

N° 10 - Septembre 2002

DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES EN LANGUEDOC-ROUSSILLON : À L'HORIZON 2015, AUGMENTATION DE 40 %

Claude MICHEL

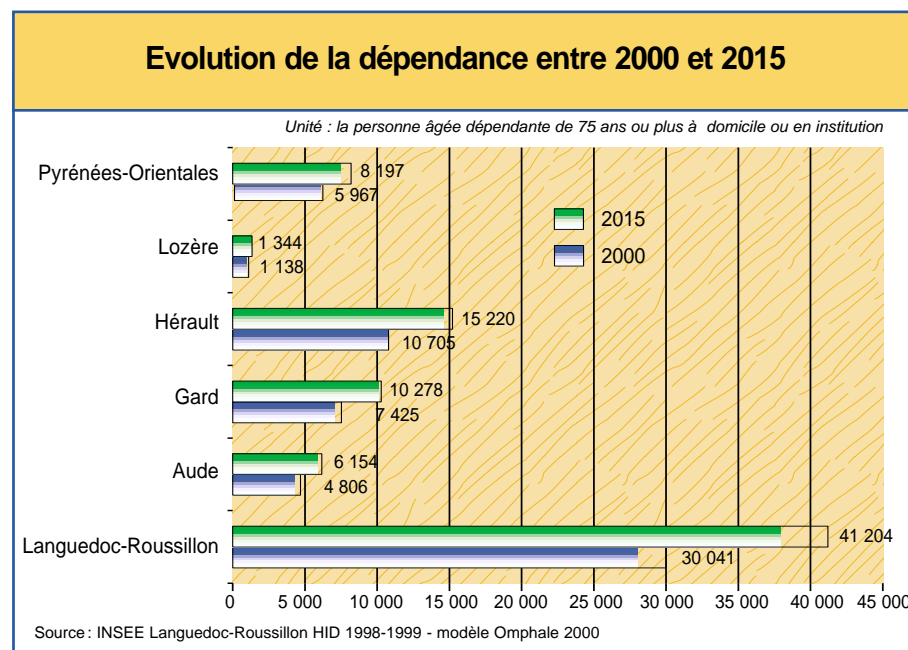
En 2015, le Languedoc-Roussillon compterait 41 000 personnes dépendantes de 75 ans ou plus^(*) contre 30 000 en 2000, soit une augmentation proche de 40 %. Le département de l'Hérault regrouperait à lui seul près de 40 % de ces personnes avec 15 000 personnes dépendantes de 75 ans ou plus en 2015.

La part des personnes âgées en Languedoc-Roussillon augmente très fortement avec l'allongement de la durée de la vie et avec l'accroissement du nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus, et surtout de celui des plus de 75 ans. Cette évolution va s'accélérer au cours des prochaines années. En 2015, la région compterait ainsi 282 000 personnes de 75 ans ou plus contre 206 000 en 2000.

La forte augmentation du nombre de personnes âgées va naturellement accroître le nombre de personnes ayant besoin d'aides pour leurs activités, indépendamment de l'amélioration des conditions de vie et de l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité. La progression de 76 000 personnes âgées de 75 ans ou plus entre 2000 et 2015 entraînerait ainsi un accroissement de plus de 11 000 personnes dépendantes sur cette période. Cette augmentation du nombre de personnes âgées est renforcée par les migrations de personnes de 60 ans ou plus dont les arrivées sont suffisamment significatives en Languedoc-Roussillon.

La dépendance touche 15 % des plus de 75 ans

Le vieillissement n'entraîne pas forcément un besoin d'aide pour accomplir les actes de la vie quotidienne. Si l'âge est un facteur important dans le cycle de Wood (cf. encadré page 5) conduisant de la maladie aux déficiences, et des déficiences aux incapacités et désavantages pouvant entraîner un besoin d'aide, les conséquences peuvent être très différentes selon le contexte résidentiel, social ou familial de la personne âgée. Cependant, les actes essentiels



de la vie quotidienne, comme se lever, s'habiller, se laver, s'asseoir, aller aux toilettes, sortir seul peuvent être rendus plus difficiles pour les personnes les plus âgées, davantage sujettes aux déficiences et aux problèmes de santé (physiques, sensoriels, intellectuels ou mentaux).

