
Éclairage

Les seniors



Avertissement

Sur les sites internet de l'Insee (www.insee.fr) et d'Eurostat (<https://ec.europa.eu/eurostat/home>) pour les données internationales, les chiffres essentiels sont actualisés régulièrement.

Les comparaisons internationales contenues dans cet ouvrage s'appuient sur des données harmonisées publiées par Eurostat, qui peuvent différer des données nationales diffusées par les instituts nationaux de statistique.

Les données chiffrées sont parfois arrondies, en général au plus près de leurs valeurs réelles. Le résultat arrondi d'une combinaison de chiffres (qui fait intervenir leurs valeurs réelles) peut être légèrement différent de celui que donnerait la combinaison de leurs valeurs arrondies.

Signes conventionnels utilisés

...	Résultat non disponible
///	Absence de résultat due à la nature des choses
<i>e</i>	Estimation
<i>p</i>	Résultat provisoire
<i>r</i>	Résultat révisé par rapport à l'édition précédente
n.s.	Résultat non significatif
€	Euro
K	Millier
M	Million
Md	Milliard

État de santé et dépendance des seniors

Amélie Carrère et Claire-Lise Dubost*

La majorité des personnes âgées de 65 ans ou plus vivent jusqu'à un âge avancé à leur domicile. En 2015, moins de 2 % des 65-74 ans résident en institution, cette part augmentant avec l'âge pour atteindre 21 % parmi les 85 ans ou plus. Près des deux tiers des personnes résidant en institution sont ainsi âgées de 85 ans ou plus.

L'entrée en institution s'explique en grande partie par la perte d'autonomie et la dégradation de l'état de santé, ne permettant plus le maintien à domicile. Ainsi, en 2015, 14 % des personnes âgées de 65 ans ou plus résidant à domicile se sentent en mauvaise ou très mauvaise santé. C'est le cas de 35 % des personnes résidant en institution. À domicile, l'état de santé se dégrade nettement avec l'âge. En particulier, la déclaration de restrictions d'activité sévères concerne 9 % des personnes de 65-74 ans et 39 % des 85 ans ou plus. En institution, quelle que soit la tranche d'âge, la part de la population déclarant des restrictions d'activité sévères est plus élevée et atteint en moyenne 63 %.

Les femmes se disent plus souvent concernées par des maladies ou problèmes des os et articulations ou par une dépression, tandis que les hommes déclarent davantage de maladies cardiovasculaires et de diabète. Des limitations physiques sont également déclarées plus fréquemment par les femmes que par les hommes. Le bien-être psychologique est moindre pour les femmes, mais aussi pour les personnes ayant des relations sociales moins fréquentes et pour celles déclarant des limitations sévères.

Entre 2008 et 2015, la santé perçue des seniors résidant à domicile s'est améliorée, la part de la population déclarant un mauvais état de santé passant de 22 % à 14 % et la prévalence déclarée de restrictions d'activité sévères de 24 % à 17 %. Parallèlement, la fréquence des affections de longue durée (ALD) prises en charge par la Sécurité sociale a augmenté : 43 % des 65 ans ou plus vivant à domicile ont au moins une ALD en 2015 contre 36 % en 2008. Cela peut résulter en partie d'une évolution du dispositif administratif et des pratiques des professionnels de santé, ainsi que d'une amélioration de la prise en charge des maladies chroniques. Par ailleurs, 75 % des seniors vivant en institution sont en ALD en 2015.

Au nombre de 13,1 millions en 2018 en France, les personnes âgées de 65 ans ou plus ont vu leur part dans la population augmenter de manière continue au cours des dernières années, passant de 15,5 % de la population totale en 1998 à 19,6 % en 2018. Cette tendance au vieillissement de la population, qui devrait encore s'accélérer en raison de l'arrivée aux grands âges des générations issues du *baby-boom*, a fait de la prise en charge des personnes âgées et de la perte d'autonomie des préoccupations publiques majeures.

Le vieillissement de la population résulte également d'une tendance de fond à l'allongement de la durée de vie [Blanpain, 2018], révélatrice d'une amélioration continue de la santé de la population française au cours du siècle dernier. Avec une espérance de vie à 65 ans de 23,3 ans pour les femmes et de 19,4 ans pour les hommes, la question de l'évolution de l'état de santé et de la dépendance après 65 ans est déterminante pour comprendre les situations et conditions de vie des seniors aujourd'hui et y apporter les réponses adéquates.

* Amélie Carrère, Drees, Ined, PSL Paris Dauphine ; Claire-Lise Dubost, Drees.

En 2015, comment les personnes âgées de 65 ans ou plus perçoivent-elles leur état de santé et comment l'état de santé perçu varie-t-il avec l'âge et selon le sexe ? Constate-t-on une évolution de l'état de santé et de la dépendance des seniors au cours des dix dernières années ? Enfin, le bien-être psychologique des seniors est-il élevé, et varie-t-il selon l'âge, le sexe, la situation matrimoniale ou encore les limitations fonctionnelles et la fréquence des relations sociales ?

Cette étude s'appuie principalement sur le dispositif des enquêtes Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE, encadré 1), collectées auprès des seniors vivant à domicile et de ceux vivant en institution (maisons de retraite, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ou unités de soins de longue durée), qui offre la possibilité de dresser un riche panorama de l'état de santé et de dépendance de la population des 65 ans ou plus. En l'absence de données longitudinales, cet éclairage ne vise pas à déterminer s'il y a un effet propre de l'entrée en institution sur la santé et les limitations.

6 % de la population de 65 ans ou plus vit en institution, majoritairement des femmes âgées de 85 ans ou plus

Si, en 2015, moins de 2 % de la population âgée de 65 à 74 ans vit en institution, la part de résidents en institution augmente avec l'âge et atteint 21 % pour les 85 ans ou plus. Outre leurs effectifs très différents (11,4 millions de seniors résidant à domicile en 2015 en France métropolitaine contre 680 000 en institution), ces deux populations de 65 ans ou plus se distinguent donc par leur âge, puisque 60 % de la population hors ménage¹ est âgée de 85 ans ou plus, contre 14 % à domicile, ainsi que par la proportion de femmes (plus élevée en institution) (figure 1).

Encadré 1

Sources et champ

Les enquêtes CARE ont pour objectif de mieux connaître les conditions de vie des seniors vivant à domicile ou en institution, leurs difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne et les aides qu'ils reçoivent. 11 000 personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à leur domicile ont été interrogées ainsi que 3 600 personnes résidant en maison de retraite, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou unité de soins de longue durée (USLD), éventuellement à l'aide d'un proxy. Parmi elles, 93 % résident dans un Ehpad, 6 % en USLD et moins de 1 % en maison de retraite.

Les données des deux enquêtes ont également été appariées, lorsque c'était possible, aux données médico-administratives issues du Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (Sniiram) contenant des informations sur les consommations de soins en ville et sur le dispositif d'affections de longue durée. Pour les résidents en établissements pour personnes âgées, une partie de

la consommation de soins peut être internalisée par l'établissement, notamment au sein des Ehpad qui proposent des soins et dont la délivrance de médicaments ne peut être individualisée lorsqu'ils ont une pharmacie à usage intérieur (PUI). Cela entraîne une sous-estimation de la consommation de soins des résidents de ces établissements.

Enfin, ces données collectées en 2015 et 2016 ont été comparées aux données de l'enquête Handicap-Santé, réalisée en 2008 à domicile (HSM) et en 2009 en institution (HSI). Collectée en population générale, ses échantillons étaient de taille suffisamment conséquente pour les restreindre aux 65 ans ou plus. Par ailleurs, les habitants des départements et régions d'outre-mer ont été retirés de l'enquête par souci de comparabilité avec l'enquête CARE, dont le champ est la France métropolitaine. Les deux enquêtes (HSM et HSI) ont également été appariées aux données de consommations de soins (Sniiram).

1. Ces chiffres ont été estimés à partir du recensement de la population. Le champ des enquêtes CARE est plus restreint et exclut certaines populations de 65 ans ou plus vivant hors ménages (notamment les seniors hospitalisés, vivant dans des résidences et services pour adultes handicapés ou dans des foyers pour immigrés, ainsi que les seniors vivant dans les résidences autonomie si elles étaient situées à la même adresse qu'un Ehpad).

1. Répartition de la population de 65 ans ou plus par âge et sexe selon le lieu de vie en 2008 et 2015

	2008		2015	
	Personnes vivant à domicile	Personnes vivant hors ménage (institutions ou autres)	Personnes vivant à domicile	Personnes vivant hors ménage (institutions ou autres)
Effectifs (en millions)	9,8	0,6	11,4	0,7
Répartition (en %)				
Femmes	58	71	57	71
Hommes	42	29	43	29
65-74 ans	50	15	52	13
75-84 ans	39	34	34	27
85 ans ou plus	11	51	14	60

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 65 ans ou plus.

