



Études et Résultats

N° 40 • novembre 1999

En vingt ans, l'espérance de vie à 60 ans s'est accrue de plus de trois ans. Sauf rupture imprévisible, la part des personnes les plus âgées dans la population continuera à augmenter dans les vingt ans à venir. À partir de 2020, les effets du baby-boom se produiront sur la classe d'âge des plus de 75 ans : celle-ci devrait représenter à cet horizon près de 10 % de la population et les personnes de 85 ans un peu plus de 3 %. Entre 60 et 75 ans, les incapacités sévères concernent peu de personnes. Les taux de prévalence de la dépendance lourde croissent ensuite très fortement avec l'âge : 9 % des personnes âgées de 80 ans et plus d'un tiers des personnes de 90 ans sont confinées au lit ou au fauteuil, ou ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillage. Alors que 70 % des personnes de 85 ans et plus vivent toujours chez elles, l'aide de l'entourage est donc très importante pour le maintien à domicile, d'autant que les structures intermédiaires entre la vie à domicile et le placement en institution restent encore relativement rares.

Gérard BADEYAN
Christel COLIN
Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES

Les personnes âgées dans les années 90 perspectives démographiques, santé et modes d'accueil

Le vieillissement de la population constitue l'un des thèmes majeurs du débat public. Il pose des problèmes différents, et qui ne concernent pas les mêmes classes d'âge, selon qu'il s'agit de retraites, de santé, d'hébergement ou de dépendance. Cet article a pour objet, à la fin de l'année internationale des personnes âgées, de présenter une synthèse sur la situation des personnes âgées dans les années 90 en termes de démographie, d'état de santé et de modes d'accueil. Laissant de côté la question des revenus et des retraites, longuement traitée dans le rapport Charpin, il prend appui sur les dernières données statistiques disponibles (encadré 1), sachant que, dans le domaine de la santé, certaines données peuvent remonter au début des années 90 et pourront prochainement être actualisées.

En vingt ans, l'espérance de vie à 60 ans s'est accrue de plus de trois ans

L'augmentation de la part des personnes les plus âgées au sein de la population est en premier lieu la conséquence de la baisse de la fécondité qui a démarré très tôt en France. À cette diminution sé-

• • •



culaire de la fécondité, entrecoupée par le *baby-boom*, s'ajoute depuis l'après-guerre un facteur accélérateur lié à la baisse de la mortalité.

L'indicateur synthétique que constitue l'espérance de vie (encadré 2) a ainsi connu une période de croissance exceptionnelle, avec une augmentation de l'espérance de vie à la naissance d'une année tous les quatre ans en moyenne au cours des vingt dernières années¹. Les gains aux âges élevés sont particulièrement importants : alors que l'espérance de vie à la naissance s'est accrue de 4,9 ans pour les hommes et de 4,5 ans pour les femmes, les gains d'espérance de vie à 60 ans sont respectivement de 3,0 ans et de 3,1 ans. À 70 ans, ils s'élèvent encore à 2,3 ans pour les hommes et à 2,7 ans pour les femmes. Cette évolution semble s'être ralentie les toutes dernières années : en 1995 et 1996, l'espérance de vie après 60 ans est restée stable, les gains d'espérance de vie à la naissance étant liés à la baisse de la mortalité infantile. Cependant, l'année 1997 enregistrerait de nouveaux progrès, y compris aux âges élevés (tableau 1).

La France se caractérise par un écart important entre l'espérance de vie des deux sexes. Certes, dans la quasi-totalité des pays, la durée de vie moyenne des femmes est plus longue que celle des hommes. Cependant, alors que les femmes en France ont l'espérance de vie la plus longue du monde après les Japonaises, les hommes ne se situent que dans la moyenne de l'Union européenne. Cet écart se réduit légèrement dans les dernières années mais reste le plus important de la Communauté.

La structure de la mortalité en France présente une autre particularité par rapport aux pays de développement comparable : alors que les taux de mortalité aux âges jeunes sont nettement plus élevés, ils deviennent plus faibles en France, parfois sensi-

1. Plus exactement de 1977 à 1997, derniers résultats définitifs connus.

E•1

Des sources de données multiples

Les sources utilisées pour cette synthèse sont multiples.

Pour les données démographiques, il s'agit essentiellement des bilans réalisés par l'INSEE chaque année et des projections de population établies sur la base des résultats du recensement de population de 1990. Les résultats par sexe et âge du recensement de population de 1999 seront disponibles au deuxième ou troisième trimestre 2000, et donneront lieu à de nouvelles projections de population. Les données démographiques sur les autres pays européens proviennent d'Eurostat.

Les données sur l'incapacité, extraites des enquêtes sur la santé et les soins médicaux réalisées par l'INSEE en 1980-1981 et 1991-1992, sont anciennes, dans l'attente des résultats de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID) en population générale (dont la collecte a commencé fin octobre 1999). Celles sur la dépendance sont issues d'une part d'enquêtes en institution (enquêtes auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées – EHPA – de la DREES et enquête HID de l'INSEE de 1998 pour la première vague en institution), d'autre part d'enquêtes auprès des ménages ordinaires (enquête sur la santé et les soins médicaux de 1991, enquête permanente sur les conditions de vie de l'INSEE de mai 1996 consacrée aux services de proximité). Les taux d'hébergement par âge sont déduits des données de population de l'INSEE et des données des enquêtes HID et EHPA.

