

Vieillissement des populations et état de santé dans les régions de France

Principales évolutions sociodémographiques
Etat de santé et pathologies
Aides et soins aux personnes âgées



Sommaire

Introduction	7
Principales évolutions sociodémographiques	11
Évolutions démographiques	17
Logement	21
Revenus	23
Synthèse des indicateurs sociodémographiques	25
État de santé et pathologies	27
Vue d'ensemble	33
Problèmes de santé	37
Synthèse des indicateurs d'état de santé	46
Aides et soins	47
Aides à l'autonomie	53
Soins de premier recours	55
Hébergement collectif	60
Synthèse des indicateurs d'aides et soins	64
Synthèse générale	65
Annexes	71

Ce rapport a été réalisé dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens 2006-2008 passée entre la Fnors et la Direction générale de la santé, par un groupe inter-ORS, sous l'égide de la Fnors :

ORS Aquitaine : Odile de Rodat
ORS Guadeloupe : Vanessa Cornély
ORS Midi-Pyrénées : Myriam Astorg
ORS Pays de la Loire : François Tuffreau, Françoise Lelièvre
Fnors : Élise Bernardin

Les indicateurs présentés dans ce document reposent pour une majeure partie sur la base de données SCORE-santé. Un document annexe contenant les tableaux de données utilisées est disponible en téléchargement sur le site internet de la Fnors : www.fnors.org.

Avant-propos

Dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens 2006-2008 passée entre la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé et la Direction générale de la santé, une exploitation des données disponibles concernant l'état de santé des personnes âgées de 75 ans ou plus a été effectuée.

Cette démarche a pour objectif de mesurer la diversité des régions face au vieillissement de leur population et à l'état de santé des personnes âgées de 75 ans ou plus, à partir des différentes sources d'information disponibles.

Ces données sont présentées en trois chapitres :

- les données sociodémographiques, principalement issues du recensement de la population de 1999 ;
- les indicateurs de santé : statistiques de causes médicales de décès (Inserm CépiDc), recours hospitaliers en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (Drees-PMSI) et statistiques d'admissions en affection de longue durée (Cnamts, CCMSA, RSI) ;
- les indicateurs « aides et soins » concernant les personnes âgées : aides à l'autonomie, soins de premier recours, équipements d'hébergement...

Les pathologies retenues dans le chapitre « problèmes de santé » correspondent aux problèmes de santé les plus significatifs en matière de mortalité, d'affections de longue durée (pathologies cardiovasculaires, cancers, maladies de l'appareil respiratoire, démences, chutes) et de recours aux soins hospitaliers (cataractes). Ce n'est bien sûr qu'un aspect de la morbidité à cet âge, qui s'exprime principalement par une polypathologie et ses conséquences en termes d'incapacités et de désavantage social.

Ce travail à visée descriptive met en évidence la grande diversité des situations observées au sein des régions. Il permet également d'explorer les corrélations entre les différentes données analysées, grâce à l'analyse multivariée.

Dans ce domaine comme dans de nombreux autres domaines de l'observation sociale et sanitaire, des particularismes régionaux forts persistent. Mais les situations observées ne sont pas statiques, et ce rapport nous invite à revisiter les réalités territoriales avec un regard plus transversal.

Introduction

Introduction

Les deux principales « composantes » du vieillissement se conjuguent

Le vieillissement de la population est une évolution majeure de nos sociétés, qui concerne, avec une ampleur différente, tous les territoires. La part des personnes âgées dans la population totale, qui est en général utilisée comme indicateur de vieillissement, illustre les tendances actuelles.

La proportion des personnes âgées de 75 ans ou plus dans la population totale devrait ainsi atteindre 12 % en France métropolitaine en 2030 contre 8 % en 2005, et environ 3 % en 1980.

Le vieillissement de la population se mesure tout d'abord par ce que certains auteurs appellent la « gérontocroissance » (ou vieillissement par le haut), c'est-à-dire l'accroissement de l'effectif des plus âgés [1]. L'effectif des 75 ans ou plus va atteindre huit millions de personnes en 2030 contre cinq millions en 2005 (+ 60 %). En ce qui concerne le groupe d'âge des 85 ans et plus, leur effectif va passer de 1,2 million de personnes en 2005 à 2,5 millions en 2015, puis trois millions en 2030.

Mais l'évolution de la fécondité, et plus généralement les transformations de la pyramide des âges liées à l'histoire démographique des territoires, contribuent également au vieillissement, par leurs effets sur le poids relatif de la population âgée dans l'effectif total de la population.

Dans la plupart des sociétés développées, on observe un double mouvement d'augmentation de l'effectif de la population âgée (gérontocroissance ou vieillissement par le haut) et de recul de la fécondité (vieillissement par le bas).

Les différents pays de l'union européenne sont concernés par le vieillissement, à différents degrés, les 75 ans ou plus représentant en 2003 7,4 % de la population totale [2].

La baisse de la fécondité ne connaît pas toutefois une ampleur aussi importante en France que chez nos plus proches voisins.

Quel est l'âge de la vieillesse ?

Mais les seuls critères démographiques ne sont pas suffisants pour mesurer l'ampleur du vieillissement. La première difficulté est de s'entendre sur « l'âge de la vieillesse », question qui ne fait pas consensus, tant la perception de la vieillesse varie selon les cultures et les époques. Qu'y a-t-il de commun en effet entre une personne âgée de 65 ans en 2007 et une personne du même âge cinquante ans plus tôt ?

De nombreux rapports continuent à utiliser la borne de 60 ans comme marqueur de la vieillesse. L'étude européenne SHARE [3] sur la santé, l'activité et la retraite s'intéresse quant à elle aux 50 ans ou plus.

La borne de soixante ans n'apparaît cependant pas pertinente pour analyser les problèmes de santé liés au vieillissement : les jeunes retraités ont en effet aujourd'hui un niveau de revenu, des comportements de consommation et un état de santé qui les rapprochent plus des 50-59 ans que des plus âgés.

Certains auteurs ont essayé d'introduire de nouveaux indicateurs pour mesurer les évolutions temporelles du vieillissement. Bourdelais [6] propose ainsi de retenir comme marqueur l'âge auquel il ne reste plus que dix années à vivre.

Selon cet indicateur, l'âge de la vieillesse serait en France, en 2000, de 75,5 ans pour les hommes, et de 79,7 ans pour les femmes. Avec ce type de méthodes, la croissance du vieillissement n'a pas la même ampleur que celle que l'on observe à partir des seuls critères démographiques.

Face à ces différentes interrogations, le choix a été fait dans ce rapport de s'intéresser aux âges à partir desquels la fréquence des incapacités augmente fortement, à savoir les 75 ans ou plus, borne utilisée par le Haut comité de la santé publique dans son rapport sur l'analyse de l'état de santé de la population [7], ainsi que par l'assurance maladie.

L'enjeu de la compensation des déficiences

Aux vues des indicateurs démographiques disponibles, la présentation des données sur le vieillissement s'effectue souvent avec une certaine dramatisation. Depuis une vingtaine d'années, l'accent est ainsi mis sur le problème des personnes âgées dites « dépendantes ».

La vieillesse se caractérise en effet par l'augmentation importante et graduelle avec l'âge des incapacités physiques, sensorielles et mentales, problèmes de santé souvent cumulés. Faut-il pour autant considérer les personnes âgées qui souffrent d'incapacités comme « dépendantes ».

L'utilisation généralisée de ce concept, pourtant particulièrement flou [5], peut en effet gommer la diversité des situations de handicap (visuel, auditif, moteur ou intellectuel) que connaissent les personnes âgées, et qui n'appellent pas les mêmes besoins de compensation.

L'évaluation des situations d'incapacités est aujourd'hui beaucoup mieux connue, grâce notamment à l'enquête HID (handicap, incapacités, dépendance), même si l'on ne dispose pas à ce jour de données localisées pour ces indicateurs.

Selon cette enquête, 20 % environ des personnes âgées de 85 à 89 ans auraient une déficience visuelle, et elles seraient 38 % à partir de 90 ans [8].

Parmi les personnes âgées de 75 ans ou plus, deux sur cinq déclarent une déficience auditive [9]. On sait également que les problèmes de désorientation deviennent très fréquents à partir de 90 ans [10].

Certaines incapacités visuelles et auditives peuvent être partiellement compensées grâce aux appareillages existants même si leur utilisation reste souvent insuffisante par rapport aux besoins [11].