Source : Insee, recensements de la population 2008 et 2015 (exploitations complémentaires).

La dégradation de l'état de santé et la perte d'autonomie sont de forts déterminants de l'entrée en institution [Bouvier, 2011]. Un séjour en Ehpad dure en moyenne deux ans et demi en 2015 et se termine, dans deux cas sur trois, par le décès de la personne [Muller, 2017b]. Ces deux populations, vivant à domicile ou en institution, sont donc par nature différentes et ne peuvent être mises sur un même plan. En abordant l'état de santé et le niveau de dépendance de chacune d'elles, cet éclairage donne une photographie des 65 ans ou plus la plus complète possible.

À domicile, l'état de santé déclaré se dégrade nettement avec l'âge, tandis qu'il évolue peu en institution

En 2015, moins d'un senior sur cinq (17 %) vivant à domicile déclare se sentir fortement limité, depuis au moins six mois, dans les activités que les gens font habituellement (*figure 2*). En institution, c'est le cas pour plus de six seniors sur dix (*figure 3*). De même, 14 % des personnes âgées de 65 ans ou plus résidant à domicile se sentent en mauvaise ou très mauvaise santé contre 35 % de celles vivant en institution.

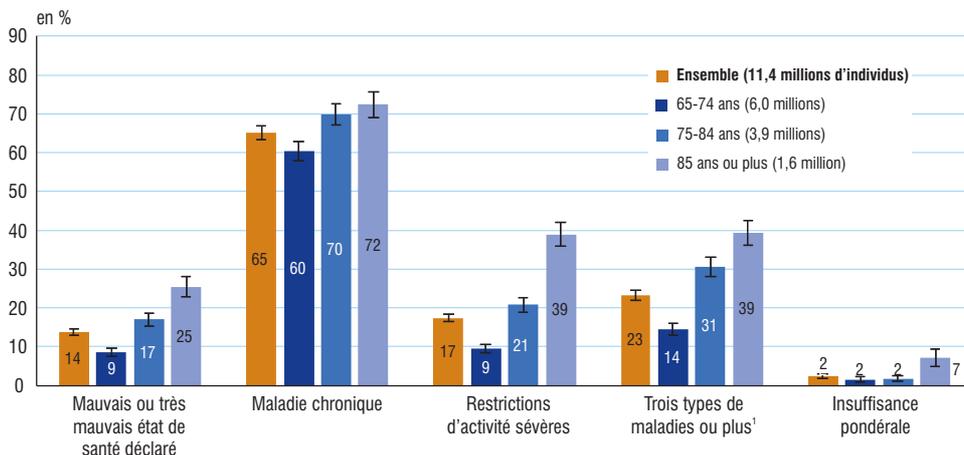
Si, en institution, les indicateurs de santé déclarée évoluent peu avec l'âge, ce qui révèle une certaine homogénéité de l'état de santé au sein de cette population, à domicile, ils se détériorent tous avec l'avancée en âge des seniors. La part des personnes déclarant un état de santé mauvais ou très mauvais y croît de manière continue avec l'âge, passant de 9 % des 65-74 ans à 25 % des 85 ans ou plus. Parallèlement, 39 % des 85 ans ou plus déclarent des restrictions d'activité sévères, soit 30 points de plus que les 65-74 ans.

Toutefois, à partir de 65 ans, la plupart des personnes estiment avoir des problèmes de santé. En 2015, en institution comme à domicile, deux tiers des seniors déclarent avoir une maladie ou un problème de santé chronique ou de caractère durable. À domicile, la part de la population déclarant une maladie chronique parmi les 65-74 ans est de 60 %, soit inférieure de 12 points à celle des 85 ans ou plus. De surcroît, ces derniers sont plus souvent touchés par plusieurs maladies, puisque 39 % des 85 ans ou plus déclarent au moins trois types différents de pathologies², contre 14 % des 65-74 ans. En institution, les maladies sont aussi plus souvent multiples, puisque 44 % des 65 ans ou plus y vivant déclarent au moins trois pathologies contre 23 % à domicile.

2. Des regroupements, inspirés des têtes de chapitre de la dixième version de la classification internationale des maladies, ont été opérés parmi une liste de vingt pathologies. La variable dénombrant les pathologies déclarées s'appuie donc sur la liste suivante : maladies ou problèmes cardiovasculaires, cancers, maladies ou problèmes concernant les os et les articulations, diabète, maladies ou problèmes neurologiques, maladies ou problèmes urinaires ou rénaux, dépression, maladies ou problèmes oculaires, escarres.

Autre forme de fragilité, l'insuffisance pondérale, caractérisée par un **indice de masse corporelle** inférieur à 18,5 selon le seuil fixé par l'Organisation mondiale de la santé, peut notamment être révélatrice de dénutrition. Elle est relativement rare à domicile (2 %) et concerne essentiellement des femmes. Sa fréquence augmente à partir de 85 ans et atteint 7 %. L'insuffisance pondérale est plus élevée en institution puisque 12 % des résidents sont concernés.

2. Indicateurs de santé déclarée des personnes vivant à domicile selon l'âge



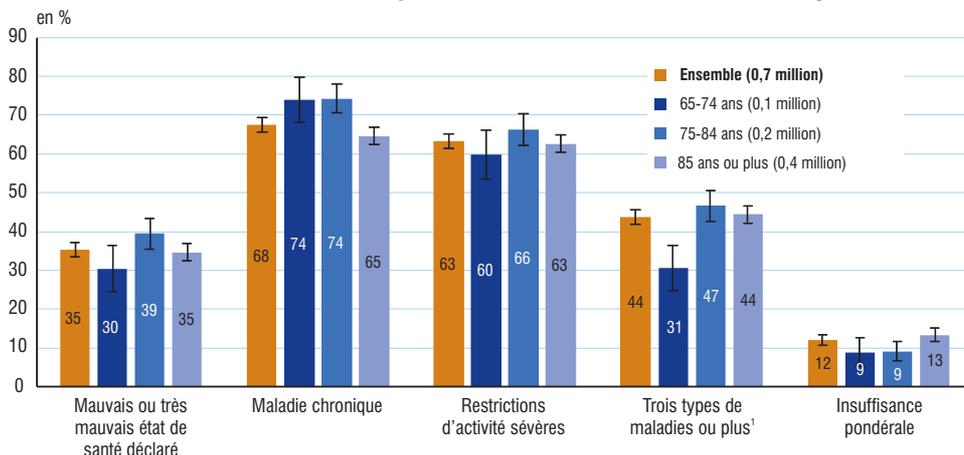
1. L'indicateur de trois maladies ou plus a été reconstituée à partir de la liste de pathologies déclarées dans l'enquête, regroupée en huit grandes catégories. Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 65 ans ou plus résidant à domicile.

Lecture : 9 % des personnes âgées de 65 à 74 ans vivant à domicile déclarent un mauvais ou très mauvais état de santé, contre 17 % des 75-84 ans et 25 % des 85 ans ou plus.

Note : les intervalles de confiance ont été calculés au seuil de 5 %.

Source : Drees, enquête Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) ménages, volet seniors, 2015.

3. Indicateurs de santé déclarée des personnes vivant en institution selon l'âge



1. L'indicateur de trois maladies ou plus a été reconstituée à partir de la liste de pathologies déclarées dans l'enquête, regroupée en huit grandes catégories. Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 65 ans ou plus résidant en institution.

Lecture : 30 % des personnes âgées de 65 à 74 ans vivant en institution déclarent un mauvais ou très mauvais état de santé, contre 39 % des 75-84 ans et 35 % des 85 ans ou plus.

Note : les intervalles de confiance ont été calculés au seuil de 5 %.

Source : Drees, enquête Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) institutions, volet seniors, 2016.

À domicile comme en institution, les affections des os et articulations sont les problèmes de santé déclarés le plus fréquemment

Les affections relatives aux os ou articulations sont les plus fréquemment déclarées par les 65 ans ou plus. Elles concernent 63 % des seniors à domicile et 54 % de ceux en institution (figure 4). À domicile, les rhumatismes ou l'arthrose touchent ainsi un senior sur deux, les douleurs du dos un sur trois, et les douleurs de la nuque ou des cervicales un sur cinq.

À domicile, les maladies ou problèmes cardiovasculaires, déclarés par 43 % des 65 ans ou plus, sont le deuxième grand groupe de pathologies le plus fréquent. Une grande partie tient à la déclaration d'hypertension artérielle, qui concerne 34 % des seniors à domicile, mais l'insuffisance cardiaque (9 %) et les maladies des artères coronaires (7 %) y contribuent également.