Concernant les modes de prise en charge, les enquêtes EHPA recensent les résidences d'hébergement temporaire et l'accueil de jour. Pour les services d'aide à domicile, les données de l'aide sociale départementale et des caisses de retraite ont été utilisées, dans l'attente de résultats plus détaillés qui seront disponibles à partir de mi-2000 grâce à l'enquête auprès des services d'aide aux personnes à domicile (SAPAD) de la DREES. D'autres données détaillées sur les bénéficiaires de la prestation spécifique dépendance et de l'aide ménagère seront disponibles à l'automne 2000. Les données sur l'hospitalisation à domicile ont été fournies par la Direction des hôpitaux.

Les données sur la prévalence des démences séniles sont issues de l'étude PAQUID menée par un groupe de chercheurs auprès d'une cohorte de 4 134 personnes en Gironde et Dordogne. Les derniers résultats disponibles de cette étude sont ceux du bilan à dix ans publié en 1999.

Les données hospitalières proviennent pour 1987 et 1993 d'enquêtes par sondage réalisées par le SESI et pour 1997 de la base nationale publique et privée constituée dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Les causes de décès sont établies par l'INSERM chaque année. Les dernières données disponibles sont relatives à 1997.

E•2

L'espérance de vie

La notion d'« espérance de vie » appartient au langage mathématique, elle est l'abréviation d'« espérance mathématique ». L'espérance de vie à la naissance, ou durée moyenne de vie, est la moyenne des âges au décès d'une génération fictive soumise aux conditions actuelles de mortalité. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure de la population par âge. On définit de même l'espérance de vie à un âge x donné comme étant la moyenne des durées restant à vivre pour les survivants à l'âge x .

L'espérance de vie est donc un indicateur synthétique sur la situation de la mortalité à un moment donné qui ne constitue en rien un pronostic pour un nouveau-né d'aujourd'hui qui devrait bénéficier du fait que les taux de mortalité continueront selon toute vraisemblance à baisser dans le siècle à venir.

Compte tenu de la distribution des taux de mortalité par âge, l'âge médian, c'est-à-dire l'âge auquel parviendraient plus de la moitié des individus sous les mêmes hypothèses de constance tout au long de la vie des taux de mortalité constatés à un moment donné, est supérieur à la moyenne que représente l'espérance de vie (un décès précoce pèse d'un poids plus important dans le calcul par rapport à la masse des décès). À titre d'illustration, les calculs effectués par regroupement des trois années 1994, 1995 et 1996 conduisent pour les hommes à un âge médian de 77,7 ans à rapprocher d'une espérance de vie à la naissance de 73,9 ans et pour les femmes à un âge médian de 85,3 ans pour une espérance de vie à la naissance de 81,9 ans (source : Insee la situation démographique en 1996).

L'espérance de vie totale peut ensuite être décomposée selon différents critères (espérance de vie avec ou sans incapacités, mais également par exemple espérance de vie selon la situation familiale : seul ou en couple...) par connaissance des taux de prévalence des différentes situations à chaque âge.

blement, après 50 ou 60 ans. Cette différence est particulièrement marquée pour les femmes mais elle vaut également, et de façon systématique, pour les hommes. À partir d'un certain âge, l'espérance de vie masculine devient donc supérieure en France à ce qu'elle est dans un certain nombre de pays, alors qu'elle était inférieure à la naissance (tableau 2).

L'augmentation inéluctable de la part des personnes les plus âgées dans l'ensemble de la population

Grâce en particulier à la baisse de la mortalité aux âges élevés, la proportion des personnes de 60 ans et plus est passée de 12,7 % en 1901 à 16,0 % en 1946, 18,4 % en 1975 et 19,9 % en 1995. Dans la première moitié du siècle, cette augmentation a été due pour les deux tiers à la tranche d'âge des 60 à 75 ans (2,4 % pour une augmentation totale de 3,3 %). Depuis, elle provient en quasi-totalité de la tranche d'âge des 75 ans et plus (3,7 % sur 3,9 %). La part des personnes très âgées (85 ans et plus) cesse quant à elle d'être marginale (0,3 % en 1901, 0,4 % en 1946, 1,8 % en 1995).

Sauf rupture imprévisible dans l'évolution des taux de fécondité et de mortalité² et à flux migratoires inchangés, l'augmentation de la part des personnes les plus âgées dans la population est inéluctable. La structure actuelle de la population reflète en effet les conditions de mortalité qu'ont connues les générations existantes. Ainsi, la proportion encore faible de personnes de plus de 80 ans résulte de la forte mortalité infantile qui sévissait au début du siècle et de l'effet des maladies infectieuses jusque vers le milieu des années 50. À ces facteurs s'ajoutent évidemment les pertes (décès et déficits de naissances) dues aux deux guerres mondiales.

