

En Guyane, trois fois plus de personnes âgées dépendantes en 2030

La Guyane comptait 900 personnes dépendantes en 2007, ils seront 3 000 en 2030.

Cet accroissement de la population dépendante va générer des besoins supplémentaires en personnel à domicile et en institution. 300 postes de personnel lié à l'aide au domicile s'ajouteront aux 300 emplois actuellement dédiés à l'aide à la vie quotidienne des personnes âgées dépendantes.

Les 600 bénéficiaires guyanais de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) sont, comme aux Antilles françaises, en majorité des femmes.

En Guyane, le nombre de séniors (60 ans et plus) passera de 12 000 à 46 000 en vingt ans. Mais, les séniors restent minoritaires. Les sexagénaires seront trois fois plus nombreux et les octogénaires et nonagénaires quatre fois plus.

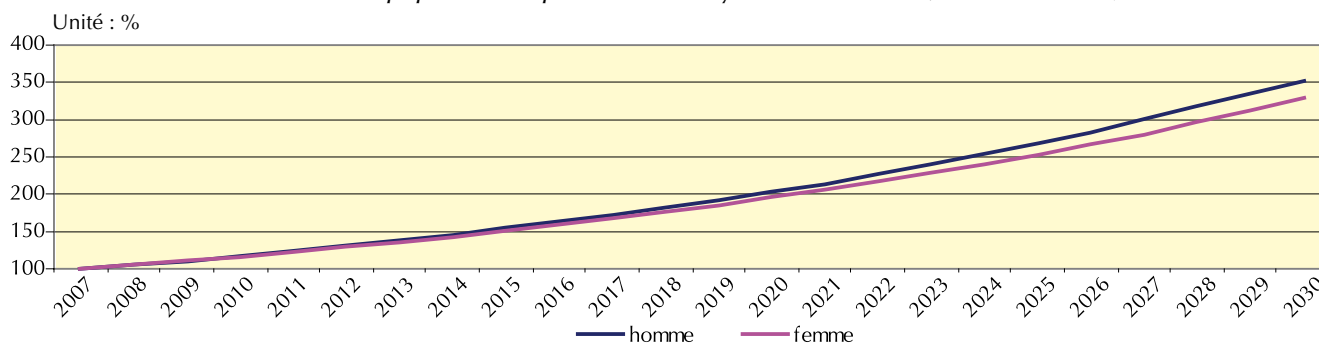
Ce vieillissement de la population guyanaise entraîne une augmentation de la population dépendante : 900 en 2007, ils seront 3000 en 2030. L'augmentation sera légèrement plus prononcée pour les hommes que pour les femmes.

Évolution des populations totales et dépendantes de Guyane de 2007 à 2030

	Population totale en 2007	Population totale en 2030	Population dépendante en 2007	Population dépendante en 2030	Évolution de la population totale entre 2007 et 2030 (en %)	Évolution de la population dépendante entre 2007 et 2030 (en %)
60-69 ans	7 335	25 583	239	779	248,8	225,9
70-74 ans	2 027	8 383	133	480	313,6	260,9
75-79 ans	1 450	5 996	134	468	313,5	249,3
80-84 ans	946	3 787	164	559	300,3	240,9
85-89 ans	535	1 746	138	376	226,4	172,5
90 ans et +	330	1 445	133	520	337,9	291,0
Ensemble	12 623	46 940	941	3 182	271,9	238,2

Sources : enquêtes Handicap-Santé, Omphale, Recensement de la population 2007

Évolution de la population dépendante en Guyane selon le sexe (base 100 en 2007)