En institution, ce sont les maladies ou problèmes urinaires ou rénaux, essentiellement l'incontinence urinaire déclarée par 46 % des personnes âgées, qui arrivent en deuxième position. Les maladies neurologiques entraînant une perte partielle ou totale des capacités cognitives (principalement maladie d'Alzheimer et maladie de Parkinson) sont aussi très fréquentes, avec 39 % des résidents en institution concernés. Avec les dépressions (18 % des 65 ans ou plus en institution), il s'agit de trois problèmes de santé qui sont nettement plus fréquents en institution qu'à domicile (et qui ont pu expliquer le départ du domicile), les autres pathologies ayant une **prévalence** déclarée relativement proche au sein des deux populations.

Les femmes déclarent plus de problèmes des os et articulations et de dépression, les hommes davantage de maladies cardiovasculaires et de diabète

En 2015, les femmes et les hommes de 65 ans ou plus déclarent un état de santé et des restrictions d'activité sévères à des niveaux similaires. Ce résultat se retrouve dans de nombreuses études et semble à première vue étonnant, au regard de l'écart d'espérance de vie en faveur des femmes. Il peut en partie s'expliquer par un rapport au corps différent et une plus grande attention portée par les femmes à leur santé. Il se comprend également à l'aide d'une analyse plus détaillée des types de pathologies déclarées parmi la liste proposée dans l'enquête³ : les femmes sont davantage concernées que les hommes par des maladies invalidantes, mais non mortelles.

Ainsi, les femmes déclarent bien plus souvent des maladies ou problèmes des os et articulations que les hommes. L'ostéoporose, qui touche près de 10 % des seniors, affecte presque uniquement des femmes. Les femmes sont également plus nombreuses à déclarer⁴ être atteintes de la maladie d'Alzheimer, particulièrement en institution où près de quatre femmes sur dix sont concernées, contre près de trois hommes sur dix. À domicile, elles sont également plus nombreuses à déclarer avoir connu une dépression au cours des douze derniers mois (9 % contre 3 % des hommes). En institution, cela concerne autant les hommes que les femmes.

À domicile, les hommes sont plus nombreux à déclarer des maladies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, maladie des artères coronaires, hypertension artérielle, accident

3. Pour être déclarées par le répondant, les pathologies doivent être connues, ce qui peut nécessiter qu'un diagnostic soit posé. Cela peut introduire des biais selon le genre ou la catégorie sociale par exemple, qui seraient liés à des écarts en matière de recours au dépistage ou aux professionnels de santé.

4. Le terme « déclarer » est ici utilisé même si ce ne sont pas toujours les seniors qui répondent eux-mêmes au questionnaire. En particulier dans le cas de la maladie d'Alzheimer, il est fréquent qu'une autre personne aide à répondre au questionnaire.

4. Part des personnes déclarant des maladies ou problèmes de santé chroniques et des symptômes selon le lieu de vie et le sexe

en %

	Personnes vivant à domicile (11,4 millions)				Personnes vivant en institution (0,7 million)			
	Ensemble	Femmes	Hommes	Écarts femmes-hommes ¹	Ensemble	Femmes	Hommes	Écarts femmes-hommes ¹
Maladies ou problèmes de santé chroniques déclarés								
Maladies ou problèmes cardiovasculaires	43	40	46	- 7	37	37	37	
Infarctus du myocarde (crise cardiaque) ou séquelles	3	1	4	- 3	2	2	3	
Maladie des artères coronaires, angine de poitrine, angor	7	4	10	- 6	6	5	7	
Hypertension artérielle	34	34	33		21	22	17	
Accident vasculaire cérébral (AVC), attaque cérébrale ou séquelles	3	3	4		8	8	10	
Insuffisance cardiaque	9	8	11	- 3	13	12	13	
Cancers	6	5	6		5	5	6	
Maladies ou problèmes concernant les os et les articulations	63	70	53	+ 16	54	57	45	+ 9
Douleur ou affection chronique du dos ou du bas du dos	35	37	32		27	28	24	
Douleur ou affection chronique de la nuque ou des cervicales	19	24	14	+ 10	13	15	10	+ 4
Arthrose, rhumatismes, polyarthrite	53	60	43	+ 16	44	48	34	+ 11
Ostéoporose	9	15	1	+ 13	11	14	5	+ 9
Diabète	15	12	18	- 6	12	12	13	
Maladies ou problèmes neurologiques	2	3	2		39	41	34	+ 8
Maladie de Parkinson	1	1	1	- 1	5	4	6	
Maladie d'Alzheimer ou une autre démence	2	2	1		36	38	29	+ 9
Maladies ou problèmes urinaires ou rénaux	15	16	15		47	49	44	
Incontinence urinaire	12	13	11		46	47	41	
Problèmes rénaux tels qu'insuffisance rénale, néphrite, calculs des reins	5	4	5		5	5	7	
Dépression	7	9	3	+ 6	18	18	17	
Maladies ou problèmes oculaires	17	18	15		16	17	14	
Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)	4	5	3		7	8	5	
Cataracte	14	15	13		10	10	10	
Escarres	1	1	1		5	5	5	
Symptômes déclarés								
Essoufflement, difficultés respiratoires	26	26	25		26	25	29	
Toux persistante	11	11	11		12	11	14	
Jambes enflées	22	27	16	+ 9	29	30	26	
Problème de sommeil	30	36	23	+ 13	31	31	31	
Vertiges, évanouissements, étourdissements ou syncopes	15	17	12	+ 4	14	14	14	
Problèmes gastriques ou intestinaux, y compris constipation, flatulence, diarrhée	26	29	22	+ 6	31	32	30	
Fatigue, lassitude, épuisement	34	38	28	+ 8	50	51	48	
Manque d'appétit	8	9	6	+ 2	27	29	22	+ 6
Chute au cours des douze derniers mois	22	26	17	+ 7	44	43	44	
Hospitalisation au cours des douze derniers mois	19	19	19		30	29	35	- 7

1. Les écarts sont standardisés sur l'âge fin. Cela consiste à caler la structure par âge des hommes et celle des femmes sur celle de l'ensemble des seniors. Seuls les écarts significatifs sont reportés dans le tableau.

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 65 ans ou plus résidant à domicile ou en institution.

Lecture : 43 % des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant à domicile déclarent au moins une des maladies ou problèmes cardiovasculaires de la liste, contre 37 % en institution. À domicile, cela concerne 40 % des femmes et 46 % des hommes, et cet écart s'élève à sept points à structure d'âge identique.

Note : les symptômes retenus sont ceux dont la prévalence dépasse 10 % à domicile ou en institution.

Source : Drees, enquêtes Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE) ménages, volet seniors, 2015, et Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE) institutions, volet seniors, 2016.

vasculaire cérébral ou insuffisance cardiaque). En excluant l'hypertension artérielle, qui concerne 34 % des seniors et sans différence selon le genre, les hommes sont 21 % à déclarer au moins une des autres maladies cardiovasculaires contre 14 % des femmes. Le diabète est également déclaré plus fréquemment par les hommes à domicile (18 %) que par les femmes (12 %). Pour les cancers au cours des douze derniers mois, déclarés par 6 % des 65 ans ou plus, les hommes et les femmes sont aussi nombreux à se dire concernés.

Un senior à domicile sur trois ressent de la fatigue, de la lassitude ou de l'épuisement, un sur deux en institution

Au-delà des pathologies, d'autres symptômes ou problèmes de santé sont également très fréquents chez les seniors notamment parmi ceux en institution : 50 % de ces derniers déclarent de la fatigue, de la lassitude ou de l'épuisement (34 % à domicile), 31 % des problèmes de sommeil (30 % à domicile), ainsi que des problèmes gastriques ou intestinaux (26 % à domicile). Le manque d'appétit concerne 27 % des seniors en institution, une part trois fois plus élevée qu'à domicile : il est plus souvent déclaré par les femmes et les personnes plus âgées, deux populations surreprésentées en institution.

Les hospitalisations au cours de l'année sont également plus fréquentes parmi les résidents en institution. Cela peut traduire un développement plus avancé des maladies, conjugué à une fragilité plus grande des seniors en institution. Pour les seniors entrés dans l'année, il n'est pas possible de savoir si ces hospitalisations ont eu lieu avant ou après l'entrée en institution, alors qu'ils sont justement plus souvent concernés que les seniors résidant en institution depuis plus d'un an. Il peut alors s'agir d'un facteur ayant provoqué l'admission dans l'institution⁵.

La fréquence des chutes au cours des douze derniers mois s'établit à 22 % à domicile, avec des accidents plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Elle s'élève à 44 % pour les résidents en institution, sans différence entre sexes. Là encore, ces chutes peuvent avoir eu lieu avant l'entrée en institution et en être l'une des causes.

