



**La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence  
sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs  
proches aidants**

*Chapitre 1 – Données de cadrage*

*Rapport adopté le 1<sup>er</sup> décembre 2017*

# SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>4</b>
<b>CHAPITRE I - DONNEES DE CADRAGE</b> .....	<b>5</b>
<b>I) Rappel du contexte démographique : un fort accroissement des plus de 80 ans à partir de 2025</b> .....	<b>5</b>
<b>II) Effectifs de personnes âgées concernées par la perte d'autonomie et caractéristiques</b> .....	<b>6</b>
A) Définition .....	6
B) La situation actuelle .....	6
1) Si la part des personnes en perte d'autonomie au sens de l'APA croit fortement avec l'âge, la perte d'autonomie reste minoritaire dans la population des personnes âgées	6
2) Les allocataires de l'APA à domicile sont moins âgés et ont une perte d'autonomie moins importante que ceux vivant en établissement	7
3) Flux et âge d'entrée dans l'APA, durée moyenne de bénéfice de l'allocation	9
4) Evolution de la dépense annuelle moyenne d'APA par bénéficiaire depuis 2003	11
5) Répartition géographique - Poids des allocataires de l'APA par département	12
C) Les projections du nombre de personnes en perte d'autonomie au sens de l'APA .....	14
<b>Annexe 1 – Système d'information de la Drees sur la perte d'autonomie des personnes âgées</b> .....	<b>16</b>
<b>Annexe 2 – Différentes échelles pour évaluer la perte d'autonomie des personnes âgées</b> .....	<b>21</b>
<b>Annexe 3 – Comparaison des effectifs de personnes en perte d'autonomie dans les enquêtes et du nombre de bénéficiaires de l'APA</b> .....	<b>24</b>



## INTRODUCTION

Ce **chapitre 1** a pour objet des données de cadrage sur l'ensemble des allocataires de l'APA, vivant à domicile ou en établissement

Plusieurs sources de données sont mobilisées dans l'ensemble du rapport sur le champ des personnes âgées en perte d'autonomie. L'annexe 1 décrit en particulier le riche système d'information de la Drees sur la perte d'autonomie des personnes âgées. Quatre grandes catégories d'enquête ou de remontées de données sont ainsi décrites :

- les enquêtes auprès des établissements et des services
- le suivi des bénéficiaires de prestations
- des enquêtes spécifiques auprès des usagers et bénéficiaires des dispositifs
- des enquêtes en population générale.

Sur certains aspects, les données disponibles sont anciennes (fin 2011 pour nombre d'entre elles). La DREES vient d'en actualiser certaines ; d'autres le seront en 2018, notamment avec les données des enquêtes CARE (Capacités, Aides et REssources des seniors).

Par ailleurs, la loi ASV (Article 74) a inscrit dans la loi plusieurs remontées de données. Elle autorise aussi la collecte du NIR qui permettra de suivre les bénéficiaires de l'APA, afin de disposer d'éléments sur les trajectoires individuelles.

## CHAPITRE I - DONNEES DE CADRAGE

### **D) RAPPEL DU CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE : UN FORT ACCROISSEMENT DES PLUS DE 80 ANS A PARTIR DE 2025**

**Tableau 1.1. Population par tranche d'âge quinquennale à partir de 60 ans selon le sexe au 1<sup>er</sup> janvier 2016, France**

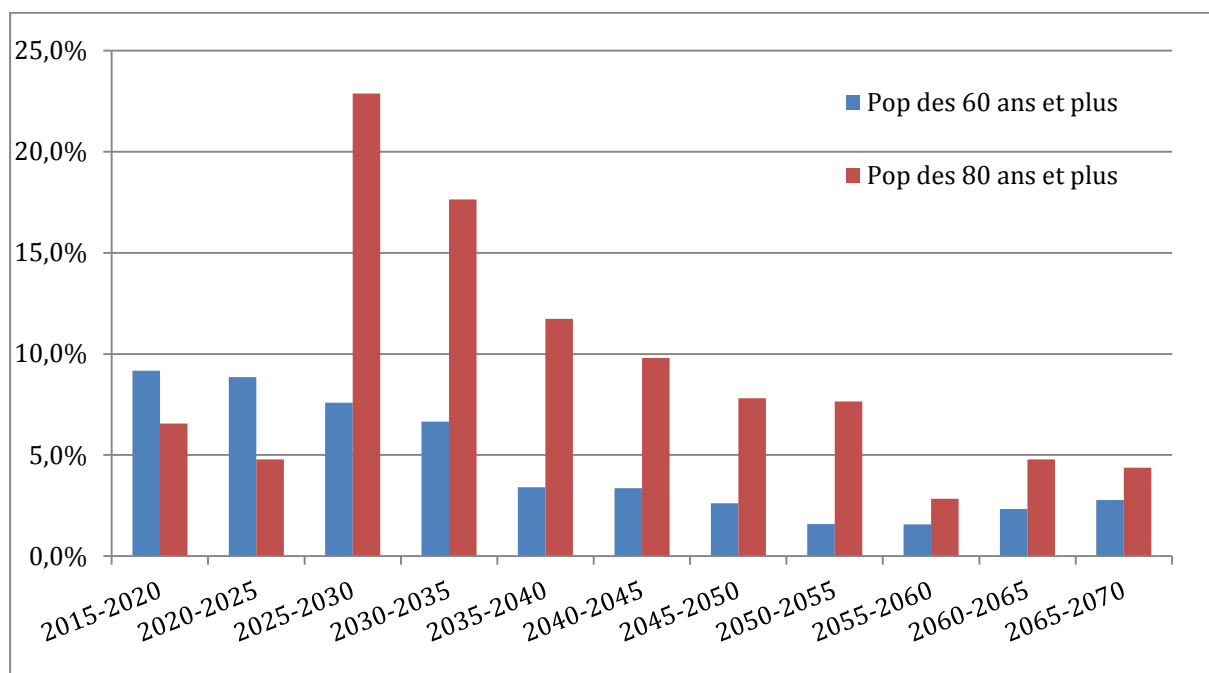
Tranches d'âge révolu	Nombre d'hommes	Nombre de femmes	Ensemble	Proportion de femmes par tranche d'âge
60-64 ans	1 933 734	2 109 916	4 043 650	52%
65-69 ans	1 859 151	2 067 017	3 926 168	53%
70-74 ans	1 163 295	1 349 861	2 513 156	54%
75-79 ans	954 699	1 232 114	2 186 813	56%
80-84 ans	740 878	1 136 271	1 877 149	61%
85-89 ans	433 585	832 432	1 266 017	66%
90-94 ans	166 742	438 605	605 347	72%
95-99 ans	27 099	97 075	124 174	78%
100 ou plus	3 505	17 888	21 393	84%
<b>Total des 60 ans et plus</b>	<b>7 282 688</b>	<b>9 281 179</b>	<b>16 563 867</b>	<b>56%</b>

Champ : France y compris Mayotte

Source : Insee, estimations de population (résultats provisoires arrêtés à fin 2015).

Dans le scénario central des projections démographiques de l'INSEE, la part des 80 ans et plus dans la population devrait augmenter d'environ 22% entre 2025 et 2030 et d'environ 17% entre 2030 et 2035 avec l'arrivée des classes d'âge nombreuses du baby-boom (figure 1.1). L'augmentation devrait se poursuivre jusqu'à 2070 mais à un rythme moins soutenu.