La chirurgie fonctionnelle améliore quant à elle l'autonomie des personnes pour certaines affections oculaires (cataracte par exemple), ou en cas de problèmes locomoteurs (prothèses articulaires...).

En revanche, d'autres problèmes de santé ne reçoivent pas aujourd'hui de réponses thérapeutiques adaptées (démences notamment...).

Quelle organisation sociale pour faire face à la croissance des besoins ?

Dans la mesure où les incapacités et les problèmes de santé augmentent fortement avec l'âge, la demande d'aide et de soins qui en découle va croître au cours des prochaines années. Ainsi, en 2007, environ un million de personnes bénéficiaient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit près de 20 % des 75 ans ou plus [14].

Pour faire face aux difficultés de la vie quotidienne au grand âge, les nouvelles générations de retraités sont mieux armées que les précédentes en terme de conditions de vie (revenus, confort des logements...) et d'accès aux soins, la sphère familiale étant la première à se mobiliser pour faire face à ces problèmes [12].

Mais les structures familiales connaissent elles aussi des transformations significatives.

Ainsi la proportion de personnes âgées vivant en couple est en augmentation [13].

En revanche, les fratries sont moins nombreuses pour apporter leur soutien aux aînés, et les situations de coresidence (plusieurs générations sous le même toit), encore fréquentes en zone rurale au milieu du XX^{ème} siècle, sont aujourd'hui plus rares [13]. On sait également que les femmes, qui jouent un rôle essentiel en matière de soutien familial [12], sont plus nombreuses à travailler, et donc moins disponibles pour le soutien aux ascendants.

Le vieillissement n'est pas une situation nouvelle pour nos sociétés, qui ont déjà beaucoup entrepris depuis trente ans pour faire face à l'évolution des besoins sociaux concernant les personnes âgées. Cette évolution, qui va se poursuivre, continuera cependant dans les années à venir à mobiliser les politiques publiques, et plus généralement l'organisation familiale et sociale toute entière.

Références bibliographiques

[1] Les territoires face au vieillissement en France et en Europe. Sous la direction de G.F. Dumont. Ed. Ellipses, 2006, 416 p.

[2] Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat

[3] Santé, vieillissement et retraite en Europe. Insee. *Economie et Statistique*, n° 403-404, 2007, 190 p.

[4] Le vieillissement en Europe. Aspects biologiques, économiques et sociaux. Sous la direction de C. Sermet et T. Barnay. Ed. la Documentation française, 2007, 188 p.

[5] Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social. B. Ennuyer. Ed. Dunod, 2002, 330 p.

[6] L'âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population. P. Bourdelais. Ed. Odile Jacob, 1997, 503 p.

[7] La santé en France. HCSP. Ed. La Documentation française, 2002, 410 p.

[8] Les personnes ayant un handicap visuel. Les apports de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance 1998-1999. ORS Pays de la Loire, *Etudes et Résultats*, Drees, n° 416, 2005, 12 p.

[9] Le handicap auditif en France : apports de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance 1998-1999. ORS Pays de la Loire. *Documents de Travail, Série Etudes*, n° 71, 2007, 149 p.

[10] Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID. H. Ramaroson, C. Helmer, P. Barberger-Gateau et al. *Revue Neurologique*, vol. 159, n° 4, 2003, pp. 405-411

[11] Aides techniques et aménagements du logement : usages et besoins des personnes âgées vivant à domicile. R. Kerjosse, A. Weber. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 262, 2003, 12 p.

[12] Les aides et les aidants des personnes âgées. N. Dutheil. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 142, 2001, 12 p.

[13] Vieillissement, logement : désépargne, adaptation de la consommation et rôle des enfants. A. Laferrère. *Retraite et Société*, Cnav, n° 47, 2006, pp. 65-108

[14] L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2007. P. Espagnol. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 615, 2007, 4 p.

Principales évolutions sociodémographiques

Principales évolutions sociodémographiques

Le vieillissement de la population va se poursuivre au cours des prochaines décennies. La France compte près de cinq millions de personnes âgées de 75 ans ou plus au 1^{er} janvier 2005, soit 8 % de la population totale. Elles représenteront 12 % de la population totale en 2030.

La très grande majorité des personnes âgées de 75 ans ou plus (88 %) vivent chez elles, et leur niveau de vie s'est sensiblement amélioré par rapport à celui des générations précédentes. La proportion de bénéficiaires du minimum vieillesse parmi les 65 ans ou plus a diminué de moitié au cours des dix dernières années.

Cinq millions de personnes âgées de 75 ans ou plus en 2005

Selon les estimations de l'Insee, la France compte au 1^{er} janvier 2005 près de cinq millions de personnes âgées de 75 ans ou plus, soit 8 % de la population totale.

Au 1^{er} janvier 1995, les 75 ans ou plus, représentaient 6 % de la population totale.

En 2005, parmi les personnes âgées de 75 ans ou plus, 78 % sont âgées de 75 à 84 ans, et 22 % de 85 ans ou plus (un million de personnes).

Au recensement de la population de 1999, on dénombrait 12 000 centenaires. D'après les projections Omphale de l'Insee, ce nombre s'élèverait à 16 000 en 2005 et à 30 000 en 2030 (dont 25 000 femmes).

Les femmes deux fois plus nombreuses que les hommes

En raison de leur espérance de vie plus élevée, les femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes dans la population âgée. Une femme sur dix est âgée de 75 ans ou plus contre seulement 6 % des hommes. Parmi les 75 ans ou plus, on compte près de deux femmes (1,8) pour un homme, et parmi les 85 ans ou plus près de trois femmes (2,6) pour un homme.

L'effectif des 75 ans ou plus va progresser de 2 % par an d'ici 2030

Au cours de la période 1995-2005, l'effectif des 75 ans ou plus a progressé de 3,3 % par an.

La croissance a été beaucoup moins forte pour les 85 ans ou plus (+ 0,1 % par an), à cause de l'arrivée à ces âges des classes creuses nées pendant la guerre 1914-1918.

Le vieillissement va se poursuivre dans les territoires au cours des prochaines décennies, en particulier sous l'influence des migrations de retraités à l'intérieur de l'hexagone, en direction notamment des départements du sud, de l'ouest, et des zones littorales [1].

Entre 2005 et 2030, l'effectif des 75 ans ou plus devrait augmenter au rythme de 2 % par an, rythme cinq fois plus élevé que celui de la population totale (+ 0,4 %). L'effectif des 75 ans ou plus va atteindre huit millions de personnes en 2030.

L'effectif de la population âgée progressant plus vite que la population totale, le pourcentage de personnes de 75 ans ou plus dans la population totale devrait atteindre 12 % en 2030 contre 8 % en 2005.

La progression de l'effectif des 85 ans ou plus serait également importante (+ 2,9 % par an d'ici 2030).

Leur effectif va passer de 1,2 million à trois millions de personnes entre 2005 et 2030. Les 85 ans ou plus représenteront 3,3 % de la population en 2030 contre 1,8 % aujourd'hui.

La concentration urbaine moins prononcée pour les personnes âgées

La concentration de la population dans les zones urbaines est une évolution majeure qui touche tous les continents.

En 1999, 82 % de la population habitait une commune appartenant à un espace à dominante urbaine, contre 18 % dans une commune alors considérée comme rurale.

La concentration urbaine est un peu moins marquée pour la population âgée. Parmi les 75 ans ou plus, trois personnes sur quatre vivaient dans l'espace urbain et une sur quatre dans l'espace rural en 1999. Au sein de l'espace urbain, les personnes âgées vivent principalement dans un pôle urbain (57,4 % contre 17,5 % dans une commune périurbaine ou une commune multipolarisée).

Près de 90 % des 75 ans ou plus vivent à leur domicile

Au grand âge, les modes de résidence évoluent, un certain nombre de personnes se tournant vers des structures collectives quand la vie quotidienne devient trop difficile.

Au recensement de la population de 1999, 87,8 % des 75 ans ou plus vivaient à leur domicile. À partir de 85 ans, trois personnes sur quatre étaient encore dans ce cas.

41 % des personnes âgées de 75 ans ou plus à domicile vivent seules dans leur logement

Les individus ne sont pas isolés et le réseau familial connaît d'importantes mutations.