Les limitations physiques sont plus fréquentes que les limitations sensorielles ou cognitives, elles concernent 34 % des seniors à domicile et 91 % de ceux en institution

Si la fréquence des pathologies révélait principalement une surreprésentation, en institution, des maladies neurologiques (Parkinson, Alzheimer), psychiatriques (dépression) ou des problèmes urinaires, les limitations fonctionnelles sont toutes nettement plus présentes parmi les résidents d'établissements pour personnes âgées que parmi les résidents à domicile. La nature des limitations fonctionnelles des seniors est évaluée ici à travers les difficultés qu'ils ressentent pour exécuter diverses actions courantes de la vie quotidienne⁶.

5. Une étude du rapport Charges et produits de la Cnam [2016], portant sur le profil des nouveaux arrivants en Ehpad, montre que 75 % des personnes ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année précédant leur admission en Ehpad.

6. Les personnes sont, dans cet éclairage, considérées comme limitées lorsqu'elles déclarent avoir « beaucoup de difficultés » à exécuter l'action en question, ou « ne pas pouvoir du tout » le faire.

Les limitations physiques sont les plus fréquentes et se cumulent pour une même personne. Elles concernent 34 % des personnes de 65 ans ou plus vivant à domicile (figure 5). En institution, elles concernent la quasi-totalité des résidents de 65 ans ou plus (91 %), témoignant du fait que l'entrée en institution est liée à la perte d'autonomie. Les limitations cognitives affectent 62 % des seniors en institution contre 8 % à domicile, soit près de 8 fois plus. C'est pour ces limitations que ce rapport est le plus élevé, ce qui va de pair avec l'écart de prévalence constaté pour les maladies neurologiques.

Les limitations sensorielles, malgré les éventuels appareils ou aides techniques utilisés, affectent une personne âgée de 65 ans ou plus sur cinq à domicile et une sur deux en institution. À domicile, elles relèvent principalement de difficultés auditives, les troubles visuels étant limités par le port de lunettes largement répandu.

5. Part des personnes déclarant des limitations fonctionnelles par type de limitations selon le lieu de vie et le sexe

en %

	Personnes vivant à domicile				Personnes vivant en institution			
	Ensemble	Femmes	Hommes	Écarts femmes-hommes ¹	Ensemble	Femmes	Hommes	Écarts femmes-hommes ¹
Limitations sensorielles (au moins une)	21	21	22	- 4	50	52	45	
Voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal (avec éventuellement lunettes ou lentilles de contact)	6	7	5		32	33	27	
Voir le visage de quelqu'un à 4 mètres, de l'autre côté de la rue (avec éventuellement lunettes ou lentilles de contact)	4	6	3	+ 2	22	24	16	+ 6
Entendre une conversation avec plusieurs personnes (avec éventuel appareillage)	17	15	19	- 7	32	32	31	
Limitations physiques (au moins une)	34	42	23	+ 15	91	92	87	
Marcher 500 mètres sur un terrain plat	16	19	12	+ 4	79	81	73	
Monter et descendre un étage d'escalier	18	23	13	+ 7	81	83	76	
Lever le bras	7	9	5	+ 4	29	31	25	+ 5
Se servir de ses mains et de ses doigts (par ex : saisir un crayon, utiliser des ciseaux)	4	5	3	+ 2	22	23	19	+ 5
Se baisser ou s'agenouiller	25	32	17	+ 12	79	81	73	
Porter un sac à provision de 5 kg sur une distance de 10 mètres	20	28	11	+ 14	86	88	78	+ 8
Limitations cognitives (au moins une)	8	9	6		62	64	55	+ 9
Résoudre des problèmes de la vie quotidienne	4	5	3		57	59	50	+ 9
Se concentrer plus de 10 minutes	3	4	3		42	43	37	
Comprendre ou se faire comprendre des autres	3	3	2		33	34	30	
Savoir quel est le moment de la journée	3	3	2		39	41	33	+ 7
Se mettre en danger par son comportement	1	1	1		9	9	9	
Autres limitations fonctionnelles								
Mordre et mâcher des éléments durs (avec éventuellement un dentier)	19	22	15	+ 6	52	54	46	+ 6
Contrôle des selles et des urines	5	6	4		50	51	44	

1. Ces écarts standardisés prennent en compte les différences de structure d'âge entre les femmes et les hommes âgés de 65 ans ou plus. La standardisation consiste à caler la structure par âge des hommes et celle des femmes sur celle de l'ensemble des seniors. Elle est ici effectuée le plus finement possible, c'est-à-dire selon l'âge exact. Seuls les écarts significatifs sont reportés dans le tableau.

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 65 ans ou plus résidant à domicile ou en institution.

Lecture : 21 % des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant à domicile déclarent au moins une limitation sensorielle, contre 50 % en institution. À domicile, cela concerne 21 % des femmes et 22 % des hommes. À structure d'âge identique, l'écart entre femmes et hommes vivant à domicile est significatif et la prévalence parmi les femmes est de 4 points plus faible que celle parmi les hommes.

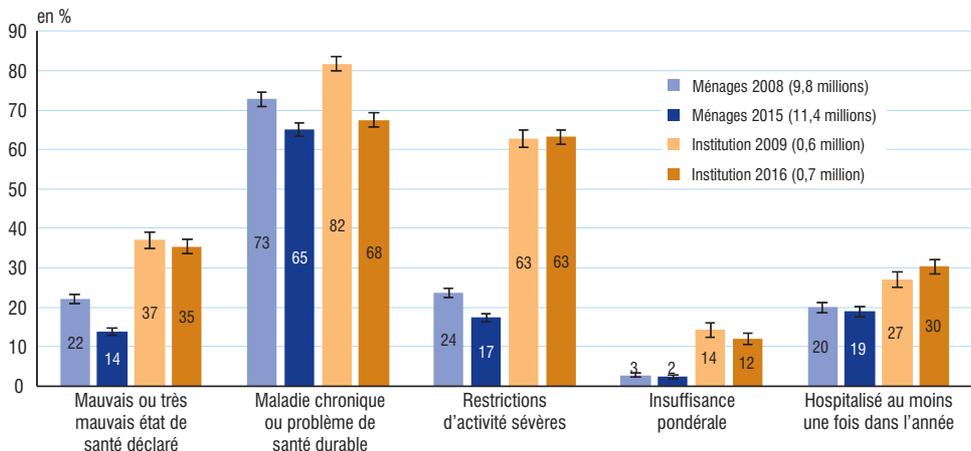
Source : Drees, enquêtes Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) ménages, volet seniors, 2015, et Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) institutions, volet seniors, 2016.

À domicile, les limitations physiques sont plus fréquentes chez les femmes (42 %) que chez les hommes (23 %), un écart qui reste significatif à structure d'âge identique pour chacune des six mises en situation de la vie courante. Les femmes déclarent plus de difficultés pour se baisser ou porter un sac à provision sur une courte distance que les hommes. Cela peut notamment être rapproché de la prévalence plus élevée parmi les femmes de maladies ou problèmes des os ou des articulations, susceptibles de nuire à la mobilité. Les difficultés pour manger (« mâcher ou mordre ») sont également plus fréquentes parmi les femmes, tandis que les hommes déclarent plus souvent des difficultés sensorielles pour entendre une conversation avec plusieurs personnes. En institution, les femmes déclarent plus fréquemment des limitations cognitives, en particulier des difficultés à résoudre des problèmes de la vie quotidienne (59 % des femmes contre 50 % des hommes) et des difficultés à savoir quel est le moment de la journée (41 % des femmes contre 33 % des hommes).

Entre 2008 et 2015, la santé déclarée par les 65 ans ou plus vivant à domicile s'est améliorée, et ce pour toutes les tranches d'âge

D'après l'enquête Handicap-Santé recueillie en 2008 auprès de personnes vivant à domicile (HSM) (*encadré 1*), 22 % des personnes de 65 ans ou plus vivant à domicile déclaraient alors se sentir en mauvaise ou très mauvaise santé, soit 8 points de plus qu'en 2015 (*figure 6*). La prévalence déclarée de maladies chroniques (73 %) et la sensation d'avoir été sévèrement limité au cours des six derniers mois (24 %) étaient aussi plus fréquentes en 2008, respectivement supérieures de 8 points et 7 points à celles de 2015⁷. Cette tendance à l'amélioration de la santé perçue sur les sept dernières années se vérifie pour chacune des tranches d'âge et pour les deux sexes, et n'est donc pas liée à l'évolution de la structure démographique des 65 ans ou plus.

6. Évolution des indicateurs de santé déclarée selon le lieu de vie entre 2008-2009 et 2015-2016



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 65 ans ou plus résidant à domicile et en institution.

Lecture : en 2008, 24 % des 65 ans ou plus résidant à domicile déclaraient s'être sentis sévèrement limités depuis au moins six mois dans les activités que les gens font habituellement contre 17 % en 2015. En institution, la proportion n'a pas varié entre 2009 et 2016, à hauteur de 63 % des 65 ans ou plus.