L'arrivée dans le haut de la pyramide des âges des générations qui n'ont pas été affectées par ces facteurs accroît donc de façon mécanique la part des tranches d'âges les plus élevées, quelle que soit par ailleurs l'évolution actuelle des taux de mortalité. De ce fait, les projections démographiques fondées sur une hypothèse d'évolution tendancielle de la mortalité aboutissent à une augmentation inéluctable de la part des personnes les plus âgées dans les vingt ans à venir : à l'horizon 2020, les personnes de plus de 60 ans représenteraient

27 % de la population, celles de plus de 75 ans 9,5 % et celles de plus de 85 ans un peu plus de 3 % et à l'horizon 2050, respectivement un tiers de la population, 15 % et environ 7 %.

L'importance des classes creuses et des classes pleines

À côté de ces évolutions tendanciennes, les classes creuses et les classes pleines entraînent de brusques périodes de rajeunissement ou de vieillissement de la population des 60 ans et plus au fur et à mesure de leur traversée des différentes classes d'âge. On constate aujourd'hui une sous-représentation de la classe d'âge des 80-84 ans, due au déficit des naissances de la Première Guerre mondiale. Ce déficit va conduire à une diminution temporaire du nombre de personnes très âgées au cours de la décennie à venir (tableau 3).

Quant au *baby-boom*, il manifestera ses effets dès la décennie prochaine pour les générations arrivant au-delà de 60 ans, avec en corollaire un problème de financement des retraites. Mais il ne se traduira qu'à l'horizon 2020 sur la classe d'âge des 75-79 ans, à partir de laquelle les taux d'incapacité et de dépendance commencent à augmenter de façon importante.

Des incertitudes sur le nombre de personnes dépendantes...

Au-delà de ces tendances générales, les projections précises concernant le nombre de personnes très âgées et/ou dépendantes sont très sensibles aux hypothèses retenues. En effet, aux très grands âges, les taux de mortalité sont élevés et les volumes des classes d'âge en décroissance relative rapide. Ainsi, une réduction

T 01 espérance de vie à différents âges en France : évolution sur vingt ans

	1977		1987		1995		1996		1997	
	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes
à la naissance	69,7	77,8	72,1	80,3	73,9	81,9	74,2	82,0	74,6	82,3
à 60 ans	17,0	22,0	18,4	23,7	19,7	24,9	19,7	25,0	20,0	25,1
à 70 ans	10,7	14,0	11,8	15,4	12,8	16,5	12,9	16,5	13,0	16,7
à 80 ans	6,1	7,6	6,6	8,4	7,3	9,2	7,3	9,2	7,4	9,3

Source : INSEE – la situation démographique en 1997 (à paraître).

T 02 espérance de vie des hommes à différents âges en 1996 dans différents pays de la Communauté européenne

	à la naissance	à 40 ans	à 50 ans	à 60 ans	à 70 ans	à 80 ans
France	74,2	36,4	27,6	19,7	12,9	7,3
Royaume-Uni	74,3	36,1	26,9	18,5	11,6	6,6
Espagne	74,4	36,9	28,0	19,7	12,6	7,1
Pays-Bas	74,7	36,3	27,0	18,5	11,4	6,4
Grèce	75,1	37,4	28,3	19,9	12,8	7,2
Suède	76,5	37,9	28,6	20,0	12,6	6,8

Source : Eurostat.

2. Rupture qui, selon l'expérience historique, ne peut provenir à court ou moyen terme qu'en raison d'événements d'une grande violence (guerres, épidémies qui confinent à la pandémie comme le sida dans certains pays d'Afrique, crises structurelles profondes de sociétés).

T 03 projections de population
à l'horizon 2020

	2000	2005	2010	2015	2020
60-64	2 707 000	2 622 000	3 712 000	3 889 000	3 889 000
65-69	2 744 000	2 563 000	2 497 000	3 551 000	3 736 000
70-74	2 475 000	2 533 000	2 386 000	2 343 000	3 355 000
75-79	2 118 000	2 170 000	2 249 000	2 144 000	2 129 000
80-84	871 000	1 667 000	1 743 000	1 837 000	1 781 000
85-89	827 000	565 000	1 107 000	1 191 000	1 283 000
90 et +	409 000	490 000	407 000	662 000	815 000

Lecture : en gras, sont indiquées d'une part les classes creuses de la Première Guerre mondiale (871 000 personnes de 80-84 ans en 2000), d'autre part les premières générations nombreuses du *baby-boom* (3 712 000 personnes de 60-64 ans en 2010).
Source : INSEE – projections de population Insee-résultats n° 361-362-363.

même faible du taux de mortalité dans une classe d'âge induit un nombre de survivants supplémentaires relativement important dans la classe d'âge suivante. Ces incertitudes se combinent avec celles concernant les taux d'incapacité pour rendre très fluctuantes les estimations de personnes dépendantes dans le futur.

**...et sur le développement
des pathologies
liées au vieillissement**

Les difficultés des projections augmentent car les progrès réalisés pour certaines pathologies peuvent, de façon mécanique, faire apparaître des problèmes de santé d'une autre nature.