La part des individus vivant encore en couple à 80 ans est passée de 30 à 42 % entre 1984 et 2001 [2].

En 1999, parmi les personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à domicile, 41,2 % vivaient seules dans leur logement, cette proportion augmentant avec l'âge : 37,3 % entre 75 et 84 ans et 51,9 % parmi les 85 ans ou plus.

61 % des 75 ans ou plus sont propriétaires de leur logement

Le fait d'être propriétaire de son logement est un déterminant important du niveau de vie. Avec l'âge, la proportion de personnes propriétaires de leur logement augmente.

En 1999, parmi l'ensemble des personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à domicile ou en institution, 61,1 % étaient propriétaires du logement qu'elles occupaient.

Recul de moitié en dix ans de la proportion de bénéficiaires du minimum vieillesse

Au 31 décembre 2005, 551 000 personnes bénéficiaient de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse (France entière), soit 5 % de l'effectif des 65 ans ou plus, cette proportion étant deux fois plus faible qu'il y a dix ans.

La part des bénéficiaires augmente avec l'âge traduisant l'amélioration du niveau de vie des nouvelles générations de retraités : 2,3 % pour les 60-64 ans, 4,2 % pour les 75-79 ans et 12,7 % pour les 90 ans ou plus [3].

Depuis 1960, le nombre de bénéficiaires a été divisé par quatre (de 2,5 millions à 550 000). Les retraités d'aujourd'hui bénéficient en effet de carrières plus favorables que leurs aînés.

Cela tient en particulier à la situation des femmes, plus nombreuses à travailler et pour des périodes plus longues, et au fait que les régimes les moins avantageux (en particulier commerçants et artisans) offrent des niveaux de prestations supérieurs à ceux dont bénéficiaient les générations précédentes.

La plupart des indicateurs socio-démographiques présentés dans cette première partie proviennent du recensement de la population de 1999, seule source d'information disponible. La nouvelle méthode de recensement annuel, mise en place à partir de 2004, permettra de disposer de données actualisées en 2009.

Le vieillissement en Europe

En 2003, le pays ayant la plus forte proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus au sein de l'Union européenne (27 membres) est l'Italie (9 %), contre moins de 5 % en Irlande et en Slovaquie. La France se situe pour cet indicateur au-dessus de la moyenne européenne (7,4 %) [4].

Si des incertitudes demeurent quant à l'ampleur du mouvement, la tendance au vieillissement va incontestablement se poursuivre en Europe d'ici la moitié du siècle, avec le prolongement des tendances actuelles de baisse de la fécondité et d'augmentation de l'effectif de la population âgée.

Au cours des dernières décennies, l'Europe communautaire a davantage gagné d'habitants par extensions politiques successives que par croissance démographique interne. En 2003, onze pays européens représentant la moitié de la population de l'union ont comptabilisé plus de décès que de naissances. Malgré ce déficit, quatre pays ont vu leur population croître, grâce à l'excédent migratoire (Allemagne, Grèce, Italie, Slovaquie). Des pays comme l'Italie et l'Espagne vieillissent de manière exceptionnellement rapide, par la base de la pyramide des âges car ils ont connu un effondrement de la fécondité. Les pays qui au contraire se caractérisent par un excédent naturel très largement supérieur à la moyenne sont la France, les Pays-Bas, l'Irlande et Chypre.

Les progrès accomplis dans la lutte contre la maladie et la mort sont à l'origine d'une baisse de la mortalité qui contribue à « vieillir » toutes les populations européennes. D'après les projections effectuées, le nombre d'européens âgés de 80 ans ou plus devrait progresser de 180 % d'ici 2050, pour atteindre 45 millions de personnes, soit autour de 10 % de la population totale [5].

Références bibliographiques

[1] Enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2006 : les départements du Sud et du littoral atlantique gagnants au jeu des migrations internes. Insee. *Insee Première*, n° 1116, 2007, 4 p.

[2] Santé, vieillissement et retraite en Europe. Insee. *Economie et Statistique*, n° 403-404, 2007, 190 p.

[3] L'allocation supplémentaire du minimum vieillesse, bénéficiaires au 31 décembre 2005. N. Augris. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 105, 2006, 74 p.

[4] Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat

[5] Vieillissement en Europe à l'horizon 2050 : apports et limites des projections. A. Parant. Dans *Le vieillissement en Europe. Aspects biologiques, économiques et sociaux*, sous la direction de C. Sermet et T. Barnay. Ed. la Documentation française, 2007, pp. 27-39

[6] Projections régionales de population à l'horizon 2030 : fortes croissances au Sud et à l'Ouest. Insee. *Insee Première*, n° 1111, 2006, 4 p.

[7] Niveau de vie et pauvreté en France : les départements du Nord et du Sud sont les plus touchés par la pauvreté et les inégalités. Insee. *Insee Première*, n° 1162, 2007, 4 p.

[8] La carte de France des revenus déclarés. Insee. *Insee Première*, n° 900, 2003, 4 p.

[9] Approches de la pauvreté en Île-de-France. Insee Île-de-France, 2007, 32 p.

[10] Les personnes âgées. La santé observée en France. Fnors, 1995, 231 p.

Pour en savoir plus

Enquêtes annuelles de recensement de 2004 et 2005 : la croissance s'étend toujours plus loin des villes. Insee. *Insee Première*, n° 1058, 2006, 4 p.

Enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2006 : seuls un tiers des ménages compte plus de deux personnes. Insee. *Insee Première*, n° 1153, 2007, 4 p.

150 000 allocataires au régime des minima sociaux. Insee Réunion. *Economie de la Réunion*, n° 129, 2007, 3 p.

Évolutions démographiques

Part des 75 ans ou plus dans l'ensemble de la population

La part des personnes âgées de 75 ans ou plus varie du simple au double entre régions métropolitaines

En 2005, les disparités spatiales en matière de vieillissement, qui sont anciennes, restent particulièrement marquées.

Dans les départements d'outre-mer, la part des 75 ans ou plus dans la population totale est faible, en particulier en Guyane (1,6 %) et à l'île de la Réunion (3,0 %) contre 8,1 % en France métropolitaine.

En métropole, ce pourcentage varie du simple au double, entre l'Île-de-France (6,1 %) et le Limousin (12,1 %).

Île-de-France, Alsace, Nord - Pas-de-Calais et Picardie sont les quatre régions qui ont la plus faible proportion de personnes âgées.

À l'inverse, le pourcentage de personnes de 75 ans ou plus est nettement plus important en Limousin, Poitou-Charentes, Auvergne, Bourgogne, Midi-Pyrénées et Aquitaine.