Les personnes âgées dépendantes représentent près de 15 % de la population régionale des 75 ans ou plus.

Mais cette proportion n'augmenterait que légèrement en 2015 par rapport à l'année 2000 en Languedoc-Roussillon, restant légèrement inférieure au taux national. En effet, l'évolution de la dépendance est freinée par une évolution favorable des conditions de vie sans difficultés très lourdes. Le gain de 1,1 année pour les hommes et de 1,3 année pour les femmes pendant une période de 10 ans — scénario central — permet de limiter l'aggravation de la

(*) Au sens de l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie - APA -

dépendance en fonction du vieillissement. Mais il ne peut compenser totalement celle liée à une population plus âgée dont les années de fin de vie peuvent être plus difficiles et nécessiter une aide renforcée compte tenu d'un âge plus élevé. Ainsi, l'accroissement de l'espérance de vie résulte à la fois d'une augmentation du nombre des années de vie sans dépendance mais aussi de celle du nombre des années de vie avec dépendance.

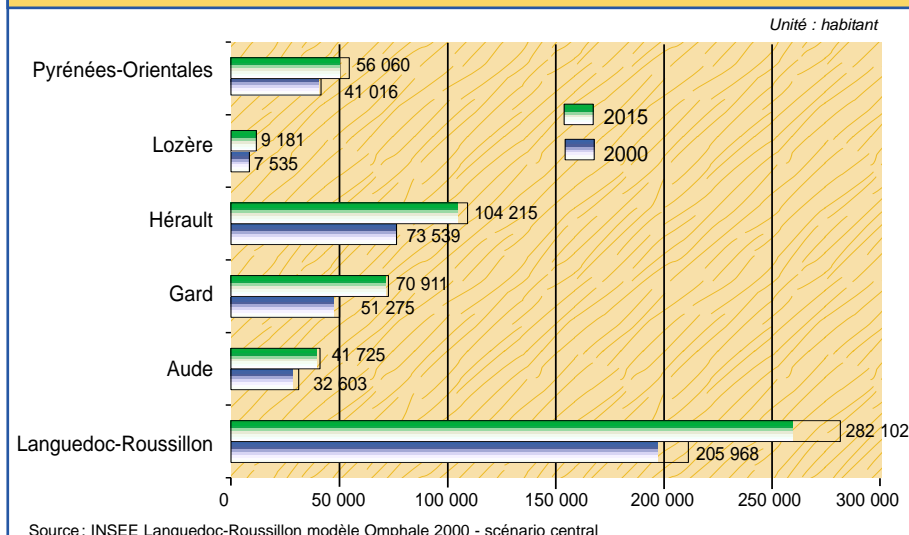
En institution 2 personnes âgées sur 3 sont dépendantes

La prise en charge de la dépendance intervient soit à domicile, soit en institution. Près de 91 % des personnes âgées résident à domicile, y compris en logements foyers au sens du Recensement de la Population. Parmi celles-ci la proportion de personnes dépendantes reste très faible : de l'ordre de 10 %. Par contre, la part des personnes dépendantes est particulièrement élevée parmi les 9 % des personnes âgées résidant en institution (maisons de retraite et établissements de soins de longue durée) : elle atteint près de 63 %. L'accroissement de la dépendance est inéluctable, tant en nombre de personnes concernées qu'en besoins d'aides. Les conditions de prise en charge de cette population nécessitent une estimation du nombre des personnes concernées et des possibilités d'assurer les aides tant à domicile qu'en institutions.

