

SECONDE PARTIE

Dossiers thématiques

1 / Une France vieillissante face au défi de la perte d'autonomie

Guilhem Horvath et Vincent Touzé

L'espérance de vie en France s'est inscrite dans une dynamique haussière depuis la fin du XIX^e siècle¹. Les progrès médicaux et l'amélioration des conditions de vie ont permis de réduire la mortalité à tous les âges de la vie. Aujourd'hui, chaque Français peut ainsi espérer vivre plus longtemps, y compris avec une pathologie lourde et chronique, voire dans un état général dégradé pouvant conduire à des pertes de capacité sur les plans physique et cognitif².

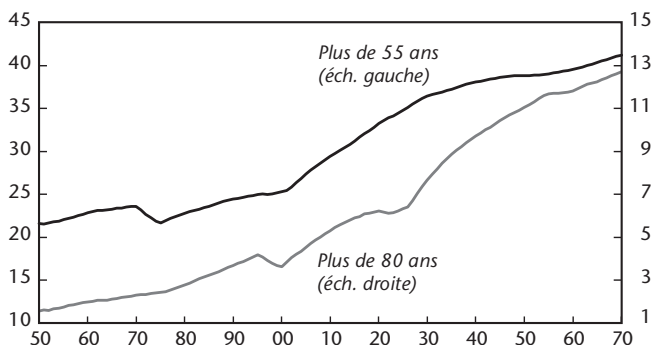
Cet allongement de la durée de la vie est également associé à une seconde tendance démographique : la forte hausse des taux de natalité après la Seconde Guerre mondiale. Ces cohortes nombreuses ont d'abord contribué au rajeunissement global de la population (babyboom et croissance régulière de la population active à partir des années 1960), puis à son vieillissement dès lors qu'elles ont massivement commencé à faire valoir leurs droits à la retraite à partir du début des années 2000. Entre 2000 et 2023, le poids des plus de 55 ans dans la population totale est ainsi passé de 25 % à 35 %, ce qui a nécessité, par anticipation, de nombreuses réformes du système de retraite dès les années 1990. À partir de 2025, ces générations vont atteindre à tour de rôle l'âge de 80 ans, un âge critique en termes de risque d'entrée en dépendance. Cette perspective démographique pose un nou-

1 En 2022, l'espérance de vie à la naissance est estimée à 82,2 ans contre 66,3 ans en 1950 (Insee).

2 En 2022, l'espérance de vie à 65 ans est estimée à 21 années, à comparer aux 11 années espérées sans incapacité (Drees).

Graphique 1. Poids des plus de 55 ans et des plus de 80 ans

En % de la population totale



Sources : calculs des auteurs d'après l'Insee (bilan démographique et scénario central des projections de population 2021-2070).

veau défi sociétal, celui de l'arrivée massive de personnes âgées en situation de perte d'autonomie. D'après les dernières projections de l'Insee, le poids démographique des plus de 80 ans devrait plus que doubler d'ici 2070, passant d'environ 6,2 à 12,7 % de la population totale.

Ce chapitre dresse un bilan de la situation française. Tout d'abord les principales pathologies liées au grand âge contribuent à la fragilité puis à un état biologique dégradé de perte d'autonomie. Il résulte de cet état le besoin d'être accompagné, ce qui induit aussi des dépenses importantes. Enfin, le système socio-fiscal français offre différents niveaux de soutien financier.

Fragilité et perte d'autonomie

Les critères établis par Fried *et al.* [2001] définissent un concept de fragilité liée à l'âge. Celle-ci est caractérisée par une vulnérabilité d'un point de vue médical et social, dont le phénotype est défini par la présence conjointe de trois ou plus des pathologies suivantes : perte de masse corporelle, sarcopénie (perte de force et de masse musculaire), fatigue, perte de performance de la marche, sédentarité, troubles de santé avec la présence fréquente de ma-

ladies chroniques (arthrite, hypertension, maladies cardiovasculaires ou pulmonaires). En France, la présence de fragilité liée à l'âge ou de multimorbidité chez les personnes de plus de 55 ans non dépendantes serait de 22 % à 25 %, une majorité d'entre elles ne présentant pas de multimorbidité (60 %) [Le Cossec *et al.*, 2016]. Cette fragilité est un état dynamique qui évoluera progressivement vers un état de dépendance liée à l'âge [Kojima, 2018].

Plusieurs pathologies peuvent accompagner la dépendance dont les altérations cognitives (en particulier la démence et la perte de mémoire), les vertiges et chutes, l'incontinence, la perte de vue et d'ouïe ou un indice de masse corporelle bas.