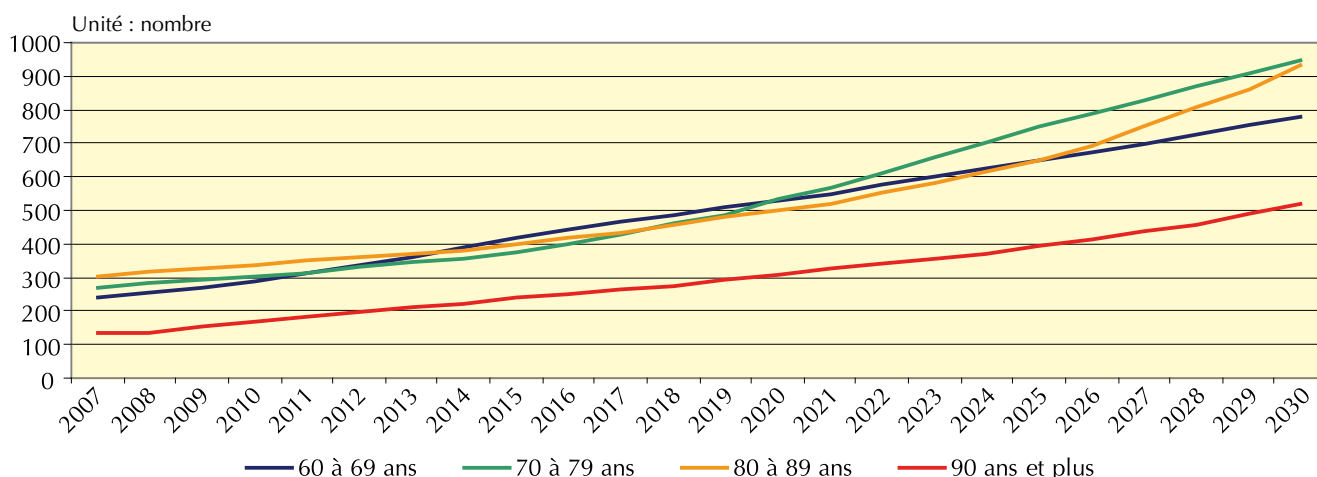


Sources : Insee (enquêtes Handicap-Santé, Omphale scénario central, Recensement de la population 2007)

Cette étude est le fruit d'une coopération interrégionale, sur la base d'une convention signée en 2009 entre la Direction Inter-régionale de l'INSEE et l'ARS de Martinique. Elle a été financée sur des crédits de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la santé.



Évolution de la population âgée dépendante en Guyane par tranche d'âge



Note de lecture : la croissance du nombre de personnes dépendantes de 60-69 ans entre 2009 et 2018 correspond à l'arrivée parmi les sexagénaires des premières générations du baby-boom. Ces générations sont ensuite à l'origine de la croissance du nombre de personnes dépendantes entre 70 et 79 ans de 2019 et 2028, puis du nombre de personnes dépendantes entre 80 et 89 ans à partir de 2026. Ces générations se retrouveront ensuite au-delà de 90 ans à partir de 2039.

Sources : Insee - enquêtes Handicap-Santé, Omphale scénario central, Recensement de la population 2007

La population guyanaise va doubler d'ici à 2030

En 2030, la Guyane comptera 442 000 habitants si les tendances démographiques récentes se maintiennent. Ce fort accroissement de la population est dû à un excédent naturel et migratoire relativement élevé entre 2007 et 2030.

Dans vingt ans, les séniors (plus de 60 ans) représenteront 10 % de la population totale (contre 6 % en 2007). Le vieillissement de la population est relatif en Guyane. Les effectifs des séniors augmentent, mais leur part dans l'ensemble de la population reste relativement faible par rapport aux autres régions françaises. Dans l'hexagone, la proportion des séniors serait en 2030 de 30 %, la part des plus de 60 ans atteindrait 36 % en Martinique et 30 % en Guadeloupe.

Plus de personnes dépendantes, plus de besoins en aide à domicile

La forte hausse de la population dépendante va générer des besoins accrus en aide à domicile. Les logements occupés par les personnes âgées guyanaises sont souvent de grande taille : 45 % des guyanais de 60 ans et plus vivent dans un logement de plus de 100 m².

Un logement de grande taille n'est pas adapté à la vie d'une personne dépendante en raison des contraintes que constituent notamment l'entretien de la maison et les charges financières induites.

Les besoins en employés à domicile vont quasiment doubler d'ici 2020, passant de 376 agents en 2010 à 675 en 2020. Les principaux emplois concernés sont les aides ménagères, les aides à domicile et les infirmiers.

Les bénéficiaires de l'APA sont majoritairement des femmes

En 2009, 600 personnes de plus de 60 ans perçoivent l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en Guyane. Seul un quart de ces bénéficiaires vit en institution, les autres vivant à domicile.

Les deux tiers des bénéficiaires de l'APA sont des femmes. Ceci est dû notamment au fait que l'espérance de vie des femmes est plus élevée que celle des hommes.

Emplois induits par la dépendance en Équivalent Temps Plein en Guyane au 1er janvier

Catégorie de personnel	Unité : nombre		
	2010	2015	2020
Infirmiers	81	112	150
Aides soignants	28	38	51
Autre personnel médical ou paramédical	16	23	30
Total du personnel soignant	126	174	232
Aide ménagère, aide à domicile, auxiliaire de vie sociale, vie sociale, garde à domicile, service de portage	200	269	365
Autres	24	33	44
Personnel d'encadrement	0	0	0
Personnel éducatif, pédagogique, social et d'animation	3	4	4
Agent de service hospitalier ou agent de service	3	4	4
Total du personnel aide à la vie quotidienne	231	310	417
Personnel des services généraux (hors ménage)	13	17	19
Personnel de direction	5	6	6
ENSEMBLE	376	508	675

Source : enquête Handicap-Santé volet ménage 2008

Les bénéficiaires APA à domicile selon le degré de dépendance en 2009

	Unité : %	
	Proportion dépendance lourde	Proportion dépendance légère
Guadeloupe	14	86
Martinique	20	80
Guyane	28	72

Source : enquête Handicap-Santé volet ménage 2008



En institution, la moitié des allocataires APA de Guyane est classée en dépendance lourde, c'est 75 % en Guadeloupe. L'APA à domicile concerne surtout les allocataires en dépendance légère. La gravité de la dépendance à domicile est plus élevée en Guyane que dans les autres départements

français d'Amérique : trois bénéficiaires guyanais sur dix connaissent une dépendance lourde, ils sont deux aux Antilles françaises.