Ainsi, la diminution des décès liés aux maladies physiques a abouti à un accroissement du nombre de personnes très âgées qui s'est lui-même traduit par une augmentation considérable des cas de démences séniles et, en particulier, de maladie d'Alzheimer. La progression de cette maladie en fonction de l'âge est en effet exponentielle avec des taux de

prévalence atteignant 12 % chez les hommes et 24 % chez les femmes de plus de 90 ans, d'après les estimations issues de la cohorte PAQUID. De ce fait, les projections basées sur des hypothèses simples d'évolution tendancielle de la mortalité conduiraient à un doublement du nombre de cas de maladies d'Alzheimer entre 1990 et 2020 chez les personnes âgées de plus de 60 ans, pour une augmentation de 60 % de la population correspondante. Cependant, d'ores et déjà, des perspectives récentes encourageantes en termes de prévention comme de soins indiquent sans doute que ces projections doivent être revues à la baisse.

**Des évolutions qui peuvent
être rapides : l'exemple
des accidents de la vie courante**

L'évolution des tendances générales doit être considérée avec d'autant plus de prudence que les évolutions peuvent être rapides. Un exemple en est donné par les accidents de la vie courante. Les décès

par accidents de la vie courante concernent ainsi de façon massive les personnes âgées : 11 402 en 1997 dans la tranche d'âge des 75 ans et plus (tableau 4). Le nombre correspondant était de 11 908 en 1987. Mais cette stabilité apparente reflète, du fait de l'augmentation des âges de décès, une décroissance en réalité très forte des taux de décès suite à un accident de la vie courante après l'âge de 75 ans. Ceux-ci ont diminué d'un quart à plus d'un tiers selon les tranches d'âge considérées.

Pour les personnes très âgées, nombre d'accidents de la vie courante consistent en des chutes : en 1997, on dénombre ainsi 7 643 décès ayant comme cause initiale une chute, soit les deux tiers des décès imputés à des accidents de la vie courante. La part relative des décès dus à une chute augmente très régulièrement avec l'âge : de 51 % pour la classe d'âge 75-79 ans à 68 % pour celle de 85 à 89 ans, jusqu'à atteindre 79 % pour les personnes âgées de 95 ans et plus. En 1987, les décès ayant comme cause initiale une chute s'élevaient à 9 115. Leur nombre a donc baissé de 16 % dans les dix dernières années, ce qui représente des baisses des taux de décès par tranche d'âge encore plus marquées.

En l'état actuel des sources d'information, il est difficile d'analyser de façon précise les mécanismes qui conduisent à une baisse aussi marquée des taux de mortalité dus aux chutes aux âges très élevés. Les études épidémiologiques mettent par exemple en évidence une augmentation du taux d'incidence à âge et sexe donnés des fractures liées à l'ostéoporose dans les pays développés, et il n'y aurait en principe guère de raison pour que la France déroge à cette tendance. En revanche, les séjours hospitaliers suite à une fracture du col du fémur ont tendance à rester stables : les estimations issues des enquêtes de morbidité hospitalière sont de 73 000 séjours hospitaliers annuels dus à cette pathologie en 1987 et de

T 04 décès et taux de décès par accident de la vie courante
évolution sur dix ans

	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +
1987 Nombre	1980	3047	3652	2340	889
Taux pour 100 000	112,3	252,3	581,7	1164,9	2245,2
1997 Nombre	1548	2050	3511	2965	1328
Taux pour 100 000	85,0	197,6	409,9	864,7	1482,3
Évolution en taux	-24,3%	-21,7%	-29,5%	-25,8%	-34,0%

Source : INSERM SC8, INSEE.

75 000 en 1993 ; les systèmes d'information hospitaliers (PMSI) fournissent pour 1997 une estimation de 80 000 séjours, ce qui représente un ordre de grandeur équivalent (compte tenu des différences entre les sources de données). Il est à cet égard vraisemblable que l'amélioration de la prise en charge des accidentés intervient de façon importante dans l'augmentation de la survie.

Ces évolutions, et les questions importantes qu'elles laissent ouvertes, montrent donc la nécessité de disposer d'analyses détaillées de la mortalité et de la morbidité aux âges élevés pour pouvoir valablement raisonner sur les tendances.

L'espérance de vie sans incapacité : une augmentation qui reste à confirmer

L'accroissement de la durée de vie aux âges élevés pose la question de la qualité des années de vie ainsi gagnées, avec la crainte qu'elle soit assortie d'une augmentation des incapacités et de la dépendance.

Deux estimations de l'espérance de vie sans incapacité ont été effectuées à partir des données des enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux de 1980 et 1991 (encadrés 2 et 3). Elles ont fourni une réponse optimiste en montrant sur dix ans une diminution non seulement relative mais également absolue de la durée moyenne de vie vécue en incapacité. L'espérance de vie sans incapacité a ainsi, durant la période 1981-1991, progressé de 3 ans pour les hommes et de 2,6 ans pour les femmes, contre 2,5 ans pour l'espérance de vie totale.

Si l'on se restreint aux personnes de plus de 65 ans, la situation apparaît plus contrastée selon les sexes : la durée moyenne de vie avec incapacité a diminué de 8,5 à 8 ans pour les femmes, alors qu'elle a augmenté de 5,3 à 5,6 ans pour les hommes. Cependant, grâce à l'augmentation de l'espérance de vie des hommes après 65 ans, la part de leur temps de vie

passé en incapacité diminue de 37,3 % à 35,6 %. Ces résultats, observés pour la première fois en France, ont ensuite été confirmés dans des pays étrangers.

