

# Sources et méthode

## Sources

### Insee :

- Les données démographiques de cette étude sont issues du recensement de la population 2015, complété par les recensements 1990, 1999 et 2010.
- Les données relatives aux revenus des personnes proviennent du Fichier localisé social et fiscal 2015.

### Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des Solidarités et de la Santé (Drees) :

- L'enquête **Vie quotidienne et santé** (VQS) porte sur les conditions de vie des personnes âgées, leur état de santé, leurs difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne et les aides qu'elles reçoivent pour surmonter ces éventuelles difficultés. À partir des réponses à l'enquête, à chaque senior (*définitions*) est attribué un score VQS décrivant son degré de perte d'autonomie. Le format court de l'enquête VQS laisse la possibilité d'un large échantillon, qui permet une représentativité départementale. C'est une enquête « filtre » qui permet de sélectionner l'échantillon d'une enquête approfondie sur la perte d'autonomie, l'enquête **Capacités, aides et ressources des seniors** (Care). C'est l'enquête de 2014 qui est utilisée dans cette étude.
- L'enquête **Care** poursuit les mêmes objectifs que l'enquête VQS mais avec un questionnaire plus complet sur la perte d'autonomie. À partir des réponses au questionnaire de Care 2015, un équivalent-GIR (*définitions*) et un score VQS sont calculés pour chaque senior. Une table de correspondance nationale entre ce score VQS et l'équivalent-GIR permet d'attribuer un équivalent-GIR à chaque personne interrogée dans VQS 2014.
- L'enquête **Établissement d'hébergement pour personnes âgées** (EHPA) est une enquête quadriennale, exhaustive, auprès des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées. Elle recueille des informations sur l'activité de ces établissements, sur le personnel qui y travaille et les personnes âgées qui y résident. Elle apporte de nombreux éléments d'analyse sur les caractéristiques de ces établissements, de leurs personnels et de leurs résidents (effectifs et professions des personnels, âge et niveau de dépendance des résidents, etc.). Elle permet notamment de collecter auprès de l'établissement le GIR attribué au senior par le médecin coordonnateur de l'établissement. C'est l'enquête de 2015 qui est utilisée dans cette étude.

### Conseil départemental de Vaucluse :

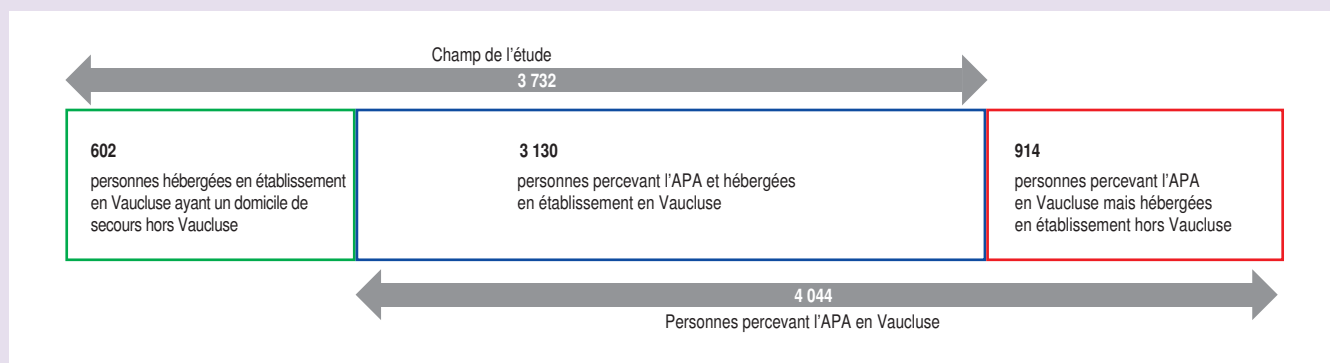
- Données sur les bénéficiaires de l'APA, droits payés, année 2015.

## Champ de l'étude

- L'étude porte, d'une part, sur les seniors en situation de perte d'autonomie résidant à domicile en Vaucluse ou dans une institution située dans le département de Vaucluse (*article «Personnes âgées en perte d'autonomie» du Dossier*) et d'autre part, sur les personnes percevant l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) de la part du Conseil départemental de Vaucluse (*article «Bénéficiaires de l'allocation personnalisée» du Dossier*).
- Le champ de l'enquête EHPA 2015 comprend les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les résidences autonomie adossées à un EHPAD ainsi que les unités de soins de longue durée (USLD). Les personnes âgées vivant hors ménage et n'étant pas en établissement au sens de l'enquête EHPA 2015 sont considérées comme étant à domicile.
- Les enquêtes Care et EHPA permettent de répartir, pour un département donné, le nombre de seniors en perte d'autonomie selon le sexe et les deux seules tranches d'âges suivantes : 60 à 74 ans et 75 ans ou plus.