Note : les intervalles de confiance ont été calculés au seuil de 5 %.

Sources : Insee-Drees, enquête Handicap-Santé, volet ménages, 2008, et volet institutions, 2009 ; Drees, enquêtes Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) ménages, volet seniors, 2015, et Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) institutions, volet seniors, 2016.

7. Si cette tendance à l'amélioration de l'état de santé déclaré des 65 ans ou plus se retrouve dans d'autres enquêtes en population générale, elle est toutefois moins marquée dans le dispositif Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV, Insee) qu'entre les enquêtes HSM et CARE.

En institution, l'état de santé déclaré en 2016 est très proche de celui déclaré par les 65 ans ou plus en 2009 dans le volet institutions de l'enquête Handicap-santé (HSI), même si une nette baisse de la déclaration d'une maladie chronique – particulièrement chez les 85 ans ou plus – est à noter. Les questions plus précises portant sur les difficultés à exécuter certaines actions traduisent néanmoins une légère hausse des limitations fonctionnelles déclarées en 2016⁸, plus cohérente avec la hausse de la dépendance mesurée entre 2007 et 2015 au sein des établissements (*encadré 2*).

La part des personnes en affection de longue durée, en nette hausse depuis 2008, atteint 43 % des seniors à domicile et 75 % de ceux en institution

Le recours au dispositif des **affections de longue durée** (ALD), proposé par le médecin aux patients atteints d'une pathologie inscrite sur la liste de la Caisse nationale de l'assurance maladie, offre une mesure complémentaire de la santé et de son évolution. Entre 2008-2009 et 2015-2016, la part des 65 ans ou plus admis à au moins une ALD est passée de 36 % à 43 % parmi les résidents à domicile, et de 59 % à 75 % en institution (*figure 7*).

Sur cette période, le nombre de bénéficiaires du dispositif a également augmenté sur l'ensemble de la population tous âges confondus, passant de 14,2 % à 16,6 %. Cette évolution est notamment due à l'augmentation de la prévalence de certaines pathologies, mais aussi, probablement, à un plus grand recours au dispositif, ainsi qu'à des évolutions réglementaires [Païta *et al.*, 2016]. Sans que l'on puisse dissocier nettement ces trois dynamiques,

7. Part des bénéficiaires d'une affection de longue durée selon le motif médical et le lieu de vie en 2008-2009 et 2015-2016

Pathologie - Affection de longue durée	en %					
	Personnes vivant à domicile			Personnes vivant en institution		
	2008	2015	Écarts standardisés sur l'âge et le sexe ¹	2009	2016	Écarts standardisés sur l'âge et le sexe ¹
Affection de longue durée (au moins une)	36	43	+ 7	59	75	+ 17
Diabète - <i>Diabète de type 1 ou de type 2</i>	8	12	+ 4	9	13	+ 4
Cancer - <i>Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique</i>	10	11		8	11	
Maladie des artères coronaires	5	8	+ 3	5	10	+ 4
Insuffisance cardiaque - <i>Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves</i>	4	8	+ 3	8	15	+ 7
Hypertension artérielle - <i>Hypertension artérielle sévère²</i>	8	6		11	8	- 3
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	4	3		5	5	
Affections psychiatriques de longue durée	1	3	+ 2	11	11	
AVC - <i>Accident vasculaire cérébral invalidant</i>	2	2		5	8	+ 3
Insuffisance respiratoire chronique grave	2	2		2	2	
Maladie d'Alzheimer ou une autre démence	2	1		18	27	+ 9
Polyarthrite rhumatoïde évolutive	1	1	+ 1	1	1	
Maladie de Parkinson	1	1		3	4	

1. Ces colonnes présentent les écarts des taux standardisés sur la structure d'âge fin et sexe de la population de 2015-2016 (taux 2015-2016 – taux standardisés 2008-2009) prenant en compte les évolutions démographiques de la population de 65 ans ou plus. Seuls les écarts significatifs sont reportés dans le tableau.

2. En 2011, l'ALD pour hypertension artérielle sévère a été retirée de la liste des motifs d'entrée en ALD, hormis pour les personnes qui avaient déjà été admises pour ce motif, ce qui explique la diminution de prévalence sur la période.

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 65 ans ou plus résidant à domicile ou en institution.

Lecture : en 2008, 8 % des 65 ans ou plus résidant à domicile sont atteints d'une affection de longue durée au titre d'un diabète de type 1 ou de type 2, contre 12 % en 2015. En 2009, 9 % des 65 ans ou plus vivant en institution sont atteints d'une ALD au titre d'un diabète de type 1 ou de type 2, contre 13 % en 2016.

Sources : Insee-Drees, *enquête Handicap-Santé, volet ménages, 2008, et volet institutions, 2009, et appariements avec les données Siiram* ; Drees, *enquêtes Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE) ménages, volet seniors, 2015, et Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE) institutions, volet seniors, 2016, et appariements avec les données Siiram*.

8. Les résultats ont pu être comparés entre 2009 et 2016 lorsque les questions étaient posées de façon identique. Dans certains cas, les formulations avaient subi des évolutions.

l'évolution des ALD et de leurs répartitions entre les deux enquêtes apporte des éléments de compréhension de l'état de santé des 65 ans ou plus.

À domicile, le diabète est la première ALD en 2015, puisque 12 % des seniors sont concernés, contre 8 % en 2008. Il s'agit en effet d'une pathologie dont la prévalence progresse, d'une part grâce à l'allongement de l'espérance de vie des personnes diabétiques traitées, et d'autre part du fait du développement des facteurs de risques tels que le surpoids et l'obésité.

Le cancer constitue en 2015 le second motif le plus fréquent d'affection de longue durée des 65 ans ou plus à domicile (11 %) ⁹. Sa prévalence est restée stable à domicile depuis 2008 malgré la réduction à 5 ans de la durée d'admission en ALD pour ce motif, instaurée en 2011. Les affections pour maladies cardiovasculaires ont dans l'ensemble augmenté sur la période, en particulier les ALD pour insuffisance cardiaque, qui concernent 8 % des 65 ans ou plus à domicile, autant que les maladies des artères coronaires, soit une hausse de 3 points par rapport à 2008. En institution, les fréquences des ALD pour insuffisance cardiaque et pour maladies des artères coronaires ont toutes deux doublé, pour atteindre respectivement 15 % et 10 % des seniors. Une partie de ces augmentations pourrait s'expliquer par la suppression des nouvelles admissions en ALD pour hypertension artérielle sévère, sortie de la liste en 2011, et le report sur ces pathologies cardiovasculaires, souvent associées.

En institution, l'ALD pour maladie d'Alzheimer est celle qui connaît la plus forte hausse de prévalence, et reste le motif le plus fréquent avec 27 % des 65 ans ou plus concernés en 2016, contre 18 % en 2009. Ainsi, la répartition des ALD à domicile et en institution confirme les résultats sur les pathologies déclarées : les affections psychiatriques et la maladie d'Alzheimer sont des maladies caractéristiques de la population en institution.

Encadré 2

La dépendance et son évolution entre 2008 et 2015

Il n'existe pas de définition unique de la perte d'autonomie, celle-ci n'étant pas totalement univoque [Roy, 2016]. Plusieurs mesures peuvent être proposées, parmi lesquelles des mesures synthétiques, agrégeant en un indicateur unique les diverses limitations et restrictions d'activité des personnes. L'une de ces mesures est celle de la grille « AGGIR » (Autonomie gérontologie groupes iso-ressources), utilisée en France pour définir l'éligibilité à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette grille d'évaluation s'appuie sur des notes du degré d'incapacité pour dix activités discriminantes, synthétisées en un classement en six GIR (groupes iso-ressources) : les GIR 1 à 4 regroupent les personnes jugées dépendantes, tandis que les personnes en GIR 5 et 6 sont considérées comme autonomes. La classification selon cette grille peut être approchée à partir de données d'enquête.

Selon la grille AGGIR, le nombre de personnes dépendantes a augmenté en valeur absolue entre 2008 et 2015 en France métropolitaine, que ce soit à domicile ou en institution. En 2015, 383 800 personnes âgées de 65 ans ou plus vivant en institution sont dépendantes (GIR 1 à

4), dont 235 100 sévèrement (GIR 1 ou 2). La même année, 585 500 personnes vivant à domicile sont estimées en GIR 1 à 4, dont 206 000 en GIR 1 ou 2. En 2008, elles étaient 299 000 en institution, dont 183 200 très dépendantes, et 553 600 à domicile, dont 186 000 très dépendantes. La classe d'âge de 75 à 84 ans est la seule au sein de laquelle le nombre de personnes dépendantes a baissé, de 16 % à domicile et de 3 % en institution. En 2015, cette classe d'âge correspond aux générations peu nombreuses nées dans l'entre-deux-guerres et durant la seconde guerre mondiale. Afin de tenir compte des différences de structure démographique entre 2008 et 2015, les prévalences de la dépendance pour 2008 sont estimées avec la répartition par âge et par sexe qui prévalait en 2015 (*figures a et b*).