Ils datent toutefois de 1991 et il n'est pas possible d'en déduire si la tendance s'est poursuivie ou s'est encore infléchie dans les années 90, dans l'attente des données issues de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID) en cours de réalisation.

Entre 60 et 75 ans, les incapacités sévères concernent peu de personnes

Avant 75 ans, les incapacités sévères, qui impliquent le confinement au lit ou au fauteuil ou un besoin d'aide pour la toilette et l'habillement, concernent une très faible proportion de personnes (1,2 % à 65 ans, 2,7 % à 70 ans, 5,0 % à 75 ans). Très peu de sexagénaires vivent en institution

E-3

Les notions de dépendance et d'incapacité utilisées

Selon la classification internationale du handicap (CIH), l'incapacité correspond à « toute réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain ». Les activités retenues pour repérer l'incapacité sont en particulier la locomotion, les soins corporels, la communication, etc. Les comptages de personnes ayant des incapacités diffèrent fortement selon le degré de sévérité retenu ; les enquêtes sur la santé et les soins médicaux de l'INSEE repèrent de façon très large les personnes déclarant des gênes ou difficultés permanentes dans la vie quotidienne. Les personnes concernées sont en effet comptabilisées à partir de la réponse d'une personne du ménage à la question suivante de l'enquêteur : « Y a-t-il dans le ménage des personnes handicapées ou ayant simplement quelques gênes ou difficultés dans la vie quotidienne ? », l'enquêteur disposant de l'indication complémentaire que la question concerne « une incapacité à exercer normalement les activités habituelles des personnes du même âge ». Ce repérage est donc essentiellement basé sur la déclaration des individus eux-mêmes, au contraire des repérages en institution qui sont la plupart du temps effectués à partir des déclarations du personnel.

Pour le calcul de l'espérance de vie sans incapacité, sont concernées par l'incapacité : en institution, les personnes qui s'y trouvent pour raison de santé, à domicile, les personnes ayant des difficultés permanentes dans la vie quotidienne qu'elles soient ou non confinées chez elles, et celles qui sont en arrêt d'activité.

La dépendance est définie quant à elle par rapport au besoin d'aide existant pour effectuer certains actes de la vie courante. La plupart des résultats présentés dans cette synthèse utilisent la grille de dépendance de l'INSERM basée sur les travaux du docteur Colvez, dont la combinaison avec un indicateur de dépendance psychique est utilisée dans les enquêtes de la DREES (EHPA) et dans l'enquête HID de l'INSEE. Quatre groupes sont distingués pour évaluer la dépendance physique :

- les personnes confinées au lit ou au fauteuil,
- les personnes non confinées au lit ou au fauteuil mais qui ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillement,
- les personnes qui ont besoin d'aide pour sortir du domicile ou de l'institution où elles vivent (et qui n'appartiennent pas aux deux groupes précédents),
- les autres personnes.

Les personnes qualifiées de lourdement dépendantes physiquement sont celles qui appartiennent aux deux premiers groupes. À noter que dans l'enquête HID, le repérage est très légèrement différent, puisque le deuxième groupe est constitué des personnes non confinées, mais aidées pour la toilette ou l'habillement. Les estimations de personnes modérément dépendantes diffèrent selon que l'on considère le besoin d'aide pour sortir du domicile ou de l'institution (un peu plus de 450 000 personnes) ou le confinement au domicile ou dans l'institution (environ 900 000 personnes).

Par ailleurs, pour la dépendance psychique qui n'est pas abordée dans la grille de Colvez, les enquêtes EHPA repèrent les personnes dépendantes psychiquement comme celles qui présentent des troubles du comportement ou des difficultés d'orientation dans le temps ou l'espace. Dans l'enquête HID de 1998, il s'agit de personnes totalement incohérentes ou toujours désorientées, ou partiellement incohérentes et parfois désorientées.

Une autre grille fréquemment utilisée pour mesurer la dépendance est la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressource). Elle est en particulier utilisée pour l'attribution de la Prestation spécifique dépendance. D'autres nombreux indicateurs d'incapacité ou de dépendance ont été construits selon les études ; on pourra en trouver une description succincte dans J.-M. Robine, E. Cambois, I. Romieu (1998).

E·4

Quels seuils d'âge retenir pour apprécier la vieillesse?

Dans la plupart des études et des rapports officiels, ainsi que dans la présentation des statistiques courantes, les personnes âgées sont définies par le seuil de 60 ou de 65 ans. Or, il est communément admis que la notion de vieillissement est relative, historique et culturelle et que ces seuils ne sont pas adaptés pour l'analyse de toute une série de problèmes.

Les définitions prédominantes de la vieillesse sont donc d'ordre administratif puisqu'elles renvoient à la notion de retraite. Leur force ne provient pas seulement de leur adéquation à l'étude des questions de financement mais aussi de leur inscription dans des découpages sociaux de la vie en étapes spécifiques : petite enfance, statut d'écoulier, adolescence, vie adulte active.