Des besoins sociaux, sanitaires et financiers importants

Deux grandes options s'offrent aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie : le maintien à domicile ou le transfert en établissement spécialisé. Une majorité demeurera à domicile, soit par préférence, soit en raison à des contraintes, notamment financières. Sur les 1,3 million de bénéficiaires de l'aide personnalisée d'autonomie (APA) en 2020, seuls 600 000 environ étaient en établissement.

Les déterminants du maintien à domicile sont multiples, mais un facteur est prédominant : plus la personne est dépendante, plus il devient complexe et coûteux d'adapter le domicile et d'avoir une aide humaine suffisante.

De plus, les personnes âgées dépendantes restant à leur domicile bénéficient souvent de l'intervention d'aidants « informels » (famille, proches) sur le plan moral et logistique. Cette aide informelle est fournie par approximativement 3,9 millions de français. La valeur économique de ce travail bénévole et solidaire est estimée entre 7 et 18 milliards d'euros [Libault, 2019], soit entre 0,3 % et 0,7 % de PIB.

Avec une espérance de vie moyenne des résidents de 3 ans et 4 mois (Drees, enquête EHPA 2015), les établissements spécialisés dans le grand âge sont, bien souvent, des lieux de fin de vie. Dans les cas de dépendance les plus avancés, le senior résidera dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces établissements médicaux-sociaux sont dotés d'équipements adaptés et disposent d'un personnel médical et paramédical habilité à dispenser des soins aux résidents.

Encadré 1. La population dépendante en France

La loi du 20 juillet 2001 relative à la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a défini la personne âgée dépendante comme une personne de 60 ans ou plus qui a besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou dont l'état de santé nécessite une surveillance régulière. La perte d'autonomie nécessite un accompagnement.

La création de l'APA a été associée à l'adoption d'une grille d'autonomie gériatrique et groupe iso-ressources (AGGIR) pour mesurer la gravité de la perte d'autonomie. Elle fournit une évaluation basée sur dix variables discriminantes : cohérence, orientation, toilette (se laver), habillage, alimentation, élimination, transferts (se lever, se coucher, s'asseoir), déplacements à l'intérieur du domicile, déplacements à l'extérieur, communication à distance (téléphone, alarme...). Elle permet alors un classement en six groupes iso-ressources : GIR 1 (personnes confinées au lit avec fonctions mentales gravement altérées), GIR 2 (confinées au lit ou fauteuil sans altération totale des fonctions mentales ou fonctions mentales altérées avec conservation des capacités à se déplacer), GIR 3 (conservation totale ou partielle de l'autonomie mentale et de l'autonomie locomotrice), GIR 4

(besoin d'aide pour se lever avec une capacité maintenue pour se déplacer à l'intérieur, la toilette et l'habillage ou besoin d'aide pour les activités corporelles et les repas), GIR 5 (besoin d'aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques tels la préparation des repas ou le ménage), GIR 6 (personnes autonomes pour tous les actes de la vie courante).

La population âgée en perte d'autonomie a déjà fortement augmenté au fil des années récentes : entre 2002 et 2020, la population bénéficiant de l'APA (GIR 1 à 4), la principale aide pour la perte d'autonomie, a connu une hausse de près de 120 %, passant de 0,6 à 1,3 million de personnes, sur une base estimée totale de personnes en perte d'autonomie – bénéficiant de l'APA ou non – de 2,6 millions de personnes. Dans les années à venir, cette population va croître plus vite que la population générale. D'après la Drees, elle pourrait passer de 2,6 millions à près de 3,6 millions en 2050* (tableau 1). Les défis sociaux et financiers liés à la perte d'autonomie vont donc s'accroître. Entre 2020 et 2050, le nombre de bénéficiaires potentiels de l'APA devrait augmenter de 40 %. Quant aux personnes les plus dépendantes pour lesquels un hébergement en institution spécialisée de type EHPAD est souvent requis, la Drees prévoit une hausse de 50 % en trente ans.

* En comparaison, d'après l'Insee, la population générale devrait passer de 67,6 millions en 2020 à 70 millions en 2050.