**Figure 1.1 – Accroissement de la population des 60 ans et plus et des 80 ans et plus par période quinquennale**



Source : Insee, 2016, Projections de population 2013-2070 pour la France Insee Résultats – n° 187

## **II) EFFECTIFS DE PERSONNES AGEES CONCERNEES PAR LA PERTE D'AUTONOMIE ET CARACTERISTIQUES**

### **A) Définition**

Il existe différentes échelles pour évaluer la situation des personnes et le nombre de personnes en perte d'autonomie est régulièrement évalué à partir des enquêtes de la statistique publique, souvent en retenant plusieurs définitions car aucune ne s'impose (cf. *Annexe 2 et 3*).

On se référera pour la suite du rapport à l'échelle AGGIR : les personnes en perte d'autonomie sont classées en GIR 4 à 1 par les équipes départementales APA.

### **B) La situation actuelle**

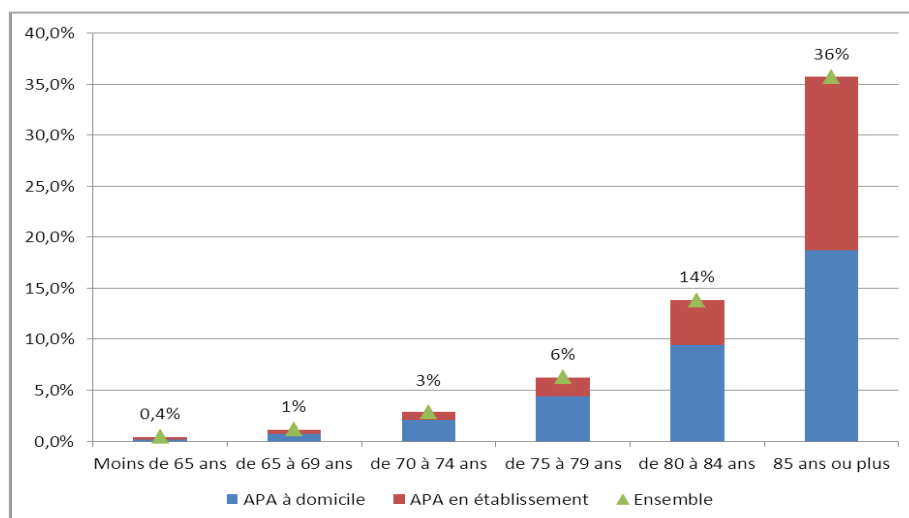
Se référer aux allocataires de l'APA conduit à sous-estimer l'effectif de personnes en perte d'autonomie: il y probablement du non-recours à l'APA (voir *chapitre 2*), des personnes dont la situation n'est pas évaluée et qui seraient alors classées si elles l'étaient en GIR 1 à 4.

#### **1) Si la part des personnes en perte d'autonomie au sens de l'APA croit fortement avec l'âge, la perte d'autonomie reste minoritaire dans la population des personnes âgées**

Fin 2014, 1,25 millions de personnes sont allocataires de l'APA, soit 7,5% des personnes de plus de 60 ans (et 1,8% de la population totale). Près de 60 % des bénéficiaires de l'APA ont

85 ans et plus, 21 % entre 80 et 84 ans. Le taux de dépendance au sens de l'APA<sup>1</sup> augmente avec l'âge pour atteindre 14 % de la population des 80-84 ans et 36 % des 85 ans et plus.

**Figure 1.2. Taux de dépendance au sens de l'APA par âge quinquennal, en 2014**



Source : Drees et Insee, calcul SG HCFEA

## 2) Les allocataires de l'APA à domicile sont moins âgés et ont une perte d'autonomie moins importante que ceux vivant en établissement

59% de l'ensemble des allocataires de l'APA vivent à domicile<sup>2</sup>.

**Tableau 1.2. Répartition des allocataires de l'APA par GIR selon leur lieu de vie (au 31 décembre 2014)**

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5-6	GIR 1 à 6	Effectifs GIR 1 à 4
Répartition							
Domicile	2%	17%	22%	59%	0%	100%	721 000
Etablissement sous dotation globale	20%	39%	18%	22%	1%	100%	320 000
Etablissement hors dotation globale	14%	46%	16%	24%	0%	100%	178 000
Effectifs							
Domicile	17 000	119 000	159 000	426 000	-	720 998	
Etablissement sous dotation globale	65 000	124 000	58 000	72 000	2 000	320 000	
Etablissement hors dotation globale	25 000	81 000	30 000	42 000	300	177 733	
<b>Ensemble</b>	<b>107 000</b>	<b>325 000</b>	<b>247 000</b>	<b>540 000</b>	<b>2 000</b>	<b>-</b>	<b>1 219 000</b>

Source : Drees - Enquête annuelle « Aide sociale » 2014

Nota : ces pourcentages et effectifs sont calculés à partir de données partielles, les renseignements n'étant pas disponibles pour tous les départements.

<sup>1</sup> Pour une tranche d'âge donnée, rapport entre la population en perte d'autonomie au sens de l'Allocation Personnalisée d'autonomie (GIR 1 à 4) et la population totale de cette tranche d'âge.

<sup>2</sup> Les dépenses d'APA à domicile des départements s'élèvent à 3,3 Mds€ pour l'année 2014, soit environ 60 % du total des dépenses APA des départements.

Près de sept allocataires à domicile sont des femmes, soit une proportion proche de celle observée en établissement, qui a peu varié dans le temps. En revanche, les bénéficiaires de l'APA à domicile sont moins âgés et ont une perte d'autonomie moins importante que ceux vivant en établissement. Ces deux aspects sont liés : les personnes âgées avec une perte d'autonomie importante, classées en groupes iso-ressources GIR 1 ou 2, sont très majoritairement âgés de 85 ans et plus.

La population des allocataires APA à domicile a vieilli de six mois par rapport à 2007 : la moitié des bénéficiaires de 2011 sont âgés de plus de 84 ans et 6 mois.

**Tableau 1.3. Répartition par âge et lieu de vie des bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2015**

	Moins de 65 ans	de 65 à 69 ans	de 70 à 74 ans	de 75 à 79 ans	de 80 à 84 ans	85 ans ou plus	TOTAL
APA à domicile*	2%	5%	7%	13%	23%	51%	100%
APA en établissement**	2%	3%	4%	7%	16%	68%	100%
<b>APA ensemble</b>	<b>1%</b>	<b>4%</b>	<b>6%</b>	<b>11%</b>	<b>21%</b>	<b>58%</b>	<b>100%</b>

\* Sur la base de 87 départements ayant renseigné la répartition par âge.

\*\* Sur la base de 84 départements ayant renseigné la répartition par âge.

Etablissements hors dotation globale

Sources : Drees, Enquête Aide sociale 2015 ;

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte)

**Tableau 1.4. Répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile par GIR et par tranche d'âge, en décembre 2015\***

Âge	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Moins de 65 ans	1%	1%	1%	2%
de 65 à 69 ans	3%	4%	4%	6%
de 70 à 74 ans	6%	7%	6%	8%
de 75 à 79 ans	12%	13%	12%	14%
de 80 à 84 ans	22%	21%	22%	24%
85 ans et plus	56%	54%	55%	46%
Total	100%	100%	100%	100%

\* Sur la base de 85 départements ayant renseigné la répartition par âge.