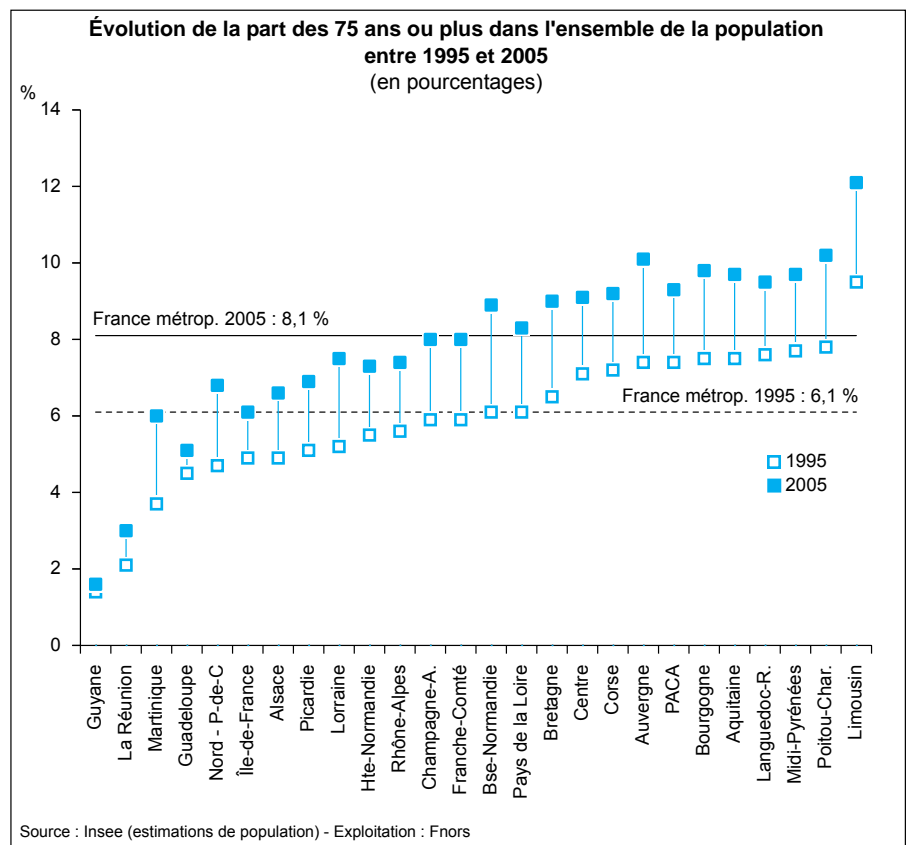
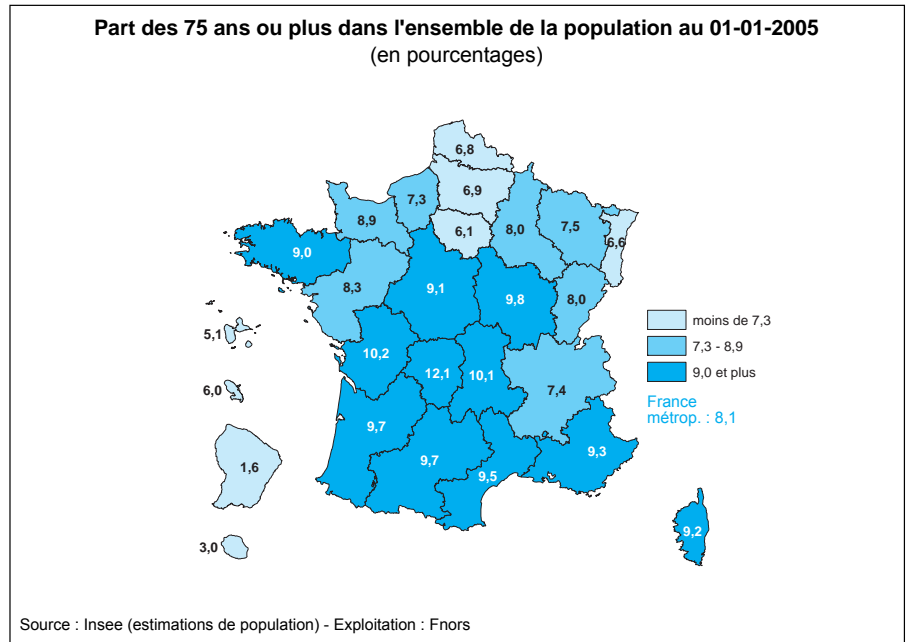
Forte progression de la population âgée dans les départements d'outre-mer

Les départements d'outre-mer sont les territoires dans lesquels on observe la plus forte progression de la population âgée de 75 ans ou plus au cours de la période 1995-2005 : + 5,5 % par an à la Réunion et + 4,6 % en Guyane.

On observe également une augmentation importante dans les régions de l'ouest : Basse-Normandie, et Bretagne avec une progression de 4 % par an.

Les régions où la progression a été la plus faible sont le Limousin (+ 2,6 %), l'Île-de-France, la Bourgogne et le Centre (+ 2,8 %).

En Limousin, cette faible progression s'explique par le non renouvellement des générations. En revanche, en Île-de-France, la plus faible progression de l'effectif de la population âgée trouve son origine dans les nombreux départs au moment de la retraite [1].



Poursuite du vieillissement dans les départements d'outre-mer

Dans les départements d'outre-mer, le mouvement de vieillissement constaté au cours de la décennie précédente va se poursuivre. Ces territoires sont ceux qui vont connaître la progression de la population âgée la plus importante d'ici 2030. Selon le modèle Omphale de l'Insee, l'effectif des 75 ans ou plus va progresser de 6,2 % par an en Guyane, contre 2,0 % dans l'ensemble des régions métropolitaines. Dans les trois autres départements d'outre-mer, la croissance annuelle de population âgée attendue est supérieure à 3 % par an.

Après les Dom, l'Alsace, Rhône-Alpes, les Pays de la Loire et le Languedoc-Roussillon connaîtront la plus forte progression des 75 ans ou plus d'ici 2030.

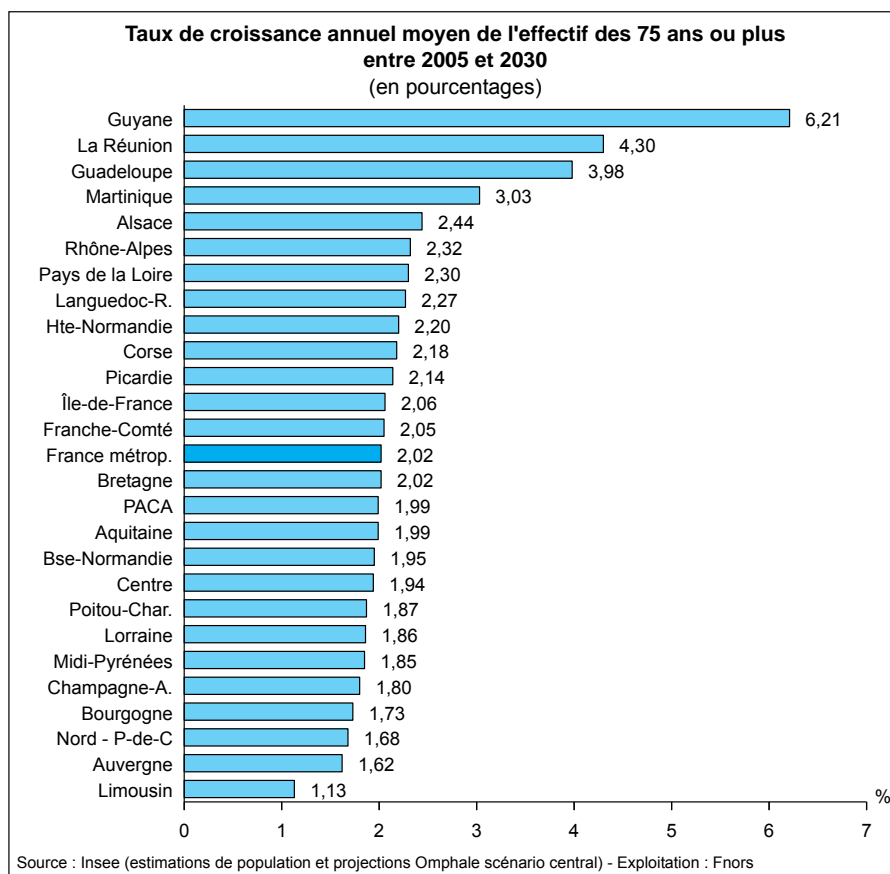
En revanche, la progression annuelle moyenne sera de l'ordre de 1,1 % seulement en Limousin, et de 1,6 % à 1,7 % en Auvergne et dans le Nord - Pas-de-Calais.

La « carte » du vieillissement sensiblement modifiée

Si ces projections démographiques se confirment, le Limousin devrait rester en 2030 la région avec la plus forte proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus (16 %).

Mais, dans ce classement, le Limousin serait presque rejoint par l'Auvergne, la Bourgogne, puis Poitou-Charentes (environ 15 %). La Corse, le Centre et la Basse-Normandie rejoindraient également le groupe des régions ayant la plus forte proportion de personnes âgées (14 %).

À l'inverse, les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées ne figureraient plus parmi celles qui sont les plus concernées par le vieillissement.



D'ici 2030, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur restent les régions les plus attractives, tous âges confondus

D'ici 2030, sur la base de la poursuite des tendances démographiques les plus récentes, la croissance de la population toutes générations confondues va se poursuivre, mais pas dans toutes les régions.

Les projections actuelles de l'Insee prévoient d'ici 2030 une concentration de la population dans le sud et l'ouest du pays. L'effectif de la population totale augmenterait d'un tiers en Languedoc-Roussillon, de 22 % en Midi-Pyrénées, de 18 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur, et de près de 17 % en Rhône-Alpes et dans les Pays de la Loire.

