
ÉTAT DE SANTÉ

Pathologies
et comportements de santé

Handicaps,
incapacités, dépendance

Mortalité

2.1 SOINS HOSPITALIERS DE COURTE DURÉE

En 2001, les personnes âgées ont effectué 32,5 % de l'ensemble des séjours dans les unités de soins de courte durée des établissements hospitaliers publics et privés, alors qu'elles ne représentent que 16 % de la population. C'est aux âges avancés que les taux d'hospitalisation sont les plus élevés : 438 pour mille chez les 65-74 ans, 578 chez les 75-84 ans, 616 au-delà (figure 1). Nombreuses sont en effet les personnes âgées faisant plusieurs séjours dans une même année. La part des séjours des femmes âgées dans l'ensemble des séjours est en retrait par rapport à leur importance dans la population âgée (52 % contre 59 %) ; bien que le taux d'hospitalisation croisse avec l'âge et que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, le facteur déterminant est donc un taux d'hospitalisation des hommes âgés nettement plus élevé que celui des femmes à âge égal.

Pour les hommes comme pour les femmes âgées, les maladies de l'appareil circulatoire et la surveillance ou le dépistage (« code Z »), sont à l'origine du plus grand nombre de séjours (figure 2) : leurs parts dans les hospitalisations sont de 18 % et 15,3 % pour les hommes, et de 14,6 % et 12,7 % pour les femmes. Viennent ensuite pour les hommes les tumeurs et les maladies de l'appareil digestif, et pour les femmes, les maladies de l'œil (principalement la cataracte), les maladies de l'appareil digestif et les traumatismes, avec notamment les fractures du col du fémur. Le poids plus important des tumeurs chez les hommes est à la fois lié à des comportements spécifiques (plus forte consommation

alcoolo-tabagique) et à un effet d'âge (les cancers de la prostate se concentrent chez les plus de 65 ans, ceux du sein et de l'utérus chez les femmes de moins de 65 ans).

Le temps passé à l'hôpital croît avec l'âge des patients. Le taux des hospitalisations de moins de 24 heures augmente jusqu'à 60 ans chez les femmes et jusqu'à 75 ans chez les hommes (figure 3), mais la part des traitements réalisés en hospitalisation de moins de 24 heures diminue lorsque l'âge s'accroît. Par ailleurs, la durée moyenne des hospitalisations d'au moins 24 heures augmente avec l'âge. À partir de 65 ans, les patients souffrent souvent de poly-pathologies ; par ailleurs, les hospitalisations sont fréquemment motivées par des maladies chroniques comme les tumeurs malignes, les maladies cardiaques ou les affections respiratoires. La fracture du col du fémur est également à l'origine de nombreuses hospitalisations de même que la cataracte qui représente près de 8 % des hospitalisations (voir fiche 2.2). La durée moyenne de séjour pour le traitement de la cataracte en hospitalisation complète (dans plus d'un cas sur cinq il est pratiqué en chirurgie ambulatoire) est de 2 jours contre 16 pour une intervention sur le col du fémur.

Si les enfants de moins d'un an ont le taux de recours aux urgences le plus élevé (près d'un sur deux), les personnes âgées de 80 ans ou plus viennent en second avec 38 %. Plus souvent que les plus jeunes, les patients âgés de plus de 70 ans sont adressés aux urgences par un médecin. Ce passage débouche plus d'une fois sur deux sur une hospitalisation.

DÉFINITIONS

✓ **Séjours dans les services de soins de courte durée** : ils sont effectués en médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales. Ils comprennent les hospitalisations d'au moins 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et celles inférieures à 24 heures pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs. Sont donc exclus les séjours en hôpital psychiatrique et dans les services de suite et de réadaptation.

✓ **Taux d'hospitalisation** : nombre annuel de séjours à l'hôpital pour 1000 habitants. Ce taux est utilisé dans les comparaisons internationales.

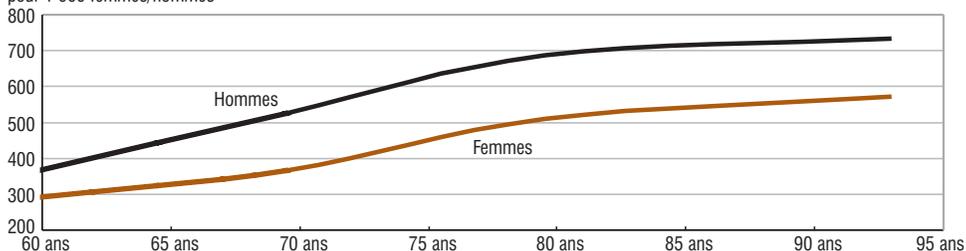
✓ **Traitements itératifs** : il s'agit de traitements tels que les dialyses, chimiothérapies ou radiothérapies qui donnent lieu à des venues répétitives des patients pour des séances de soins.

POUR EN SAVOIR PLUS

- ✓ Mouquet M.-C., « Les motifs d'hospitalisation en 1998 », *Études et Résultats*, n° 81, Drees, septembre 2000.
- ✓ Baubeau D. et Carrasco V., « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Études et Résultats*, n° 215, Drees, janvier 2003.
- ✓ « Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003 », *Études et statistiques*, Drees, La Documentation Française, 2004.

1 - Taux d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée* en 2001

pour 1 000 femmes/hommes



* Médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales, gynécologie-obstétrique.

Champ : établissements publics et privés, résidents en France métropolitaine.

Source : ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, ministère de la Santé et de la Protection sociale, Drees, Base nationale PMSI.

2 - Répartition des hospitalisations des personnes âgées en court séjour par cause en 2001

en %

Domaines pathologiques	Hommes		Femmes	
	Séjours annuels	Hospitalisations < 24 heures	Séjours annuels	Hospitalisations < 24 heures
Maladies infectieuses et parasitaires	1,0	7,5	1,2	5,9
Tumeurs	12,9	29,5	8,7	26,0
Maladies hématologiques	0,9	19,3	1,1	15,5
Maladies endocrines, nutrition, métabolisme	1,9	15,0	2,6	11,0
Troubles mentaux	1,2	14,9	1,9	15,4
Maladies du système nerveux	3,3	18,2	3,4	22,1
Maladies ophtalmologiques	7,0	38,1	11,0	32,3
ORL	0,3	29,2	0,4	24,0
Maladies de l'appareil circulatoire	18,0	5,0	14,6	4,2
Maladies de l'appareil respiratoire	5,9	9,3	4,1	6,9
Maladies de l'appareil digestif	10,0	24,4	10,3	26,4
Maladies de la peau	0,9	34,8	1,0	29,7
Maladies ostéo-articulaires	4,4	13,9	7,1	12,4
Maladies des organes génito-urinaires	5,4	15,8	3,9	15,0
Anomalies congénitales	0,1	38,9	0,1	36,6
Symptômes, signes et états morbides mal définis	7,0	17,0	6,8	14,4
Lésions traumatiques	4,4	7,9	9,0	5,0
Codes Z*	15,3	56,1	12,7	57,2
Total toutes causes	100,0	23,7	100,0	21,6
Nombre total de séjours (en milliers)	2 297,3	544,9	2 530,1	546,6

* Motifs de recours autres que maladie ou traumatisme tels que surveillance, prévention, motifs sociaux...

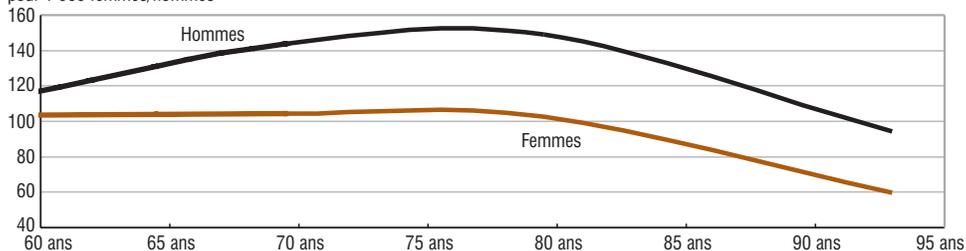
Champ : établissements publics et privés, résidents de 65 ans ou plus en France métropolitaine.

Lecture : parmi les 2 297 300 hospitalisations de courte durée d'hommes d'au moins 65 ans, 18 % ont comme cause principale une maladie de l'appareil circulatoire et 5 % de ces hospitalisations durent moins de 24 heures.

Source : ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, ministère de la Santé et de la Protection sociale, Drees, Base nationale PMSI.

3 - Taux d'hospitalisation de moins de 24 heures* dans les services de soins de courte durée en 2001

pour 1 000 femmes/hommes



* Pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.

Champ : établissements publics et privés, résidents en France métropolitaine.

Source : ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, ministère de la Santé et de la Protection sociale, Drees, Base nationale PMSI.

2.2 INTERVENTIONS DE CHIRURGIE FONCTIONNELLE

Certaines interventions chirurgicales ne sont pas liées à des traumatismes ou à des affections potentiellement mortelles mais visent à restaurer un état fonctionnel altéré, qui entraîne une gêne objective s'aggravant progressivement avec l'âge. Parmi celles-ci, des interventions sont destinées à traiter les hypertrophies (bénignes) de la prostate, la cataracte, les hernies de l'aîne, les hémorroïdes, les troubles de la statique pelvienne, les compressions nerveuses au niveau du poignet (syndrome du canal carpien), les varices ou à remplacer les articulations de la hanche et du genou. Ces affections sont à l'origine de plus de 13 % des séjours de courte durée des personnes âgées (voir fiche 2.1) et de moins de 6 % des séjours des patients de 15 à 64 ans. Elles ont longtemps été considérées comme le lot normal du vieillissement. Le recours à cette chirurgie est révélateur de l'état de santé de la population et il augmente d'autant plus que certaines pathologies bénéficient d'innovations facilitant les techniques opératoires. Son développement va en général de pair avec une espérance de vie élevée et une offre de soins suffisante. Avec le vieillissement de la population et l'élévation générale du niveau socioculturel, ces pathologies ne sont plus, en effet, considérées comme la suite logique de l'évolution d'un état physique mais comme une gêne à corriger, ce qui explique l'augmentation de la demande et de l'activité médicale en ce domaine.