En 2015, la prévalence de la perte d'autonomie est assez similaire entre les femmes et les hommes âgés de 65 à 74 ans et vivant à leur domicile. Elle est, respectivement, de 1,6 % et 1,3 % pour les GIR estimés de 1 à 4 et à un niveau équivalent de 0,4 % pour les GIR estimés 1 et 2. Par comparaison, sur cette même tranche d'âge, près de neuf personnes sur dix résidant en institution sont

9. Les tumeurs malignes constituent d'ailleurs la première cause de décès en France en 2016 en population générale [Drees, 2017].

encadré 2 (suite)

dépendantes au sens du GIR, que ce soit chez les femmes ou les hommes. Toutefois, toujours entre 65 et 74 ans, la dépendance sévère est plus représentée parmi elles (51,6 %) que parmi eux (44,1 %). À domicile, avec l'avancée en âge, la proportion de personnes dépendantes augmente et de façon plus importante chez les femmes. Elle s'élève à 6,0 % pour les femmes âgées de 75 à 84 ans et à 4,6 % pour les hommes du même âge. La proportion de personnes sévèrement dépendantes reste encore faible pour cette tranche d'âge : 1,8 % pour les femmes et 1,6 % pour les hommes. En institution, la prévalence de la dépendance étant déjà élevée chez les individus les plus jeunes, elle augmente dans de plus faibles proportions avec l'âge et demeure similaire entre les femmes (91,8 %) et les hommes (91,6 %) de 75-84 ans. À 85 ans ou plus, 20,1 % des femmes vivant à domicile sont estimées dépendantes dans l'enquête CARE-ménages et 16,7 % des hommes du même âge. À ces mêmes âges, la prévalence de la dépendance des femmes en institution (92,6 %) augmente très peu par rapport aux plus jeunes. Elle est même un peu plus faible pour les hommes de cette tranche d'âge (90,6 %).

À domicile, la prévalence de la perte d'autonomie a globalement diminué entre 2008 et 2015, et ce quels que soient la tranche d'âge ou le sexe considérés (figure a)¹. En général, la baisse est plus légère pour les femmes que pour les hommes. La prévalence de la dépendance sévère a même augmenté pour les femmes âgées de 85 ans ou plus, passant de 7,2 % en 2008 à 8,3 % en 2015. À structure par âge identique à celle de 2015, 1,8 % des femmes et 2,0 % des hommes de 65 à 74 ans auraient été dépendants à domicile en 2008. La prévalence de la dépendance sévère est plus élevée en 2008 comme en 2015 chez les hommes que chez les femmes de 65 à 74 ans, alors que ce n'est pas le cas pour les autres tranches d'âge.

La baisse de la prévalence de la dépendance à domicile est à mettre en regard avec, d'une part, l'évolution de la proportion de personnes résidant en établissement et, d'autre part, l'évolution de la dépendance en institution : la part des personnes âgées résidant en établissement a diminué mais elles sont plus dépendantes que par

le passé. La première a diminué entre 2007 et 2013 pour toutes les tranches d'âge excepté celle des 95 ans ou plus [Brunel et Carrère, 2017a]. En revanche, la proportion de personnes dépendantes en institution, à âge équivalent, a augmenté entre 2008 et 2015 (figure b) quels que soient le sexe, l'âge ou le degré de sévérité de la dépendance considérés : de huit à neuf personnes sur dix chez les 65-74 ans résidant en institution ; respectivement 7,0 et 8,0 points de pourcentage de plus en huit ans chez les femmes et les hommes de 75-84 ans. En institution, les taux de dépendance sont restés assez similaires pour les femmes et les hommes et ont donc évolué de manière comparable.

Pour la dépendance sévère en institution, les évolutions des prévalences des femmes et des hommes sont assez proches avec un léger rattrapage des hommes : hausse de 7,2 points de pourcentage pour les femmes âgées de 65 à 74 ans et de 9,3 points pour les hommes de cette classe d'âge. De manière plus marquée chez les 85 ans ou plus, la prévalence de la dépendance sévère est restée assez stable chez les femmes (+ 0,3 point de pourcentage), alors qu'elle a augmenté pour les hommes (+ 4,4 points de pourcentage), ce qui la rapproche à présent de celle des femmes.

Ces évolutions contrastées soulèvent la question de l'évolution globale au sein de la population, ménages et résidents en institution confondus. Celle-ci ne peut pas être mesurée de façon rigoureuse à ce stade, car les mesures présentées ici s'appuient sur deux enquêtes différentes, pour lesquelles les champs et les notions ne sont pas exactement complémentaires. Nous mobilisons en effet les données des enquêtes EHPA (établissements d'hébergement pour personnes âgées) 2007² et 2015 pour la partie institution³ [Muller, 2017b] et celles des enquêtes Handicap-Santé ménages (HSM) 2008 et Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE) ménages volet seniors 2015 pour la partie à domicile. Pour la partie établissement, la mesure du GIR correspond à l'évaluation faite par leur équipe médico-sociale, chaque personne en établissement ayant un GIR. Ce n'est pas le cas pour les statistiques relatives aux personnes à domicile, pour lesquelles un GIR est estimé à partir des données

1. À domicile, toutes les différences de prévalence entre 2008 et 2015 sont statistiquement significatives avec un risque d'erreur de 5 %.

2. L'enquête EHPA 2007 concerne des données au 31 décembre 2007. Par souci d'harmonisation avec HSM 2008, nous y faisons également référence à l'année 2008.

3. Hors résidences autonomie, en France métropolitaine.

encadré 2 (suite)

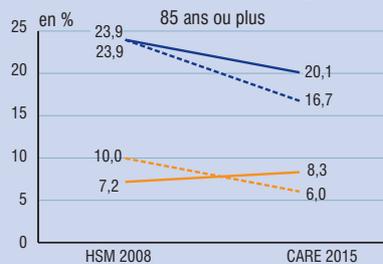
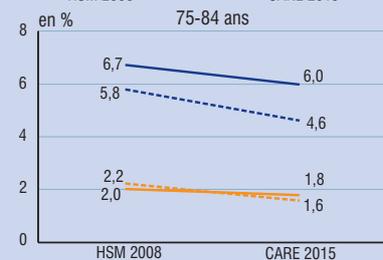
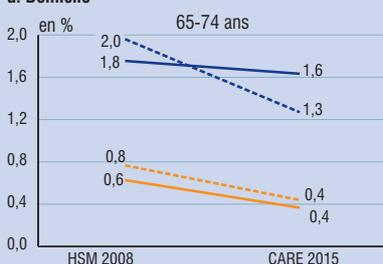
déclaratives de l'enquête en face-à-face, et non sur une évaluation par une équipe professionnelle [Brunel et Carrère, 2017b]. Cette mesure est, dans les publications de la Drees, qualifiée de « GIR estimé définition restreinte », car elle exclut en outre les difficultés légères, ce qui ne permet pas de capter les profils moins sévères de dépendance.

Abstraction faite, en première approximation, de ces différences méthodologiques, il

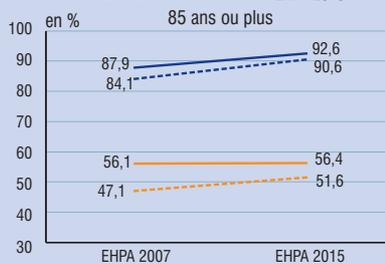
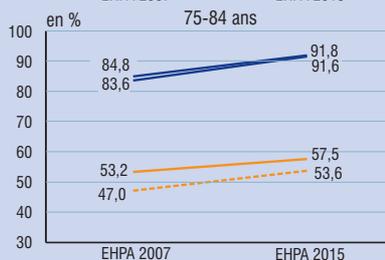
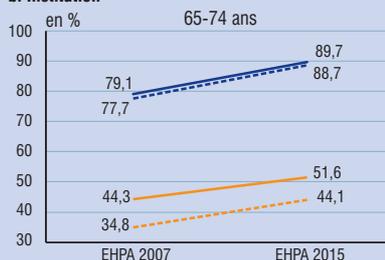
semble tout de même que la prévalence a diminué sur l'ensemble de la population. Durant la période 2008-2015, même si la dépendance en établissement augmente, le taux de personnes vivant en institution a en effet diminué dans de plus fortes proportions. Il est ainsi passé de 1,0 % à 0,8 % chez les personnes âgées de 65 à 74 ans, de 4,4 % à 3,8 % pour les 75-84 ans, et de 22,7 % à 21,0 % pour les individus les plus âgés.