L'importance numérique des personnes de plus de 60 ans, leurs capacités économiques nouvelles et l'hétérogénéité de leurs états de santé conduisent naturellement à la recherche d'un dépassement de la seule vision globale de cet ensemble de population. C'est ainsi qu'apparaissent désormais communément les notions de troisième et de quatrième âges. Plusieurs types d'indicateurs ont été proposés dans la recherche de prise en compte de la santé. Le plus simple consiste à choisir un âge à partir duquel il est considéré que les risques tendent à s'accroître de manière significative. C'est ainsi qu'habituellement les schémas gérontologiques départementaux retiennent la proportion des personnes âgées de 75 ans et plus. Cette limite de 75 ans est de même déjà utilisée dans certains pays pour les calculs de mortalité prématurée. Un tel indicateur garde évidemment l'arbitraire de la fixation d'un seuil, de plus choisi bien évidemment en raison de facilités d'ordre statistique, et a toujours comme principal inconvénient son absence de prise en compte de la dynamique interne en contenu de santé de la population concernée.

C'est pourquoi certains auteurs, comme Patrice Bourdelais, proposent de choisir un indicateur « inversé », à savoir la proportion de personnes auxquelles il reste un certain nombre moyen d'années à vivre, dix ans par exemple, en se fondant sur l'observation selon laquelle les handicaps et incapacités apparaissent au cours des dix dernières années de la vie. Cet indicateur est calculé en recherchant l'âge pour lequel l'espérance de vie est de dix ans. En 1996, cet âge était de 75 ans pour les hommes et de 79 ans pour les femmes. Cet indicateur s'est accru de deux ans pour les hommes comme pour les femmes de 1976 à 1986 ainsi que de 1986 à 1996.

Avec l'utilisation de ce type d'indicateurs la modification de perspective est importante puisque la proportion dans la population des personnes auxquelles il reste en moyenne dix ans à vivre est restée globalement constante en France depuis deux siècles.

Ce débat peut avoir des implications pour la définition des politiques sociales : si l'on considère le taux d'équipement en lits de long séjour ou en places en institution pour personnes âgées, celui-ci diminue au cours des décennies 70 et 80 si on l'estime par rapport à l'effectif des personnes âgées de plus de 75 ans, mais il augmente si on l'estime par rapport à l'effectif des personnes auxquelles il reste en moyenne dix ans à vivre (tableau ci-dessous).

évolution historique du taux d'équipement en lits pour personnes âgées, selon l'indicateur retenu

nombre de lits en établissements d'hébergement pour personnes âgées ou services de soins de longue durée...

	1968	1975	1982	1990
pour 100 personnes de 75 ans et plus	12,4	12,0	10,7	10,4
pour 100 personnes ayant en moyenne 10 ans à vivre	9,3	9,5	9,9	11,9

Source : Agnès Catherin, *Vieillesse et destin de la population âgée en institution (1962-1992). Étude longitudinale sur les entrants en 1966, 1976, 1986 dans huit établissements du Rhône, Université Lyon II, novembre 1996.*

et, entre 60 et 75 ans, la très grande majorité des personnes vit donc chez elle et est autonome.

La proportion de personnes qui déclarent à cet âge de simples gênes ou des difficultés dans la vie quotidienne est évidemment plus importante (encadré 3). C'était le cas, en 1991, de 18 % des hommes et de 17 % des femmes de 60 à 69 ans.

Mais entre 70 et 79 ans, les proportions respectives étaient de 28 % pour les hommes et de 30 % pour les femmes. La proportion des personnes déclarant ce type de gênes a diminué en outre entre 1980 et 1991, à partir de 50 ans pour les hommes et de 60 ans pour les femmes. Elle est passée, par exemple, de 24 % à 18 % pour les hommes de 60 à 69 ans, et de 25 %

à 17 % pour les femmes du même âge.

Le seuil de 60 ans, habituellement retenu pour comptabiliser les personnes âgées, ne semble donc plus pertinent en termes d'aggravation des états de santé (encadré 4).

Des taux de dépendance qui croissent très fortement avec l'âge

Au milieu des années 90, environ 700 000 personnes de 65 ans et plus, soit 8 % de la tranche d'âge, étaient lourdement dépendantes, au sens où elles avaient besoin d'aide pour se lever, s'habiller ou se laver (encadré 3). Les taux de prévalence de la dépendance lourde croissent très fortement avec l'âge : 1,7% des personnes entre 65 et 69 ans sont confinées au lit ou au fauteuil ou ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillage, c'est le cas de 9 % des personnes de 80 ans, de 20 % de celles de 85 ans, et de 35 % de celles âgées de 90 ans (graphique 1).

Plus de 70 % des personnes de 85 ans et plus vivent chez elles

La vie à domicile reste très majoritaire chez les personnes même très âgées. D'après les enquêtes EHPA et HID, on peut estimer qu'en 1998, 87 % des personnes de 75 ans et plus et 73 % de celles de 85 ans et plus vivent chez elles (ou chez un membre de leur famille), même si elles séjournent de temps à autre à l'hôpital. Environ 6 000 personnes âgées sont par ailleurs hébergées dans une famille d'accueil à titre onéreux.

Environ 3 % des personnes de 75 ans et plus et 5 % de celles de 85 ans et plus vivent en logement-foyer³. 9 % des personnes de 75 ans

3. L'enquête HID de 1998 en institution ne couvre pas les logements-foyers qui sont considérés comme un domicile « ordinaire ». Dans l'attente des résultats du recensement, les taux d'hébergement en logement-foyer sont tirés de l'enquête EHPA de 1994.