Au-delà de ces défis sociaux, la perte d'autonomie liée à l'âge présente également de nombreux défis financiers. Trois types de dépenses sont engagés au titre de la perte d'autonomie liée à l'âge : des dépenses de soin (financement du personnel soignant et des équipements médicaux), de dépendance (finan-

Tableau 1. Projection du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie

En millions

Année	Dépendance (GIR 1 à 5)	Bénéficiaires de l'APA (GIR 1 à 4)	Hébergement institutionnel (EHPAD, USLD, et EHPA)
2015	2,49	1,3	0,59
2020	2,61	1,3	0,61
2030	2,96	1,5	0,70
2040	3,42	1,8	0,87
2050	3,60	1,9	0,94

Sources : Drees, projection réalisée avec le modèle Livia.

cement des prestations d'aide et de dépendance) et d'hébergement (frais d'hôtellerie, de restauration, d'animation, frais d'adaptation du logement).

Dans le cas d'un maintien à domicile, les plans notifiés de dépenses sont d'environ 500 euros en moyenne pour une perte d'autonomie totale, largement dédiés à la dépendance. En établissement, les frais de séjour moyens s'élèvent à environ 2 400 euros, très largement dédiés aux frais d'hébergement [Boneschi et Miron de l'Espinay, 2022].

Un cadre socio-fiscal relativement généreux

Un cadre socio-fiscal permet aux Français en situation de dépendance liée à l'âge de couvrir tout ou partie des frais encourus.

Les frais de santé à domicile sont pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale et un objectif global de dépenses (OGD) « personnes âgées » couvre les dépenses en institution.

Concernant les frais de dépendance, la principale aide disponible est l'aide personnalisée d'autonomie (APA), instituée par la loi du 20 juillet 2001. Le droit à l'APA est attribué à l'issue d'une évaluation par une équipe médico-sociale du département qui s'appuie sur la grille AGGIR (voir encadré 1). Seules les personnes ayant un GIR compris entre 1 et 4 peuvent bénéficier de cette prestation. La couverture est différente dans le cas d'un maintien à domicile ou d'un transfert en établissement. À domicile, l'évaluation permet de notifier un plan d'aide personnalisé

(heures d'aide-ménagère, équipements) qui couvre la totalité des frais pour les personnes les plus modestes (assiette APA de revenus mensuels en dessous de 877 euros en 2024), puis couvre de manière dégressive jusqu'à un reste à charge de 90 % pour les plus aisés (revenu supérieur à 3 233 euros). Le montant mensuel de l'APA à domicile est plafonné : 1 955,60 euros (GIR 1), 1 581,44 euros (GIR 2), 1 143,09 euros (GIR 3) et 762,87 euros (GIR 4). Dans le cas d'un transfert en établissement, le résident doit s'acquitter du tarif³ dépendance EHPAD GIR 5-6 (moyenne d'environ 6 euros par jour), quels que soient son GIR et son niveau de revenu. L'APA offre une couverture sociale de la différence entre le tarif dépendance du GIR effectif et le tarif GIR 5-6. Le reste à charge sur cette différence va de 0 % (revenus inférieurs à 2 676,09 euros) à 80 % (revenus supérieurs à 4 117,06 euros).

Les aides informelles sont mal reconnues. La loi de décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) tend à faire un premier pas dans le sens de la reconnaissance du statut d'aidant informel, mais ces avancées sont insuffisantes, les aidants informels faisant souvent face à de l'isolement, du surmenage ou de la dépriorisation pouvant porter préjudice à leur emploi, et à des procédures administratives très complexes.

Les frais d'hébergement en institution sont globalement mal couverts par les aides publiques, avec un reste à charge élevé pour les personnes dépendantes, représentant plus de la moitié des frais totaux. Les principales aides pour couvrir le tarif « hébergement » sont l'aide sociale à l'hébergement⁴ (ASH), les aides personnalisées au logement (APL), ainsi que les allocations de logement social (ALS). Concernant l'ASH, les enfants peuvent être financièrement sollicités si leurs revenus sont suffisamment élevés (obligations alimentaires).

Pour les personnes demeurant à leur domicile, les frais engagés pour l'adaptation de leur logement peuvent être élevés. Le gouvernement a mis en place en mars 2022 un dispositif d'aides pour l'adaptation des logements privés (MaPrimeAdapt').

3 Le conseil départemental fixe chaque année pour chaque établissement habilité à l'aide sociale le tarif « dépendance » et le tarif « hébergement ». Le tarif « soins » est fixé par les agences régionales de santé (ARS).

4 L'ASH complète la capacité financière de la personne âgée tout en lui laissant au minimum 10 % de ses revenus mensuels après paiement des frais d'hébergement, et en aucun cas moins de 121 euros par mois.