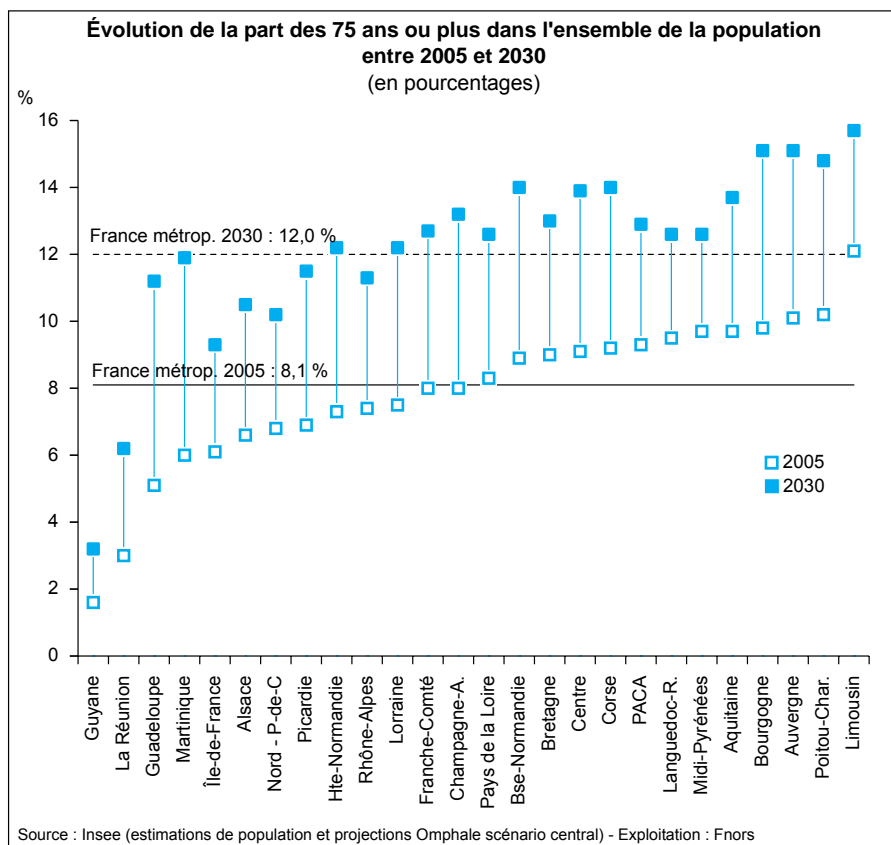
En revanche, une baisse de l'effectif de la population est attendue dans certaines régions. Il ne s'agit toutefois que de projections démographiques dont les conclusions peuvent être remises en cause, suite à des retournements de tendance en matière de migrations ou de mouvement naturel.

Dans la plupart des régions, l'augmentation de population serait essentiellement due à l'excédent migratoire, la part de l'excédent naturel étant partout en recul. En l'absence de migrations, les populations des régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées seraient ainsi amenées à baisser [6].

Malgré une très forte progression de l'effectif de la population âgée, la Guyane et la Réunion devraient garder leur position atypique, la proportion des 75 ans ou plus étant inférieure de moitié à la moyenne nationale.

En revanche, la situation démographique des deux îles françaises des Antilles (Martinique et Guadeloupe) se rapprocherait progressivement de la moyenne métropolitaine.

L'Île-de-France resterait la région métropolitaine avec la plus faible proportion de personnes âgées (9 %), devant le Nord - Pas-de-Calais et l'Alsace.



Concentration urbaine

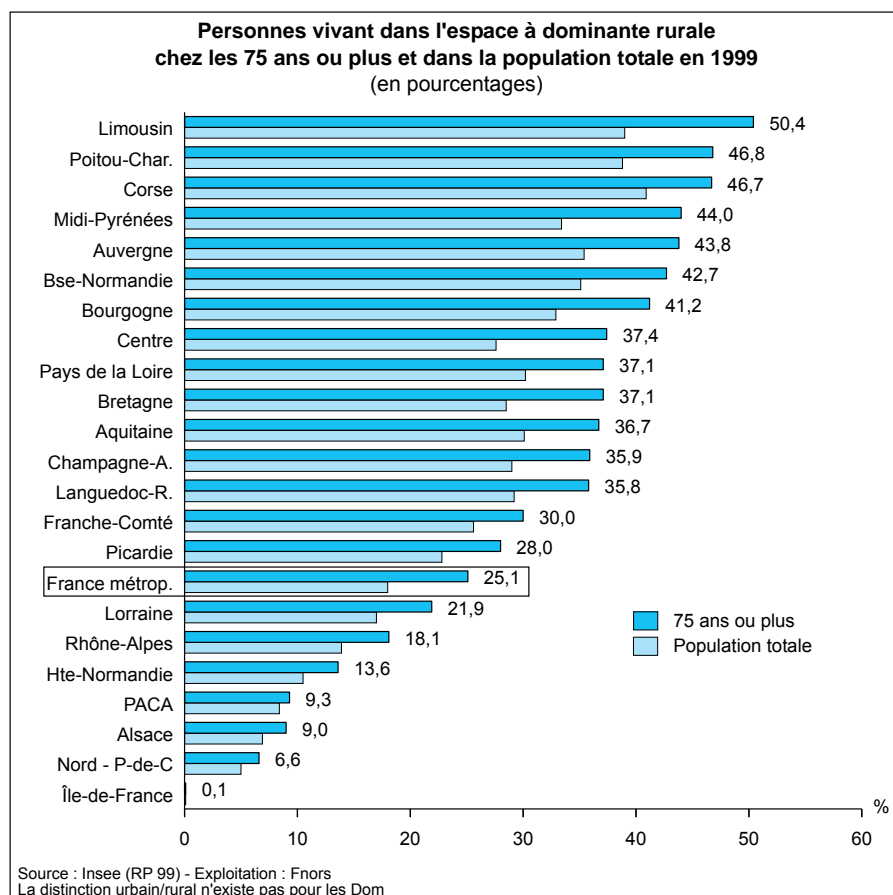
Dans le Limousin, en Poitou-Charentes ou en Corse, près d'une personne âgée sur deux vivait dans un espace à dominante rurale en 1999

En matière de concentration urbaine, l'Île-de-France connaît une situation d'exception, la quasi-totalité de sa population vivant dans l'espace urbain. Au recensement de 1999, le Nord - Pas-de-Calais, l'Alsace et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur étaient également dans ce cas, avec moins de 10 % de la population vivant dans un espace à dominante rurale.

En moyenne, au plan national, un habitant âgé de 75 ans ou plus sur cinq vivait dans un espace rural en 1999.

Dans le Limousin, la proportion était de une sur deux. En Poitou-Charentes et en Corse, la proportion de personnes âgées vivant en zone rurale était également proche de 50 %, soit près de deux fois la moyenne métropolitaine.

En revanche, en Île-de-France, dans le Nord - Pas-de-Calais, en Alsace et dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, moins de 10 % des personnes âgées vivaient dans un espace à dominante rurale.



Personnes de nationalité étrangère

Les personnes de nationalité étrangère plus nombreuses dans les régions traditionnelles d'immigration

Les régions traditionnelles d'immigration, concentrées en Île-de-France et dans l'Est du pays, sont aussi celles qui accueillent les populations âgées de nationalité étrangères les plus nombreuses.