Guillaume GERAN

Méthodologie

Les groupes de travaux nationaux

Un chantier national a été lancé au début de l'année 2011. Il a donné lieu à des débats interdépartementaux et des colloques interrégionaux d'informations et d'échanges, ainsi que la constitution de quatre groupes de travail nationaux :

Groupe 1 : « Société et vieillissement » avec pour thème : place des personnes âgées dans la société, adaptations aux réalités de la population de demain en termes d'aménagement du territoire ou d'adaptation des modèles sociaux, place des aidants, des liens intergénérationnels.

Groupe 2 : « Enjeux démographiques et financiers de la dépendance » avec pour thème : réalisation de projections robustes et actualisées concernant la dépendance.

Groupe 3 : « Accueil et accompagnement des personnes âgées » avec pour thème : place des technologies de l'autonomie, évolution des métiers, de l'habitat, de l'urbanisme...

Groupe 4 : « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées » avec pour thème : analyse du coût de l'hébergement pour les familles, pistes envisagées pour le financement de la perte d'autonomie, évolution de la gouvernance.

Les résultats de ces groupes ont été utilisés pour cette étude, en particulier les projections d'effectifs de personnes âgées dépendantes, qui ont pour horizon 2040 pour la France entière. L'étude pour la région Guyane se limite à l'horizon 2030. Le concept retenu dans cette étude se base sur une mesure élargie de la notion de dépendance, notamment par rapport à celle de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Trois hypothèses pour l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes

Ce travail repose en premier lieu sur une projection de population par âge et par sexe. Elle consiste à faire évoluer une population selon des hypothèses sur les naissances, les décès par âge et sexe, et les phénomènes migratoires (modèle Omphale). Le scénario dit « central », retenu pour cette étude, correspond d'une part au maintien des comportements migratoires observés au cours de la période 2000-2008 dans la région, et d'autre part à une baisse des taux de mortalité dans la région (convergence vers les taux nationaux).

Ensuite, trois hypothèses d'évolution de la dépendance ont été élaborées par les groupes de travaux nationaux.

1. Hypothèse pessimiste : les taux de dépendance en Gir 3 et 4 sont constants de 2007 à 2030 et pour les Gir 1 et 2, les gains d'espérance de vie sont des années supplémentaires passées sans dépendance lourde.

2. Hypothèse intermédiaire : on considère que la part de l'espérance de vie sans incapacité dans l'espérance de vie restera stable. À chaque âge entre 2007 et 2030, on applique la part d'espérance de vie en bonne santé de la génération ayant atteint 65 ans en 2007 : 85 % pour les femmes et de 92 % pour les hommes.

3. Hypothèse optimiste : tous les gains d'espérance de vie à venir sont des années supplémentaires passées sans dépendance. La durée de vie passée en dépendance reste donc stable.

La grille AGGIR

Conçue au début des années 90, la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, et 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 à l'occasion de la transformation de la PSD en allocation personnalisée d'autonomie (APA). Elle est aujourd'hui devenue un instrument partagé par l'ensemble des acteurs institutionnels du champ de la dépendance (départements, caisses de retraite). D'importants efforts de formation ont été réalisés pour améliorer la maîtrise de l'outil par les acteurs.

La grille AGGIR a deux fonctions :

- l'évaluation du degré de dépendance ou d'autonomie des personnes âgées dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne ;
- l'éligibilité à l'APA par la traduction, au moyen d'un algorithme, de certains items de la grille en un indicateur de groupe iso ressources (GIR) : la cotation des niveaux 1 à 4 de la perte d'autonomie ouvre droit à la prestation, celle de 5 à 6 l'exclue.

Enfin, AGGIR par l'évaluation des capacités ou des incapacités des personnes âgées identifie leurs « besoins » et devrait permettre, en théorie du moins, de construire les plans d'aide qui déclinent concrètement auprès des personnes la prestation accordée. Il convient en effet de bien distinguer l'outil AGGIR lui-même de l'utilisation que l'on en fait.

L'outil AGGIR a pour premier objectif premier de décrire la capacité (ou l'incapacité) des personnes âgées à effectuer des actes de la vie quotidienne en raison d'un accident, d'une maladie invalidante ou d'une polyopathie. Pour ce faire, elle évalue 17 activités. 6 se rapportent à la perte d'autonomie physique à travers des activités de la vie quotidienne (AVQ) ; 2 permettent d'appréhender les variables psychiques (cohérence et orientation) ; Les deux dernières sont des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ – se déplacer à l'extérieur, alerter).