Une dépendance plus tardive et plus longue

L'augmentation de la dépendance serait la conséquence de deux effets cumulés. D'une part, l'effet de la croissance du nombre de personnes âgées et d'autre part, l'effet d'une proportion plus élevée de besoins d'aides liés à l'allongement de la durée de vie qui n'est pas compensée totalement par les gains de vie en bonne santé. En effet, les catégories d'âge plus élevé entraînent des risques plus lourds de dépendance. En plus de ces facteurs démographiques, les caractéristiques socio-économiques peuvent également influencer sur l'évolution de la dépendance, comme la modification des besoins d'aides liés à une population plus fortement urbanisée et à des catégories socioprofessionnelles composées surtout d'employées et de professions intermédiaires.

Personnes âgées de 75 ans ou plus en 2000 et 2015



Personnes âgées de 75 ans ou plus en 2000

Unités : habitant, %

Année 2000	Languedoc-Roussillon	Aude	Gard	Hérault	Lozère	Pyrénées-Orientales	France (en millier)
Population Totale	2 320 738	312 123	628 769	909 553	73 515	396 778	58 744
<i>Dont 75 ans et plus</i>	<i>205 968</i>	<i>32 603</i>	<i>51 275</i>	<i>73 539</i>	<i>7 535</i>	<i>41 016</i>	<i>4 245</i>
75 ans et plus (%)	8,9	10,6	8,1	8,1	10,8	10,3	7,2
% Languedoc-Roussillon	100,0	15,8	24,9	35,7	3,7	19,9	///

Source : INSEE Languedoc-Roussillon modèle Omphale 2000 - scénario central

Personnes âgées de 75 ans ou plus en 2015

Unités : habitant, %

Année 2015	Languedoc-Roussillon	Aude	Gard	Hérault	Lozère	Pyrénées-Orientales	France (en millier)
Population totale	2 708 572	342 467	715 094	1 124 478	72 384	454 149	61 975
<i>Dont 75 ans et plus</i>	<i>282 102</i>	<i>41 725</i>	<i>70 911</i>	<i>104 215</i>	<i>9 181</i>	<i>56 070</i>	<i>5 823</i>
75 ans et plus (%)	10,4	12,3	9,9	9,3	12,7	12,3	9,4
% Languedoc-Roussillon	100,0	14,8	25,1	36,9	3,3	19,9	///

Source : INSEE Languedoc-Roussillon modèle Omphale 2000 - scénario central

Evolution du nombre des personnes âgées de 75 ans ou plus entre 2000 et 2015

Unités : habitant, %

Evolution 2015/2000 75 ans et plus	Languedoc-Roussillon	Aude	Gard	Hérault	Lozère	Pyrénées-Orientales	France (en millier)
Evolution en nombre	76 134	9 122	19 636	30 676	1 646	15 054	1 578
Evolution en %	37,0	28,0	38,3	41,7	21,8	36,7	37,2

Source : INSEE Languedoc-Roussillon modèle Omphale 2000 - scénario central

60 % des personnes dépendantes du Languedoc-Roussillon seront prises en charge dans les départements du Gard et de l'Hérault

Les départements de l'Hérault et du Gard devront assurer une part essentielle de l'augmentation de la dépendance des personnes de 75 ans ou plus. L'Hérault comptera 15 200 personnes dépendantes en 2015 soit 36,9 % de la dépendance régionale. L'augmentation sera particulièrement importante pour l'Hérault qui enregistrera une progression moyenne de près de 300 personnes dépendantes supplémentaires chaque année. Ce département, conformément à son poids démographique et aux mouvements migratoires positifs qu'il enregistre, devra prendre en charge une part essentielle de l'impact de l'augmentation de la dépendance régionale. Le Gard en comptera près de 10 300 en 2015 contre 7 400 en 2000. Cet accroissement représente également une part importante de l'augmentation régionale.