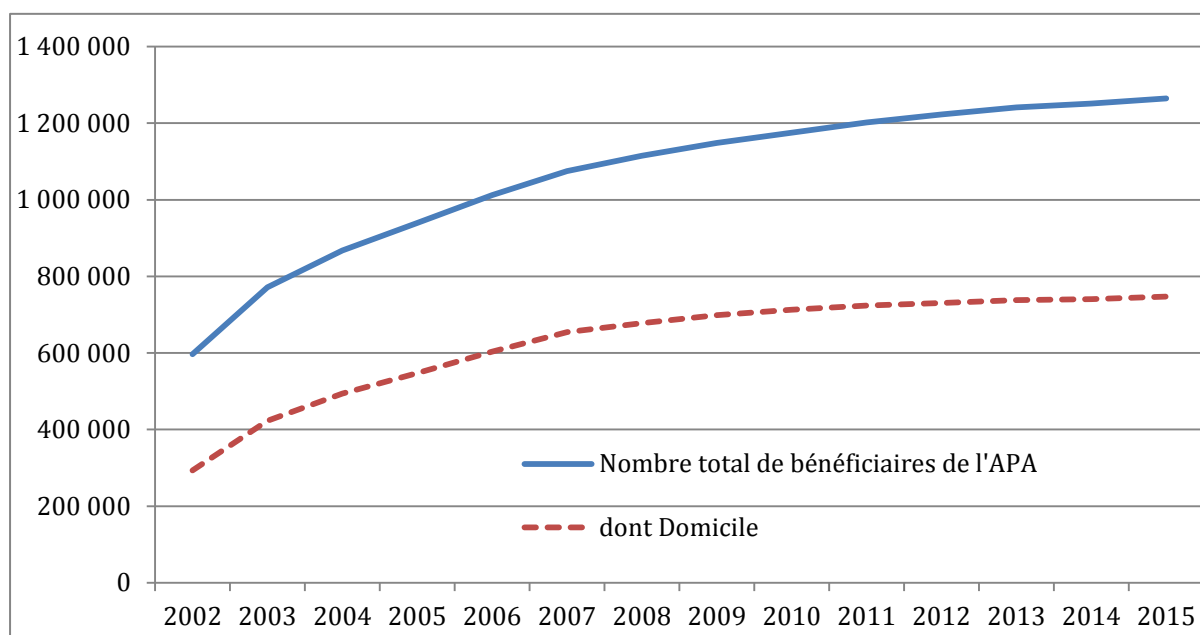
Sources : Drees, enquête aide sociale 2015.

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte)



La croissance du nombre d'allocataires de l'APA sur moyenne période provient en grande partie de celles des bénéficiaires à domicile, notamment sur la période jusqu'à 2008 (cf. figure 1.3). Depuis fin 2009, le taux de croissance du nombre de bénéficiaires de l'APA est plus faible à domicile qu'en établissement.

**Figure 1.3 - Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA entre 2002 et 2015 (au 31 décembre de l'année)**



Source : DREES, enquête annuelle « aide sociale » (y compris procédures d'urgence)

Champ : France hors Mayotte

### 3) Flux et âge d'entrée dans l'APA, durée moyenne de bénéfice de l'allocation

#### a) L'entrée en APA

La probabilité d'entrer en APA augmente avec l'âge, notamment à partir de 85-90 ans.

Elle n'est guère différente entre femmes et hommes, sauf à partir d'environ 90 ans où l'entrée dans l'APA devient nettement plus fréquente pour les femmes.

On constate en revanche des écarts importants selon le revenu, les personnes ayant les revenus les plus faibles ayant une probabilité beaucoup plus forte d'entrée dans l'APA<sup>3</sup>. Deux phénomènes jouent dans le même sens : la moins bonne santé des personnes les plus modestes et le moindre recours à l'APA des plus aisés (du fait du ticket modérateur).

<sup>3</sup> Fontaine (2012) , "The effect of public subsidies for formal care on the care provision for disabled elderly people", *Economie Publique* 28-29:271-304

Voir aussi Ouss I., Debauche E., Roy D., 2014, « Modélisation des parcours dans la dépendance : combien de temps bénéficie-t-on de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie? », Séminaire scientifique du Forum retraite, Caisse des Dépôts et consignations.

## b) Age moyen à l'entrée dans l'APA

En 2007, à l'ouverture de leurs droits, les bénéficiaires de l'APA avaient en moyenne 83 ans<sup>4</sup>.

## c) Durée moyenne en APA

La durée moyenne en APA est estimée par la DREES à 4 ans fin 2007. Des travaux sont en cours pour réévaluer ces durées moyennes.

Les femmes perçoivent l'APA pendant une durée plus longue que les hommes. La durée de perception baisse avec l'âge d'entrée et le niveau de GIR (ceux qui entrent avec une perte d'autonomie importante restent moins longtemps dans l'APA).

Fin 2007, les bénéficiaires ayant des droits ouverts depuis moins de cinq ans représentent 89% de l'effectif de l'APA<sup>5</sup>. Mais une minorité d'allocataires a des durées importantes de bénéfice de la prestation, ce qui les soumet à de fortes contraintes financières<sup>6</sup>. La part des personnes ayant une ancienneté supérieure à cinq ans est plus importante parmi les bénéficiaires de l'APA en 2011 : 26 % contre 11 % en 2007 (tableau 1.5). L'APA ayant été créée en 2002, les bénéficiaires en 2007 ne pouvaient en avoir bénéficié que pendant six ans au maximum.

Le décès est le principal motif de la fermeture des droits à l'APA : 90 % des cas.

---

<sup>4</sup> Debout Cl., (2010), « La durée de perception de l'APA : 4 ans en moyenne », *Etudes et résultats*, DREES, n°724 (avril 2010).

<sup>5</sup> Bérardier M., (2014), « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011 », *Etudes et résultats*, DREES, n°876.

<sup>6</sup> L'ancienneté moyenne dans l'APA diffère de la durée moyenne en APA. Les personnes restant longtemps en APA sont surreprésentées dans le stock de bénéficiaires à un moment donné (celles qui décèdent rapidement après leur entrée ont déjà quitté le dispositif au moment où on mesure le stock de bénéficiaires). Par ailleurs, compte tenu de la création de l'APA en 2002, aucun bénéficiaire n'a plus de six ans d'ancienneté au 31 décembre 2007 alors qu'il est possible qu'il y ait des durées plus longues si on pouvait observer les parcours après cette date. Compte tenu de ces deux éléments, les estimations de durée moyennes dans l'APA mobilisent des méthodes méthodologiquement complexes, dont les résultats peuvent varier selon les hypothèses retenues. Des travaux sont en cours à la DREES pour ré-estimer les durées dans l'APA avec les données 2011 et 2007, reprenant les premiers travaux de Debout (2010) sur données 2007 ; ils pourraient conduire à modifier sensiblement les estimations.

Debout Clotilde, (2010), « Durée de perception de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) », *Document de travail de la DREES*, Série Sources et Méthodes.

**Tableau 1.5. Ancienneté dans l'APA à la fin 2007 et à la fin 2011 : répartition et part des groupes iso-ressources 1-2**

Ancienneté dans l'APA	Répartition		Part des GIR 1-2	
	2007	2011	2007	2011
Moins d'un an	26	22	16	16
1-2 ans	21	18	18	18
2-3 ans	19	14	23	18
3-4 ans	13	11	24	20
4-5 ans	10	9	25	21
5-6 ans	11	8	30	23
6-7 ans		6		24
7-8 ans		4		26
8-9 ans		3		29
9-10 ans		5		31
<b>Ensemble</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>20</b>

Lecture : Les bénéficiaires ayant des droits ouverts à l'APA depuis moins d'un an au 31 décembre 2011 représentent 22 % des bénéficiaires de l'APA. Parmi eux, 16 % sont des bénéficiaires évalués en GIR 1 ou 2.

