 1 000 habitants (de tous âges)	À domicile (pour 100 habitants de 75 ans ou plus)	Propension à quitter le domicile au-delà de 80 ans <sup>1</sup> (en points)
Alsace	107 266	62	88	15
Aquitaine	275 145	95	91	12
Auvergne	124 524	95	88	14
Bourgogne	150 292	93	89	15
Bretagne	247 617	85	89	12
Centre	214 931	88	89	15
Champagne-Ardenne	99 784	74	90	13
Franche-Comté	83 372	75	91	11
Île-de-France	635 992	58	92	10
Languedoc-Roussillon	218 004	95	92	10
Limousin	83 678	118	91	12
Lorraine	157 001	68	90	13
Midi-Pyrénées	244 178	96	90	12
Nord - Pas-de-Calais	250 766	63	93	10
Basse-Normandie	115 409	81	89	14
Haute-Normandie	122 304	69	90	13
Pays de la Loire	254 351	79	86	18
Picardie	122 104	66	90	13
Poitou-Charentes	161 633	99	90	14
Provence - Alpes - Côte d'Azur et Corse <sup>2</sup>	435 821	92	92	10
Rhône-Alpes	400 739	71	89	14
<b>France métropolitaine</b>	<b>4 504 911</b>	<b>77</b>	<b>90</b>	<b>12</b>

1. Propension à quitter le domicile au-delà de 80 ans : écart entre la part des personnes de 75-79 ans à domicile et celle des 80 ans ou plus à domicile. Cet écart permet de mesurer l'importance du maintien à domicile à partir de 80 ans : un écart faible indique une plus forte propension au maintien à domicile. Inversement, un écart élevé est le signe d'une plus forte propension à quitter le domicile.

2. Pour des raisons statistiques, les données relatives à la Corse ont été intégrées à celles de la région Provence - Alpes - Côte d'Azur.

Lire ainsi : en Alsace, 107 266 personnes sont âgées de 75 ans ou plus, soit 62 habitants de cette région sur 1 000. Le maintien à domicile concerne 88 % des personnes de cette catégorie d'âge. La propension à quitter le domicile (cf. supra) est égale à 15 points.

Source : Insee, recensement de la population de 1999.

est la plus forte dans la région Pays de la Loire avec 18 points de moins, suivie par l'Alsace et la région Centre (- 15 points). À l'opposé, dans les régions Nord - Pas-de-Calais, Provence - Alpes - Côte d'Azur - Corse, Île-de-France et Languedoc-Roussillon, les personnes âgées ont un recours plus limité aux institutions même après 80 ans.

De 60 à 74 ans, le domicile est quasiment l'unique mode de résidence. Moins de 3 % des personnes de cette tranche d'âge vivent en institution. À partir de 75 ans, l'âge souvent lié au décès du

conjoint (l'homme le plus souvent), le départ pour les institutions commence à augmenter. Une forte accélération intervient surtout à partir de 80 ans (*figure 4*). Cet âge correspond à une plus forte dépendance, l'âge moyen des personnes dépendantes à domicile étant de 79 ans. Cependant, le maintien à domicile reste prépondérant même à des âges plus élevés. Jusqu'à 90 ans, il représente encore plus de 70 % du mode de résidence des personnes âgées. À âge égal, les hommes, bénéficiant généralement de l'aide de leur conjoint, résident davantage à domicile que les femmes.

### La famille joue un rôle déterminant dans la prise en charge de la dépendance à domicile

Comme les personnes âgées, y compris celles dépendantes vivant en majorité à domicile, une aide est particulièrement importante tant pour les soins que pour permettre d'assurer les activités quotidiennes. Ce besoin est bien sûr indispensable pour les personnes confinées au lit ou au fauteuil. Il augmente aussi avec l'âge. Ainsi, la moitié des personnes âgées de 75 ans ou plus qui

Figure 2 - Personnes de 75 ans ou plus dépendantes<sup>1</sup> selon le mode d'hébergement

	Nombre de personnes de 75 ans ou plus dépendantes			Part des personnes de 75 ans ou plus dépendantes selon l'hébergement (en %)	
	À domicile <sup>2</sup>	En institution	Total	À domicile <sup>2</sup>	En institution
Alsace	9 345	8 533	17 878	52	48
Aquitaine	20 786	13 774	34 560	60	40
Auvergne	9 908	9 190	19 098	52	48
Bourgogne	9 865	9 803	19 669	50	50
Bretagne	24 268	19 673	43 941	55	45
Centre	16 926	13 573	30 499	55	45
Champagne-Ardenne	7 902	6 198	14 100	56	44
Franche-Comté	6 370	4 158	10 529	60	39
Île-de-France	39 394	28 850	68 244	58	42
Languedoc-Roussillon	20 553	11 428	31 981	64	36
Limousin	12 086	5 667	17 753	68	32
Lorraine	18 949	9 339	28 287	67	33
Midi-Pyrénées	20 754	12 617	33 371	62	38
Nord - Pas-de-Calais	24 035	11 394	35 430	68	32
Basse-Normandie	9 949	6 694	16 642	60	40
Haute-Normandie	8 009	6 966	14 976	53	47
Pays de la Loire	19 835	20 918	40 753	49	51
Picardie	10 073	7 221	17 294	58	42
Poitou-Charentes	12 380	8 272	20 652	60	40
Provence - Alpes - Côte d'Azur et Corse <sup>3</sup>	56 580	20 680	77 260	73	27
Rhône-Alpes	23 017	29 074	52 091	44	56
<b>France métropolitaine</b>	<b>380 985</b>	<b>264 022</b>	<b>645 007</b>	<b>59</b>	<b>41</b>

1. La dépendance est mesurée par la grille AGGIR - GIR 1 à 4 (*encadré 2*).

2. Y compris les logements foyers.

3. Pour des raisons statistiques, les données relatives à la Corse ont été intégrées à celles de la région Provence - Alpes - Côte d'Azur.