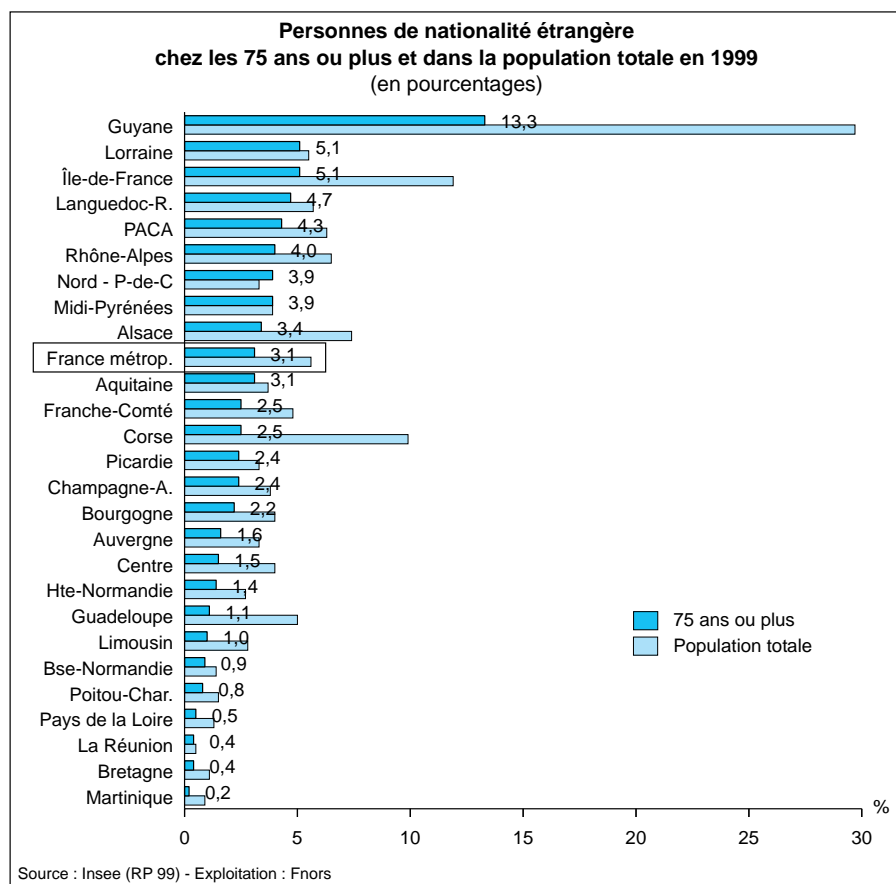
En 1999, en Lorraine, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes, 4 à 5 % des 75 ans ou plus étaient de nationalité étrangère.

Dans l'ouest et dans le centre de la France, les personnes de nationalité étrangère représentaient moins de 2 % des 75 ans ou plus.

En France métropolitaine, la plupart des personnes de nationalité étrangère étaient des ressortissants de l'Union européenne (64 %), le plus souvent originaires d'Italie (26 %) ou de la péninsule ibérique (Espagne 19 % et Portugal 6 %).

Le Maghreb était la deuxième zone géographique la plus représentée (15 %).

Dans les départements d'outre-mer, la proportion de personnes de nationalité étrangère était moins élevée qu'en métropole, sauf en Guyane. Dans ce département, 13 % de la population des 75 ans ou plus était d'origine étrangère en 1999, ces personnes provenant d'États voisins, et principalement du Surinam, et du pays de la Caraïbe.



Logement

Vivre à son domicile

La proportion de personnes vivant à leur domicile plus élevée dans les Dom et dans le sud de la France

La très grande majorité des personnes âgées de 75 ans ou plus vivaient à leur domicile (88 %) en 1999, avec une opposition nord-sud assez prononcée.

En métropole, la proportion de personnes vivant dans leur domicile était plus forte dans les régions du sud (Corse, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon), particulièrement en Corse (95 %).

Les régions du nord-ouest et l'Alsace avaient en revanche le plus faible pourcentage de personnes âgées à domicile (83 % dans les Pays de la Loire).

Dans les quatre départements d'outre-mer, plus de 90 % de la population âgée vivait chez elle en 1999.

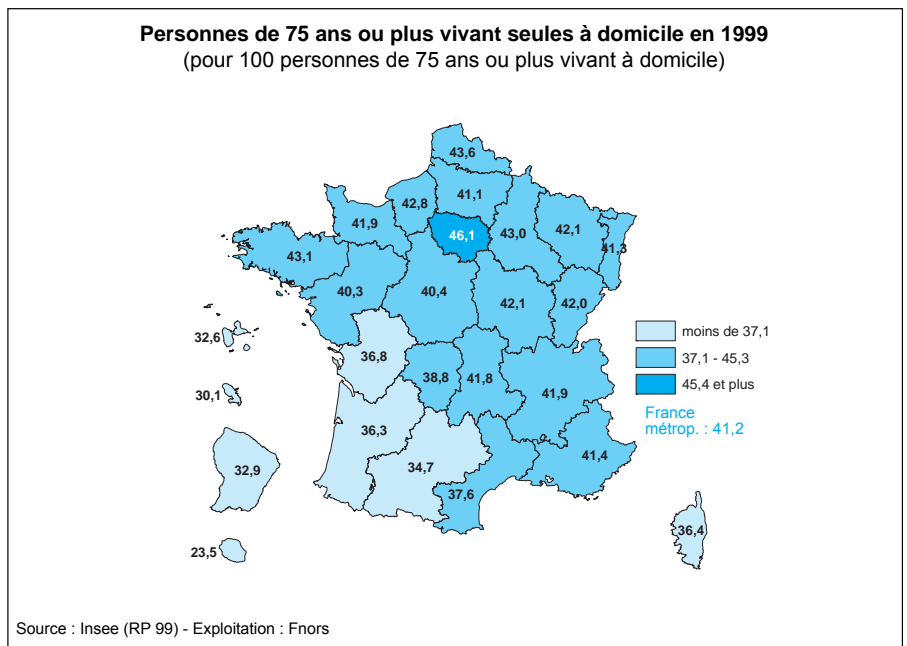
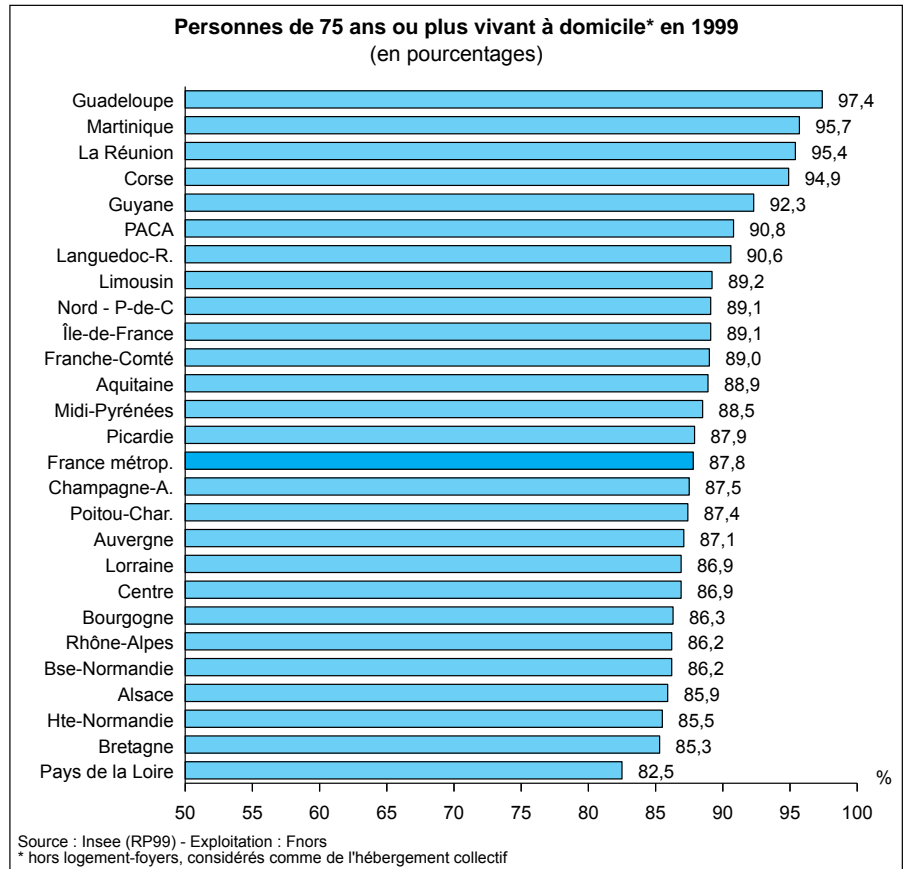
Ces écarts traduisent les disparités d'équipement pour personnes âgées entre régions, qui sont elles-mêmes le reflet de facteurs sociaux propres à chacun de ces territoires.

41 % des 75 ans et plus vivaient seules dans leur logement en 1999

L'Île-de-France était en 1999 la région avec la proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules la plus élevée (46 %). Mais cette situation concerne également les moins de 75 ans.

Dans les régions Midi-Pyrénées, Aquitaine et Poitou-Charentes, et en Corse, ces situations étaient nettement moins fréquentes qu'au plan national.

Les départements d'outre-mer étaient ceux dans lesquels ces situations étaient les moins fréquentes, la proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules étant inférieure à 33 % à la moyenne métropolitaine dans ces quatre départements.