Elles sont comptabilisées, comme le montre le graphique ci-dessous.

### Champ des bénéficiaires de l'APA hébergés en établissement retenu dans l'étude



- Il existe deux types d'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes : les établissements sous dotation globale et les établissements hors dotation globale (*définitions*). Pour les premiers, seul le degré de dépendance des résidents est connu. Pour les seconds, l'information sur le degré de dépendance, le sexe et l'âge des résidents est disponible. Néanmoins, la répartition par sexe et tranche d'âges (60-74 ans et 75 ans ou plus) de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA résidant en établissement, sous et hors dotation globale, a été estimée à partir de la structure des établissements de l'enquête EHPA 2015.

## Méthode

### Estimation du nombre de personnes en perte d'autonomie

Pour les personnes résidant à domicile, deux estimations de l'équivalent-GIR peuvent être réalisées à partir de l'enquête Care : une « large » incluant les personnes déclarant avoir « quelques difficultés » pour accomplir les gestes de la vie courante et une « restreinte » ne les incluant pas. Dans cette étude, l'estimation du nombre de personnes en perte d'autonomie est basée sur la définition large de Care. L'approche « restreinte » qui exclut ces cas n'ayant pas été retenue, aucune fourchette du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie n'est proposée.

### Projection de population

L'outil de projection de population utilisé est **Omphale 2017**. Cet outil mobilise, pour l'année de base 2013 et pour chaque département, la pyramide des âges (population par sexe et âge détaillé) et des quotients de décès, de fécondité et de migrations résidentielles. Il permet de simuler d'année en année l'évolution de la population jusqu'à l'horizon 2030 à partir d'hypothèses concernant l'évolution de la fécondité, des migrations et de l'espérance de vie. La conjonction de ces hypothèses forme un scénario démographique. Le **scénario central**, utilisé dans cette étude, reproduit les tendances observées sur le passé récent (fécondité stable, évolution de la mortalité parallèle à la tendance nationale, quotients migratoires stables avec les autres territoires français, solde migratoire avec l'étranger de + 70 000 par an ventilé localement). Dans ce modèle, les données projetées en 2015 diffèrent légèrement des résultats du recensement de la population de 2015.

La projection de population selon le mode de cohabitation mobilise un scénario « tendanciel », qui prolonge l'évolution des taux départementaux de modes de cohabitation de 2013 suivant un rythme proche de celui constaté au plan national.

### Projection de population en perte d'autonomie

La **projection du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie** à l'horizon 2030 repose sur le scénario central de projection de population du modèle Omphale 2017 auquel s'ajoutent des hypothèses relatives à la perte d'autonomie. L'ensemble des hypothèses détaillées ci-dessous forme le **scénario** dit « **principal** ».

Pour estimer l'évolution de la perte d'autonomie modérée, le scénario principal utilise l'**hypothèse dite « intermédiaire »** : parmi les gains d'espérance de vie à 60 ans entre 2015 et 2030, la répartition entre années sans incapacité et années avec incapacité correspond au partage observé en 2015 au sein de l'espérance de vie à 60 ans. De plus, pour l'évolution de la perte d'autonomie sévère, les gains d'espérance de vie de la population générale reportent d'autant la survenue de la perte d'autonomie sévère. Autrement dit, un senior sera en perte d'autonomie sévère les derniers mois de sa vie, peu importe l'âge qu'il aura atteint à ce moment-là. Par conséquent, si l'espérance de vie à 60 ans augmente de X années, l'espérance de vie à 60 ans sans incapacité sévère augmente du même nombre d'années.

En 2015, l'espérance de vie à 60 ans d'une femme en Vaucluse est égale à 26,9 ans dont 10,3 ans sans incapacités. Les hommes âgés de 60 ans peuvent espérer vivre encore 22,2 ans dont 10,0 ans sans incapacité. D'après l'hypothèse intermédiaire d'évolution de la perte d'autonomie modérée, entre 2015 et 2030 l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité à 60 ans des femmes serait plus faible que celle des hommes (respectivement + 0,5 an et + 0,9 an). À l'horizon 2030, une femme de 60 ans pourrait espérer vivre encore 28,3 années dont 10,8 sans incapacité. L'espérance de vie des hommes de la même classe d'âges en 2030 serait de 24,3 ans dont 10,9 ans sans incapacité.

La projection de population en **perte d'autonomie selon le lieu de résidence** (domicile ou institution) s'appuie sur l'hypothèse d'une stabilité du nombre de places en institution entre 2015 et 2030 avec une affectation des places existantes prioritairement pour les personnes âgées en perte d'autonomie sévère.