Les autres départements du Languedoc Roussillon, en fonction de leur évolution démographique connaîtront un moindre accroissement du nombre de personnes dépendantes en 2015. Avec 6 200 personnes dépendantes dans l'Aude, 1 300 en Lozère, l'augmentation sera inférieure à la moyenne régionale pour ces deux départements. Le

Personnes âgées dépendantes de 75 ans ou plus en 2000

Unité : personne dépendante APA à domicile ou en institution, %

	Languedoc-Roussillon	Aude	Gard	Hérault	Lozère	Pyrénées-Orientales	France
Effectif total	30 041	4 806	7 425	10 705	1 138	5 967	644 386
Part des dépendants parmi les 75 ans ou plus en %	14,6	14,7	14,5	14,6	15,1	14,6	15,2
% Languedoc-Roussillon	100,0	16,0	24,7	35,6	3,8	19,9	///

Source : INSEE Languedoc-Roussillon modèle Omphale 2000 - scénario central

Personnes âgées dépendantes de 75 ans ou plus en 2015

Unité : personne dépendante APA à domicile ou en institution, %

	Languedoc-Roussillon	Aude	Gard	Hérault	Lozère	Pyrénées-Orientales	France
Effectif total	41 204	6 164	10 278	15 220	1 344	8 197	874 769
Part des dépendants parmi les 75 ans ou plus en %	14,6	14,8	14,5	14,6	14,6	14,6	15,0
% Languedoc-Roussillon	100,0	15,0	24,9	36,9	3,3	19,9	///

Source : INSEE Languedoc-Roussillon modèle Omphale 2000 - scénario central

Evolution du nombre de personnes âgées dépendantes de 75 ans ou plus entre 2000 et 2015

Unités : personne dépendante APA à domicile ou en institution, %

Evolution 2015/2000	Languedoc-Roussillon	Aude	Gard	Hérault	Lozère	Pyrénées-Orientales	France
Evolution en nombre	11 163	1 358	2 853	4 515	206	2 230	230 383
Evolution en %	37,2	28,2	38,4	42,2	18,1	37,4	35,8

Source : INSEE Languedoc-Roussillon modèle Omphale 2000 - scénario central

département des Pyrénées-Orientales avec 8 200 personnes dépendantes de 75 ans ou plus en 2015 a une

évolution proche de la moyenne régionale.

La dépendance au sens de 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). Cette dernière constituait une avancée significative mais limitée compte tenu des contraintes de prélèvement sur le patrimoine des personnes âgées. 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, pour les personnes âgées de 60 ans ou plus à domicile ou en institutions.

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 Autonomie Gérontologique Groupe IsoRessource (AGGIR). Cette grille distingue la dépendance lourde (GIR1et GIR2), la dépendance moyenne (GIR3 et GIR4), et la non-dépendance (GIR5 et GIR6.). Seules les dépendances lourde et moyenne (GIR 1 à 4) 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 et dont le montant est plafonné selon le barème suivant au 1^{er} janvier 2002 :

- À domicile : pour la dépendance lourde : 1090,41 euros par mois (GIR 1) et 934,64 euros par mois (GIR2), et pour la dépendance moyenne : 700,98 euros par mois (GIR3) et 467,32 euros par mois (GIR4).
- En institution, le coût de la dépendance 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.

La prise en charge de la dépendance à domicile devrait se professionnaliser

Les personnes âgées y compris les plus dépendantes vivant surtout à domicile, le maintien à domicile, en particulier pour les personnes confinées au lit ou au fauteuil, exige une aide particulièrement importante tant au niveau des soins que pour permettre d'assurer les activités quotidiennes. Ce besoin d'aide augmente avec l'âge. Ainsi, la moitié des personnes âgées de 75 ans ou plus qui vivent à domicile reçoivent une aide, tandis qu'elles ne sont que 17 % dans ce cas pour celles âgées de 60 à 74 ans. Les personnes les plus dépendantes GIR de 1 à 4 de 75 ans ou plus reçoivent toutes une aide.