Source : Insee, enquêtes HID Domicile 1999, HID Institutions 1998.

## 7 Dimension spatiale

vivent à domicile reçoivent une aide ; ce n'est le cas que de 17 % des personnes âgées de 60 à 74 ans. Parmi les personnes de 75 ans ou plus, les plus dépendantes (au sens des GIRS 1 à 4, *encadré 2*) reçoivent toutes une aide.

La moitié des personnes âgées reçoivent une aide qui provient uniquement de l'entourage. L'aide des professionnels varie selon l'importance de la dépendance. Pour les plus dépendants, les professionnels du secteur de santé interviennent davantage. Les aides sont généralement assurées par plusieurs aidants professionnels et non professionnels essentiellement familiaux (les conjoints et filles assurent 90 % de l'aide non professionnelle). Les personnes vivant seules font plus souvent appel à une aide professionnelle. Les aidants non professionnels sont surtout des femmes (66 %) avec un âge moyen de 70 ans pour les conjoints aidants. Au cours des prochaines décennies, le nombre des aidants non professionnels, surtout familiaux, devrait fortement baisser, comme on le verra plus loin.

Deux catégories d'aides sont à distinguer pour les personnes dépendantes : les aides à la santé et aux soins médicaux et celles relatives aux activités ménagères (*encadré 3*). Les conditions de prise en charge des aides sont différentes. Celles concernant la santé sont couvertes par l'assurance-maladie, tandis que celles concernant les aides ménagères sont soit à la charge de la personne elle-même, soit financées par les conseils généraux des départements ou les communes.

À domicile, la dépendance est essentiellement prise en charge par la famille (aide informelle) avec

l'aide éventuelle d'intervenants professionnels. Mais lorsque le degré de dépendance s'aggrave, l'intervention d'une aide par des services de soins professionnels devient indispensable. Des formules intermédiaires sont également possibles avec des hébergements temporaires permettant de compléter l'aide familiale. Cependant, lorsque les personnes âgées ne peuvent plus rester chez elles ou lorsqu'elles ne disposent pas de l'aide familiale nécessaire, le recours à l'hébergement collectif devient impératif. Le recours à l'hébergement collectif peut aussi être motivé par une raison d'éloignement géographique, social ou familial. Les hommes sont surtout concernés par un hébergement collectif après le décès de

leur conjointe, même lorsque leur besoin d'aide est limité.

### **Les structures d'accueil temporaires et les logements foyers facilitent le maintien à domicile**

Le maintien à domicile fait appel à des structures d'accueil temporaires et à 158 000 logements foyers qui se sont développés sous la responsabilité des collectivités locales mais également dans le cadre de structures privées (*figure 5*). Il s'appuie en outre sur 63 000 places en services de soins à domicile. Ces structures peuvent permettre à la

#### **Encadré 1**

##### **L'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID)**

L'enquête HID vise à établir pour la première fois en France une estimation du nombre de personnes touchées par les divers types de handicaps - y compris ceux liés aux atteintes de l'âge -, à décrire leur situation sociale, relever l'aide dont elles bénéficient et permettre l'évaluation de celle qui leur serait nécessaire.

Plus précisément, l'enquête aborde les déficiences selon différents points de vue :

- les déficiences, les incapacités ;
- l'environnement socio-familial, les aidants ;
- l'accessibilité du logement, les difficultés de déplacements ;
- les diplômes, professions, revenus, allocations ;
- les taux d'incapacités reconnus ;
- les variables sexe, âge, milieu social, ménages.

Cette enquête comporte quatre vagues de collecte. La première vague, menée au dernier trimestre 1998, a concerné les personnes résidant ou soignées dans les institutions socio-sanitaires ou

psychiatriques. Elle a recueilli les réponses de 14 600 personnes ou de leurs proches.

Fin 1999, le même questionnaire a été adressé à un échantillon de personnes vivant en domicile ordinaire. Celles-ci ont été sélectionnées parmi les 360 000 répondants de l'enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) qui avait accompagné le recensement de la population de 1999. Ce questionnaire a recueilli 16 900 réponses. Un second passage a eu lieu fin 2000 et 2001 auprès des mêmes personnes, afin d'évaluer les évolutions des situations individuelles.

Les résultats présentés dans cet article sont issus des exploitations des enquêtes HID 1998 en institutions et HID 1999 à domicile. Ces données sont représentatives au niveau national. Des redressements ont été effectués sur les données recueillies de manière à assurer leur représentativité au niveau régional. Les résultats de la région Corse ont été regroupés avec ceux de la région Provence - Alpes - Côte d'Azur.

## Encadré 2

## Définir et mesurer la dépendance des personnes âgées

Les notions de dépendance et de degré de dépendance ne font pas l'objet d'une définition unique, tant du point de vue administratif que socio-médical. Si la catégorie des personnes âgées peut qualifier les personnes à partir de 60 ans, cette limite d'âge étant généralement liée à la cessation d'activité, une personne âgée dépendante est une personne qui ne peut accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne sans l'aide d'un tiers. Mais avec l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité, les problèmes de santé vont entraîner une dépendance plus tardive surtout à partir de 75 ans, voire de 80 ans, qualifiant l'entrée dans le quatrième âge. C'est la borne de 75 ans qui est retenue pour cette étude.