Champ : France métropolitaine, bénéficiaires de l'APA à domicile en fin d'année

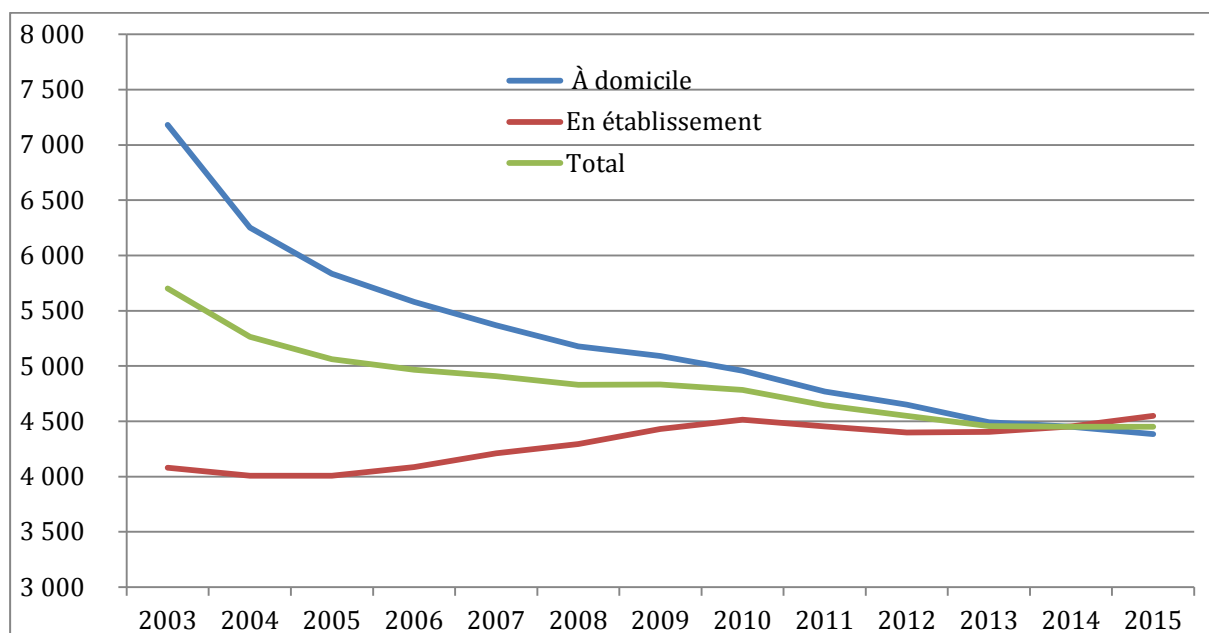
Sources : DREES - Données individuelles APA de 2006-2007 et données individuelles APA et ASH de 2011.

#### 4) Evolution de la dépense annuelle moyenne d'APA par bénéficiaire depuis 2003

La dépense d'APA à domicile à la charge du département a baissé sur la période. Elle s'établit en moyenne à 4384€ annuels par bénéficiaire en 2015 contre 4958€ annuels en 2010. Cette diminution peut s'expliquer par une diminution des plans d'aide notifiés, hypothèse que l'on ne peut valider faute de données sur cette période. Sur la période 2003-2011, période pour laquelle on dispose d'information, les montants des plans d'aide moyens sont restés stables<sup>7</sup>. Plusieurs autres raisons peuvent néanmoins expliquer cette diminution du montant moyen d'APA par bénéficiaire. Une première explication renvoie à l'évolution à la hausse des ressources des bénéficiaires de l'APA qui implique une augmentation de leur participation financière à plan d'aide notifié donné. Une augmentation de la sous-consommation des plans d'aide notifié, par exemple causée par l'augmentation des prix facturés par les services d'aide à domicile, est aussi possible. Enfin, la baisse marquée observée en début de période peut aussi s'expliquer par la modification de la structure des bénéficiaires de l'APA, au fil de la montée en charge de la prestation. La part des bénéficiaires en GIR1 et 2, bénéficiant d'une APA plus élevée, a baissé sur la période. Elle est passée de 26 % en 2002 à 21 % en 2007, la part des GIR4 augmentant de 50 % à 57 % sur la même période. Il est possible qu'un certain nombre de bénéficiaires potentiels n'aient que progressivement réalisé que la nouvelle prestation permettait une prise en charge des « dépendances modérées » (GIR 4).

<sup>7</sup> Les informations sur les montants moyens des plans d'aide et les parts payées par le bénéficiaire ou le département sont issues de statistiques trimestrielles disponibles jusqu'en 2011, l'enquête a été interrompue à cette date.

**Figure 1.4. Evolution de la dépense annuelle moyenne d'APA par bénéficiaire entre 2003 et 2015 (en euros 2015)**



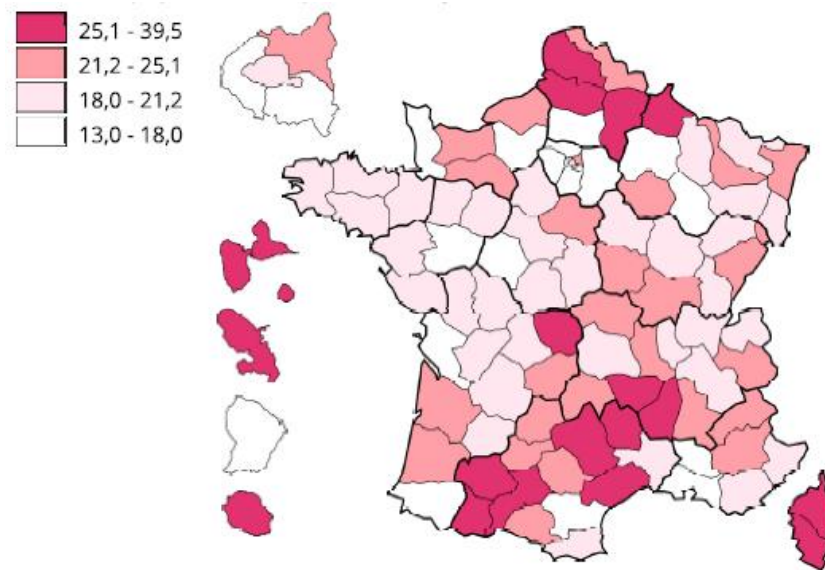
Source : DREES, enquête Aides sociales 2003 à 2015  
Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte)

## 5) Répartition géographique - Poids des allocataires de l'APA par département

La part des bénéficiaires de l'APA parmi les personnes de 75 ans ou plus est de 21 % en France en moyenne (hors Mayotte). Cette part varie fortement selon les départements : de moins de 18% à plus de 35% (figure 1.5).

Au sein des bénéficiaires de l'APA, la variation du lieu de vie par département est aussi importante. Le taux de bénéficiaires est de 12 % en moyenne pour l'APA à domicile et de 8% en moyenne pour l'APA en établissement (figure 1.6).

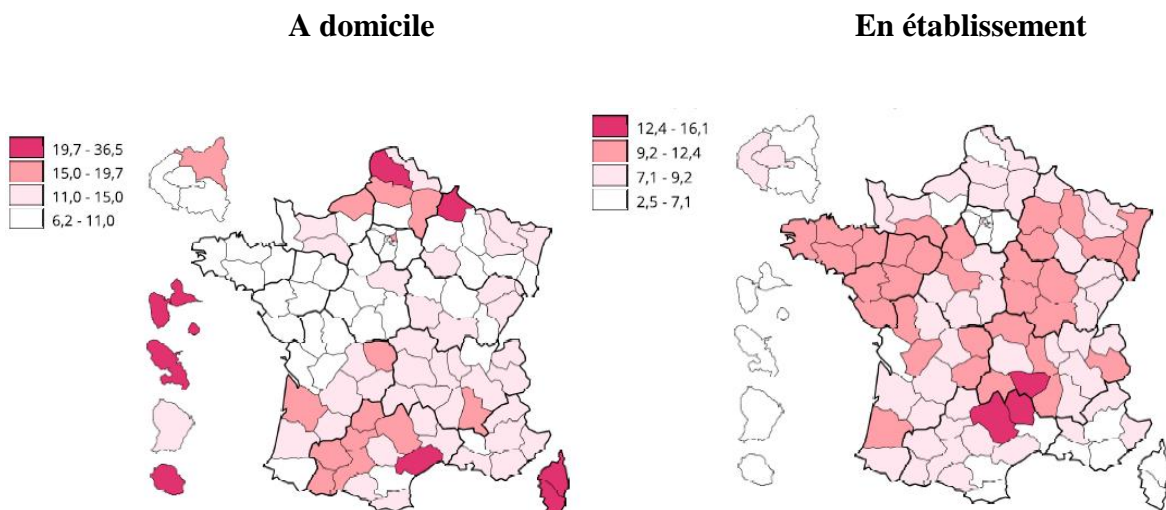
**Figure 1.5. Taux de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), en décembre 2013 (en % de la population des 75 ans et plus)**