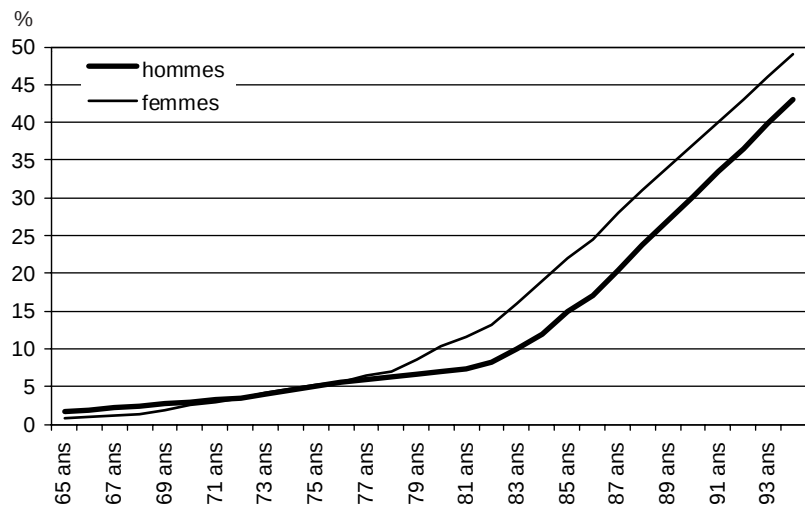
et plus et 19 % de celles âgées de 85 ans et plus sont hébergées en maison de retraite. Les services de soins de longue durée des hôpitaux accueillent, quant à eux, 3 % des personnes de 85 ans et plus. Ces services sont destinés à des personnes ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale constante. Au bout du compte, la proportion de personnes résidant en maison de retraite ou en services de soins de longue durée croît fortement avec l'âge au-delà de 75 ans : 4 % pour les 75-79 ans, 17 % pour les 85-89 ans, 33 % pour les 90 ans et plus (graphique 2). À partir de 75 ans, les taux d'hébergement des femmes sont systématiquement plus élevés que ceux des hommes. Les femmes vivent en effet en moyenne plus longtemps que leur conjoint et elles sont plus souvent isolées aux âges élevés, ce qui les conduit plus fréquemment à entrer en institution.

En institution, une majorité de résidents lourdement dépendants

Les personnes lourdement dépendantes vivent, elles aussi, majoritairement à leur domicile ; au milieu des années 90, environ 36 % des personnes de 75 ans et plus confinées au lit ou au fauteuil ou aidées pour la toilette et l'habillage vivaient dans des établissements (logements-foyers, maisons de retraite, services de soins de longue durée des hôpitaux)⁴. Cependant, en maison de retraite et services de soins de longue durée, les taux de dépendance sont élevés : en 1998, selon l'enquête HID, 62 % des résidents de 75 ans et

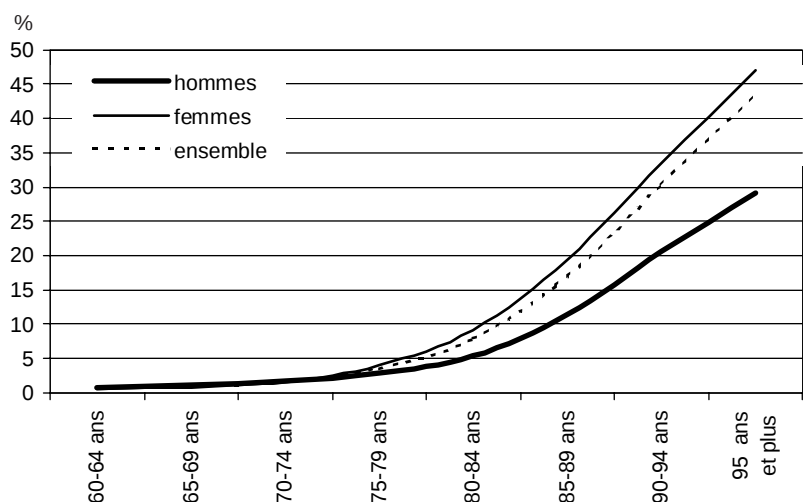
4. Ces estimations sont basées sur des taux de dépendance lourde par âge issus des enquêtes EHPA 1990 et de l'enquête sur la santé et les soins médicaux de 1991-1992, et sur des comptages de population en institution issus des enquêtes EHPA de 1994.

G.01 proportion de personnes lourdement dépendantes¹ selon le sexe et l'âge



1. Personnes confinées au lit ou au fauteuil ou aidées pour la toilette et l'habillage. Graphique extrait de Lebeaupin et Nortier (1996).
Source : estimations à partir de l'enquête Santé 1991-1992, l'enquête EHPA 1990 et le recensement de la population de 1990.