Évolution entre 2008 et 2015 de la prévalence de la perte d'autonomie selon l'âge, le sexe et le lieu de résidence

a. Domicile



b. Institution



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 65 ans ou plus résidant à domicile ou en établissement (EHPA privé à but lucratif, EHPA privé à but non lucratif, EHPA public, Ehpad privé à but lucratif, Ehpad privé à but non lucratif, Ehpad public hospitalier, Ehpad public non hospitalier ou USLD). Lecture : la prévalence de la dépendance au sens du GIR estimé chez les femmes de 85 ans ou plus vivant à domicile est passée de 23,9 % en 2008 (à structure par âge fin et sexe de 2015) à 20,1 % en 2015.

Note : sont comparés pour les personnes vivant à domicile les résultats de l'enquête Handicap-Santé ménages (HSM) de 2008 et ceux de l'enquête Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) de 2015, avec standardisation sur l'âge fin et le sexe en 2015, et, pour les personnes vivant en établissement, les résultats des enquêtes Établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de 2007 et 2015, également standardisés sur l'âge fin et le sexe en 2015. L'enquête EHPA 2007 concernant des données au 31 décembre 2007, elles sont assimilables à des données du 1^{er} janvier 2008 et mentionnées comme des données de 2008 par souci d'harmonisation avec HSM 2008.

Sources : Insee-Drees, enquête Handicap-Santé, volet ménages, 2008 ; Drees, enquêtes Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) ménages, volet seniors, 2015, et enquêtes Établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), 2007 et 2015.

Un bien-être psychologique moindre chez les femmes résidant à leur domicile par rapport aux hommes

La santé mentale constitue une part essentielle du bien-être des personnes. Les enquêtes ont permis d'approcher, lorsqu'ils étaient aptes à répondre seuls, le bien-être psychologique des seniors interrogés. Celui-ci est apprécié par le score du *Mental-Health 5*, construit sur cinq questions portant sur le ressenti et les humeurs personnelles au cours des deux dernières semaines. Il varie de 0 à 100, 100 correspondant à un bien-être maximal, et permet une approche graduelle du bien-être psychologique.

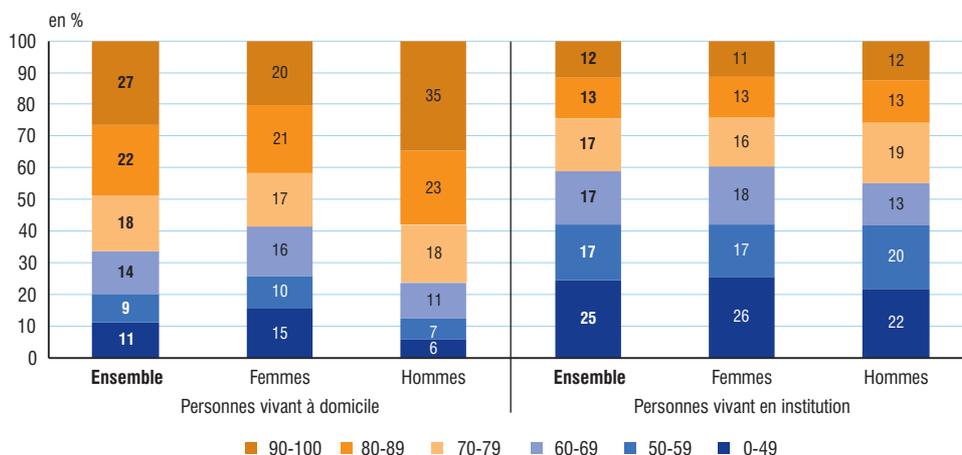
À domicile, près d'un senior de 65 ans ou plus sur deux obtient un score supérieur à 80, traduisant un bien-être psychologique relativement élevé (*figure 8*). En institution, ils sont 24 % à obtenir un score supérieur à 80, et sont, à l'inverse, 25 % à obtenir un score inférieur à 50 (contre 11 % à domicile). En dessous de ce seuil, le score est associé à une probabilité plus élevée de présenter des symptômes dépressifs.

En outre, les femmes se distinguent par un moindre bien-être psychologique, particulièrement à domicile, où seulement 42 % d'entre elles obtiennent un score supérieur à 80, soit 17 points de moins que les hommes. Elles sont 15 % à obtenir un score inférieur à 50, contre 6 % des hommes, ce qui est cohérent avec la prévalence plus élevée parmi les femmes d'une dépression déclarée. En institution, les écarts entre femmes et hommes ne sont pas significatifs.

Un senior sur quatre à domicile a consommé des médicaments psychotropes dans l'année, trois sur quatre en institution

Les traitements psychotropes sont un moyen de pallier une diminution du bien-être psychologique. Ainsi, 25 % des seniors de 65 ans ou plus à domicile ont reçu au moins trois

8. Score de bien-être psychologique selon le sexe et le lieu de vie en 2015-2016



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 65 ans ou plus résidant à domicile ou en institution, aptes à répondre.

Lecture : en 2015, 11 % des 65 ans ou plus résidant à domicile ont un score de bien-être psychologique strictement inférieur à 50 : 15 % pour les femmes, contre 6 % pour les hommes. En 2016, parmi les personnes de 65 ans ou plus vivant en institution aptes à répondre, 25 % ont un score inférieur à 50.

Note : le score de bien-être psychologique (*Mental-Health 5*) a été calculé à partir de cinq questions portant sur la fréquence, au cours des deux dernières semaines, des sentiments suivants : « très nerveux », « si découragé que rien ne pouvait remonter le moral », « calme et détendu », « triste et abattu », « heureux ». Pour collecter les réponses à ces questions, le senior devait être présent, et jugé apte à répondre (95 % des répondants en ménage, 52 % en institution).

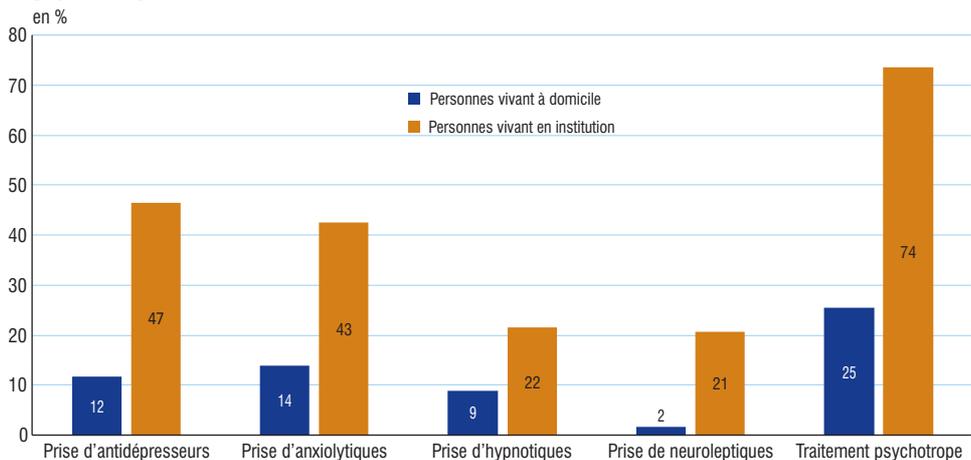
Source : Drees, enquêtes Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) ménages, volet seniors, 2015, et Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) institutions, volet seniors, 2016.

délivrances d'une boîte de médicaments psychotropes au cours des douze mois précédant l'enquête, et 74 % de ceux en institution¹⁰, ce qui correspond à un traitement assez régulier (figure 9). Cet écart confirme à la fois le moindre niveau de bien-être psychologique des résidents en institution, mais peut aussi traduire une prise en charge plus systématique de ces problèmes au sein des établissements.

Les antidépresseurs, prescrits notamment pour réduire les symptômes dépressifs, et les anxiolytiques, utilisés contre l'anxiété, sont les médicaments psychotropes les plus fréquents. Ils sont délivrés trois à quatre fois plus fréquemment en institution qu'à domicile. Les hypnotiques sont généralement utilisés pour traiter les troubles du sommeil et sont pris par près d'un senior sur dix à domicile et plus de deux sur dix en institution. Les neuroleptiques, prescrits pour traiter certaines pathologies mentales plus spécifiques, restent quant à eux rares à domicile, avec seulement 2 % des 65 ans ou plus qui en consomment. En institution, la prise de neuroleptiques est nettement plus élevée et atteint 21 % des résidents. Ils peuvent être prescrits pour traiter les maladies telles que les démences, maladie d'Alzheimer ou autres, et sont d'ailleurs souvent associés à des prescriptions d'antidépresseurs.

À domicile, la consommation de psychotropes est presque deux fois plus fréquente parmi les femmes. En revanche, comme pour le score de bien-être psychologique, elle ne diffère pas significativement selon le genre en institution.

9. Part de la population ayant reçu au moins trois délivrances d'une boîte de médicaments psychotropes dans l'année en 2015 ou 2016 selon le lieu de vie



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 65 ans ou plus résidant à domicile ou en institution dans un établissement sans pharmacie à usage intérieur.