Confort des logements

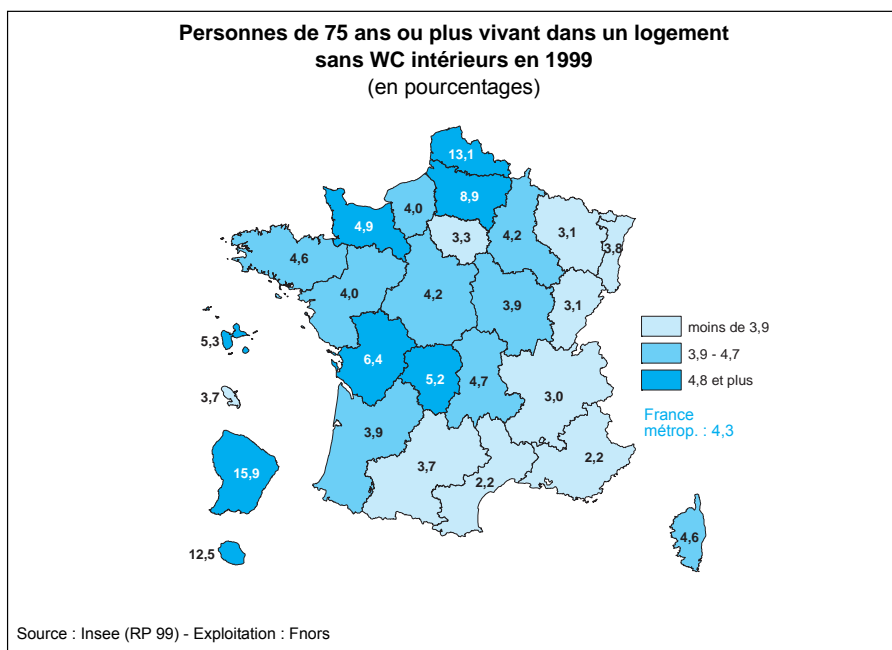
Jusqu'à 16 % des personnes âgées vivaient dans un logement sans confort dans certaines régions en 1999

En 1999, près de 200 000 personnes de 75 ans ou plus habitaient des logements sans WC intérieurs, soit plus de 4 % des personnes de ce groupe d'âge.

Le Languedoc-Roussillon et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur présentaient la plus faible proportion de personnes âgées vivant dans un logement sans confort (environ 2 %).

L'Île-de-France, les régions de l'est et du sud présentaient également des valeurs faibles.

En revanche, en Guyane, près de 16 % des personnes vivaient dans un logement sans confort. Cette proportion était également relativement élevée dans le Nord - Pas-de-Calais et à la Réunion (13 %).



Statut d'occupation

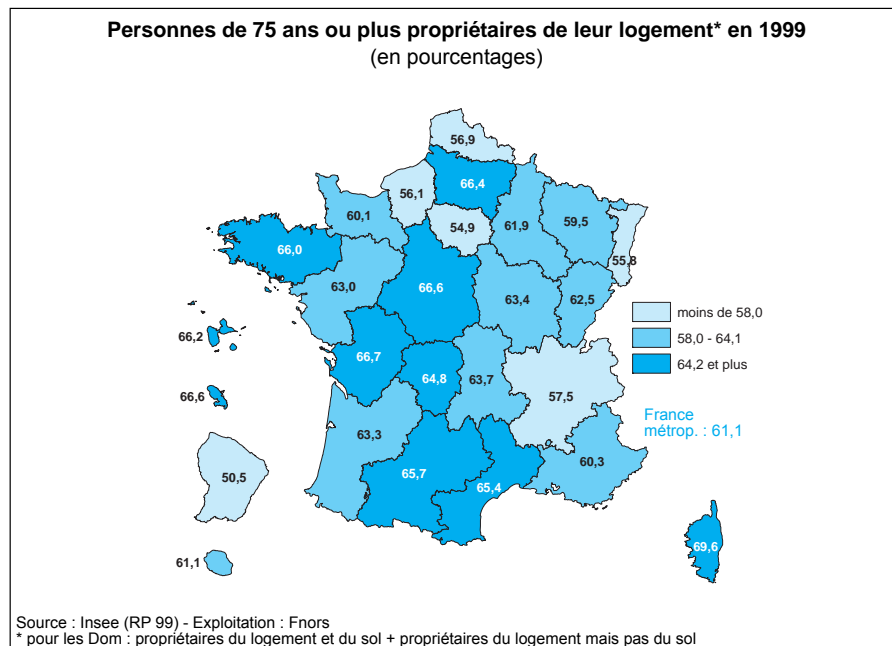
La plus faible proportion de propriétaires en Île-de-France

En 1999, 61 % des personnes de 75 ans ou plus vivant chez elles étaient propriétaires de leur logement, proportion en légère augmentation par rapport à 1990.

En métropole, ce pourcentage variait de 54,9 % en Île-de-France à 69,6 % en Corse.

Une situation particulière dans les Dom

Pour cet indicateur, les quatre départements d'outre-mer connaissent une situation particulière. Aux Antilles et à la Réunion, le pourcentage de personnes âgées propriétaires de leur logement est supérieur à la moyenne métropolitaine. En revanche, en Guyane, ce pourcentage est plus faible (une personne sur deux). Dans ces territoires, certaines personnes sont propriétaires de leur logement mais pas du terrain où celui-ci est implanté, situations particulières vraisemblablement liées au droit coutumier et trouvant leurs racines dans l'histoire de l'esclavage. Cette situation concerne 20 % des propriétaires aux Antilles et en Guyane et environ 10 % à la Réunion.



Revenu médian

En Île-de-France, le revenu médian est supérieur de 35 % par rapport au revenu médian moyen

En France métropolitaine, le revenu médian par personne est nettement plus faible pour les ménages ayant pour référent fiscal une personne âgée de 75 ans ou plus que pour l'ensemble des ménages (- 33 %), respectivement 12 600 euros par personne en 2005 pour les 75 ans ou plus, contre 16 300 euros pour l'ensemble des ménages.

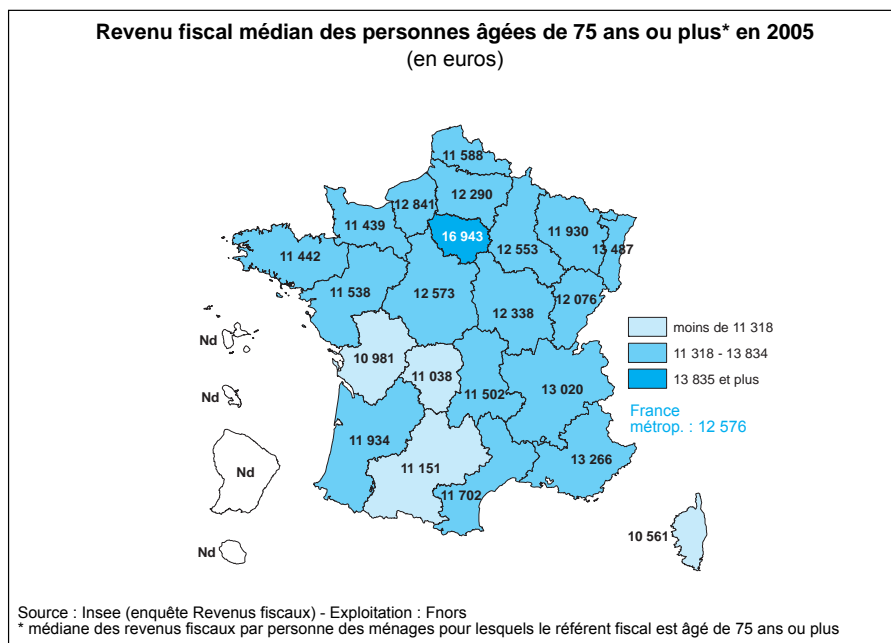
Les disparités de revenu médian observées entre régions pour les ménages ayant pour référent fiscal une personne âgée de 75 ans ou plus* recourent, avec certaines nuances, celles que l'on observe pour l'ensemble des ménages [8].

* Un revenu médian de 12 600 euros signifie que la moitié des ménages dont le référent fiscal est une personne âgée de 75 ans ou plus ont un revenu par unité de consommation (c'est-à-dire par personne, voir définition page 74) inférieur à 12 600 euros, et la moitié ont un revenu par unité de consommation supérieur à cette somme.

L'Île-de-France concentre les plus hauts revenus, parmi les 75 ans ou plus comme pour l'ensemble de la population, mais de manière plus accentuée pour les plus âgés.