G.02 proportion de personnes en institution¹ par tranche d'âge



1. Institutions pour personnes âgées, services de soins de longue durée des hôpitaux, hors logements-foyers.
Source : enquête Handicap-Incapacités-Dépendance, INSEE, 1998

plus étaient confinés au lit ou au fauteuil ou aidés pour la toilette ou l'habillage, et 20 % avaient par ailleurs besoin d'aide pour sortir de l'institution (tableau 5). Plus de la moitié (55 %) des résidents de 75 ans et plus étaient atteints de dépendance psychique, c'est-à-dire, au sens de l'enquête, « totalement incohérents ou toujours désorientés, ou partiellement incohérents et parfois désorientés ». Dépendance physique et dépen-

dance psychique se cumulent souvent : c'est le cas de 48 % des résidents de 75 ans et plus.

Les aides au maintien à domicile

L'aide de l'entourage est souvent très importante pour le maintien à domicile des personnes âgées, en particulier lorsqu'elles sont lourdement dépendantes. En 1996, selon l'enquête sur les services de proximité,

T 05 proportion de personnes dépendantes en institution¹ (en %)

tranche d'âge	en institution, proportion de personnes ...			
	lourdement dépendantes physiquement ²	ayant besoin d'aide pour sortir ³	présentant une dépendance psychique ⁴	cumulant dépendance physique lourde et dépendance psychique
60-64 ans	38	12	36	25
65-69 ans	44	15	39	29
70-74 ans	53	17	47	36
75-79 ans	56	18	48	42
80-84 ans	56	20	50	44
85-89 ans	62	20	55	48
90-94 ans	66	20	58	52
95 ans et plus	70	20	58	55
65 ans et plus	58	19	51	44
75 ans et plus	62	20	54	48
85 ans et plus	65	20	57	50

1. Maisons de retraite, services de soins de longue durée.
2. Confinées au lit ou au fauteuil, ou aidées pour la toilette ou l'habillage.
3. Ayant besoin d'aide pour sortir de l'institution.
4. Totalement incohérents ou toujours désorientés, ou partiellement incohérents et parfois désorientés.
Source : enquête Handicap-Incapacités-Dépendance, INSEE, 1998.

environ 80 % des personnes lourdement dépendantes recevaient de l'aide de leurs proches, dont environ 50 % de manière exclusive. Les temps d'aide informelle sont plus importants que ceux de l'aide professionnelle, surtout pour les personnes modérément dépendantes. Toutefois, même si le volume d'aide reçu croît globalement avec le niveau de dépendance, les temps d'aide à niveau d'incapacité donné varient très fortement d'une personne à l'autre.

Le maintien à domicile nécessite souvent, en plus des aidants informels, l'intervention de services d'aide ou de services de soins à domicile. En 1998, environ 700 000 personnes âgées ont bénéficié de services d'aide à domicile, financés soit par les caisses de retraite, soit par les départements, via l'aide ménagère (pour les personnes les moins dépendantes) ou la prestation spécifique dépendance (pour les plus dépendantes). Les services de soins à domicile (soins de « nursing » ou infirmiers) offraient, quant à eux, environ 57 000 places fin 1996. Plus de 9 personnes sur 10 prises en charge par ces

services présentaient une dépendance physique lourde.

Des structures intermédiaires encore rares entre le maintien à domicile et le placement en institution

Des structures intermédiaires entre le maintien à domicile et le placement en institution ou l'entrée à l'hô-

pital existent : accueil de jour dans les établissements d'hébergement, hébergement temporaire, qui permet aux personnes âgées de faire face à des difficultés passagères, comme l'absence momentanée de la famille, l'isolement ou encore l'inadaptation du logement en hiver, hospitalisation à domicile, centres de soins infirmiers.

Mais ces structures sont encore relativement rares, et certains départements en sont démunis. 566 établissements d'hébergement proposaient un accueil de jour en 1996, sur les 9 222 du territoire français. Mais 7 départements en étaient dépourvus, et dans 21 d'entre eux, seuls un ou deux centres étaient concernés, ce qui implique de longs trajets pour un nombre important de personnes.

L'hébergement temporaire est plus répandu ; 2 483 établissements le proposent, sans avoir de places réservées à cet effet. Selon les départements, entre 1 établissement sur 10 et 4 sur 10 pratiquent l'accueil de jour. S'y ajoutent, réparties dans 68 départements, les 162 résidences d'hébergement temporaire qui offrent environ 3 000 places.

L'hospitalisation à domicile reste, quant à elle, encore rare, 68 établissements en 1999 offrant environ 4 000 places, et très concentrée, puisque 52 départements sur 100 en sont dépourvus. ●

Pour en savoir plus

- P. Breuil (1998), « La dépendance des personnes âgées : recours aux proches et aux aides professionnelles », *France portrait social*.
- A. Lebeaupin et F. Nortier (1996), « Les personnes âgées dépendantes : situation actuelle et perspectives d'avenir » » *Données sociales*.
- C. Aliaga et M. Neiss (1999), Les relations familiales et sociales des personnes âgées en institution, *Études et résultats n° 35. DREES*.
- P. Bourdelais (1993), « L'âge de la vieillesse », *éditions Odile Jacob*.
- *Actualités et dossiers en santé publique* (1997), *dossiers 20 et 21*.
- J.-M. Robine, E. Cambois, I. Romieu (1998), construction de différents scénarios de l'évolution de l'état de santé de la population française à l'horizon 2020, *étude réalisée pour le ministère de l'Emploi et de la solidarité*.
- Groupe d'étude PAQUID (1999), « Bilan à dix ans » *Inserm U330*.