L'état de dépendance d'une personne peut être mesuré à travers différentes grilles selon l'objectif recherché. Les personnes âgées de 75 ans ou plus sont considérées comme dépendantes lorsqu'elles répondent aux critères des GIRS 1 à 4 de la grille AGGIR.

*La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources)*

La loi du 24 janvier 1997 a conduit à définir la grille AGGIR comme l'outil d'évaluation de la perte d'autonomie des personnes de 60 ans ou plus. Cette grille a été retenue pour sa cohérence. Elle doit permettre d'estimer les évolutions de la dépendance compte tenu de la mise en application de l'Allocation Personnalisée Autonomie (APA) par les conseils généraux basée sur les GIRS de 1 à 4 de la grille AGGIR. Instrument national depuis 1999 selon les recommandations du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, cette grille mesure l'état de la dépendance de la personne âgée. Elle permet aux équipes médico-sociales de mesurer l'aide qui lui est nécessaire. Cependant, les difficultés et les besoins d'aides liés à des problèmes psychiques restent encore difficiles à déterminer et à mesurer. Hormis les besoins d'aide pour se lever, ceux pour s'habiller et faire sa toilette constituent les principaux

facteurs discriminants de la perte d'autonomie caractéristique de la dépendance.

Les personnes sont classées dans l'un des six groupes GIRS :

– GIR1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil sans aucune autonomie nécessitant une présence continue des intervenants ;

– GIR2 : personnes confinées au lit et au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas altérées (prise en charge pour les activités) et personnes avec capacités motrices mais avec des fonctions mentales altérées (prise en charge de la toilette et habillage) ;

– GIR3 : personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie motrice ayant besoin d'aide pour leur autonomie corporelle ;

– GIR4 : personnes aidées pour leur transfert, la toilette, l'habillage, les repas ;

– GIR5 : personnes aidées ponctuellement pour la toilette, le repas, le ménage ;

– GIR6 : personnes autonomes pour les actes discriminants de la vie quotidienne (cohérence, orientation, toilette, habillage, transferts, déplacement, hygiène de l'élimination, communication à distance).

La dépendance lourde correspond aux GIR1 et GIR2, la dépendance moyenne aux GIR3 et GIR4 et la non dépendance aux GIR5 et GIR6.

Les taux de dépendance GIRS ont été calculés sur la base de l'enquête HID à domicile et en institutions à partir de l'algorithme de la Drees du ministère de l'Emploi et de la Solidarité. L'enquête HID permet notamment d'appréhender les déficiences des personnes interrogées. Ces déficiences sont relevées à deux moments du questionnaire HID : au début de l'interview par une question sur les difficultés, infirmités et autres problèmes de santé (physiques, sensoriels, intellectuels ou mentaux) et au cours de l'interview

par une question sur la cause de l'incapacité. Les questions sur le besoin d'aide et sur le handicap ont été posées à domicile et en institutions. À partir de ces questions, d'autres grilles de qualification du handicap permettent de quantifier le nombre de personnes partiellement ou totalement dépendantes et pouvant faire appel à une aide.

*La grille Colvez*

La dépendance y est liée à la mobilité essentiellement physique au sens du besoin d'aide. Cette grille distingue :

– les personnes confinées au lit ou au fauteuil (dépendance lourde) ;

– les personnes non confinées au lit ou au fauteuil mais ayant besoin d'aide pour la toilette ou l'habillage (dépendance légère) ;

– les personnes n'appartenant pas aux deux groupes précédents mais ayant besoin d'aide pour sortir de leur domicile ou de l'institution où elles sont hébergées (dépendance modérée).

Les personnes ne relevant d'aucune de ces trois catégories sont considérées comme non dépendantes.

*La grille EHPA*

En plus des critères de la grille Colvez, la grille EHPA fait intervenir des catégories de la dépendance psychique.

*La grille KATZ*

L'indicateur de KATZ (en anglais indicateur ADL : Activities of Daily Living) est une synthèse des besoins d'aide pour la réalisation de six activités de la vie quotidienne : faire sa toilette - s'habiller - aller aux toilettes et les utiliser - se coucher ou quitter son lit et s'asseoir ou quitter son siège - contrôler ses selles et ses urines - manger des aliments déjà préparés (cuisinés et coupés).

## 7 Dimension spatiale

personne âgée d'être prise en charge pour des difficultés momentanées ou pour permettre de suppléer temporairement à l'aide familiale. Le développement des services médicaux et paramédicaux financés par l'assurance-maladie en particulier dans le cadre de sections de cure médicale des logements foyers peuvent éviter des hospitalisations.

Le soutien à domicile bénéficie d'une prise en charge selon les différents degrés de la dépendance de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) (*encadré 4*), destinée à développer l'autonomie des personnes âgées ; il devrait se développer. Parallèlement à l'augmentation de la dépendance due à celle des personnes âgées et à la possibilité de développer davantage cette prise en charge, en particulier en milieu urbain, le soutien à domicile devient le facteur clé du maintien à domicile avec une croissance de l'offre d'hébergement institutionnelle qui restera limitée.