Lecture : parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus résidant à domicile, 12 % ont reçu au cours des douze mois précédant l'enquête au moins trois délivrances d'une boîte de médicaments antidépresseurs et 25 % ont reçu au moins trois délivrances d'un même type de médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques ou neuroleptiques).

Note : un senior peut avoir reçu au moins trois délivrances de plusieurs types de médicaments psychotropes, il ne compte qu'une fois dans la prise d'un traitement psychotrope.

Source : Drees, enquêtes Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) ménages, volet seniors, 2015, et Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) institutions, volet seniors, 2016, et appariements avec les données Sniiram.

10. Une partie des médicaments consommés peut être délivrée par l'établissement dans le cas des seniors vivant dans une institution disposant d'une pharmacie à usage intérieur, et ainsi ne pas apparaître dans les données administratives relatives à leur consommation (encadré 1). Les résultats en institution sont donc calculés à partir de l'échantillon restreint aux résidents dans des établissements ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur. Ils représentent 46 % de l'échantillon, sont un peu plus souvent des hommes et présentent plutôt moins de limitations fortes que les résidents d'établissement avec une pharmacie à usage intérieur.

La santé mentale se dégrade avec la sensation d'être fortement limité et des relations sociales peu fréquentes

Pour déterminer quels éléments influent le plus sur la santé mentale des personnes âgées (qu'elle soit mesurée par le score de bien-être psychologique ou par la prise de médicaments psychotropes), une analyse toutes choses égales par ailleurs est menée. On observe ainsi que la déclaration de limitations fonctionnelles, qu'elles soient physiques, sensorielles ou cognitives, est associée à un bien-être psychologique moins élevé, avec des scores pour les seniors résidant à domicile respectivement inférieurs de 9,7, 4,4 et 9,1 points à ceux qui n'en déclarent pas (figure 10) et une probabilité entre 1,4 et 2,0 fois plus élevée d'avoir pris des médicaments psychotropes selon le type de limitations. En institution, les limitations vont également de pair avec un score de bien-être psychologique moindre, mais seules les limitations cognitives sont associées à une probabilité plus élevée d'avoir pris des médicaments psychotropes. Cette association est plus particulièrement significative dans le cas de la prise de neuroleptiques.

10. Influence des caractéristiques socio-démographiques, des relations sociales et des limitations sur le score de bien-être psychologique et la prise d'un traitement psychotrope dans l'année, selon le lieu de vie

	Score de bien-être psychologique (modèle linéaire)		Probabilité d'avoir pris des médicaments psychotropes dans l'année (modèle logistique)	
	À domicile	En institution	À domicile	En institution
Âge	- 2,4		1,4	
Âge au carré	0,02		0,99	
Sexe				
Femme	- 6,2		2,0	
Homme	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Situation du ménage				
Seul			1,2	
En couple	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Dernière catégorie socioprofessionnelle				
Agriculteur				
Indépendant				
Cadre				
Profession intermédiaire	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Employé	- 2,2			
Ouvrier	- 3,3		1,5	
Inactif				
Fréquence des relations sociales avec la famille ou les amis				
Quotidienne	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Hebdomadaire (au moins une fois par semaine)	- 2,4	- 4,4		
Mensuelle (au moins une fois par mois)	- 3,8	- 5,4		
Moins d'une fois par mois ou absence de famille ou d'amis	- 8,7	- 4,9	1,5	
Limitations physiques	- 9,7	- 6,1	2,0	
Limitations sensorielles	- 4,4	- 7,1	1,4	
Limitations cognitives	- 9,1	- 5,9	1,5	1,8

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 65 ans ou plus résidant à domicile ou en institution, aptes à répondre dans le cas du score de bien-être psychologique.

Lecture : toutes choses égales par ailleurs, le score de bien-être psychologique des ouvriers de 65 ans ou plus résidant à domicile est inférieur de 3,3 points à celui des professions intermédiaires et la probabilité qu'ils aient reçu un traitement psychotrope au cours des douze mois précédant l'enquête est 1,5 fois plus élevée que celle des professions intermédiaires.

Note : résultats d'une régression linéaire simple sur le score de bien-être psychologique et d'une régression logistique sur la prise d'un traitement psychotrope dans l'année, estimées respectivement sur les personnes vivant à domicile et celles vivant en institution, avec pondération. Seuls les coefficients significatifs au seuil de 5 % sont reportés.

Sources : Drees, enquêtes Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) ménages, volet seniors, 2015, et Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) institutions, volet seniors, 2016, et appariements avec les données Sniiram.

La fréquence des relations sociales est également associée au bien-être psychologique : moins les seniors voient régulièrement leur famille ou leurs amis, plus leur score de bien-être est faible. Ce résultat se retrouve à domicile et en institution. Le lien est en revanche moins fort pour la consommation de médicaments psychotropes.

À domicile, le fait d'être une femme reste, toutes choses égales par ailleurs, associé à une moins bonne santé mentale avec un score de bien-être psychologique de 6,2 points inférieur à celui des hommes, et une probabilité deux fois plus élevée de prendre des médicaments psychotropes. Le fait d'avoir été employé ou ouvrier plutôt que profession intermédiaire est associé à une moins bonne santé mentale, avec un score de bien-être psychologique inférieur de 2,2 et 3,3 points respectivement pour chacun des groupes et une probabilité 1,5 fois plus élevée pour les ouvriers d'avoir reçu un traitement de psychotropes dans l'année. ■

Définitions

Indice de masse corporelle : rapport du poids sur la taille au carré.

Prévalence : proportion de personnes dans une population qui présentent une caractéristique donnée, telle qu'une maladie ou un état de dépendance. Dans cet éclairage, elle se fonde principalement sur la déclaration des personnes enquêtées (ou d'un proche), et non sur un avis médical.

Affection de longue durée (ALD) : affection dont la gravité et le caractère chronique impliquent un traitement prolongé et parfois coûteux, pour lequel le patient est remboursé à hauteur de 100 % des tarifs de la Sécurité sociale. En 2015, la liste des ALD dites « exonérantes », établie par décret, compte 30 maladies ainsi qu'une 31^e affection dite « hors liste », pour les patients atteints d'une forme grave d'une maladie nécessitant un traitement prolongé, mais ne figurant pas sur la liste. La reconnaissance d'une ALD doit être demandée par un médecin à la caisse d'affiliation de l'assuré, et repose sur un protocole de soins établi conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil de l'assurance maladie. Il peut donc exister des écarts liés aux pratiques des médecins, notamment selon leur mode et lieu d'exercice (libéral ou salarié, en médecine de ville ou en établissement de santé).

Pour en savoir plus

Atramont A., Rigault A., Chevalier S., Leblanc G., Fagot-Campagna A., Tuppin P., « Caractéristiques et devenir des patients entrés en Ehpad en France, apport de Residehpad », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* n° 64, mars 2016.

Blanpain N., « L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes », *Insee première* n° 1687, février 2018.

Bouvier G., « Vivre à domicile ou en institution : effets d'âge, de santé, mais aussi d'entourage familial », in *France, portrait social*, coll. « Insee Références », édition 2011.

Brunel M., Carrère A., « Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité des personnes âgées vivant à domicile : une approche par le processus de dépendance. Résultats de l'enquête Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) « ménages » », *Les Dossiers de la Drees* n° 26, juin 2018.

Brunel M., Carrère A. (2017a), « Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014. Premiers résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014 », *Les Dossiers de la Drees* n° 13, mars 2017.

Brunel M., Carrère A. (2017b), « Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête CARE « ménages » », *Études et Résultats* n° 1029, Drees, septembre 2017.

Cnam, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses », *Rapport charges et produits de l'Assurance Maladie pour 2017*, juillet 2016.

Drees, « L'état de santé de la population en France », *Rapport*, 2017.

Makdessi Y., Pradines N., « En Ehpad, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës », *Études et Résultats* n° 989, Drees, décembre 2016.

Muller M. (2017a), « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », *Études et Résultats* n° 1015, Drees, juillet 2017.

Muller M. (2017b), « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre », *Les Dossiers de la Drees* n° 20, septembre 2017.

Païta M., Rivière S., Tala S., Fagot-Campagna A., « Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée en 2014 et les évolutions depuis 2005 », *Points de repère* n° 46, Cnam-TS, juin 2016.

Roy D., « Les personnes âgées et handicapées en France et les politiques publiques d'accompagnement », in *Revue française des affaires sociales* n° 4, 2016.

Volant S., « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats* n° 899, Drees, décembre 2014.

Retrouvez sur http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/Indic_CARE-M/ la nouvelle application de la Drees qui présente les résultats détaillés de l'enquête concernant les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité des 60 ans ou plus.