Projection du nombre d'emplois induits par la prise en charge des personnes âgées dépendantes

Pour l'emploi à domicile, les taux de recours aux professionnels par les personnes âgées dépendantes et les temps moyens passés au domicile des personnes âgées dépendantes par les professionnels sont supposés constants jusqu'en 2020. Ces taux sont issus de l'enquête Handicap-Santé 2008-2009.

L'emploi en institution est celui mesuré au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des unités de soins de longue durée. Les taux d'encadrement en personnels sont issus des services de tarification des établissements relevant du Conseil Général.

Pour les établissements EHPAD et non EHPAD, le nombre de places et les taux d'encadrement des différentes catégories de personnel sont supposés constants jusqu'en 2020.

LES GRANDES ORIENTATIONS POLITIQUES EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

La Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoit en son article 118, l'élaboration du Plan Régional de santé (PRS), constitué en particulier du Programme Stratégique Régional de Santé (PSRS) et du Schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS). Ce dernier doit être « établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie, arrêtés par les Conseils généraux ».

Le PRIAC (Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie) constitue un des programmes obligatoires du PRS. Il a vocation à programmer les actions et les financements permettant la mise en œuvre des objectifs stratégiques du PRS et des objectifs opérationnels du SROMS. Il concerne pour partie des champs de compétence partagés avec le Conseil général. En revanche, il ne concerne pas les prestations médico-sociales à destination des publics spécifiques (structures d'addictologie essentiellement), par ailleurs intégrées dans le SROMS.

Le Plan Alzheimer 2008-2012 a pour objectif de mieux connaître, diagnostiquer et prendre en charge la maladie d'Alzheimer. Ce plan prévoit 44 mesures qui ont en grande partie pour vocation d'améliorer la qualité de vie des malades d'Alzheimer et des aidants naturels, notamment par la création de Maisons pour l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) ou de plateformes d'accompagnement et de répit.

Le Plan Solidarité Grand âge (PSGA) 2007-2012 intègre des objectifs importants de créations de places nouvelles d'établissements et de services. Il préconise la poursuite de l'effort de création de places en établissement sur l'ensemble du territoire et le renforcement de la médicalisation des EHPAD pour accompagner l'évolution des personnes hébergées. L'accent est également porté sur le développement de places de SSIAD, ainsi que de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, afin d'offrir aux aidants familiaux des solutions de répit. Il faut rappeler ici l'une des priorités du PSGA qui est de favoriser le maintien à domicile.

Le Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)

Plusieurs objectifs du SROMS trouvent leurs traductions dans des actions retenues dans le PRIAC.

Pour favoriser le maintien à domicile, il convient de créer des structures de répit permettant à l'aidant naturel de « souffler », mais aussi un accompagnement du malade hors institutionnalisation.

Le SROMS préconise également de favoriser les prises en charge spécifiques. En terme d'établissement, il convient de développer des places d'EHPAD dédiées aux personnes atteintes de troubles neuro-dégénératifs, des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) au sein des EHPAD et des USLD.

Définitions

Dépendance : La dépendance est mesurée par la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources), grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie chez les personnes âgées de 60 ans ou plus. Dans le cadre de l'étude, il s'agit d'une dépendance potentielle ou déclarée, mesurée par le biais de l'enquête Handicap Santé, et non par le corps médical.

Grille AGGIR : elle a deux fonctions :

- l'évaluation du degré de dépendance ou d'autonomie des personnes âgées dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne ;
- l'éligibilité à l'APA par la traduction, au moyen d'un algorithme, de certains items de la grille en un indicateur de groupe iso ressources (GIR) : la cotation des niveaux 1 à 4 de la perte d'autonomie ouvre droit à la prestation, celle de 5 à 6 l'exclut.

Taux de dépendance : C'est le rapport entre la population dépendante et la population totale. Les emplois liés à la dépendance sont souvent des emplois à temps partiel, principalement à domicile. Pour éviter de compter une même personne plusieurs fois, dans cet article, on mesure l'emploi en équivalent temps plein (ETP).

Équivalent temps plein (ETP) : c'est le nombre total d'heures travaillées dans l'année divisé par la moyenne annuelle des heures travaillées à plein temps.

Pour tout renseignement statistique



www.insee.fr/guadeloupe
www.insee.fr/guyane
www.insee.fr/martinique

Insee-cuminct@insee.fr
0 825 889 452 (0,15 /min)

Directeur de la publication : George-Marie GRENIER
 Rédactrice en chef : Béatrice CELESTE
 Fabrication : Typhenn RECLARD

© INSEE Antilles-Guyane - 2012