Parmi les intervenants à domicile, ce sont principalement les aides-ménagères qui contribuent au soutien des personnes pour le ménage et pour la préparation de repas en particulier. Ce dispositif est subventionné par les caisses de retraite et les conseils généraux. Mais d'autres prestations plus spécifiques sont également apportées aux personnes âgées à domicile comme le portage des repas et les aides aux travaux d'entretien ou l'accompagnement pour les sorties. En outre, les dispositifs d'aides à domicile s'accompagnent de l'intervention de personnel médical (médecins, infirmières et professionnels paramédicaux). Cependant, l'état de santé de certaines personnes âgées exigent des soins plus intensifs sans nécessiter une hospitalisation. Ces soins peuvent

être assurés à domicile par les services de soins à domicile.

### En institution, 500 000 lits pour l'accueil des personnes âgées

On recense 416 000 lits en maisons de retraite et 83 000 lits en services de soins de longue durée (*figure 5*). Ils sont occupés pour 80 % par des résidents de 75 ans ou plus. Parmi les établissements accueillant les personnes âgées,

les maisons de retraite comptent un tiers des lits en section de cure médicale. Mais les maisons de retraite hébergent également des personnes âgées n'ayant pas besoin d'aide. La moitié des personnes entrant en maison de retraite et de long séjour ont plus de 81 ans. Les personnes âgées y demeurent généralement jusqu'à leur décès. Si les services de soins de longue durée relèvent du secteur médical, les maisons de retraite, qui comptent près des trois quarts des personnes de 75 ans ou plus vivant en

Figure 3 - Taux de dépendance<sup>1</sup> des personnes de 75 ans ou plus selon le mode d'hébergement

	Taux de personnes de 75 ans ou plus dépendantes (pour 100 personnes de 75 ans ou plus dépendantes ou non dépendantes)		
	À domicile <sup>2</sup>	En institution	Ensemble
Alsace	10	65	17
Aquitaine	8	54	13
Auvergne	9	63	15
Bourgogne	7	57	13
Bretagne	11	75	18
Centre	9	55	14
Champagne-Ardenne	9	62	14
Franche-Comté	8	56	13
Île-de-France	7	55	11
Languedoc-Roussillon	10	63	15
Limousin	16	71	21
Lorraine	13	57	18
Midi-Pyrénées	9	52	14
Nord - Pas-de-Calais	10	60	14
Basse-Normandie	10	52	14
Haute-Normandie	7	56	12
Pays de la Loire	9	58	16
Picardie	9	57	14
Poitou-Charentes	9	49	13
Provence - Alpes - Côte d'Azur et Corse <sup>3</sup>	14	62	18
Rhône-Alpes	6	66	13
<b>France métropolitaine</b>	<b>9</b>	<b>59</b>	<b>14</b>

1. La dépendance est mesurée par la grille AGGIR - GIR 1 à 4 (*encadré 2*).  
2. Y compris les logements foyers.  
3. Pour des raisons statistiques, les données relatives à la Corse ont été intégrées à celles de la région Provence - Alpes - Côte d'Azur.  
Source : Insee, enquêtes HID Domicile 1999, HID Institutions 1998.



institution, restent dans le cadre du secteur social. Il n'y a quasiment pas de transfert dans un autre établissement ou de retour à domicile. Dans ces conditions, l'institution constitue bien l'étape ultime pour des personnes âgées souvent fortement dépendantes à leur entrée. Les sections médicales facilitent également le maintien des personnes dépendantes dans ces établissements. Les personnes âgées y résident, en moyenne, plusieurs années. En 1999, un tiers des personnes présentes y résidaient depuis plus de cinq ans. Cependant, jusqu'à 90 ans, malgré la faible part des personnes âgées en institution, ces dernières enregistrent un nombre de décès plus important que celui de l'ensemble de la population à domicile aux mêmes âges. Cette situation résulte logiquement de la gravité de la dépendance des personnes en institution.

D'autres structures existent comme les structures familiales qui accueillent les personnes âgées en dépendance psychique.

La dépendance psychique rend très difficile le maintien à domicile et constitue un facteur important de l'entrée en institution. Cette déficience concerne près de quatre résidents sur cinq en long séjour. Si une partie des personnes concernées par la dépendance psychique peut continuer de résider à domicile en disposant du soutien familial nécessaire avec le recours à l'hébergement temporaire, l'entrée en institution est souvent inéluctable. La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes proches exige le plus souvent de faire appel à des établissements spécialisés.

### Fortes disparités régionales de l'accueil en institution

La prise en charge de la dépendance en institution dépend d'une part du poids des institutions en nombre de personnes dépendantes hébergées et

d'autre part, de la proportion de personnes dépendantes, les institutions pouvant accueillir également des personnes âgées non dépendantes ou faiblement dépendantes. Une spécialisation globale des institutions apparaît selon les régions. Ainsi, les régions disposant d'une faible capacité d'accueil en institution semblent davantage la réserver aux personnes les plus dépendantes.

La place des institutions est très variable selon les régions. Ainsi, en Rhône-Alpes, 56 % des personnes dépendantes sont prises en charge en institution contre 27 % en Provence - Alpes - Côte d'Azur (figure 2). D'autres régions ont également une faible prise en charge institutionnelle comme le Limousin (32 %), le Nord - Pas-de-Calais (32 %), la Lorraine (33 %) et le Languedoc-Roussillon (36 %). Avec Rhône-Alpes, la région Pays de la Loire assure une prise en charge de la dépendance majoritairement en institution avec 51 % des personnes dépendantes. Les autres

#### Encadré 3

#### Nature et mode de financement des aides pour les personnes âgées à domicile

Selon la nature de l'aide sollicitée (aides à la santé ou aux activités) par les personnes âgées en

domicile ordinaire (y compris en foyers logements), les possibilités et les modes de financement varient. Il

convient de remarquer que les deux types d'aides peuvent être cumulés.