En 1999, 627 400 séjours de personnes âgées ont été dus au traitement chirurgical d'une des affections mentionnées ci-avant, l'opération de la cataracte représentant plus de la moitié des séjours (figure 1). Vient en second l'opération de la hanche avec un peu moins de 10 % des séjours, puis celle des hernies de l'aîne avec moins de 9 %, enfin celle des hémorroïdes arrive en dernier avec moins de 1 %. En six ans, entre 1993 et 1999, l'augmentation du recours à la chirurgie fonctionnelle est de 39 %. Si tel est le cas pour la cataracte comme pour l'opération du genou, des varices ou des hémorroïdes, le plus spectaculaire est la multiplication par six de l'opération du syndrome du canal carpien.

Ces interventions ne sont pas en réalité le seul lot des personnes âgées. Celles concernant les hémorroïdes, proportionnellement les moins fréquentes, sont le plus souvent pratiquées avant 65 ans (âge moyen 47 ans). L'âge moyen des personnes opérées du syndrome du canal carpien, des varices, des hernies de l'aîne et même des troubles de la statique pelvienne est inférieure à 60 ans (figure 2). Toutefois, dans ces deux derniers cas, la tranche d'âge pour laquelle ces opérations sont proportionnellement les plus fréquentes se situe après 65 ans (figure 3). Les autres interventions sont caractéristiques des personnes âgées, à l'exception peut-être de l'opération de la prostate qui commence à être fréquente à partir de 55 ans.

POUR EN SAVOIR PLUS

- ✓ Mouquet M.-C. et Oberlin P., « Les interventions de chirurgie fonctionnelle : une pratique qui se développe », *Données Sociales - La société française*, Insee, 2002.
- ✓ Mouquet M.-C. et Oberlin P., « Les interventions de chirurgie fonctionnelle : une activité programmée importante mais hétérogène », *Études et Résultats*, n° 194, Drees, octobre 2002.

1 - Évolution 1993-1999 du recours des personnes âgées de 65 ans ou plus à la chirurgie fonctionnelle

Type d'intervention	1993			1999			Taux de variation 1993-1999 (en %)
	Nombre de séjours	Taux pour 100 000 personnes âgées	Part dans le nombre total des séjours* (en %)	Nombre de séjours	Taux pour 100 000 personnes âgées	Part dans le nombre total des séjours* (en %)	
Adénomes de la prostate**	59 500	1 794,6	79,3	44 000	1 173,5	76,9	- 34,6
Arthroplasties du genou	22 000	263,0	71,2	35 500	382,3	81,2	45,4
Arthroplasties de la hanche	46 200	552,2	66,9	60 900	655,9	67,4	18,8
Cataractes	223 600	2 672,7	84,1	341 500	3 677,9	85,4	37,6
Hémorroïdes	2 900	34,7	6,7	5 100	54,9	13,0	58,2
Hernies de l'aîne	48 300	577,3	39,3	54 300	584,8	39,4	1,3
Syndromes du canal carpien	4 000	47,8	15,9	24 000	258,5	23,6	440,8
Troubles de la statique pelvienne	22 200	265,4	33,3	25 400	273,6	40,8	3,1***
Varices	22 400	267,7	15,3	36 700	395,2	20,6	47,6
Total	451 100	...	53,4	627 400	...	56,5	39,1

* Il s'agit de la part des séjours des personnes âgées dans l'ensemble des séjours de la population totale par type d'intervention.

** Pour 100 000 hommes.

*** Le codage de ces actes a été profondément modifié en 1996.

Sources : Insee, ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, ministère de la Santé et de la Protection sociale, Drees, enquête de Morbidité hospitalière 1992-1993 et Base nationale PMSI.

2 - Caractéristiques des personnes ayant eu recours en 1999 à la chirurgie fonctionnelle

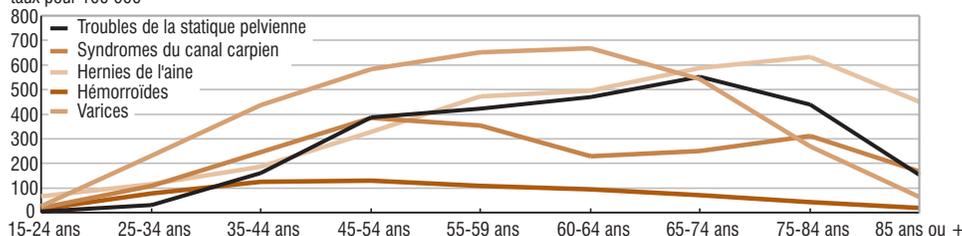
Type d'intervention	Âge moyen (en années)	Proportion de séjours pour des patients âgés de (en %)		Proportion de femmes (en %)
		65 à 74 ans	75 ans ou plus	
Adénomes de la prostate	70,8	42,6	34,3	///
Arthroplasties du genou	70,4	47,1	34,1	69,0
Arthroplasties de la hanche	67,5	38,2	29,2	59,9
Cataractes	73,7	31,9	53,5	65,3
Hémorroïdes	47,0	9,4	3,6	47,1
Hernies de l'aîne	57,7	22,1	17,3	17,1
Syndromes du canal carpien	52,7	12,7	10,9	65,0
Troubles de la statique pelvienne	59,7	25,8	15,0	99,6*
Varices	51,5	15,8	4,8	72,5

* Dans ce groupe, sont inclus les prolapsus rectaux, qui sont les seuls troubles de la statique pelvienne chez l'homme.

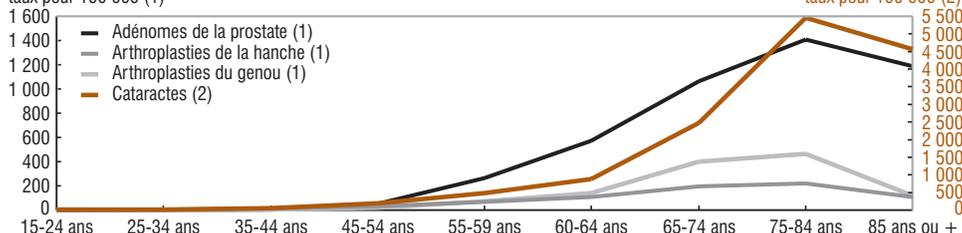
Source : ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, ministère de la Santé et de la Protection sociale, Drees, Base nationale PMSI.

3 - Proportion de personnes opérées en 1999 par type d'intervention

taux pour 100 000



taux pour 100 000 (1)



Source : ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, ministère de la Santé et de la Protection sociale, Drees, Base nationale PMSI.

2.3 CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE TABAC

La proportion de fumeurs quotidiens est la plus élevée chez les 25-44 ans (*figure 1*). Cette proportion décroît régulièrement avec l'âge. À la fin du siècle dernier, la consommation de tabac a évolué différemment selon le sexe : nette diminution pour les hommes, notamment aux âges élevés avec la disparition de générations de gros fumeurs, et tendance à l'augmentation chez les femmes, principalement lors de la vie active. Les fortes hausses du prix du tabac opérées ces dernières années, les campagnes d'information ainsi que les mesures législatives prises réglementant notamment l'exercice de la liberté de fumer ont eu plus d'effet sur la relation au tabac des hommes actifs que sur celle des

hommes âgés. En revanche, les femmes âgées de 35 à 44 ans début 2003 ne semblaient pas avoir beaucoup modifié leur comportement.

La consommation régulière d'alcool a fortement diminué en France depuis la fin des années cinquante même si son niveau reste l'un des plus importants d'Europe. Les jeunes générations se distinguent des anciennes plus par une fréquence de consommation nettement plus faible que par un plus fort pourcentage d'abstinents : les produits alcoolisés ne font pas partie de leur consommation courante (*figure 2*). Par ailleurs, à tous âges, les hommes sont nettement plus consommateurs que les femmes.

POUR EN SAVOIR PLUS

- ✓ Aliaga C., « Le tabac : vingt ans d'usage et de consommation », *Insee Première*, n° 808, 2001.
- ✓ Aliaga C., « Les relations au tabac sont multiples », *Insee Première*, n° 852, 2002.
- ✓ « Baromètre Santé 2000 », CFES, 2002.
- ✓ Aliaga C., « Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes », *Insee Première*, n° 869, 2002.
- ✓ Beck F., Legleye S. et Peretti-Watel P., « Alcool, tabac et médicaments psychotropes chez les seniors », OFDT, *Tendances*, n° 16, 2001.
- ✓ Beck F. et Legleye S., « Les adultes et les drogues en France : niveaux d'usage et évolutions récentes », OFDT, *Tendances*, n° 30, 2003.

1 - La relation quotidienne au tabac selon le sexe et l'âge

en %

	1986-1987	1999	2001			2003
	Fumeurs quotidiens	Fumeurs quotidiens	Fumeurs quotidiens	Anciens fumeurs quotidiens	N'ont jamais fumé quotidiennement	Fumeurs quotidiens
Hommes	43,4	32,9	33,0	28,0	39,0	30,0
25-34 ans	53,8	48,2	48,5	12,0	39,5	44,7
35-44 ans	47,7	41,5	44,8	19,8	35,4	38,7
45-54 ans	41,9	32,2	33,8	38,3	27,9	29,5
55-64 ans	35,4	21,7	25,9	43,5	30,6	20,9
65-74 ans	27,1	12,2	10,9	53,6	35,5	12,4
75 ans ou plus	22,0	8,5	4,9	59,0	36,1	5,1
Femmes	20,0	21,7	21,0	14,0	65,0	21,2
25-34 ans	35,7	37,9	37,1	18,5	44,4	32,8
35-44 ans	20,0	31,2	31,3	19,0	49,7	34,8
45-54 ans	12,5	18,0	19,5	16,0	64,5	22,2
55-64 ans	8,5	11,4	12,3	14,1	73,6	10,7
65-74 ans	6,3	6,5	4,5	11,2	84,3	4,1
75 ans ou plus	2,2	3,1	3,4	5,4	91,2	2,5

Champ : personnes d'au moins 18 ans en 1986-1987 et d'au moins 15 ans en 2001 et 2003.