Champ : France, hors Mayotte

Source : Drees, enquête Bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31 décembre 2013 ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2014, issu de MD. Minne, I. Leroux, 2016, « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les départements », Insee Focus – No 71

**Figure 1.6. Taux de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en décembre 2013 (en % de la population des 75 ans et plus), selon le lieu de vie**



Champ : France, hors Mayotte

Source : Drees, enquête Bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31 décembre 2013 ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2014, issu de MD. Minne, I. Leroux, 2016, « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les départements », Insee Focus – No 71

Une partie importante de la variabilité de la part des bénéficiaires de l'APA par département (60 %) s'explique par les caractéristiques sociodémographiques des habitants<sup>8</sup> et une part moindre (6 %) par les indicateurs de la politique propre au département (taux d'équipement en EHPAD, revenu fiscal par habitant, importance de l'aide sociale départementale). Il reste qu'une fois prises en compte les caractéristiques sociodémographiques, les disparités de part de bénéficiaires de l'APA restent fortes. Au total, une part non négligeable des écarts entre départements ne sont pas expliqués, et résultent d'éléments plus discrétionnaires.

Il serait intéressant de reconduire ce type de travaux sur données récentes afin d'introduire d'autres dimensions observées telles que l'état de santé et d'analyser dans quelle mesure la part inexpliquée peut avoir évolué sur la période<sup>9</sup>.

### **C) Les projections du nombre de personnes en perte d'autonomie au sens de l'APA**

Selon les projections de la Drees<sup>10</sup>, les effectifs de personnes âgées en perte d'autonomie au sens de l'APA (GIR 1 à 4) seraient de l'ordre de 2 millions à l'horizon 2040 et de 2,4 millions en 2060 dans le scénario intermédiaire (dont 1,45 million à domicile).

Cette projection du nombre de bénéficiaires de l'APA prend en compte deux facteurs : le nombre de personnes âgées dans la population d'une part (composante démographique), dont on a vu plus haut qu'elle serait dynamique sur la période, et la proportion de personnes âgées qui bénéficient de l'APA d'autre part (composante liée à la dépendance).

Pour cette seconde composante, trois scénarios sont proposés dans lesquels le nombre de personnes en perte d'autonomie importante (GIR 1 et 2) évoluerait de la même manière : les écarts entre les différents scénarios (« bas », « intermédiaire » et « haut ») portent uniquement sur l'évolution de perte d'autonomie « modérée » (GIR 3 et 4), pour laquelle il y a davantage d'incertitude<sup>1112</sup>.

---

<sup>8</sup> D'après la Drees, en 2003, 60 % des écarts dans le nombre de bénéficiaires de l'APA s'expliquent par la structure sociodémographique des départements : part de la population rurale, part des personnes âgées à faibles ressources (minimum vieillesse), part des ouvriers dans la population active, part des agriculteurs dans la population active, espérance de vie des femmes et des hommes ; la part des personnes vivant seules ne semble pas jouer dans les différences départementales (F. Jeger, 2005, « L'allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003 », Études et résultats, Drees, n° 372)

<sup>9</sup> Un travail de ce type est en cours à la Drees et devrait être disponible prochainement. Il s'agit d'expliquer le nombre de bénéficiaires de l'APA au niveau départemental à partir de l'enquête Vie Quotidienne et Santé (représentative au niveau départemental) par différentes variables sociodémographiques dont certaines liées à l'état de santé (variable moins bien cernée dans le travail de 2003), aux limitations fonctionnelles et aux restrictions d'activité. Ces dernières sont définies de manière précise dans l'enquête VQS et devraient expliquer une partie de la variabilité dans les GIR et donc dans le bénéfice de l'APA.

<sup>10</sup> R. Roussel, (2017), « Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 », Études et Résultats, Drees, n°1032 et Haut Conseil du financement de la protection sociale, 2017, Rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale, juin.

<sup>11</sup> Concernant le compte de la dépendance, ces projections conservent les mêmes trois scénarios (« bas », « intermédiaire », « haut ») d'évolution des populations en GIR 1 à 4 que dans les exercices précédents (voir Roussel R. et Zaidman C., (2014), « Les projections de dépenses en faveur des personnes âgées dépendantes à l'horizon 2060 », DREES, *Dossiers Solidarité et Santé*, n°50).

La population en perte d'autonomie à l'horizon 2060 varierait, selon ces hypothèses, entre 2,0 million (scénario bas) et 2,9 millions (scénario haut).

Le taux d'allocataires à domicile varie peu suivant les scénarios : il s'établit à 63,9% dans le scénario haut, à 61,9% dans le scénario intermédiaire et à 58,5% dans le scénario bas (à l'horizon 2060), contre 61% en 2014.

**Tableau 1.6. Evolution des populations en perte d'autonomie selon les scénarios**

Démographie	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
Population totale (millions)	66,1	66,4	67,8	69,1	70,3	71,4	72,5	73,3	74,0	74,6	75,2
dont plus de 60 ans	15,9	16,3	17,8	19,3	20,8	22,2	22,9	23,7	24,3	24,7	25,1
Pop. Dépendante (sc. central intermédiaire)	1 253	1 275	1 387	1 479	1 592	1 777	1 984	2 136	2 245	2 351	2 447
dont GIR 1-2 (milliers)	438	445	481	507	533	583	648	701	736	768	800
dont GIR 3-4 (milliers)	815	830	906	972	1 058	1 194	1 336	1 435	1 509	1 583	1 647
Pop. Dépendante (variante haute)	1 271	1 299	1 437	1 560	1 711	1 944	2 202	2 403	2 563	2 722	2 869
dont GIR 1-2 (milliers)	438	445	481	507	533	583	648	701	736	768	800
dont GIR 3-4 (milliers)	833	853	955	1 053	1 177	1 361	1 554	1 702	1 827	1 954	2 069
Pop. Dépendante (variante basse)	1 225	1 240	1 314	1 365	1 430	1 557	1 704	1 801	1 857	1 911	1 957
dont GIR 1-2 (milliers)	438	445	481	507	533	583	648	701	736	768	800
dont GIR 3-4 (milliers)	788	795	833	858	897	974	1 056	1 100	1 121	1 143	1 157
Résidents en institution (GIR 1-4, milliers)											
sc. haut	494	503	552	593	641	719	809	881	934	987	1 036
sc. inter	489	498	540	573	612	678	756	815	856	896	933
sc. bas	482	489	522	545	572	624	687	733	761	788	812

Sources : INSEE, DREES.