Nature des aides	Types d'aides				Mode de financement
<b>Aides à la santé</b>	Logements foyers avec section de cure médicale	Hospitalisation à domicile (soins médicaux et paramédicaux hors de la structure hospitalière)	Soins à domicile	Soins infirmiers ou paramédicaux habituels	Assurance-maladie, mutuelles
<b>Aides aux activités</b>	Logements Foyers Hébergements temporaires Accueil de jour	Services divers à domicile (portage de repas, petits travaux, etc.)	Tâches ménagères (ménages, courses) Garde à domicile	Activités sociales	Participation du bénéficiaire Assurances, mutuelles Caisse de retraite Communes, Conseils généraux des départements dont attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

## 7 Dimension spatiale

régions sont proches de la moyenne nationale de 41 %. Au sein d'une région donnée, un faible recours aux institutions peut s'expliquer par une offre plus développée de l'aide à domicile (aide familiale, services collectifs) ou par une demande faible pour un hébergement institutionnel permanent ou par une offre plus développée en logements foyers par exemple.

Lorsque les personnes dépendantes restent davantage à domicile, les institutions tendent à s'orienter dans la prise en charge de la dépendance la plus lourde. Mais la contribution des institutions à la prise en charge de la dépendance n'est pas forcément plus importante en volume. Les régions Limousin, Provence - Alpes - Côte d'Azur et Corse sont dans ce cas et présentent un taux de dépendance en institution nettement plus important que la moyenne nationale.

Les régions Bretagne, Alsace, Pays de la Loire ont à la fois un taux de dépendance en institution plus élevé et une part importante d'accueil de la dépendance en institution.

### Des disparités régionales de la dépendance encore peu expliquées

Les disparités régionales de la dépendance, en institution ou à domicile, sont importantes (*figure 6*). Parmi les facteurs spécifiques à certaines régions qui pourraient expliquer la dépendance, peuvent intervenir : l'équipement qui permettrait de « révéler » la dépendance en favorisant l'accueil en maisons de retraite par exemple (effet d'offre), les migrations qui favoriseraient l'arrivée d'une population en

situation de moindre dépendance, les avantages géographiques ou climatiques, la densité de professionnels libéraux de la santé (médecins généralistes ou infirmiers pour les personnes à domicile), la distribution de la population en catégories socio-professionnelles, l'espérance de vie.

### Neuf régions révèlent un équilibre entre dépendance et équipements

L'adéquation de l'offre à la demande n'est pas forcément assurée

en raison des modes de prise en charge spécifiques aux régions. Ainsi, des régions peuvent disposer d'un équipement développé pour l'accueil des personnes âgées sans rencontrer une demande particulièrement importante. Cette situation peut induire un effet sur la demande. À l'inverse, des régions peuvent ne pas disposer d'un équipement adapté à la demande.

Un regroupement des régions métropolitaines a été réalisé de manière à prendre en compte simultanément ces deux facteurs d'offre et de demande (*figures 7 et 8*), selon l'hypothèse d'une affectation des équipements aux

Figure 4 - Taux de maintien à domicile des 75 ans ou plus par sexe<sup>1</sup>

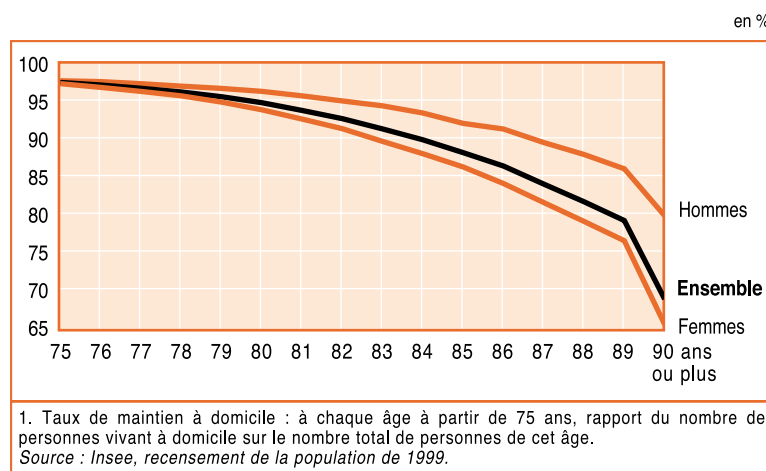


Figure 5 - Les capacités d'accueil des personnes âgées au 1<sup>er</sup> janvier 2000

	Capacité d'accueil <sup>1</sup>
Maisons de retraite (lits)	415 693
Logements Foyers (unité)	157 899
Services de soins à domicile (places)	63 443
Hébergement temporaire (lits)	7 917
Soins de longue durée (lits)	83 265

Champ : France métropolitaine.  
1. Unité : lit ou place.  
Source : Drees - Drass Statiss 2001.



personnes âgées de 75 ans ou plus dépendantes.

Avec une dépendance modérée, mais avec un équipement important surtout en maisons de retraite, les neuf régions Aquitaine, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Lorraine, Midi-Pyrénées, Picardie, Poitou-Charentes, réalisent un équilibre entre l'offre et la demande de prise en charge de la dépendance. Ainsi, face aux besoins liés aux handicaps et à la dépendance qui sont importants, ces régions disposent d'une offre, en particulier en lits de maisons de retraite, qui répond partiellement à cette demande mais sans toutefois disposer d'une offre plus développée en structures médicalisées. Les résultats de ce

groupe central sont proches de ceux de l'ensemble de la France.