Les aidants familiaux : surtout des femmes

Les besoins d'aides sont surtout assurés à domicile par des proches, le plus souvent de la famille résidant à proximité géographique mais aussi par le conjoint. Avec un âge moyen des aidants familiaux qui augmentera également, il est actuellement de 71 ans pour le conjoint et de 55 ans pour les enfants, la prise en charge

de la dépendance de personnes résidant à domicile sera plus difficile à assurer.

La plus grande partie de l'aide familiale ou informelle, est assurée par

des femmes. Leur nombre sera certes en augmentation, mais insuffisamment, pour maintenir le niveau de l'aide familiale informelle actuelle. Les proximités géographiques et les

Les différentes catégories de personnes dépendantes et leurs qualifications par la grille AGGIR

La loi du 24 janvier 1997 définit la grille AGGIR comme l'outil d'évaluation de la perte d'autonomie des personnes de 60 ans ou plus. La grille AGGIR a été retenue pour sa cohérence et la compréhension par le public, afin d'estimer les évolutions de la dépendance sur la base de la mise en application de l'APA par les conseils généraux basée sur les GIR de 1 à 4. Cependant, les difficultés et les besoins d'aides liés à des problèmes psychiques restent encore difficiles à déterminer et à mesurer. Outre 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 caractéristiques de la dépendance.

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources)

La grille AGGIR établit le calcul des groupes GIR en fonction de la dépendance de la personne et de sa qualification dans le cadre de l'APA. 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 est nécessaire.

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

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 conservées 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..)

Les aides professionnelles aux personnes âgées à domicile

Les personnes âgées y compris celles ayant besoin d'aides vivent essentiellement à leur domicile ordinaire. La part des personnes en institution est très limitée. Cela ne concerne que 10% des personnes âgées de 75 ans ou plus. Au sens du Recensement de la population, les personnes résidant en logements foyers sont également considérées comme résidant à domicile. Pour ces personnes, deux catégories d'aides sont à distinguer : les aides à la santé et aux soins médicaux et celles relatives aux activités et tâches ménagères. Les conditions de prise en charge de ces 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 départements ou les communes.

Catégories et mode de financement des aides des personnes âgées à domicile

(les aides à la santé et aux activités peuvent être cumulées)

Ensemble : Domicile ordinaire y compris Logements foyers

Nature des aides	Types d'aides				Mode de financement
Aides à la santé	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
Aides aux activités	Logements foyers Hébergements temporaires Accueil de jour	Services divers à domicile (portage de repas petits travaux...)	Tâches ménagères (ménage, courses...)	Gardes à domicile	* Participation du bénéficiaire * Assurances, mutuelles * Caisses de retraite * Communes * Départements Conseils généraux Dont attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

disponibilités professionnelles ne devraient pas en faciliter le développement. L'appel à une aide professionnelle renforcée devient inéluctable et augmentera fortement. Ainsi, l'aide souvent très familiale et informelle devrait se restreindre au profit d'une prise en charge plus professionnelle facilitée par l'APA.

Le départ en institutions est fortement retardé entraînant le maintien à domicile obligé compte tenu des conditions d'accueil des institutions, davantage orientées vers la période de fin de vie liée à une forte dépendance. La limite entre institutions et domicile devrait également s'atténuer et aboutir à la mise en place d'un ensemble de services intégrés. En outre en France, les contraintes économiques de la séparation entre le sanitaire et le social devraient inciter à davantage de complémentarité et à une prise en charge collective. ■

Le cycle de WOOD

Le cycle de Wood comprend les phases suivantes : maladie, déficience (invalidité), incapacité, désavantage (handicap).

Dans ce cycle, selon les situations individuelles, les déficiences n'impliqueront pas les mêmes conséquences en termes de désavantages. Par exemple, la présence d'une tierce personne est importante car elle modifie les conséquences pour un recours aux institutions.