<sup>12</sup> Une étude récente de la Drees, en comparant les enquêtes HSM 2008 et Care 2015, fait état d'une stabilité de la prévalence de la perte d'autonomie pour les individus âgés de 60 à 74 ans entre 2008 et 2015. Parmi les 75 ans et plus, les auteurs observent une tendance à la baisse même si l'ampleur des évolutions diffère selon les indicateurs examinés. « Ainsi, entre 2008 et 2015, la prévalence de la dépendance selon l'indicateur de Katz (cf. annexe 2 pour la définition des différents indicateurs) a ainsi diminué de 2,9 points de pourcentage pour les femmes. Elle a même fléchi de 3,4 points pour les hommes. Les évolutions selon l'indicateur de Colvez sont plus contrastées : la dépendance baisse pour les hommes (-1,1 point, écart non significatif) mais augmente pour les femmes (+0,6 point, écart non significatif). Enfin selon le GIR estimé (cf. annexe 3), la prévalence de la dépendance diminue là encore globalement mais de façon non significative : la baisse est plus marquée pour les hommes (-2,8 points) que pour les femmes (-1,8 point). Les évolutions des niveaux sévères de dépendance sont à la fois moins marquées et de nouveau plus contrastées entre femmes et hommes : la prévalence de la dépendance sévère augmente chez ces premières (+0,2 point, non significatif au seuil de 5 %) tandis qu'elle décline assez nettement chez les seconds (-1,5 point, non significatif au seuil de 5 %) ». Brunel M., Carrère A., (2017), « Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête CARE « ménages », Etudes et Résultats, Drees, n° 1029.

## ANNEXE 1 – SYSTEME D’INFORMATION DE LA DREES SUR LA PERTE D’AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES <sup>13</sup>

Sur le champ des personnes âgées, quatre grandes catégories d’enquêtes ou de remontées de données sont disponibles

### 1. Des enquêtes auprès des établissements et des services

La Drees gère le fichier des établissements sanitaires et sociaux (FINESS). Mis à jour par les ARS, ce répertoire renseigne sur le type d’établissement et de service ainsi que sur ses capacités d’accueil. Il sert de base de sondage pour le lancement d’enquêtes plus spécifiques.

Sur le champ de la dépendance, la Drees dispose d’une enquête auprès des établissements d’hébergement pour personnes âgées, dite enquête EHPA. Cette enquête recueille des informations sur l’activité des établissements médico-sociaux accueillant les personnes âgées, ainsi que sur le personnel qui y travaille et les personnes âgées qui y résident. Elle apporte ainsi de nombreux éléments d’analyse sur les caractéristiques et les moyens de ces établissements (effectifs, caractéristiques et qualifications des personnels, âge et niveau de dépendance des résidents, etc.), et comporte des questions sur le bâti (confort, accessibilité, sécurité) ainsi que sur la pathologie et la morbidité des résidents.

Cette enquête a été lancée pour la première fois en 1985 et portait alors sur l’exercice 1984. Jusqu’en 1996, elle a été réalisée tous les deux ans et un exercice sur deux, elle comportait un volet décrivant la clientèle. Depuis 1996, elle est réalisée tous les quatre ans et comporte systématiquement un volet clientèle. La dernière enquête réalisée porte sur l’année 2015.

Cette enquête est exhaustive – au taux de réponse près – sur son champ; elle concerne 10 500 structures. Elle couvre l’ensemble des établissements médico-sociaux qui hébergent des personnes âgées en France métropolitaine et dans les départements d’outre-mer (DOM). Depuis 2003, elle intègre également des établissements de santé comme les unités de soins de longue durée (USLD).

En 2009 la Drees a également réalisé une enquête auprès des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Cette enquête visait à rendre compte de l’activité et des caractéristiques des services, du personnel intervenant, de la nature des interventions et des caractéristiques des bénéficiaires.

---

<sup>13</sup> Cette annexe est un extrait de D. Roy (2017), « Les statistiques publiques sur le handicap et la dépendance : quelles avancées depuis 2011?, note Drees, DREES-BHD N°47/2017 N°47/2017, note préparatoire à la session du 4 octobre 2017 de la formation "services publics, services aux publics" du CNIS ». La note complète est disponible sur le site du CNIS à l’adresse suivante : [https://www.cnis.fr/wp-content/uploads/2017/08/DPR\\_2017\\_2eReunion\\_SERPU\\_Note-Enquetes-DREES.pdf](https://www.cnis.fr/wp-content/uploads/2017/08/DPR_2017_2eReunion_SERPU_Note-Enquetes-DREES.pdf)



## **2. Le suivi des bénéficiaires de prestations via des données administratives**

### ***2.1. Les remontées individuelles sur l'APA et l'ASH***

Afin d'affiner la connaissance des bénéficiaires de l'APA et de leurs caractéristiques, la DREES avait mis en place en 2008 et 2009, en partenariat avec 34 conseils généraux, un recueil de données administratives individuelles sur la situation des bénéficiaires de l'APA. Les informations collectées couvrent tous les bénéficiaires de l'APA ayant eu des droits ouverts à l'APA entre le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et le 31 décembre 2007. Des données anonymisées concernent plus de 500 000 personnes âgées bénéficiaires de l'APA à domicile ou en établissement. Elles permettent d'étudier le profil des bénéficiaires, leur prise en charge via l'allocation mais aussi leur parcours au sein du dispositif de l'APA.

En 2012-2013, la DREES a renouvelé l'opération de remontées individuelles sur les bénéficiaires de l'APA et de l'ASH avec le soutien de la CNSA et de l'ADF. 66 conseils généraux ont participé à l'opération. Les informations recueillies portent sur tous les bénéficiaires ayant eu des droits ouverts à l'APA ou à l'ASH entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2011. Ces données rassemblent plus de 850 000 personnes âgées bénéficiaires de l'APA vivant à domicile ou en établissement. Elles permettent de connaître leur profil, le montant de l'allocation pris en charge par le département et celui restant à leur charge, leurs parcours à partir du moment où elles perçoivent l'APA (évolution du niveau de dépendance ou changement de lieu de vie). Le recueil relatif à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) est le premier de grande ampleur et a permis une première description statistique de la population couverte par cette aide.

### ***2.2. La loi ASV et ses décrets : relance de l'enquête APA Trimestrielle et inscription dans la loi des futures remontées d'information***

L'article 74 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV) du 28 décembre 2015 inscrit dans la loi plusieurs remontées de données. La DREES et la DGCS ont travaillé ensemble en 2016 et 2017 à l'écriture de deux décrets d'application de cet article.

Le premier a été publié en mars 2017<sup>14</sup>. Il transforme en décret l'arrêté prévoyant la relance d'une enquête trimestrielle sur l'APA<sup>15</sup>, afin de suivre la montée en charge de la réforme de l'allocation portée par la loi ASV. Cette enquête trimestrielle a débuté en janvier 2016. La collecte des données d'un trimestre donné avait initialement lieu durant le trimestre suivant, mais le délai a été allongé d'un trimestre en raison des difficultés rencontrées par les départements pour avoir des données complètes et fiables sur les paiements moins de 3 mois après la date du service fait.

---

<sup>14</sup> [Décret n° 2017-344 du 16 mars 2017](#) relatif aux transmissions de données sur l'allocation personnalisée d'autonomie et l'aide sociale à l'hébergement

<sup>15</sup> Les enquêtes trimestrielles ont été interrompues en 2011.

Ce premier décret prévoit également de réaliser des opérations régulières de remontées de données individuelles sur les bénéficiaires, sur le modèle des « RI APA/ASH » de 2011, mais en constituant un panel (cf point 2.3.).

À cette fin, la loi ASV prévoit que le NIR soit collecté par les départements pour servir d'identifiant aux données sur les demandeurs et bénéficiaires de l'APA et de l'ASH<sup>16</sup>.

Le deuxième décret<sup>17</sup> d'application de l'article 74 est donc paru en mai 2017 : il autorise les conseils départementaux à collecter le NIR des personnes faisant une demande d'APA ou d'ASH (le flux des bénéficiaires) et leur impose de l'avoir collecté et vérifié pour tous les bénéficiaires (le stock) avant le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Tous les éléments seront alors en place pour constituer un panel dont le premier point serait les « remontées individuelles APA/ASH 2018 ».