Encadré 2. Évolution récente du cadre législatif

En mars 2019, le rapport Libault remis au premier ministre pointait les risques sociaux à venir dus au vieillissement de la population française et au besoin d'affronter cette réalité démographique. Ce rapport proposait 175 mesures pour un coût de 9,2 milliards d'euros à l'horizon 2030 avec les huit priorités suivantes : investir dans l'attractivité des métiers du grand âge, pouvoir choisir librement de rester à son domicile, l'amélioration de la qualité du service rendu à la personne âgée, simplifier la vie des aidants et des aidés à travers plus de coordination, faire baisser la contribution des personnes modestes, lutter contre l'isolement de la personne âgée et des aidants, augmenter l'espérance de vie en bonne santé en renforçant la prévention.

Le 7 août 2020, une ordonnance signée par le président de la République

a acté la création d'une cinquième branche de la Sécurité sociale dédiée à la perte d'autonomie, dont le pilotage et la coordination ont été confiés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Plus récemment, la loi Grand âge du 8 avril 2024 instituait de nouvelles mesures pour prévenir la perte d'autonomie et lutter contre l'isolement des personnes âgées dépendantes. Cette loi entérine notamment la création d'un guichet unique pour simplifier le parcours usager (Service public départemental de l'autonomie – SPDA), adopte des mesures de lutte contre la maltraitance (désignation d'une personne de confiance, droit de visite quotidien en EHPAD, etc.), met en place des mesures de facilitation pour les aides à domicile (carte professionnelle, aides financières pour les départements qui favorisent les déplacements des aides à domicile), supprime l'obligation alimentaire pour les petits-enfants et leurs descendants, et met en place des mesures pour une meilleure régulation des EHPAD.

Les travaux d'adaptation du logement ouvrent droit à un crédit d'impôt sur le revenu⁵ au taux de 25 %. Les dépenses d'aide à domicile, nettes de l'APA et dans la limite de 12 000 euros, ouvrent droit à un crédit d'impôt de 50 %. Les sommes réglées pour l'hébergement (nettes de l'APA perçue) donnent droit à une réduction d'impôt⁶ de 25 % avec un plafond de 10 000 euros par personne hébergée, soit une réduction d'impôt maximale de 2 500 euros par an.

5 Le crédit d'impôt bénéficie aussi à ceux qui ne paient pas d'impôt sur le revenu.

6 La réduction d'impôt permet de diminuer ou d'annuler l'impôt et ne bénéficie pas à ceux qui ne paient pas d'impôt sur le revenu.

Conclusion

Au niveau macroéconomique, et en s'appuyant sur le périmètre du compte de la dépendance de la Drees, on peut estimer les dépenses monétaires engendrées par la perte d'autonomie à environ 1,6 % du PIB en 2023. Un peu plus de 75 % de ces dépenses seraient couverts par la dépense publique et son poids dans le PIB pourrait doubler d'ici 2060 [Roussel, 2017].

Au reste à charge financier des ménages d'environ 25 % doit être ajouté un coût social correspondant à la valeur du travail bénévole des aidants familiaux (environ 30 % de la dépense totale).

Étant donné la vague annoncée du nombre de personnes en perte d'autonomie, l'État va être mis sous pression tant pour adapter son système socio-sanitaire que pour continuer à apporter un soutien financier généreux. Si la puissance publique n'est pas en capacité d'augmenter substantiellement son budget consacré à la dépendance, le reste à charge sera plus élevé et devra donc être financé *via* les revenus des individus entrés en dépendance, leur épargne, la solidarité des proches ou encore l'assurance privée.

Repères bibliographiques

-
- BONESCHI S. et MIRON DE L'ESPINAY A. [2022], « Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix – Résultats 2019 », *Les Dossiers de la Drees*, n° 99, juillet.
- FRIED L. P. et al. [2001], « Frailty in older adults : evidence for a phenotype », *Journal of Gerontology : Medical Sciences*, vol. 56, n° 3.
- KOJIMA G. [2018], « Quick & simple FRAIL scale predicts incident activities of daily living (ADL) and instrumental ADL (IADL) disabilities : a systematic review and meta-analysis », *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 19, n° 12, p. 1063-1068.
- LE COSSEC C., PERRINE A. L., BELTZER N., FUHRMAN C. et CARCAILLON-BENTATA L. [2016], « Pre-frailty and multimorbidity : prevalences and associated characteristics from two French national surveys », *Journal of Nutrition, Health and Ageing*, vol. 20, n° 8, p. 860-869.
- LIBAULT D. [2019], *Rapport de la concertation Grand âge et autonomie*, remis à la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn, 28 mars.
- ROUSSEL R. [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.