### Projection de la population des bénéficiaires de l'APA

Les projections du nombre de personnes bénéficiaires de l'APA se déduisent des projections de population âgée en perte d'autonomie. Le procédé est le suivant :

- la répartition par sexe et âge détaillé des seniors bénéficiaires de l'APA en établissement sous dotation globale (*définitions*) n'étant pas disponible, la répartition par sexe et tranche d'âges (60-74 ans et 75 ans ou plus) des seniors bénéficiaires de l'APA dans tout établissement de Vaucluse a été estimée à partir de celle issue de l'enquête EHPA 2015 ;
- un calcul des pseudo-taux de bénéficiaires de l'APA en 2015 par sexe, tranche d'âges (60-74 ans et 75 ans ou plus), niveau de perte d'autonomie (modérée, sévère) et dépendance (modérée, lourde) et par lieu de résidence (domicile, établissement) a été réalisé. Un pseudo-taux est le rapport entre le nombre de bénéficiaires de l'APA et le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie. Ces pseudo-taux, supposés demeurer constants de 2015 à 2030, ont été appliqués aux nombres de personnes âgées en perte d'autonomie pour chaque année de la période de projection de manière à en déduire le nombre de bénéficiaires de l'APA. Cette hypothèse implique que les conditions d'attribution de l'APA ne changent pas sur la période.

### Estimation et projection du nombre d'emplois lié à la prise en charge des personnes en perte d'autonomie

Les effectifs en ETP de professionnels en établissement sont issus des résultats de l'enquête EHPA 2015.

Les effectifs en ETP d'aidants professionnels à domicile sont estimés à partir du nombre d'heures hebdomadaires d'aide déclarées par les seniors dans l'enquête Care 2015.

Pour la projection d'emploi en établissement, les taux d'encadrement par degré de perte d'autonomie, par type d'établissement et par type de profession sont maintenus constants chaque année entre 2015 et 2030.

Pour la projection d'emploi à domicile, les taux d'encadrement par niveau de perte d'autonomie et par type de profession sont maintenus constants chaque année entre 2015 et 2030.

## Définitions

- Un **senior** est une personne âgée de 60 ans ou plus.
- Le **vieillessement** est l'augmentation de la part des personnes âgées dans la population.
- La **gérontocroissance** est l'augmentation du nombre de personnes âgées de la population.
- L'**espérance de vie sans incapacité à 60 ans** est le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre au-delà de 60 ans sans être en situation de perte d'autonomie.
- L'**espérance de vie sans incapacité sévère à 60 ans** est le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre au-delà de 60 ans sans être en situation de perte d'autonomie sévère.
- Les **ménages seniors** sont les ménages fiscaux dont le référent fiscal est âgé de 60 ans ou plus, vivant en ménage ordinaire. Les ménages âgés de 45 à 59 ans sont ceux dont le référent fiscal est âgé de 45 à 59 ans.
- Le **revenu disponible** d'un ménage comprend les revenus d'activité, nets des cotisations sociales, les revenus du patrimoine, les transferts en provenance d'autres ménages et les prestations sociales (y compris les pensions de retraite et les indemnités de chômage), nets des impôts directs. Les minima sociaux comprennent l'allocation de solidarité aux personnes âgées mais pas l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).
- L'**unité de consommation** (UC) est un poids attribué à chaque personne d'un ménage en fonction de sa part supposée dans la consommation du ménage : 1 UC pour le 1<sup>er</sup> adulte, 0,5 UC pour les personnes de 14 ans ou plus et 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.
- Le **niveau de vie** est le revenu disponible du ménage rapporté au nombre d'unités de consommation du ménage. Toutes les personnes du ménage, quel que soit leur âge, ont le même niveau de vie que le ménage. Le niveau de vie médian des ménages est le niveau de vie au-dessous duquel se situent la moitié des ménages.
- Le **seuil de pauvreté** est égal à 60 % du niveau de vie médian de France métropolitaine. Le **taux de pauvreté** est la part de ménages dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté.
- La **grille Autonomie gérontologique et groupe iso-ressources** est un outil standardisé national qui permet de mesurer le degré de perte d'autonomie ou de dépendance physique et/ou psychique d'une personne âgée dans l'accomplissement de ses gestes quotidiens (*figure ci-après*).

Elle s'appuie sur dix variables discriminantes permettant de repérer ce que la personne fait ou ne fait pas seule.

La grille définit des « groupes iso-ressources » (GIR) rassemblant des individus ayant des niveaux proches de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

La personne évaluée est classée dans l'un des six groupes GIR, du moins autonome GIR 1 au plus autonome GIR 6. Les GIR 1 et 2 correspondent à la perte d'autonomie sévère ou à la dépendance lourde, les GIR 3 et 4 à la perte d'autonomie modérée ou la dépendance modérée et les GIR 5 et 6 à l'absence de perte d'autonomie ou de dépendance.

Le GIR détermine l'éligibilité à l'allocation personnalisée d'autonomie ainsi que le niveau d'aide dont la personne a besoin pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

L'équivalent-GIR est le GIR estimé pour une personne à partir des réponses de cette personne à l'enquête Care.