### ***2.3. Les "Remontées individuelles APA-ASH 2018" et l'ÉNÉAS***

Le premier décret d'application de l'article 74 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) prévoit que soit réalisée, en 2018, une opération de remontées de données individuelles sur les bénéficiaires de l'APA. Elle s'appuiera sur l'expérience des précédentes opérations du même type (portant sur 2007 et 2011). Les données recueillies concerneront l'APA et l'ASH, et porteront sur les personnes ayant eu un droit à l'une de ces prestations ouvert au moins un jour au cours de l'année 2017, ou ayant fait l'objet d'une évaluation pour l'obtenir.

Un troisième décret, dans la suite des deux décrets d'application de l'article 74 de la loi ASV, sera présenté en 2018 à la CNIL puis au Conseil d'État, afin d'autoriser la mise en place d'un échantillon longitudinal de bénéficiaires APA-ASH pour une première collecte en 2020 ou 2022 : le panel ÉNÉAS (Échantillon National d'Études sur l'Autonomie et l'hébergement des Seniors).

La connaissance des parcours des bénéficiaires dans les prestations sera enrichie grâce à des appariements : suivi de la mortalité (RNIPP), connaissance des allocations logements (si un appariement avec les données de la CNAF est possible), dépenses de soins (si un appariement avec les données du SNDS est possible).

---

<sup>16</sup> Répondant ainsi au troisième avis émis par le CNIS en 2012, qui exprimait le souhait d'un identifiant commun aux données administratives sur la dépendance.

<sup>17</sup> [Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017](#) autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement

### 3. Des enquêtes en population générale auprès des personnes : de « HSM à « Care »

D'une portée plus générale que les dispositifs décrits précédemment, les enquêtes en population générale permettent d'une part de s'affranchir des définitions portées par les dispositifs publics (la grille AGGIR dans le cas de la prise en charge de la dépendance par l'APA) et, d'autre part, de décrire l'ensemble de la population, y compris les personnes qui n'auraient pas recours aux prestations. Elles fournissent ainsi des données de cadrage sur le handicap et la dépendance pour l'ensemble de la population française, et permettent, par le biais d'un questionnement détaillé, de connaître les conditions de vie des personnes dépendante et de décrire leur entourage familial.

L'enquête « Handicap, incapacités, dépendance » est la première enquête en France (HID, 1998-2000, réalisée par l'Insee). Elle est rééditée 10 ans plus tard par l'Insee et la Drees, sous un format un peu différent et sous le nom d'enquête « Handicap, santé » (2008-2009). Dans les deux cas, un volet « Institutions » succédait à un volet « Ménages », mais HID comportait 2 vagues distantes de 2 ans afin de réinterroger les personnes pour suivre l'évolution de leur situation, tandis que HS n'avait pas de dimension de panel. HID comportait également un volet spécifique aux prisons, pour les personnes incarcérées, qui n'a pas été renouvelé pour HSI.

La nouvelle enquête « Care » s'inscrit dans la continuité de ces deux enquêtes et poursuit trois objectifs :

- suivre l'évolution de la dépendance ;
- estimer le reste à charge lié à la dépendance et comprendre comment les familles s'organisent pour le financer ;
- mesurer l'implication de l'entourage auprès de la personne âgée.

Le dispositif « Care » comprend trois enquêtes :

- L'enquête Care-Ménages est précédée d'une courte enquête filtre sur un large échantillon de plus de 100 000 personnes, intitulée « Vie Quotidienne et Santé » (VQS, 2014)
- Care-Ménages (Care-M) porte sur les seniors vivant à domicile. Elle a eu lieu de mai à octobre 2015. Environ 15 000 seniors ont été interrogés.
- Care-Institutions (Care-I) porte sur les seniors vivant en établissements pour personnes âgées. Elle a eu lieu de septembre à décembre 2016. Environ 3 000 seniors répartis dans 700 établissements ont été interrogés.

Care-M et Care-I comprennent chacune un volet auprès des seniors et un volet auprès des proches aidants, ce qui constitue une amélioration côté institutions, par rapport à HSI.

L'une des principales innovations des enquêtes Care est leur recours important aux enrichissements des données d'enquête par des données administratives, afin d'obtenir des

données plus fiables et d'alléger la charge de réponse posant sur les ménages. Conformément au décret en Conseil d'État n° 2015-343 du 26 mars 2015, sept enrichissements sont prévus pour l'enquête Care-M. Ils sont décrits en détail dans un document de travail de la DREES<sup>18</sup> :

- un appariement avec les ressources fiscales et sociales (RFS) qui permet de disposer de données sur les ressources des ménages ;
- deux appariements avec des données sur les prestations sociales, familiales et vieillesse : celles fournies par la CNAV, celles fournies par la CCMSA – qui permettent de disposer, outre des revenus sociaux, d'une information sur le bénéfice éventuel de l'action sociale proposée par ces régimes de retraite ;
- un appariement avec les données de la CNAM-TS : données du SNIIR-AM (Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie), permettant de disposer de données de consommation médicale détaillées ;
- un appariement avec la BRPP (Base de répertoire des personnes physiques), afin de reconstituer les numéros de sécurité sociale (NIR – numéro d'inscription au répertoire) des personnes ou de les valider puis, afin de suivre la mortalité des répondants après l'enquête pendant quinze ans ;
- un enrichissement avec les données sur l'APA (Allocation personnalisée d'Autonomie) issues des conseils départementaux (CD) ;
- et, enfin, un enrichissement avec les données de la base permanente des équipements (BPE) permettant, à partir d'informations sur la localisation géographique des logements des enquêtés, d'estimer les distances d'accès à divers services.

Par rapport à VQS 2007, l'échantillonnage de VQS 2014 a été réalisé de façon à ce que l'enquête soit représentative au niveau départemental.

La comparabilité des enquêtes du dispositif avec celles de VQS 2007-HSM-HSI a été un objectif central, afin de pouvoir mesurer des évolutions dans le temps.

Enfin, on peut noter que le suivi de la mortalité, dont le CNIS avait déploré l'interruption avant les 15 ans prévus pour l'enquête HID, a été repris pour HSM. La DREES a récupéré les dernières données disponibles auprès de l'Insee et va les mettre à la disposition des chercheurs via le réseau Quetelet. Le fonctionnement du suivi de la mortalité pour les enquêtes Care-M et Care-I a été formalisé et fait désormais l'objet d'un protocole visant à le rendre pérenne pour les 15 années de suivi prévues.

---

<sup>18</sup> Carrère A., (2016), « [Les enrichissements prévus pour l'enquête CARE-Ménages - Mise en oeuvre, apports et contraintes](#) », Document de travail, Série sources et méthodes, Drees, n°56.

## **ANNEXE 2 – DIFFERENTES ECHELLES POUR EVALUER LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES**

### **La grille de Colvez**

La grille de Colvez est un indicateur de mobilité spécifiquement adapté aux personnes âgées, utilisé depuis la fin des années 1970. Elle classe les personnes en quatre groupes :

Niveau 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil ;

Niveau 2 : personnes non confinées au lit ou au fauteuil, ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillage ;

Niveau 3 : personnes ayant besoin d'aide pour sortir de leur domicile ou de l'institution où elles sont hébergées mais n'appartenant pas aux niveaux 1 et 2 ;

Niveau 4 : autres personnes.

Les niveaux 1 et 2 correspondent à une dépendance lourde, le niveau 3 à une dépendance modérée.