Lors de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), les déficiences ont été relevées à deux moments différents du questionnaire HID : au début de l'interview par une question sur les incapacités, infirmités et autres difficultés de santé (physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales) et au cours de l'interview lorsque l'on a demandé la cause de l'incapacité.

Les questions sur le besoin d'aide et sur le handicap ont été posées à domicile et en institutions. A partir de ces questions, différentes grilles de qualification du handicap permettent de quantifier le nombre de personnes en totalité ou partiellement dépendantes pouvant faire appel à une aide.

Pour en savoir plus

Ministère de l'emploi et de la solidarité DREES-DRASS

- DREES *Etudes et résultats*, N° 160 Février 2002, Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 (Bontout Olivier, Colin Christel, Kerjosse Roselyne)
- DREES *Etudes et résultats*, N° 142 Novembre 2001, Les aidants des personnes âgées à domicile (Nathalie Dutheil)
- *Document de travail* N° 16 - juillet 2001 DREES, Handicaps-Incapacités-Dépendance, premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID, Colloque scientifique de Montpellier 30 novembre-1 décembre 2000
- DREES *Etudes et résultats* N° 94 septembre 2000 le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête HID (Christel Colin - Vincent Coutton)
- Les statistiques et indicateurs de la santé et du social sont établis par les directions régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), la direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

INSEE

- INSEE - *Résultats démographie-société* N° 83-84 août 2001 résultats détaillés Enquête handicaps-incapacités-dépendance en institution en 1998 (C. Goillot, P. Mormiche)
- *Repères synthèse Languedoc-Roussillon* décembre 2000 - Premiers résultats de l'enquête VQS dans le département de l'Hérault (INSEE - Michel Claude.) - Méthodologie pour une exploitation départementale et régionale des enquêtes Vie quotidienne et santé et HID (Document de travail N°16 - juillet 2001 DREES, Handicaps-Incapacités-Dépendance, premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID, Colloque scientifique de Montpellier 30 novembre - 1 décembre 2000)
- INSEE *première* N° 742 Octobre 2000 Le handicap se conjugue au pluriel, (Mormiche Pierre)
- *Courriers des statistiques* N° 87-88 décembre 1999 - p 7-18 - L'enquête HID de l'INSEE, Objectifs et schéma organisationnel (Mormiche P.)
- INSEE *première* N° 669 Août 1999 : Les personnes âgées dépendantes en institutions (Mormiche P.)
- *Données sociales 1999* - p 256-263 La prise en charge des personnes âgées : maintien à domicile ou hébergement collectif (Aliaga C., Neiss M.)
- *Données sociales 1996* - p 468-473 Les personnes âgées dépendantes : situation actuelle et perspectives d'avenir (Lebeaupin A. , Nortier F.)

Méthodologie et résultats

L'Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID)

Cette enquête a été réalisée par l'INSEE. Après une première vague de l'enquête HID en 1998 auprès d'un échantillon de personnes vivant en institutions, l'enquête HID pour les personnes vivant en domicile ordinaire a été effectuée en France en 1999 à partir d'un échantillon de personnes contactées à l'enquête Vie quotidienne et santé (VQS) réalisée lors du Recensement de la population de 1999 par un questionnaire spécifique.

Les hypothèses des estimations des taux de dépendance

La dépendance est estimée selon les critères de l'attribution de l'APA pour les personnes de 75 ans ou plus qui représentent près de 80% de l'ensemble de la dépendance des personnes âgées de 60 ans ou plus. Cette étude ne prend pas en compte la dépendance des personnes de 60 à 75 ans.

Les personnes de 75 ans ou plus, ne sont pas considérées comme dépendantes lorsqu'elles ont un besoin d'aides moins important - personnes aidées ponctuellement pour la toilette, le repas, le ménage, catégorie classée en GIR 5 n'entrant pas dans le champ de l'APA. Naturellement, ne sont pas prises en compte les personnes en GIR 6 n'ayant pas besoin d'aide.