La dépendance prédomine avec une faiblesse de l'offre pour les trois régions méditerranéennes, Languedoc-Roussillon, Provence - Alpes - Côte d'Azur et Corse, et pour la région Limousin. Ces régions comptent une population vieillie et une dépendance marquée mais ne disposent pas d'une offre étendue en équipements. Cette situation peut résulter d'un comportement spécifique face à la dépendance qui reste un phénomène davantage pris en compte à domicile et dans un cadre non institutionnel. Cette situation rapprocherait naturellement les régions méditerranéennes de celles des pays du sud de l'Europe dont la tendance

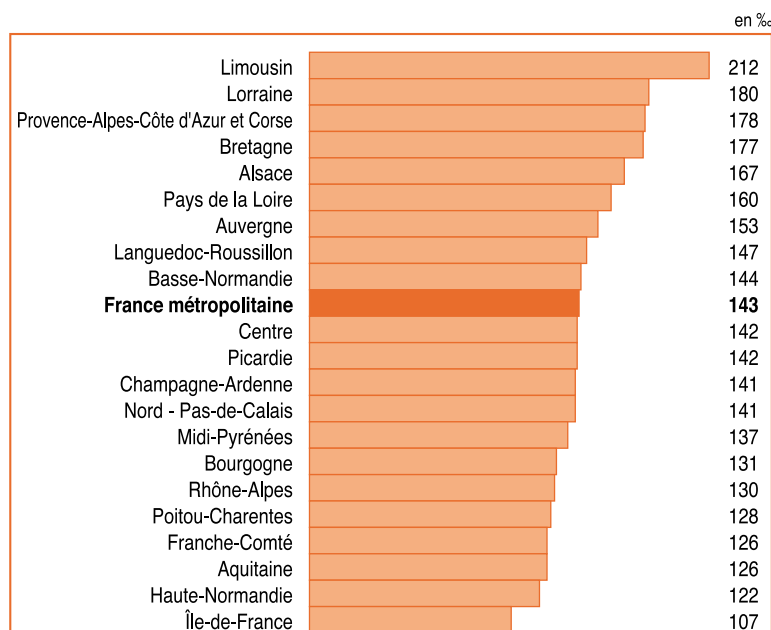
de prise en charge de la dépendance reste plus familiale que professionnelle. La région Limousin rencontre une forte dépendance liée aux handicaps et au besoin d'aide avec une population plus âgée. Elle dispose cependant de lits de longue durée et de places d'accueil à domicile, mais le moindre équipement en lits en maisons de retraite incite cette région à une prise en charge plus orientée vers le domicile.

La Franche-Comté, l'Île-de-France et le Nord - Pas-de-Calais sont caractérisées par une faible demande et un faible équipement. Ces régions disposent d'une offre limitée. Mais la demande est également contenue par un faible vieillissement et un équipement à domicile qui se situe au niveau de la moyenne nationale. Ces régions sont en mesure de répondre à une demande caractérisée par une dépendance modérée.

En Alsace, Auvergne et Pays de la Loire, l'offre est favorable et la dépendance limitée. L'équipement y est important en ce qui concerne les lits en maisons de retraite, les lits de soins de longue durée complétant un équipement en places à domicile de moyenne importance. Ces régions n'enregistrent donc pas de contrainte forte de la demande émanant des personnes de 75 ans ou plus.

La Bretagne, la Haute-Normandie et la région Rhône-Alpes disposent d'une offre favorable pour le nombre de lits en maisons de retraite, en établissements de soins de longue durée et pour l'équipement à domicile. Dans ces régions, la dépendance à domicile reste limitée avec une moindre part des 75 ans ou plus. Mais la proportion plus élevée des personnes dépendantes en institution

Figure 6 - Taux de dépendance<sup>1</sup> par région des 75 ans ou plus (domicile<sup>2</sup> ou institutions)



Champ : ensemble des personnes de 75 ans ou plus dépendantes, vivant à domicile ou en institutions pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus.

1. La dépendance est mesurée par la grille AGGIR - GIR 1 à 4 (encadré 2).

2. Y compris logements foyers.

Sources : Insee, enquêtes HID Domicile 1999, HID Institutions 1998, recensement de la population de 1999.

## 7 Dimension spatiale

implique pour ces régions de disposer d'un équipement adapté.

### La prise en charge de la dépendance devrait se modifier dans le futur

La réponse au besoin d'aide des personnes âgées varie selon les régions et leurs modes de vie sociale. De plus, elle est multiforme et complexe compte tenu de la multitude d'intervenants et de la

différenciation du sanitaire et du social assuré par les conseils généraux et les communes. Par ailleurs, les sensibilités locales à des modes de prise en charge peuvent modifier les conditions d'équipement. Cette réponse devra également s'adapter aux besoins en forte augmentation compte tenu de la croissance du nombre des personnes âgées, en particulier en zone urbaine.

En France, la prise en charge de la dépendance repose essentiellement sur la famille, à l'instar des

pays du sud de l'Europe. Le départ en institution est fortement retardé et le maintien à domicile est le plus souvent obligé compte tenu des conditions d'accueil des institutions, davantage orientées vers la période de fin de vie. Cette prise en charge de la dépendance en France est généralement assurée tant au niveau de la famille qu'en institutions par les femmes.