Source : Insee, enquêtes Conditions de vie 1986-1987 et PCV de mai 2001 et 2003.

2 - La relation à l'alcool selon l'âge et la fréquence des prises au cours des 12 derniers mois

en %

	Quotidienne		Hebdomadaire		Mensuelle	Occasionnelle	Aucune prise
	Ensemble	Hommes	Ensemble	Hommes			
26-34 ans	6,1	9,6	47,8	61,8	21,0	17,4	7,7
35-44 ans	13,7	22,4	51,1	58,8	15,2	14,3	5,7
45-54 ans	28,3	41,1	42,8	43,1	13,0	10,2	5,7
55-64 ans	38,6	55,1	34,1	35,4	10,2	9,4	7,7
65-75 ans	47,9	64,9	24,5	21,1	9,0	8,6	10,0
12-75 ans	19,3	27,8	39,3	44,5	15,8	16,3	9,3

Lecture : 13,7 % des personnes de 35 à 44 ans consomment quotidiennement de l'alcool. 61,8 % des hommes de 26 à 34 ans consomment hebdomadairement de l'alcool.

Source : Baromètre Santé 2000.

2.4 DÉFICIENCES DÉCLARÉES

À la fin du siècle dernier, 9,1 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus déclarent être atteintes d'une ou plusieurs déficiences de gravité très variable (*figure 1*), soit 75 % d'entre elles ; 22,6 % des personnes âgées souffrent de plusieurs déficiences physiques. Parmi celles atteintes d'un seul type de déficience, ce sont les déficiences motrices qui sont les plus fréquentes, devant les déficiences auditives.

Les associations de déficiences s'accompagnent généralement de niveaux d'incapacité (*fiche 2.5*) beaucoup plus élevés que les déficiences isolées, ce qui rend le maintien à domicile plus difficile. Près de la moitié des résidents en maisons de retraite et unités de soins de longue durée déclarent une combinaison de déficiences physiques et mentales, alors qu'à domicile c'est moins d'une personne âgée sur dix. Néanmoins, compte tenu de la forte prédominance du domicile comme lieu de vie des personnes âgées, moins d'un

cinquième de ces personnes atteintes de plusieurs déficiences vit en institution.

La proportion de personnes âgées qui déclarent des déficiences croît toujours avec l'âge, mais plus ou moins fortement selon la nature des déficiences (*figures 2 et 3*). Ainsi, les déficiences motrices atteignent 71 % des femmes et 61 % des hommes au-delà de 90 ans, tandis que la proportion de personnes âgées de 90 ans ou plus atteintes de déficiences du langage et de la parole ne dépasse pas 13 %.

En général, à chaque âge, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer être atteintes de déficiences. C'est le cas en particulier pour les déficiences motrices et les déficiences intellectuelles ou mentales. Parmi les déficiences sensorielles, les déficiences auditives font toutefois exception, puisque, à chaque âge, les hommes sont plus touchés que les femmes, alors que, à partir de la soixantaine, les femmes ressentent davantage les déficiences visuelles.

DÉFINITIONS

✓ **Déficience** : perte (amputation, sclérose,...) ou dysfonctionnement de diverses parties du corps (membres, muscles, organes) ou encore du cerveau, d'inégale importance pour la vie de tous les jours. Elle résulte en général d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un problème de naissance. On peut en partie en réduire les conséquences par l'appareillage et la rééducation.

✓ **Taux de prévalence** : nombre de personnes ayant la déficience considérée (seule ou associée à d'autres) rapporté à la population totale.

POUR EN SAVOIR PLUS

- ✓ Mormiche P., « L'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance : apports et limites », *Revue française des Affaires sociales*, n° 1-2, janvier-juin 2003.
- ✓ Colin C., « Que nous apprend l'enquête HID sur les personnes âgées dépendantes, aujourd'hui et demain ? », *Revue française des Affaires sociales*, n° 1-2, janvier-juin 2003.
- ✓ Joël M. E., « Les conditions de vie des personnes âgées vivant à domicile d'après l'enquête HID », *Revue française des Affaires sociales*, n° 1-2, janvier-juin 2003.
- ✓ « Les enquêtes Handicaps-Incapacités-Dépendance de 1998 et 1999 », *Insee Résultats*, n° 22, série Société, 2003.

1 - Répartition de la population âgée de 60 ans ou plus par déficience déclarée

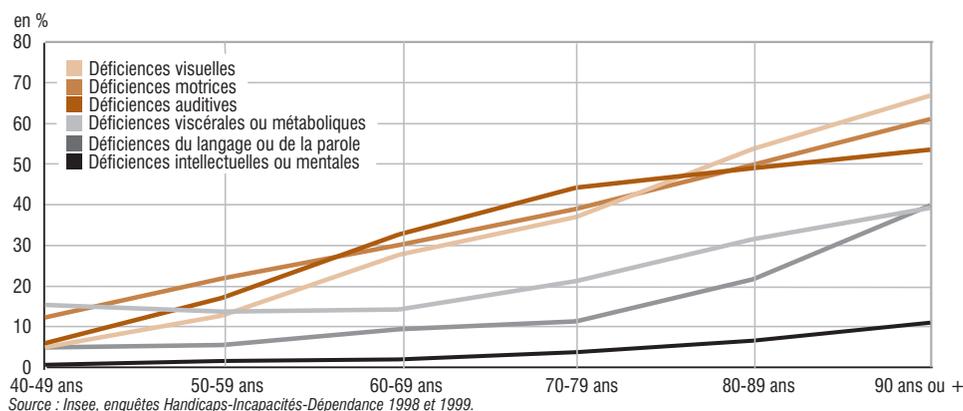
Personnes avec :	Domicile		Institution		Total	
	Effectif (milliers)	en %	Effectif (milliers)	en %	Effectif (milliers)	en %
Déficiences motrices	1 464,4	12,6	32,9	6,8	1 497,3	12,4
Déficiences visuelles	274,8	2,4	4,2	0,9	279,0	2,3
Déficiences auditives	950,6	8,2	10	2,1	960,6	8,0
Déficiences du langage ou de la parole	13,3	0,1	0,7	0,1	14,0	0,1
Déficiences viscérales ou métaboliques*	676,8	5,8	15,9	3,3	692,7	5,7
Déficiences intellectuelles ou mentales	242,6	2,1	31,4	6,5	274,0	2,3
Pluridéficiences physiques	2 586,7	22,3	142,7	29,5	2 729,4	22,6
Déficiences physiques et mentales	1 030,1	8,9	226	46,7	1 256,1	10,4
Déficiences autres et/ou indéterminées	1 353,4	11,7	11,7	2,4	1 365,1	11,3
Total des personnes de 60 ans ou plus avec déficiences	8 592,7	74,2	475,5	98,3	9 068,2	75,1
Ensemble des personnes de 60 ans ou plus	11 585,6	100,0	483,8	100,0	12 069,4	100,0

* cardiovasculaires, respiratoires, rénales,...

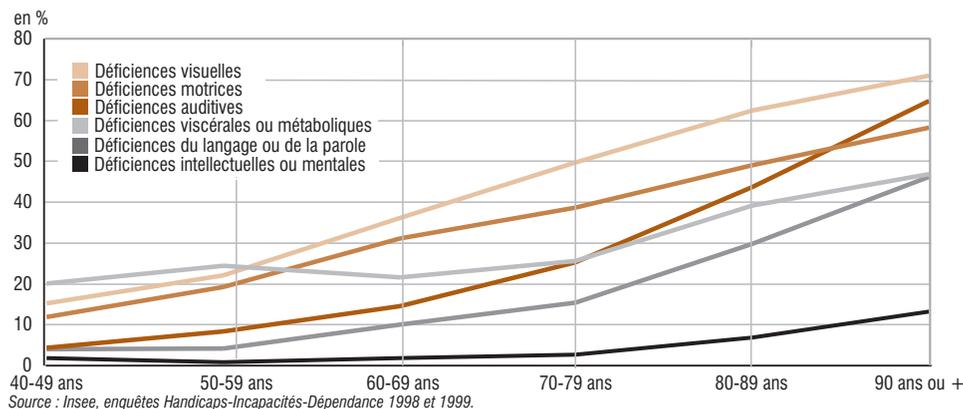
Champ : la population observée est celle des 60 ans ou plus, car 60 ans est l'âge à partir duquel on peut prétendre à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en cas d'incapacité avérée.

Source : Insee, enquêtes Handicaps-Incapacités-Dépendance 1998 et 1999.

2 - Taux de prévalence masculin des déficiences déclarées selon l'âge et le type



3 - Taux de prévalence féminin des déficiences déclarées selon l'âge et le type



2.5 INCAPACITÉS

Les **incapacités**, difficultés ou impossibilités de réaliser des actes élémentaires comme se lever, s'habiller, faire sa toilette, sont rares avant 80 ans. À 60 ans, seules certaines activités de déplacement ou d'effort, comme sortir de son domicile (ou de la maison de retraite) ou transporter un sac à provisions, nécessitent une aide pour environ 5 % des individus. Les incapacités concernant l'hygiène de l'élimination, la toilette, l'habillage, la prise de repas préparés ou encore la mobilité s'accroissent fortement avec l'âge (*figure 1*). Selon les activités, la fréquence du besoin d'aide est 3 à 5 fois plus grande pour les personnes âgées de 80 à 89 ans que pour celles âgées de 70 à 79 ans, et elle est encore 2 à 3 fois plus élevée pour les 90 ans ou plus que pour les octogénaires. Ainsi, le besoin d'aide pour la toilette concerne 5 % des 70-79 ans, 19 % des 80-89 ans et 44 % des 90 ans ou plus et le besoin d'aide pour sortir

15 %, 43 % et 76 % des mêmes tranches d'âge.