### Les groupes iso-ressources de la grille AGGIR

Groupe iso-ressources (GIR)	Description de la perte d'autonomie
1	Personnes immobilisées au lit ou au fauteuil et dont les facultés physiques et psychiques sont totalement altérées. Elles ont besoin continuellement de l'aide ou de la présence d'intervenants.
2	Personnes immobilisées au lit ou au fauteuil et dont les facultés psychiques sont partiellement altérées, mais qui ont besoin d'aide pour la majorité des actes de la vie quotidienne, ainsi qu'une surveillance constante. Personnes dont les facultés psychiques sont altérées, mais qui sont toujours capables de se déplacer et ont donc besoin d'une surveillance constante.
3	Personnes qui ont une relativement bonne autonomie mentale, mais seulement une partie de leur autonomie motrice. Elles ont besoin plusieurs fois par jour d'une assistance pour leurs soins corporels.
4	Personnes incapables d'effectuer seules leurs transferts, mais capables de se déplacer dans leur domicile, une fois levées. Elles ont besoin d'une aide ou d'une stimulation pour la toilette et l'habillement, mais s'alimentent seules en général. Personnes sans problèmes moteurs, mais qui ont besoin d'une assistance pour les soins corporels et les repas.
5	Personnes qui se déplacent chez elles, s'alimentent et s'habillent seules, mais qui ont besoin d'une assistance occasionnelle pour la toilette et les tâches domestiques.
6	Personnes autonomes.

- Un **senior en perte d'autonomie** est une personne âgée de 60 ans ou plus qui déclare se trouver dans l'impossibilité d'effectuer totalement et correctement par elle-même certains actes de la vie courante dans son environnement habituel comme se laver, s'habiller, se déplacer ou sortir de son logement. La personne présente, de manière permanente, des limitations fonctionnelles ou incapacités. Le degré de perte d'autonomie est déterminé en référence à la grille AGGIR. Dans cette étude, un senior classé en équivalent-GIR 1 à 4 à domicile selon l'enquête Care ou en GIR 1 à 4 en établissement selon l'enquête EHPA est considéré en situation de perte d'autonomie.
- **Prévalence de la perte d'autonomie** : proportion d'individus d'une population donnée qui est en situation de perte d'autonomie.
- L'**allocation personnalisée d'autonomie (APA)** est une allocation versée par les Départements qui permet d'aider financièrement les personnes âgées de 60 ans ou plus dépendantes en fonction de leur degré de dépendance et de leur revenu. En établissement, l'APA aide la personne à acquitter le tarif dépendance correspondant à son GIR. À domicile elle permet de payer en totalité ou en partie les dépenses nécessaires pour maintenir la personne âgée à domicile. Le classement en GIR 1 à 4 ouvre droit à la perception de l'APA.
- Un **senior dépendant bénéficiaire de l'APA** est une personne âgée de 60 ans ou plus ayant été reconnue en situation de perte d'autonomie au sens de la grille AGGIR à la suite d'une évaluation par un médecin ou par une équipe médico-sociale. Dans cette étude, un senior classé en GIR 1 à 4 ayant des droits payés à l'APA, c'est-à-dire percevant l'allocation, est considéré en situation de dépendance.
- **Prévalence de la dépendance** : proportion d'individus d'une population donnée qui est en situation de dépendance.
- **Revenus mensuels au sens de l'APA, individualisés, à domicile** : ressources prises en compte pour le calcul de l'APA, mensualisées et individualisées. Pour les personnes en couple, l'ensemble des revenus est divisé par 1,7.
- **Le domicile de secours** d'une personne âgée est le dernier domicile dans lequel cette personne a vécu au moins 3 mois avant d'aller vivre dans une structure d'hébergement. Il permet de déterminer le Département qui prendra en charge les dépenses d'aide sociale en faveur de la personne âgée.
- **Établissement sous dotation globale** : établissement recevant de la part du Conseil départemental, sous forme d'acomptes mensuels, une dotation globale APA pour tous les résidents qu'il héberge. Pour ces résidents, seul le degré de dépendance est connu (lourd ou modéré), l'information sur leur sexe et leur âge n'est pas disponible.
- **Établissement hors dotation globale** : la personne résidant dans un tel établissement doit faire sa demande d'APA auprès du Conseil départemental où est situé son domicile de secours.
- **Taux d'institutionnalisation** par tranche d'âges (60 à 74 ans, 75 ans ou plus), sexe et niveau de perte d'autonomie (sévère, modérée, aucune) : c'est le rapport de la population de la tranche d'âges, du sexe et du niveau de perte d'autonomie occupant des places en institution sur l'ensemble de la population de la tranche d'âges, du sexe et du niveau de perte d'autonomie.