### **L'indicateur « EHPA »**

Il complète la grille de Colvez. On définit huit groupes EHPA :

EHPA 11 : dépendance psychique et confinée au lit ou au fauteuil

EHPA 12 : dépendance psychique et besoin d'aide pour la toilette et l'habillage

EHPA 13 : dépendance psychique et besoin d'aide pour sortir du domicile ou de l'institution

EHPA 14 : dépendance psychique et pas de dépendance physique

EHPA 21 : peu ou pas de dépendance psychique et confiné au lit ou au fauteuil

EHPA 22 : peu ou pas de dépendance psychique et besoin d'aide pour la toilette et l'habillage

EHPA 23 : peu ou pas de dépendance psychique et besoin d'aide pour sortir du domicile ou de l'institution

EHPA 24 : peu ou pas de dépendance psychique et pas de dépendance physique.

Les groupes EHPA 11, 12, 21 et 22 correspondent ainsi aux deux premiers niveaux de la grille Colvez (dépendance physique lourde).

### **L'indicateur de Katz (AVQ)**

Les activités de la vie quotidienne (AVQ<sup>19</sup>), définies par la grille de Katz, sont au nombre de six et sont les suivantes : se laver entièrement, s'habiller, aller aux toilettes et les utiliser, se déplacer du lit au fauteuil (déplacements à l'intérieur du lieu de vie), contrôler ses selles et ses urines, se nourrir (manger des aliments déjà préparés). Elles se rapportent à la perte d'autonomie physique.

---

<sup>19</sup> Activities Daily Living ou ADL en anglais

Cet indicateur de Katz permet de définir 8 niveaux de dépendance :

- 1) Indépendant pour les six activités ;
- 2) Dépendant pour une seule activité ;
- 3) Dépendant pour deux activités dont la première ;
- 4) Dépendant pour trois activités dont les 2 premières ;
- 5) Dépendant pour quatre activités dont les 3 premières ;
- 6) Dépendant pour cinq activités dont les 4 premières ;
- 7) Dépendant pour les six activités ;
- 8) Dépendant pour au moins deux activités sans être classable dans les catégories précédentes.

### **Les activités instrumentales de la vie quotidienne (IAVQ)**

Les activités instrumentales (ou élémentaires) de la vie quotidienne (IAVQ), caractérisées par Lawtron, comprennent les activités qu'une personne doit pouvoir réaliser pour rester à son domicile : utiliser le téléphone ou un autre moyen de communication à distance (pouvoir alerter), faire ses courses, préparer ses repas, tenir sa maison, laver son linge, utiliser les moyens de transport (déplacements à l'extérieur du lieu de vie), prendre ses médicaments, se servir de l'argent.

### **La grille AGGIR**

Conçue au début des années 1990, la grille AGGIR (Autonomie gérontologie groupes iso-ressources) a été généralisée au plan national en 1997 lors de la création de la Prestation spécifique dépendance (PSD) et confirmée en 2001 comme instrument de référence lorsque l'APA s'y est substituée.

L'outil AGGIR permet d'évaluer la capacité ou l'incapacité des personnes âgées à effectuer les actes de la vie quotidienne en raison d'un accident, d'une maladie invalidante ou d'une polypathologie à partir d'un questionnaire qui comprend 17 variables.

Cet outil partagé par l'ensemble des acteurs institutionnels du champ de la perte d'autonomie (départements, caisses de retraite..) permet aussi de classer les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie, appelés GIR (Groupes Iso Ressources- du plus léger, le GIR 6 au plus grave, le GIR1).

Dix des variables du questionnaire AGGIR se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique. Celles-ci incluent les 6 AVQ de la grille de Katz, deux variables psychiques (cohérence et orientation) et deux variables instrumentales (se déplacer à l'extérieur, alerter). Elles sont dites « discriminantes » car huit d'entre elles sont retenues pour le calcul du GIR.

Les sept autres variables, qui concernent la perte d'autonomie domestique et sociale sont dites « illustratives » : elles viennent étayer le constat (notamment pour l'élaboration du plan d'aide APA) mais n'entrent pas dans le calcul du GIR.

Les niveaux du GIR les plus dépendants (GIR 1 à 4 sur une échelle de 1 à 6) ouvrent droit à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) mise en place début 2002.

Le **GIR 1** correspond aux personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions mentales sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le **GIR 2** comprend deux groupes de personnes âgées : celles qui sont confinées au lit ou fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.

Le **GIR 3** correspond pour l'essentiel aux personnes âgées ayant conservé leurs fonctions mentales, partiellement leur capacité à se déplacer mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles n'assument pas seules l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale.

Le **GIR 4** comprend essentiellement deux groupes de personnes : d'une part celles qui n'assument pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. La grande majorité d'entre elles s'alimente seule ; d'autre part celles qui n'ont pas de problèmes pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que les repas.

Le **GIR 5** correspond aux personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Le **GIR 6** regroupe toutes les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

### ANNEXE 3 – COMPARAISON DES EFFECTIFS DE PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE DANS LES ENQUETES ET DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES DE L'APA

On peut tirer d'une enquête des estimations du nombre de personnes en perte d'autonomie, selon différents critères.

En particulier, dans les dernières grandes enquêtes sur le handicap et la dépendance, des « pseudo-GIR » ont été reconstitués, qui simulent un « girage » par des méthodes statistiques à partir des déclarations des personnes.

On dispose ainsi de comparaisons du nombre de personnes à « pseudo-GIR 1 à 4 » et des effectifs de bénéficiaires de l'APA. La plus récente a été réalisée à partir des données de l'enquête Handicap-Santé Ménages 2008, où le « pseudo-GIR » des personnes a été reconstitué de façon conventionnelle, en utilisant deux méthodes différentes<sup>20</sup>.

Les deux conduisent à un même taux de 22%-23% d'écart entre le nombre de bénéficiaires de l'APA et le nombre de personnes classées en pseudo-GIR 1 à 4 à partir des données d'enquête<sup>21</sup>.

Une méthode du même type avait été mise en œuvre à partir de l'enquête Handicaps/Incapacités/Dépendance de 1998-1999: elle avait conduit à un taux de 20% pour l'année 1998 sur le champ de l'APA à domicile et en institution<sup>22</sup>.

L'écart ainsi calculé entre les effectifs de personnes en perte d'autonomie et le nombre de bénéficiaires de l'APA pourrait être interprété comme du non-recours (cf. chapitre 2). Or, une étude récente de la Drees<sup>23</sup> rappelle que, « de telles estimations sont en réalité très fragiles, et à prendre avec une grande prudence ». De multiples facteurs peuvent expliquer ces écarts<sup>24</sup>, et notamment :

- la précision de la méthode statistique de « pseudo-girage » (ce que révèlent les écarts les résultats des méthodes 1 et 2 pour chacun des GIR) et le fait qu'elle ne reproduit que de façon approchée l'évaluation réalisée sur le terrain par les équipes du département ;
- perception d'une autre allocation qui n'est pas cumulable à l'APA ;
- les différences de période sur lesquelles portent les deux sources et le fait qu'on ne compte pas dans les bénéficiaires de l'APA les personnes qui ne reçoivent pas d'allocation ce mois-là (par exemple parce qu'elles sont hospitalisées).

---

<sup>20</sup> Eghbal-Teherani S., MAkdessi Y., (2011), « Les estimations GIR dans les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009 », *Document de travail de la DREES*, n°26, septembre 2011.

<sup>21</sup> Avec la méthode 1, l'écart est du même ordre de grandeur entre les GIR 1-2 et les GIR 3-4 ; il varie beaucoup avec la méthode 2.

<sup>22</sup> Warin P., (2010), « Piloter la production de territoires gérontologiques », *Gérontologie et société*, n°132, p.187-198.

<sup>23</sup> Brunel M., Carrère A., (2017), *op. cit.*

<sup>24</sup> Au demeurant, il s'agit d'une comparaison de deux nombres issus de sources différentes et non de l'identification de personnes qui ne demandent pas l'APA parmi les personnes qui y sont éligibles.