La dépendance intervient selon le mode de résidence des personnes, à domicile et en institutions. Les taux de dépendance à domicile définis selon le critère de l'APA (GIR 1 à 4) et appliqués au Languedoc-Roussillon et aux départements de la région sont les taux nationaux obtenus à partir de l'enquête HID. Ces taux nationaux de dépendance sont des taux quinquennaux par sexe avec scénario central de projection de population pour 2015 et amélioration de la dépendance pour 2015 selon les hypothèses suivantes :

■ la personne de 75 ans ou plus est considérée dépendante en tant que bénéficiaire de l'APA (GIR 1 à 4) -

■ l'estimation de la population à domicile est obtenue par application du taux à domicile au prorata de la population à domicile au recensement de 1999.

■ La projection est calculée avec les coefficients de dépendance - taux GIR 1 à 4 France HID- appliqués par tranches d'âges quinquennales par sexe sur la population concernée. Ce taux est modifié en 2015 : augmentation des coefficients de 1,1 années pour les hommes et de 1,3 années pour les femmes compte tenu des années de vie sans difficultés sur l'ensemble des classes d'âge. Des progrès médicaux importants peuvent également limiter le développement de certaines maladies et déficiences, en particulier psychiques, sur la période considérée de 15 années.

■ le taux régional de population en institutions retenu en 2000 et 2015 est de 0.08917061 - Languedoc-Roussillon RP 1999 (ensemble en collectivités hors logements foyers)

■ la dépendance en institutions est calculée par application du taux régional GIR 1 à 4-HID 1998 global, identique en 2000 et 2015 (0,633)

■ Les frontières entre domicile et institutions resteront probablement importantes avec des taux de dépendance très différents. La part des institutions est considérée constante au cours de la période. La proportion retenue pour la part à domicile est celle de la région calculée à partir de la proportion des personnes en ménages ordinaires au recensement de la population.

Les projections de populations âgées ont été réalisées à partir d'un seul scénario de projection démographique - le scénario central 2000 - 2015 - qui est basé sur le taux de migration 1982-1999, le maintien de la fécondité régionale à son niveau de 1999 et la baisse de la mortalité au même rythme qu'au cours des 30 dernières années.

Une estimation de la dépendance entre 60 et 75 ans

Pour obtenir une évaluation globale de la dépendance, il faudrait ajouter au nombre de personnes dépendantes de 75 ans ou plus celles qui sont dépendantes âgées de 60 ans à moins de 75 ans. Mais les taux de dépendance pour cette catégorie d'âge sont très faibles. En outre, le taux d'institutionnalisation est réduit. En évolution, les années de vie sans incapacité augmentent plus fortement pour cette catégorie. Il est donc difficile d'estimer les taux de cette population à appliquer en 2015.

Cependant, avec l'importance de la population dans cette catégorie d'âge, le nombre de personnes dépendantes n'est pas négligeable et serait donc à intégrer surtout à domicile. Par hypothèse, la dépendance en institutions pour cette catégorie d'âge n'est pas prise en compte. En outre, la répartition entre hommes et femmes reste proche de l'équilibre.

Population dépendante de 60 ans ou plus en Languedoc-Roussillon en 2000

	Effectifs	%
Personnes dépendantes de 60 à 74 ans (*)	7 607	20,2
Personnes dépendantes de 75 ans ou plus	30 041	79,8
Ensemble des personnes dépendantes de 60 ans ou plus	37 648	100,0

(*) Coefficient national des personnes dépendantes de 60 à 74 ans (0,0212763) appliqué à la population des personnes âgées de 60 à 74 ans en Languedoc-Roussillon (357 546).

Source : INSEE Languedoc-Roussillon modèle Omphale 2000 - scénario central