Mais la diminution du nombre d'enfants par famille, et surtout pour les filles l'augmentation de leur taux d'activité et de leur

**Figure 7 - Capacité d'accueil et couverture des besoins d'aide pour les personnes dépendantes<sup>1</sup> de 75 ans ou plus**

	Capacité d'accueil <sup>1</sup> (nombre de places, unités et lits)		Taux de capacité d'accueil <sup>2</sup> (pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus dépendantes ou non dépendantes)		Indicateur de couverture des besoins d'aides <sup>3</sup> (pour 100 personnes dépendantes de 75 ans ou plus)
	À domicile	En institution	À domicile	En institution	
Alsace	5 612	15 712	52	146	119
Aquitaine	10 782	29 204	39	106	116
Auvergne	4 355	17 628	35	142	115
Bourgogne	6 868	19 776	46	132	135
Bretagne	18 522	28 016	75	113	106
Centre	7 827	27 523	36	128	116
Champagne-Ardenne	4 982	11 715	50	117	118
Franche-Comté	3 789	8 039	45	96	112
Île-de-France	37 057	61 056	58	96	144
Languedoc-Roussillon	8 244	17 655	38	81	81
Limousin	3 207	9 067	38	108	69
Lorraine	8 850	18 894	56	120	98
Midi-Pyrénées	9 611	26 416	39	108	108
Nord - Pas-de-Calais	15 507	23 344	62	93	110
Basse-Normandie	5 562	16 025	48	139	130
Haute-Normandie	10 834	14 691	89	120	170
Pays de la Loire	17 809	35 233	70	139	130
Picardie	5 414	15 847	44	130	123
Poitou-Charentes	7 399	18 755	46	116	127
Provence - Alpes - Côte d'Azur et Corse	13 693	37 727	32	89	68
Rhône-Alpes	24 161	46 635	60	116	136
<b>France métropolitaine</b>	<b>230 085</b>	<b>498 958</b>	<b>51</b>	<b>111</b>	<b>113</b>

1. Capacité d'accueil : à domicile : nombre de lits ou considérés équivalents-lits (places, unités) ; en hébergement temporaire (lits), accueil de jour (places), services de soins à domicile (places), logements foyers (unités), en institution (lits) en maison de retraite et hospitalisation de long séjour.

2. Les taux des capacités d'accueil sont établis pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus dépendantes ou non dépendantes selon leur mode d'hébergement. Ainsi, par exemple, le taux d'accueil en institution en Alsace est égal au nombre de lits ou d'équivalents-lits en institution (15 712) rapporté à la population des personnes de 75 ans ou plus dans cette région (107 266) (figure 1), multiplié par 1 000.

3. L'indicateur de couverture des besoins d'aides est égal au rapport entre le nombre de lits ou d'équivalents-lits et le nombre de personnes de 75 ans ou plus dépendantes multiplié par 100.

Sources : Insee, enquêtes-HID et Drees- Drass Statiss 2001.

éloignement géographique, réduisent la disponibilité pour l'aide familiale. Par conséquent, le traitement de la dépendance sur une base souvent

très familiale considérée comme informelle devrait se restreindre au profit d'une prise en charge plus professionnelle facilitée par l'APA. La limite entre institution

et domicile devrait également s'atténuer et aboutir à la mise en place d'un ensemble de services, y compris collectifs, plus intéressés. Si les modes de résidence à

**Figure 8 - Typologie<sup>1</sup> des régions : les besoins d'aide des personnes dépendantes de 75 ans ou plus et les offres d'équipement**

en ‰

	Indicateurs démographiques			Indicateurs de besoin d'aide		Indicateurs de la capacité d'accueil		Indicateur de couverture du besoin d'aide Ensemble des équipements (sur l'ensemble des 75 ans ou plus dépendants à domicile ou en institution) (en ‰)	Synthèse
	Part des 75 ans ou plus	Part des 75 ans ou plus à domicile (sur l'ensemble des 75 ans ou plus à domicile ou en institution)	Part des 75 ans ou plus en institution (sur l'ensemble des 75 ans ou plus à domicile ou en institution)	Part des personnes de 75 ans ou plus dépendantes à domicile (sur l'ensemble des 75 ans ou plus à domicile)	Part des personnes de 75 ans ou plus dépendantes en institution (sur l'ensemble des 75 ans ou plus en institution)	Taux de capacité d'accueil à domicile (sur l'ensemble des 75 ans ou plus à domicile ou en institution)	Taux de capacité d'accueil en institution (sur l'ensemble des 75 ans ou plus à domicile ou en institution)		
Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Lorraine, Midi-Pyrénées, Picardie, Poitou-Charentes	84	895	105	93	551	45	122	119	Vieillesse modérée Dépendance limitée Équipement élevé
Languedoc-Roussillon, Limousin, Provence - Alpes - Côte d'Azur et Corse	101	915	85	134	654	36	93	73	Vieillesse le plus élevée Forte dépendance à domicile Équipement faible
Franche-Comté, Île-de-France, Nord - Pas-de-Calais	65	918	82	85	573	55	95	121	Faible vieillesse Faible dépendance Équipement limité
Alsace, Auvergne, Pays de la Loire	79	873	127	93	619	52	142	121	Dépendance surtout en institution Équipement développé en institution
Bretagne, Haute-Normandie, Rhône-Alpes	75	894	106	82	654	75	117	137	Dépendance limitée Équipement développé à domicile
<b>France métropolitaine</b>	<b>77</b>	<b>901</b>	<b>99</b>	<b>94</b>	<b>593</b>	<b>51</b>	<b>111</b>	<b>113</b>	