Pour d'autres activités, la proportion des personnes ne pouvant les réaliser sans aide croît aussi avec l'âge mais de façon différenciée. Le besoin d'aide pour communiquer, s'orienter, parler, voir et entendre est ressenti par moins d'une personne sur vingt avant 80 ans, et atteint pratiquement un nonagénaire sur trois ; par ailleurs, si les femmes sont les plus touchées, la différence homme-femme n'excède jamais 10 points même après 90 ans (*figure 2*). Le besoin d'aide concernant la souplesse et la manipulation est beaucoup plus répandu, il atteint 80 % des nonagénaires contre 10 % des sexagénaires. L'écart entre les hommes et les femmes pour ce thème est très marqué : la différence en défaveur des femmes passe de 7 points pour les septuagénaires à plus de 25 points pour les nonagénaires ou plus (*figure 3*).

DÉFINITION

✓ **Incapacités** : en général conséquences de déficiences, ce sont les difficultés ou impossibilités à réaliser des actes élémentaires (physiques comme se tenir debout, psychiques comme mémoriser...) ou plus complexes (s'habiller, s'orienter...). Une aide technique ou humaine peut permettre d'effectuer ces actes quotidiens.

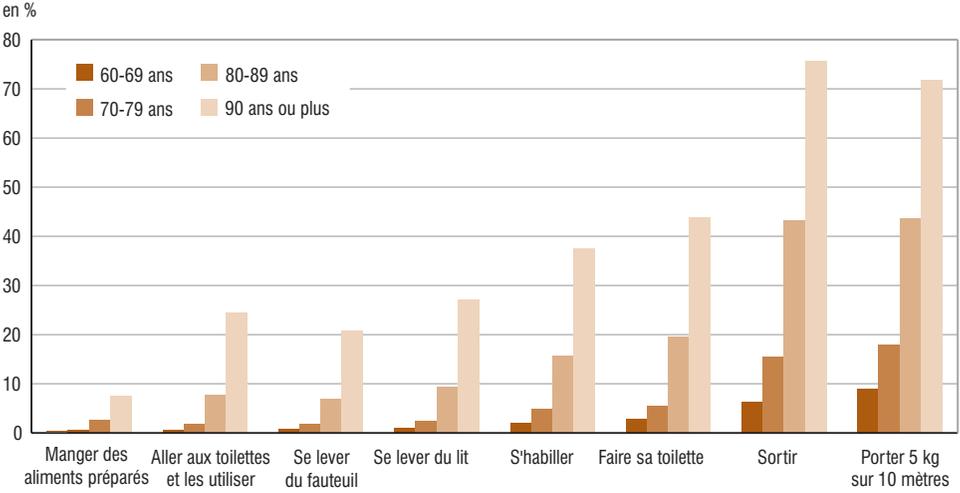
Six grands thèmes d'activité sont pris en compte par l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance :

- *toilette-habillage-alimentation* : faire habituellement sa toilette seul, s'habiller et se déshabiller entièrement seul, couper sa nourriture entièrement seul, se servir à boire seul, une fois le repas prêt manger et boire seul ;
- *élimination urinaire et fécale* : aller aux toilettes seul, contrôler ses selles ou ses urines seul ;
- *mobilité-déplacements* : se coucher et se lever seul, s'asseoir et se lever de son siège seul, se déplacer seul à l'étage où l'on est, monter ou descendre un étage d'escalier seul, utiliser l'ascenseur seul, sortir du domicile seul, faire tous ses achats seul, porter un objet de 5 kg sur 10 mètres ;
- *communication-orientation* : communiquer avec son entourage seul, se souvenir du moment de la journée, trouver/retrouver son chemin quand on sort ;
- *vue-ouïe-parole* : voir bien de près (y compris avec ses lunettes), reconnaître le visage d'une personne à 4 mètres, entendre ce qui se dit dans une conversation, ne pas avoir de difficulté à parler ;
- *souplesse-manipulation* : se couper seul les ongles des orteils, se servir de ses mains et de ses doigts sans difficulté, debout se pencher et ramasser un objet par terre.

POUR EN SAVOIR PLUS

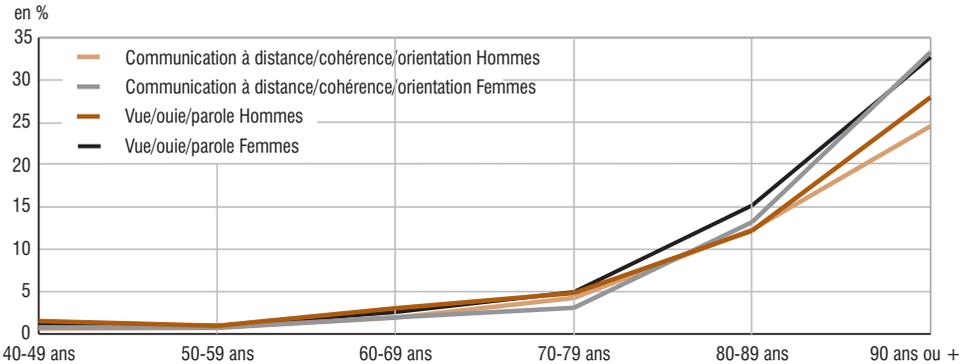
- ✓ Cambois E., Désesquelles A. et Ravaut J.-F., « Femmes et Hommes ne sont pas égaux face au handicap », *Population et Sociétés*, n° 385, Ined, janvier 2003.
- ✓ Colin C., « Que nous apprend l'enquête HID sur les personnes âgées dépendantes, aujourd'hui et demain ? », *Revue française des Affaires sociales*, n° 1-2, janvier-juin 2003.
- ✓ « Les enquêtes Handicaps-Incapacités-Dépendance de 1998 et 1999 », *Insee résultats*, n° 22, série Société, 2003.
- ✓ Cambois E. et Robine J.-M., « Vieillesse et restrictions d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels », *Études et Résultats*, n° 261, Drees, septembre 2003.
- ✓ Cambois E. et Robine J.-M., « Problèmes fonctionnels et incapacités chez les plus de 55 ans : des différences marquées selon les professions et le milieu social », *Études et Résultats*, n° 295, Drees, mars 2004.

1 - Fréquence des incapacités selon l'âge



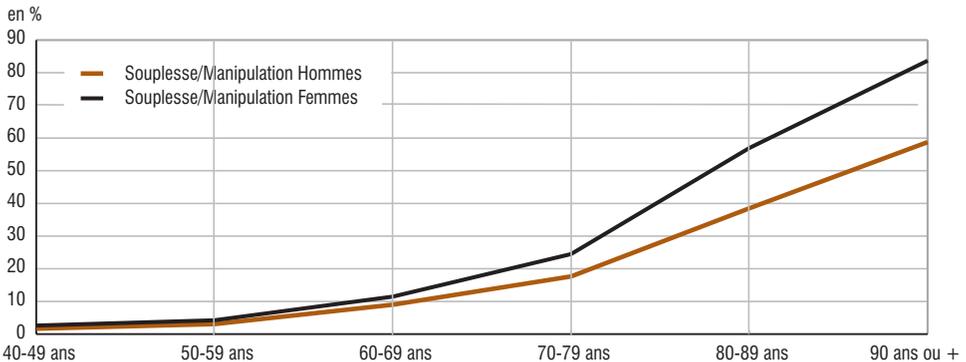
Source : Insee, enquêtes Handicaps-Incapacités-Dépendance 1998 et 1999.

2 - Proportion de personnes ne pouvant réaliser sans aide au moins une activité dans les 2 thèmes suivants :



Source : Insee, enquêtes Handicaps-Incapacités-Dépendance 1998 et 1999.

3 - Proportion de personnes ne pouvant réaliser sans aide au moins une activité dans le thème suivant :



Source : Insee, enquêtes Handicaps-Incapacités-Dépendance 1998 et 1999.

2.6 DÉPENDANCE

Selon l'indicateur et le degré de sévérité du besoin d'aide retenus, les estimations du nombre de personnes dépendantes d'au moins 60 ans varient. De l'ordre de 800 000 personnes âgées seraient dépendantes en 1998-1999 au sens des quatre premiers groupes de la grille AGGIR, qui ouvrent droit à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (*figure 1*).

Le lieu de vie des personnes âgées est en partie fonction de leur degré de dépendance : plus du tiers des personnes dépendantes vivent en institution, un quart d'entre elles étant en unités de soins de longue durée. Proportionnellement, c'est dans ces unités que se trouvent le plus de cas de dépendance lourde et c'est à domicile qu'il y en a le moins, surtout quand il s'agit de personnes seules. Si 136 000 personnes dépendantes continuent de vivre seules à domicile, très peu sont classées en équivalent-GIR 1 (le

plus élevé) et près de la moitié en équivalent-GIR 4. À l'inverse, la majorité des 268 300 personnes vivant en institution se situe en équivalent-GIR 1 ou 2.

Le taux de prévalence de la dépendance évolue en fonction de l'âge parallèlement pour les hommes et les femmes, mais chez ces dernières il croît beaucoup plus vite à partir de 75 ans (*figure 2*). Comme elles sont par ailleurs plus nombreuses aux âges élevés, plus de 2 personnes dépendantes sur 3 sont des femmes. Deux autres caractéristiques influent, mais moins fortement, sur la dépendance des individus : le niveau d'études, et, pour les femmes, le nombre d'enfants. Pour les hommes comme pour les femmes, avoir terminé ses études plus tard que la moyenne de sa génération diminue significativement le risque de dépendance et les femmes ayant deux ou trois enfants encore vivants sont jusqu'à 80 ans moins souvent dépendantes que les autres.

DÉFINITIONS

✓ **Personne âgée dépendante** : toute personne d'au moins soixante ans (âge à partir duquel selon la loi on peut prétendre à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie) qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

✓ **Grille AGGIR** : elle mesure l'autonomie à travers l'observation des activités qu'effectue seule la personne âgée. À chaque personne est attribué un Groupe Iso-Ressources (GIR) parmi six possibles. Chaque groupe regroupe des personnes de profils d'incapacité différents mais qui ont besoin d'une même quantité d'heures d'aide ou de soins. Le premier groupe correspond aux cas les plus lourds, le dernier aux personnes autonomes.

✓ **Équivalent-GIR** : l'attribution du Groupe Iso-Ressources (GIR) est habituellement faite par une équipe médico-sociale. Tel n'est pas le cas ici : les résultats ont été obtenus à partir des réponses à différentes questions de l'enquête HID qui ne permettent pas toujours d'apprécier sans risque d'erreur la dépendance. Pour garder à l'esprit ce risque on utilise le terme d'équivalent-GIR.

POUR EN SAVOIR PLUS

- ✓ Colin C. et Couton V., « Le nombre de personnes âgées dépendantes », *Études et Résultats*, n° 94, Drees, décembre 2000.
- ✓ Eenschooten M., « Les personnes âgées en institution en 1998 : catégories sociales et revenus », *Études et Résultats*, n° 108, Drees, mars 2001.
- ✓ Bontout O., Colin C. et Kerjosse R., « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », *Études et Résultats*, n° 160, Drees, février 2002.
- ✓ Mormiche P., « L'enquête « Handicaps, Incapacités, Dépendance » : apports et limites », *Revue française des Affaires sociales*, n° 1-2, janvier-juin 2003.
- ✓ Colin C., « Que nous apprend l'enquête HID sur les personnes âgées dépendantes, aujourd'hui et demain ? », *Revue française des Affaires sociales*, n° 1-2, janvier-juin 2003.
- ✓ « Les enquêtes Handicaps-Incapacités-Dépendance de 1998 et 1999 », *Insee Résultats*, n° 22, série Société, 2003.

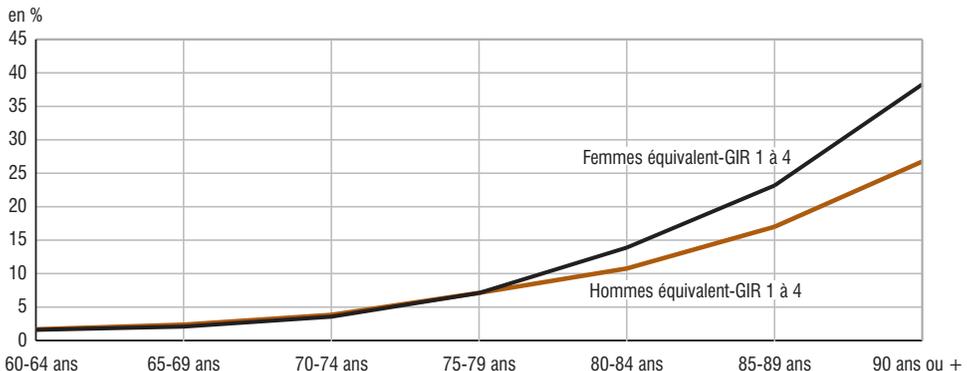
1 - Répartition par lieu de vie et degré de dépendance des personnes âgées de 60 ans ou plus

GIR (a)	À domicile (b)			En établissement pour personnes âgées			Total général (d)	
	en milliers	en %	dont personnes seules en %	en milliers	en %	dont Usld (c) en milliers	en milliers	en %
1. équivalent-GIR 1	22	0,2	0,1	48	10,1	18	69	0,6
2. équivalent-GIR 2	133	1,2	0,8	127	26,9	33	262	2,2
3. équivalent-GIR 3	137	1,2	1,3	63	13,3	10	202	1,7
Personnes les plus dépendantes (1+2+3)	292	2,5	2,2	237	50,3	61	533	4,4
4. équivalent-GIR 4	232	2,0	1,9	32	6,7	3	264	2,2
Personnes dépendantes (1+2+3+4)	524	4,5	4,1	269	57,0	64	798	6,6
5. équivalent-GIR 5	346	3,0	3,6	43	9,2	3	391	3,2
6. équivalent-GIR 6	10 692	92,5	92,3	159	33,8	7	10 857	90,1
Personnes les moins dépendantes ou autonomes (5+6)	11 038	95,5	95,9	202	43,0	10	11 248	93,4
Ensemble des 60 ans ou plus	11 562	100,0	100,0	471	100,0	73	12 045	100,0

(a) Le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil et ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
 Le GIR 2 est composé de deux sous-groupes. D'une part, les personnes confinées au lit ou au 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. D'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillement ne sont pas faits ou sont faits partiellement.
 Le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillement ne sont pas faits ou sont faits partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.
 Le GIR 4 comprend les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement. La plupart s'alimentent seules. Ce groupe comprend aussi celles qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.
 Le GIR 5 est composé des personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
 Le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.
 (b) 24 000 personnes à domicile dont l'équivalent GIR est inconnu ne sont pas comptées.
 (c) Unité de soin de longue durée (très exactement, établissement public de long séjour).
 (d) Le total général inclut 13 092 personnes de 60 ans ou plus en foyer pour handicapés et en hôpital psychiatrique.

Champ : personnes d'au moins 60 ans. 24 000 personnes à domicile dont l'équivalent GIR est inconnu ne sont pas comptées.
 Source : Insee et Drees, enquêtes HID 1998 et 1999.

2 - Proportion de personnes dépendantes par sexe et âge



Source : Insee, enquêtes HID 1998 et 1999.

2.7 PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES

L'apparition d'un handicap chez les personnes âgées et le vieillissement des personnes handicapées sont deux processus différents : pour les premières, les difficultés rencontrées sont causées par l'avancée en âge, mais pour les autres, des problèmes de fatigabilité et de perte de performance viennent s'ajouter de façon précoce à un handicap préexistant. Avant 75 ans, les incapacités sont très rares chez les personnes sans handicap ancien. Par contre, chez les personnes souffrant d'un handicap préexistant, les difficultés dues à l'âge viennent s'ajouter très tôt à ce handicap quand elles ne l'aggravent pas.

Il n'existe pas de définition normalisée des personnes handicapées vieillissantes. Le seuil retenu ici est celui de 40 ans. Une approche à partir des enquêtes « Handicaps-Incapacités-Dépendance » réalisées en 1998 et 1999 conduit à évaluer leur nombre à 635 000, soit 2,4 % des 40 ans ou plus. 267 000 d'entre elles ont 60 ans ou plus et 140 000 sont au moins âgées de 70 ans (figure 1).

L'apparition du handicap est majoritairement liée à des déficiences sensorielles ou du langage, mais aussi intellectuelles et mentales, et, à un moindre degré, motrices. Depuis qu'elles ont atteint l'âge de 20 ans, voire plus tôt encore, 7 % des personnes handicapées vieillissantes ne sont pas en mesure de faire leur toilette seules et sans difficulté, 8 % ont des problèmes pour sortir du domicile et 13 % ne peuvent pas s'orienter seules. Au total, le nombre moyen

d'incapacités anciennes qu'elles déclarent est de 2,5, avec de fortes disparités selon le handicap d'origine.

L'avancée en âge s'accompagne évidemment d'une augmentation du nombre moyen d'incapacités : il passe de 2,5 avant 20 ans à 4,2 en moyenne à partir de 40 ans, alors que l'ensemble des autres personnes âgées d'au moins 40 ans n'en déclare que 1,4. Si, quel que soit l'âge, les personnes handicapées vieillissantes ont plus d'incapacités que les autres du même âge, à partir de 75 ans l'écart se restreint (figure 2).

Environ 6 % des personnes handicapées vieillissantes vivent en institution (figure 3). Alors que les autres personnes de 40 ans ou plus n'entrent que très rarement en institution avant 80 ans et résident alors plutôt en maison de retraite, la moitié des personnes handicapées vieillissantes en institution réside en établissement pour adultes handicapés et une sur dix en établissement psychiatrique. Un sixième d'entre elles a toujours vécu en institution.

Pour les personnes handicapées vieillissantes qui vivent à domicile, comme pour les autres personnes de 40 ans ou plus, la vie en couple est la situation la plus fréquente. Mais elles sont plus nombreuses à vivre seules (26 % contre 17 %), et la cohabitation avec leur père ou leur mère, rarissime chez les personnes de 40 ans ou plus sans handicap ancien, concerne 6 % d'entre elles, soit environ 40 000 personnes.

DÉFINITIONS

✓ **Personnes handicapées vieillissantes** : il n'existe pas de définition normalisée des personnes handicapées vieillissantes. L'approche retenue ici considère l'ensemble des personnes de 40 ans ou plus, vivant dans un domicile ordinaire ou en institution, qui présentent au moins une déficience depuis la naissance, l'enfance ou l'adolescence, et souffrent au moins d'une incapacité survenue avant 20 ans. Dès l'âge de 40 ans, en effet, le nombre d'incapacités (3,8 pour les 40-59 ans) est nettement plus élevé qu'à 20 ans (2,5).

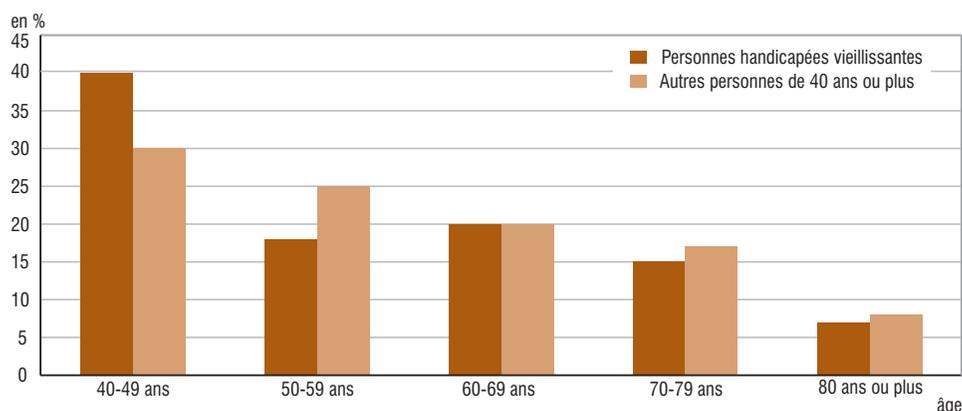
✓ **Déficiences** : pertes ou dysfonctionnements de diverses parties du corps (membres, muscles, organes) ou du cerveau. Elles résultent en général d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un problème de naissance. On peut en partie réduire leurs conséquences par l'appareillage et la rééducation.

✓ **Incapacités** : en général conséquences de déficiences, ce sont les difficultés ou impossibilités à réaliser des actes élémentaires (se tenir debout, communiquer...) ou plus complexes (s'habiller, s'orienter...). Une aide technique ou humaine peut permettre d'effectuer ces actes quotidiens.