1. La typologie repose sur une analyse du système offre-besoins de la dépendance des personnes âgées. La méthode statistique utilisée, une classification ascendante hiérarchique (CAH), procède par synthèse afin de dégager un nombre réduit de « types » de régions. Chacune des classes constituées regroupe les régions les plus « proches » au regard des indicateurs considérés. Cette classification permet de définir cinq types de régions dont le comportement dans le système offre-demande vis-à-vis de la dépendance se différencie nettement. Cette typologie des régions est réalisée à partir des indicateurs de l'offre (équipements en équivalents-lits) et de la demande (besoins d'aides des personnes dépendantes Girs 1 à 4) pour la prise en charge de la dépendance. Les indicateurs de chaque classe sont une moyenne arithmétique des données des régions. Les indicateurs France métropolitaine constituent une moyenne pondérée par la population de chaque région.

Source : Insee.

## 7 Dimension spatiale

domicile et en institution restent encore très différenciés, des possibilités complémentaires peuvent se mettre en place y compris entre les services de soins de longue durée et le retour à domicile. Cette approche plus souple de la prise en charge

entre institutions et domicile reste encore limitée et le fort taux d'occupation des institutions ne la facilite pas.

Par ailleurs, en France, les contraintes économiques supplémentaires dues à la séparation entre

le sanitaire et le social devraient inciter à davantage de complémentarité. Par exemple, le Danemark a supprimé depuis 1987 le cloisonnement entre les réponses aux besoins des personnes dépendantes, qu'elles soient en institution et domicile. ■

### Encadré 4

#### L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

En 2002, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), mise en œuvre par les conseils généraux, a remplacé la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). L'APA, basée sur une reconnaissance institutionnelle des besoins par les équipes médico-sociales, s'inscrit dans une approche cohérente plus globale des services en charge de la dépendance, tant à domicile qu'en institutions pour les personnes âgées de 60 ans ou plus.

L'APA est individualisée ; elle ouvre un droit universel à toute personne âgée se trouvant dans l'incapacité d'assumer les conséquences de son manque ou de sa perte d'autonomie. L'allocation est personnalisée selon les ressources en fonction du degré de perte

d'autonomie de la personne âgée. L'évaluation de la dépendance est effectuée par des équipes médico-sociales à partir de la grille d'évaluation AGGIR. Cette grille distingue la dépendance lourde (GIR1 et GIR2), la dépendance moyenne (GIR3 et GIR4), et la non dépendance (GIR5 et GIR6) (encadré 2). Seules les dépendances lourde et moyenne induisent la perception de l'APA.

L'APA est liée à l'élaboration d'un plan d'aide par une équipe médico-sociale (médecin, travailleur social, etc.) que la personne âgée peut utiliser en tout ou partie. Son montant est plafonné selon le barème suivant au 1<sup>er</sup> janvier 2002 :

– à domicile : pour la dépendance lourde : 1 090,41 euros par mois

(GIR1) et 934,64 euros par mois (GIR2), pour la dépendance moyenne : 700,98 euros par mois (GIR3) et 467,32 euros par mois (GIR4).

– en institution, l'allocation correspond au tarif « dépendance » qui couvre les dépenses d'aide à la vie quotidienne à l'exclusion de celles liées à l'hôtellerie et aux soins.

La participation du bénéficiaire de l'APA au plan d'aide est requise. Les personnes à domicile dont les revenus sont inférieurs à 934,64 euros par mois sont exonérées de toute participation. En établissement, cette participation est forfaitaire jusqu'à 2 025,05 euros de revenu et est progressive au-delà de cette somme.

### Pour en savoir plus

**Aliaga C., Neiss N.**, « La prise en charge des personnes âgées : maintien à domicile ou hébergement collectif », *Données sociales*, Insee, 1999.

**Collin C., Coutton V.**, « Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête HID », *Études et résultats*, n° 94, Drees, septembre 2000.

**Drees**, « Handicaps-Incapacités-Dépendance, premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID », *Document de travail*, n° 16, Drees, juillet 2001.

**Dutheil Nathalie**, « Les aides et les aidants des personnes âgées »,

*Études et résultats*, n° 142, Drees, novembre 2001

**Goillot C., Mormiche P.**, « Résultats détaillés Enquête handicaps-incapacités-dépendance en institution en 1998 », *Insee résultats*, n° 83-84, août 2001.

**Lebeaupin A., Nortier F.**, « Les personnes âgées dépendantes : situation actuelle et perspectives d'avenir », *Données sociales*, Insee, 1996.

**Michel C.**, « Méthodologie pour une exploitation départementale et régionale des enquêtes Vie quotidienne et santé - Handicaps-Incapacités-Dépendance », Série

*Études, Document de travail*, « Handicaps-Incapacités-Dépendance, premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID », Colloque scientifique de Montpellier, 30 novembre-1<sup>er</sup> décembre 2000, n° 16, Drees, juillet 2001.

**Mormiche P.**, « L'enquête HID de l'Insee, Objectifs et schéma organisationnel », *Courrier des statistiques*, n° 87-88, Insee, décembre 1999.

**Mormiche P.**, « Le handicap se conjugue au pluriel », *Insee première*, n° 742, octobre 2000.

**Mormiche P.**, « Les personnes âgées dépendantes en institution », *Insee première*, n° 669, août 1999.