POUR EN SAVOIR PLUS

✓ Michaudon H., « Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID », *Études et Résultats*, n° 204, décembre 2002, Drees.

1 - Répartition par âge des personnes handicapées vieillissantes et des autres personnes de 40 ans ou plus



Source : Insee, enquêtes HID-Institutions 1998 et HID-Domicile 1999.

2 - Nombre moyen d'incapacités déclarées par les personnes handicapées vieillissantes et par les autres personnes

	Nombre moyen d'incapacités
Incapacités déclarées par les personnes handicapées vieillissantes de 40 ans ou plus	4,2
<i>dont incapacités survenues avant 20 ans</i>	2,5
par les 40-59 ans	3,8
par les 60-74 ans	4,1
par les 75 ans ou plus	5,5
Incapacités déclarées par les autres personnes de 40 ans ou plus	1,4
par les 40-59 ans	0,4
par les 60-74 ans	1,3
par les 75 ans ou plus	4,5

Note : 28 incapacités ont été prises en compte, couvrant les domaines de la toilette, de l'habillement et de l'alimentation (par exemple s'habiller et se déshabiller seul), l'hygiène de l'élimination (par exemple aller aux toilettes seul), la mobilité et les déplacements (par exemple se lever, se coucher et s'asseoir seul), les tâches ménagères et la gestion (pour les personnes en domicile ordinaire seulement, par exemple préparer ses repas seul), la communication à distance, la cohérence et l'orientation (par exemple trouver seul son chemin), la vue, l'ouïe et la parole (par exemple entendre une conversation), et enfin la souplesse et la manipulation (par exemple ramasser un objet sur le plancher). On considère qu'il y a incapacité lorsque l'action est effectuée sans aide, mais avec beaucoup de difficultés, ou ne peut être effectuée sans aide.

Source : Insee, enquêtes HID-Institutions 1998 et HID-Domicile 1999.

3 - Lieu de vie des personnes handicapées vieillissantes

	en %	
	Personnes handicapées vieillissantes	Autres personnes de 40 ans ou plus
En institution	6	2
établissement pour adultes handicapés	50	3
institution pour personnes âgées (y compris unités de soins de longue durée)	39	92
établissement psychiatrique	11	5
À domicile	94	98
en couple	50	66
seul	26	17
avec au moins un de ses parents	6	ns
autres	18	17

Source : Insee, enquêtes HID-Institutions 1998 et HID-Domicile 1999.

2.8 DÉPENDANCE À L'HORIZON 2040

L'importante augmentation à venir du nombre de personnes très âgées (voir *fiche 1.7*) va entraîner une progression du nombre de personnes dépendantes. Plusieurs travaux de projection ont été menés pour évaluer cette progression. Les plus récents effectués par l'Insee se sont basés sur les mesures de flux d'entrée et de sortie de dépendance par âge tirées des enquêtes HID, réalisées de 1998 à 2001, et sur le modèle Destinie (modèle démographique, économique et social de trajectoires individuelles simulées).

Trois scénarios d'évolution de la dépendance aux âges élevés ont été envisagés, compte tenu des tendances enregistrées dans le passé (*figure 1*). Chacun correspond à une hypothèse spécifique sur l'évolution de la durée de vie en dépendance à 60 ans (voir *fiche 2.9*). Le premier scénario, pessimiste, suppose que cette durée croît au même rythme que l'espérance de vie à 60 ans. Le deuxième suppose qu'elle reste stable pour les hommes comme pour les femmes. Enfin, le troisième scénario, optimiste, suppose que la durée de vie en dépendance après 60 ans diminue.

Dans les trois scénarios, le nombre de personnes dépendantes augmente, mais dans des proportions assez différentes, pour atteindre en 2040 1,0, 1,2 ou 1,5 million de personnes (*figure 2*). L'éventail de l'augmentation envisagée en 40 ans est large : de 18 à 84 %. Dans les trois cas, l'augmentation devient plus rapide à partir de 2030 ; c'est en effet vers cette date que les générations du baby-boom atteindront 80-85 ans, âge où la dépendance devient fréquente (*figure 3*).

Dans les trois scénarios, le taux de dépendance à un âge donné diminue par rapport à ce qu'il était à la fin du siècle dernier (*figure 4*). Par ailleurs l'âge moyen des personnes dépendantes augmente sensiblement. Dans le cadre du scénario central, cet âge moyen passe pour les hommes de 78,5 ans en 2000 à 84,5 ans en 2040 et pour les femmes de 83 à 88 ans.

La prise en charge de ces nouvelles personnes dépendantes va devenir un enjeu majeur des années futures. La demande de services institutionnels (aide à domicile ou places en établissement) risque ainsi de s'accroître pour suppléer l'insuffisance prévisible des aidants familiaux non professionnels (voir *fiches 3.18 et 3.21*).

DÉFINITIONS

✓ **Personne âgée dépendante** : personne de 60 ans ou plus dont le manque d'autonomie fait l'objet d'un classement dans les GIR 1 à 4 (voir *fiche 2.6*). Cette définition restrictive, retenue dans les projections, correspond aux critères d'attribution de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa).

✓ **Enquêtes Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID)** : elles ont été réalisées en deux vagues, auprès des personnes handicapées et/ou âgées, dans les institutions en 1998 et 2000, et auprès des personnes vivant à domicile en 1999 et 2001. Elles s'intéressent aux conséquences des problèmes de santé sur l'intégrité physique, la vie quotidienne et sociale des personnes et permettent d'estimer l'évolution de l'état de dépendance des répondants sur un laps de temps de deux ans.

POUR EN SAVOIR PLUS

- ✓ Mormiche P., « Le handicap en institution : le devenir des pensionnaires entre 1998 et 2000 », *Insee Première*, n° 803, septembre 2001.
- ✓ Bontout O., Colin C. et Kerjosse R., « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », *Études et Résultats*, n° 160, Drees, février 2002.
- ✓ Duée M. et Rebillard C., « La dépendance des personnes âgées à l'horizon 2040 », *Document de travail*, Insee, mars 2004.

1 - Les trois scénarios d'évolution de l'espérance de vie en dépendance

en années

Scénario	Sexe	Espérance de vie à 60 ans en 2000		Espérance de vie à 60 ans en 2040		Variation absolue (2000-2040)	
		totale	en dépendance	totale	en dépendance	totale	en dépendance
Pessimiste	H	19,8	1,4	25,9	1,8	6,1	0,4
	F	25,0	2,5	30,9	3,2	5,9	0,7
Central	H	19,8	1,4	25,9	1,4	6,1	0,0
	F	25,0	2,5	30,9	2,5	5,9	0,0
Optimiste	H	19,8	1,4	25,9	1,2	6,1	- 0,2
	F	25,0	2,5	30,9	2,1	5,9	- 0,4

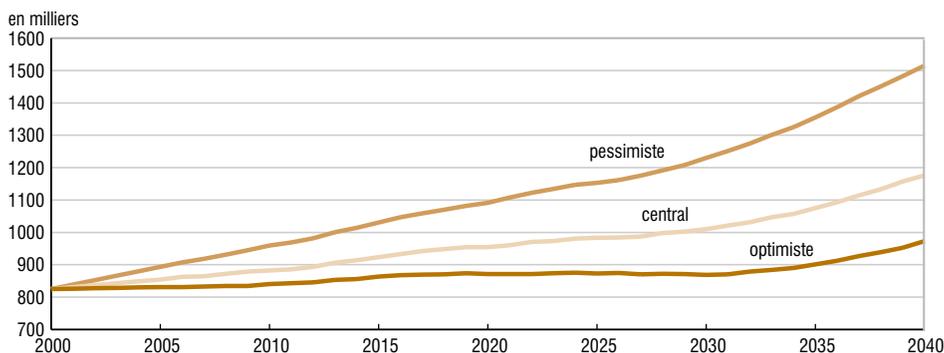
Source : Insee, modèle Destinie et enquêtes HID 1998-2001.

2 - Projections du nombre de personnes dépendantes d'au moins 60 ans selon les scénarios

	Scénario		
	pessimiste	central	optimiste
Nombre de personnes âgées dépendantes en 2020 (en milliers)	1 090	955	870
Évolution 2000-2020 (en %)	32	16	6
Nombre de personnes âgées dépendantes en 2040 (en milliers)	1 515	1 175	975
Évolution 2000-2040 (en %)	84	43	18

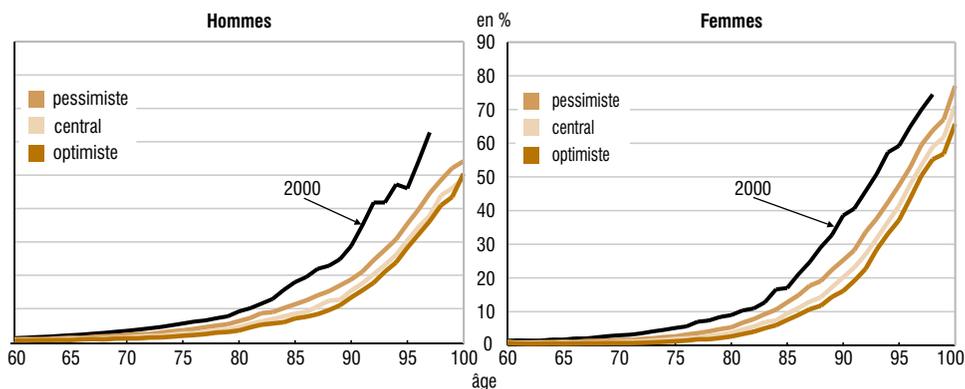
Source : Insee, modèle Destinie et enquêtes HID 1998-2001.

3 - Évolution du nombre de personnes dépendantes d'au moins 60 ans selon les scénarios



Source : Insee, modèle Destinie et enquêtes HID 1998-2001.

4 - Taux de dépendance en 2040 par sexe et âge selon les scénarios



Source : Insee, modèle Destinie et enquêtes HID 1998-2001.

2.9 ÉVOLUTION DE L'ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS

En dehors des périodes de guerre, l'espérance de vie à la naissance avait progressé de manière très rapide et constante depuis le début du ^{xx}e siècle jusqu'à la fin des années cinquante, passant de 45 ans en 1900 à 70 ans en 1958. Ce progrès s'est ralenti dans les années soixante. Il a repris à partir des années soixante-dix, la baisse de la mortalité des personnes âgées relayant alors les bénéfices presque épuisés de celle de la mortalité infantile. L'espérance de vie à la naissance passe ainsi de 71,2 ans en 1969 à 80,2 ans en 2004.

L'espérance de vie à 65 ans a commencé à augmenter rapidement à la fin des années cinquante pour les femmes, après 1970 pour les hommes, du fait notamment de la baisse massive de la mortalité cardio-vasculaire (voir fiche 2.11). En termes relatifs, les gains d'espérance de vie à 65 ans sont alors devenus nettement plus rapides que ceux de l'espérance de vie à la naissance ou à 15 ans (figures 1 et 2). L'avance d'espérance de vie prise à la fin des années cinquante par les femmes tend aujourd'hui à se réduire : sur les 20 dernières années, l'espérance de vie des hommes a crû plus vite que celle des femmes, aussi bien aux âges élevés qu'à la naissance (figure 3).

En définitive, au cours du dernier demi-siècle, les gains d'espérance de vie à tous âges restent substantiels : à la naissance, 12 ans pour les hommes et 13,5 ans pour les femmes soit une augmentation de près de 20 %, et à 65 ans, 4,5 ans pour les hommes et plus de 6,5 ans pour les femmes, ce qui correspond à un allongement de l'espérance de vie à cet âge de l'ordre de 40 %.

L'analyse de l'accroissement de l'espérance de vie à la naissance depuis 1950 confirme l'importance du rôle joué par l'allongement de la durée de vie à 65 ans ou plus : pour les hommes plus du tiers depuis les années soixante-dix, pour les femmes montée progressive en puissance jusqu'à plus de la moitié depuis 1980.

Sur la décennie 1981-1991, on observe à partir de 65 ans une stabilité de la durée de vie avec incapacité : celle-ci est passée de 8,5 à 8,0 ans pour les femmes mais de 5,3 à 5,6 ans pour les hommes (figure 4). Quant à la durée de vie avec incapacité sévère, elle diminue de 1,0 à 0,9 an pour les hommes, mais augmente de 1,8 à 2,0 ans pour les femmes. Toutefois, pour les femmes, l'espérance de vie sans incapacité augmente plus vite que l'espérance de vie d'ensemble : 2,3 contre 1,8 années.

DÉFINITIONS

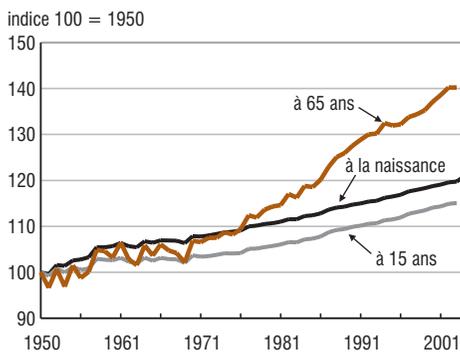
- ✓ **Espérance de vie à la naissance** : moyenne des âges au décès (ou encore des durées de vie) d'une génération fictive soumise aux conditions actuelles de mortalité.
- ✓ **Espérance de vie à 65 ans** : moyenne des durées restant à vivre pour les survivants à cet âge, dans les conditions actuelles de mortalité.
- ✓ **Espérance de vie sans incapacité** : espérance de vie après déduction des années vécues en situation d'incapacité.
- ✓ **Incapacité sévère** : caractérise les personnes à l'hôpital (psychiatrique ou non), en hospice ou maison de retraite ou bien confinées à leur domicile ou encore provisoirement alitées même pour des périodes très courtes.
- ✓ **Incapacité modérée** : caractérise les personnes en arrêt d'activité sans alitement ou encore non confinées à leur domicile mais gênées ou handicapées de façon permanente.

POUR EN SAVOIR PLUS

- ✓ Robine J.-M. et Mormiche P., « L'espérance de vie sans incapacité augmente », *Insee Première*, n° 281, octobre 1993.
- ✓ « La santé aux grands âges », *Actes du Séminaire de Poigny-la-Forêt*, 19-20 mars 1998, Ined.
- ✓ « La situation démographique en 2002 », *Insee Résultats*, n° 34, série Société, 2004.
- ✓ Meslé F., « Espérance de vie : un avantage féminin menacé ? », *Population et sociétés*, n° 402, Ined, juin 2004.
- ✓ Pison G., « France 2004 : l'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans », *Population et sociétés*, n° 410, Ined, mars 2005.

Évolution de l'espérance de vie à 65 ans 2.9

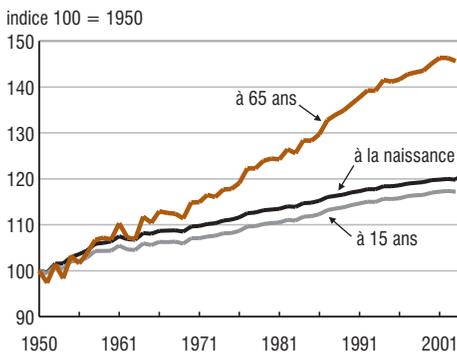
1 - Évolution de l'espérance de vie masculine à divers âges



Note : données provisoires pour 2002, 2003 et 2004.

Source : État civil, Insee.

2 - Évolution de l'espérance de vie féminine à divers âges



Note : données provisoires pour 2002, 2003 et 2004.

Source : État civil, Insee.

3 - Évolution par sexe de l'espérance de vie à divers âges

	en années								
	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2002p	2003p	2004p
Hommes									
Espérance de vie à la naissance	63,4	67,0	68,4	70,2	72,7	75,3	75,8	75,9	76,7
Espérance de vie à 15 ans	53,4	54,7	55,3	56,4	58,6	60,9	61,3	61,4	...
Espérance de vie à 65 ans	12,2	12,6	13,0	13,9	15,6	16,7	17,1	17,1	...
Femmes									
Espérance de vie à la naissance	69,2	73,6	75,9	78,4	81,0	82,8	83,0	82,9	83,8
Espérance de vie à 15 ans	58,4	60,9	62,5	64,4	66,7	68,3	68,5	68,4	...
Espérance de vie à 65 ans	14,6	15,6	16,8	18,2	19,9	21,2	21,4	21,3	...

Source : État civil, Insee.

4 - Variation de l'espérance de vie avec et sans incapacité à 65 ans entre 1981 et 1991

	en années		
	1981	1991	Évolution
Hommes			
Espérance de vie	14,1	15,7	1,6
<i>dont avec incapacité sévère</i>	<i>1,0</i>	<i>0,9</i>	<i>- 0,1</i>
Espérance de vie sans incapacité sévère	13,1	14,8	1,7
<i>dont avec incapacité modérée</i>	<i>4,3</i>	<i>4,7</i>	<i>0,4</i>
Espérance de vie sans incapacité	8,8	10,1	1,3
Femmes			
Espérance de vie	18,3	20,1	1,8
<i>dont avec incapacité sévère</i>	<i>1,8</i>	<i>2,0</i>	<i>0,2</i>
Espérance de vie sans incapacité sévère	16,5	18,1	1,6
<i>dont avec incapacité modérée</i>	<i>6,7</i>	<i>6,0</i>	<i>- 0,7</i>
Espérance de vie sans incapacité	9,8	12,1	2,3

Lecture : la durée de vie avec incapacité s'obtient en additionnant les lignes Espérance de vie avec incapacité sévère et avec incapacité modérée.

Sources : Insee, État civil, Recensements de la population et enquêtes sur la santé, et calculs de l'Inserm, Laboratoire d'épidémiologie et d'économie de la santé de Montpellier.

2.10 DÉCÈS

Depuis 1987, le nombre annuel total de décès s'inscrit nettement en retrait des niveaux atteints au cours des vingt années précédentes, du fait des gains d'espérance de vie. Mais il ne diminue plus, la baisse de la mortalité ne parvenant plus à compenser le vieillissement et l'arrivée de générations nombreuses à des âges de forte mortalité. Les deux dernières années revêtent un caractère exceptionnel : 2003 enregistre un surcroît de 15 000 décès dû à la canicule estivale, laquelle a davantage touché les personnes âgées que les autres, et 2004 est particulièrement bas du fait notamment du contrecoup de la mortalité élevée en 2003 et d'une absence d'épidémie de grippe.

Avec l'allongement de la durée de vie, la part des personnes âgées dans l'ensemble des décès continue de progresser : en vingt ans elle gagne plus de 4 points, passant de 75 % en 1980 à plus de 79 % en 2002 (*figure 1*). La progression est particulièrement marquée chez les hommes où elle dépasse les 5 points. Néanmoins, chez ces derniers, cette part est de 15 points inférieure à ce qu'elle est chez les femmes : les hommes continuent de mourir nettement plus jeunes (*voir fiche 2.9*). En 2002, les décès de personnes de 65 ans ou

plus représentent en effet 87 % des décès pour les femmes et 72 % pour les hommes.

Les décès féminins ont lieu plus tard : ce n'est que vers 80 ans que plus la moitié des décès sont féminins. Après 90 ans, ce sont les trois quarts. Pour les hommes, c'est entre 75 et 84 ans que l'on constate le plus grand nombre de décès de personnes âgées alors que c'est entre 85 et 94 ans pour les femmes.

La proportion des décès à domicile a fortement diminué en 20 ans : d'un tiers en 1980, elle est passée à un peu plus d'un quart en 2000. Elle est à peu près stable quel que soit l'âge mais elle s'élève légèrement aux très grands âges (*figure 2*). Chez les 65 ans ou plus, les décès en milieu hospitalier (privé y compris) sont toujours les plus nombreux avec plus de 56 % des décès et leur importance est restée globalement stable.

Au cours de ces vingt dernières années, les décès sont devenus plus fréquents en maison de retraite. Leur importance relative croît fortement avec l'âge : faible (3,6 %) pour les moins de 75 ans, la part de ces décès dépasse le quart pour les 95 ans ou plus (25,9 %). La maison de retraite ou l'hospice est souvent considéré comme l'ultime lieu de vie pour des personnes très âgées ayant perdu tout ou partie de leur autonomie.

POUR EN SAVOIR PLUS

- ✓ « La situation démographique en 2002 », *Insee Résultats*, n° 18, série Société, 2003.
- ✓ Hémon D. et Jouglé E. « Estimation de la surmortalité et principales caractéristiques épidémiologiques », *Rapport au ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées*, septembre 2003.
- ✓ Richet-Mastain L., « Bilan démographique 2004 - Nette diminution des décès », *Insee Première*, n° 1004, février 2005.

1 - Décès en 1980 et 2002

Âge	1980				2002p			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
65-69 ans	32 430	11,4	16 908	6,5	24 556	9,0	11 912	4,5
70-74 ans	43 002	15,1	28 482	10,9	34 172	12,5	19 611	7,5
75-79 ans	47 460	16,6	43 552	16,6	41 850	15,4	32 247	12,3
80-84 ans	37 672	13,2	53 079	20,2	39 114	14,4	40 496	15,5
85-89 ans	19 966	7,0	45 659	17,5	29 924	11,0	48 487	18,5
90-94 ans	8 245	2,9	24 524	9,4	20 946	7,7	50 435	19,3
95 ans ou plus	1 953	0,7	7 577	2,9	6 000	2,2	24 642	9,4
Total 65 ans ou plus	190 728	66,8	219 781	84,0	196 562	72,2	227 830	87,0
Ensemble de la population	285 481	100,0	261 626	100,0	272 371	100,0	261 812	100,0

Source : Insee, État Civil.

2 - Répartition des lieux de décès des personnes âgées en 1980 et 2000 selon l'âge

Lieu du décès	65 à 74 ans		75 à 84 ans		85 ans ou plus		Ensemble des 65 ans ou plus	
	1980	2000	1980	2000	1980	2000	1980	2000
Logement ou domicile privé	33,0	25,6	32,7	25,3	35,6	27,0	33,6	26,1
Établissement hospitalier	53,5	53,1	51,5	51,1	44,0	43,2	50,1	48,0
Clinique privée	7,4	11,6	6,6	10,1	4,9	6,4	6,4	8,8
Hospice, maison de retraite	2,9	3,6	6,6	8,3	13,0	19,0	7,2	12,1
Voie ou lieu publics	1,0	1,4	0,4	0,7	0,1	0,2	0,5	0,6
Autres lieux	2,2	4,7	2,2	4,5	2,4	4,2	2,2	4,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre de décès	120 822	94 723	181 763	135 993	107 924	190 615	410 509	421 331

Source : Insee, État Civil.

2.11 CAUSES DE DÉCÈS

En 1999 comme en 1980, trois causes de décès émergent chez les **15-64 ans** : il s'agit d'abord des tumeurs dont l'importance va croissant, ensuite des accidents et morts brutales (traumatismes et empoisonnements) qui sont en régression, et enfin des maladies de l'appareil circulatoire qui sont en plus forte diminution. À elles seules, elles représentent plus de 75 % des causes spécifiées.

Chez les **personnes âgées**, les traumatismes et empoisonnements ne revêtent pas la même importance, c'est la quatrième cause de décès après les deux autres ci-dessus mentionnées et les maladies de l'appareil respiratoire. À 65-74 ans comme à 75 ans ou plus et pour chacun des deux sexes, la mortalité est largement dominée par les maladies cardio-vasculaires et les cancers. Toutefois, alors que ces deux maladies sont maintenant à l'origine d'un nombre équivalent de décès d'hommes âgés, les maladies cardio-vasculaires restent prédominantes dans les décès féminins plus tardifs. De plus, les maladies de l'appareil respiratoire, notamment les maladies respiratoires aiguës, tendent à devenir des causes de décès plus fréquentes : en 1999 elles représentent 10 % des causes spécifiées de décès de personnes âgées, aussi bien masculins que féminins (avec une importance croissante selon l'âge). Pour autant, la mortalité due à l'ensemble de ces maladies n'augmente pas ; elle baisse simplement moins vite que la mortalité totale.

Entre 1980 et 1999, chez les **hommes**, la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires

a massivement baissé du fait d'un recul du tabagisme, d'une alimentation plus diversifiée et de nouveaux moyens préventifs et thérapeutiques. Au cours de la même période, la mortalité par cancer est restée stable, ce qui, compte tenu de l'évolution à la baisse du taux de mortalité global, se traduit par une augmentation de la part des décès dus au cancer. Ainsi, à 65-74 ans, l'ordre d'importance des deux pathologies s'est inversé : en 1999, les décès par cancer représentent 45 % de l'ensemble des décès contre 34 % en 1980, et les maladies de l'appareil circulatoire 27 % des décès contre 37 % en 1980. À 75-84 ans, ces deux causes de décès représentent chacune près d'un tiers des décès en 1999, alors qu'en 1980 la mortalité cardio-vasculaire était près de deux fois plus élevée que la mortalité par cancer. À 85 ans ou plus le rapport entre les deux causes était de l'ordre de 3 en 1980, il n'est plus que de 2 en 1999.

Chez les **femmes**, la chute encore plus nette des maladies cardio-vasculaires de forte prévalence, conjuguée à un lent recul des cancers à partir d'un niveau moins élevé que chez les hommes conduit à une inversion des principales causes de décès chez les 65-74 ans (respectivement 39 % et 31 % en 1980 et 26 % et 43 % en 1999). À 75 ans ou plus, l'écart entre les deux groupes de pathologies reste important et la mortalité des femmes, surtout à partir de 85 ans, reste encore largement dominée par les maladies cardio-vasculaires.

DÉFINITION

✓ **Causes de décès** : les statistiques des causes de décès sont élaborées à partir des certificats médicaux de décès remplis par les médecins constatant le décès et adressés à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). C'est la 9^e révision de la classification internationale des maladies (CIM 9) qui est utilisée ici (la 10^e révision est rentrée en vigueur à compter de 2000).

Selon les recommandations de l'OMS relatives à cette révision, l'Inserm a classé les causes déclarées en 3 groupes : cause initiale, cause immédiate, cause associée. Les données présentées ici ne concernent que la cause principale. L'importance de certaines maladies « impliquées » dans les décès sans en être la cause principale peut donc être sous-estimée.

POUR EN SAVOIR PLUS

- ✓ Meslé F. et Vallin J., « Évolution de la mortalité aux âges élevés en France depuis 1950 » in *La Santé aux grands âges, Les cahiers de l'Ined*, n° 147, 2002.
- ✓ « La situation démographique en 2002 », *Insee Résultats*, n° 34, série Société, 2004.

Causes de décès 2.11

1 - Répartition des décès masculins par cause et tranche d'âge en 1980 et 1999

en %

Causes	1999					1980
	15 à 64 ans	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans ou plus	Ensemble 65 ans ou plus	Ensemble 65 ans ou plus
Symptômes, signes et états morbides mal définis	6,3	3,7	4,1	7,1	5,0	4,9
Causes spécifiées	93,7	96,3	95,9	92,9	95,0	95,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pour 100 causes spécifiées ...						
Maladies de l'appareil circulatoire	17,5	27,4	34,8	39,8	33,9	42,3
Tumeurs	40,0	45,0	32,4	19,5	32,6	27,0
Maladies de l'appareil respiratoire	3,3	7,2	10,4	14,7	10,7	8,7
Traumatismes et empoisonnements	22,0	5,4	5,1	5,7	5,4	5,2
Maladies de l'appareil digestif	7,4	5,3	4,1	4,0	4,5	6,3
Maladies du système nerveux et des organes des sens	1,9	2,4	3,6	3,1	3,0	2,1
Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme, et troubles immunitaires	1,7	2,7	3,0	3,5	3,0	2,2
Troubles mentaux	3,0	1,3	2,0	3,4	2,2	1,3
Maladies des organes génito-urinaires	0,4	1,1	1,8	2,7	1,8	2,6
Maladies infectieuses et parasitaires	1,9	1,2	1,4	1,5	1,4	1,4
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0,3	0,4	0,6	0,8	0,6	0,5
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	0,2	0,3	0,5	0,6	0,5	0,2
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0,1	0,2	0,3	0,7	0,4	0,2
Anomalies congénitales	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Notes : l'âge est en années révolues. La classification utilisée est la CIM 9 .

Source : Inserm.

2 - Répartition des décès féminins par cause et tranche d'âge en 1980 et 1999

en %

Causes	1999					1980
	15 à 64 ans	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans ou plus	Ensemble 65 ans ou plus	Ensemble 65 ans ou plus
Symptômes, signes et états morbides mal définis	5,1	4,1	5,5	9,6	7,6	7,1
Causes spécifiées	94,9	95,9	94,5	90,4	92,4	92,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pour 100 causes spécifiées ...						
Maladies de l'appareil circulatoire	12,9	26,4	37,6	45,2	40,1	50,6
Tumeurs	49,3	42,8	26,1	12,4	21,0	18,3
Maladies de l'appareil respiratoire	3,2	5,8	7,9	11,6	9,6	6,6
Traumatismes et empoisonnements	16,6	5,7	5,4	6,2	5,9	6,4
Maladies de l'appareil digestif	7,0	5,4	4,6	4,5	4,6	5,7
Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme, et troubles immunitaires	1,9	3,9	4,4	4,8	4,6	3,6
Troubles mentaux	2,1	1,5	3,2	5,6	4,3	1,6
Maladies du système nerveux et des organes des sens	3,0	4,2	5,1	3,5	4,1	2,4
Maladies des organes génito-urinaires	0,6	1,3	1,7	2,0	1,8	2,0
Maladies infectieuses et parasitaires	1,6	1,5	1,7	1,5	1,6	1,2
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	0,4	0,7	0,9	0,9	0,8	0,5
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0,1	0,2	0,6	1,1	0,8	0,6
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0,4	0,5	0,7	0,7	0,7	0,5
Anomalies congénitales	0,7	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Complications de la grossesse, de l'accouchement...	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Notes : l'âge est en années révolues. La classification utilisée est la CIM 9 .

Source : Inserm.