Le revenu médian des ménages de 75 ans ou plus est ainsi supérieur en Île-de-France de 35 % par rapport au revenu médian national, contre un écart de 19 % pour l'ensemble des ménages.

L'Île-de-France est aussi la région dans laquelle les écarts entre les revenus



médians des ménages ayant un référent fiscal âgé de 75 ans ou plus et celui des ménages plus jeunes est le plus élevé.

Après l'Île-de-France, les régions qui ont les revenus fiscaux médians les plus élevés sont l'Alsace et les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes.

Les régions qui ont le revenu fiscal médian déclaré le moins important sont la Corse (- 16 % par rapport au revenu médian moyen), Poitou-Charentes (- 13 %) et le Limousin (-12 %).

Tous âges confondus, un niveau de vie plus élevé en Île-de-France, Rhône-Alpes et Alsace [8]

Tous âges confondus, l'Île-de-France, Rhône-Alpes et l'Alsace sont les trois régions qui connaissent les niveaux de vie médians les plus élevés en France métropolitaine.

L'Île-de-France occupe une position tout à fait remarquable dans ce domaine dans la mesure où elle cumule le fait de disposer du niveau de vie médian le plus élevé mais aussi des plus fortes inégalités territoriales (entre départements) [9]. Les régions de l'Ouest sont au contraire celles dans lesquelles les inégalités de revenu sont les plus faibles. Enfin, dans les départements ruraux, la pauvreté frappe plutôt les personnes âgées [7].

Minimum vieillesse

Davantage d'allocataires dans le sud et dans le centre

Au cours des trente dernières années, les nouvelles générations de retraités ont connu une amélioration sensible de leur niveau de vie par rapport aux générations précédentes.

Cette amélioration générale ne doit pas cacher le fait qu'une proportion non négligeable de retraités dispose de faibles ressources : 5 % de la population des 65 ans ou plus bénéficient de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse (ASV) contre 14 % en 1990 [10].

En métropole, la Corse a le plus fort taux d'allocataires de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse (plus d'une personne âgée sur cinq).

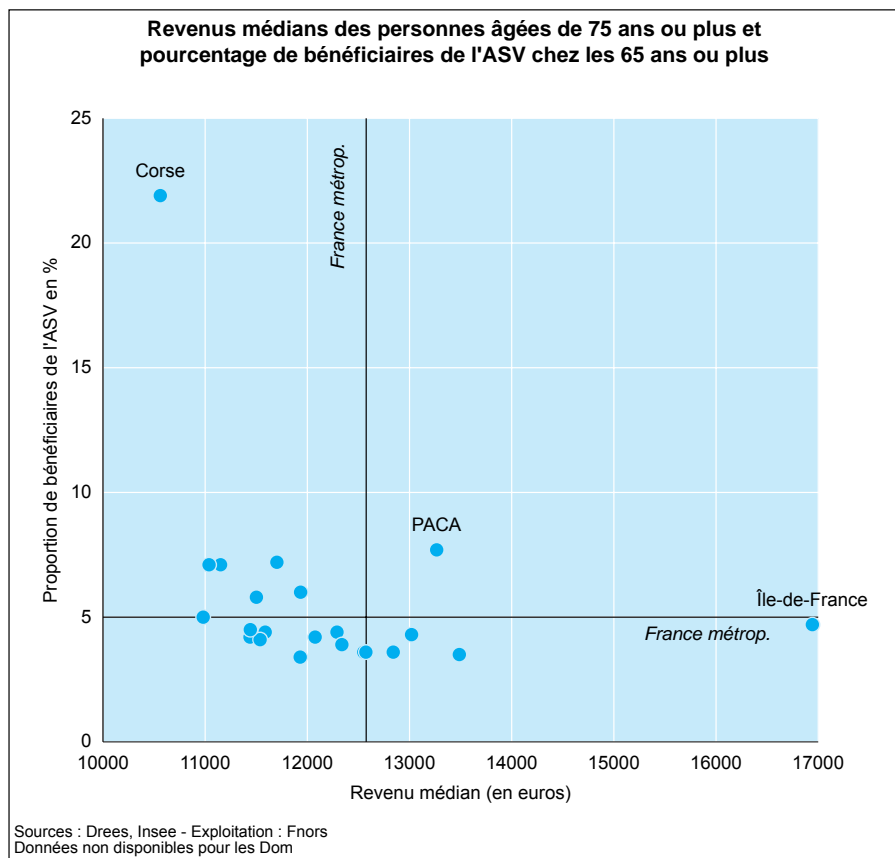
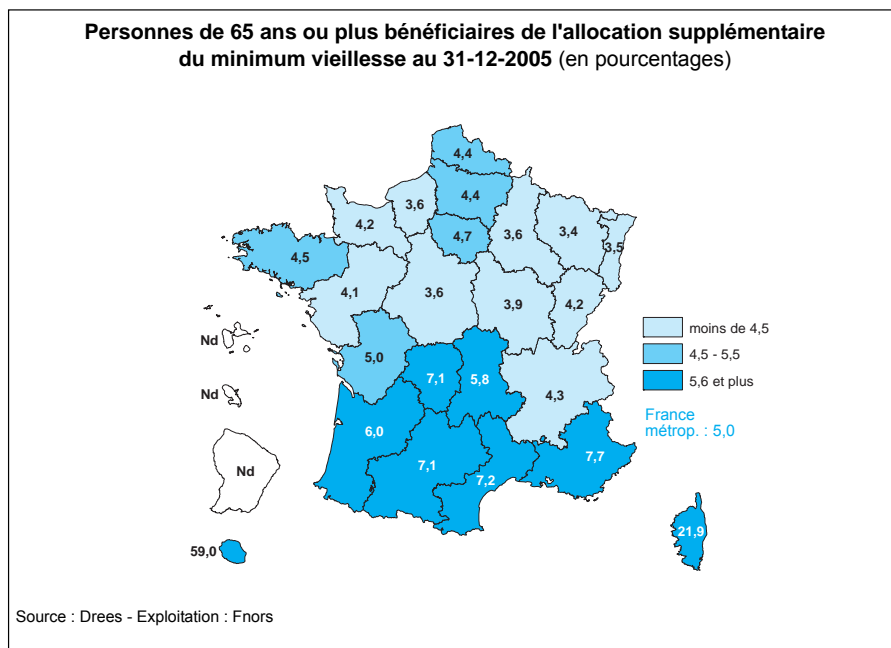
De manière générale, le pourcentage de bénéficiaires du minimum vieillesse est plus élevé dans les régions du sud de la France, et du centre.

Le taux de bénéficiaires atteint un maximum à l'île de la Réunion, 59 % de la population bénéficiant de l'ASV.

Ce taux est supérieur à 7 % dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Limousin et Midi-Pyrénées.

La Lorraine et l'Alsace ont en revanche les taux les plus faibles (3 %).

Globalement, la baisse tendancielle du nombre de bénéficiaires de l'ASV est très importante, mais elle est particulièrement marquée en Bretagne, dans les Pays de la Loire et en Poitou-Charentes, où leur nombre a été divisé par trois au cours des trente dernières années [10].



Synthèse des indicateurs sociodémographiques

Pour compléter cette approche descriptive, une analyse en composantes principales (ACP) a été effectuée afin notamment d'identifier les variables les plus discriminantes permettant d'expliquer les disparités régionales (voir page 80). Les deux premiers axes factoriels qui sont une représentation de l'ensemble des corrélations entre indicateurs dans un plan à deux dimensions, représentation bien sûr imparfaite, sont structurés de la manière suivante.

La ruralité, corollaire du vieillissement démographique

Les variables les plus fortement corrélées avec le premier axe, et qui expliquent donc une partie importante des disparités régionales observées sur cet axe, sont la proportion de propriétaires, la part des 75 ans ou plus dans la population, et la part de personnes âgées vivant en milieu rural. La ruralité reste d'une certaine façon le corollaire du vieillissement démographique.

Cet axe tend à opposer sur le plan du vieillissement les espaces urbains et les espaces ruraux. D'un côté de l'axe, se trouvent des régions ayant une plus forte proportion de personnes âgées en 2005, plus souvent propriétaires de leur logement, et qui sont nombreuses à vivre en milieu rural : la Corse, Poitou-Charentes, le Limousin, et les régions du sud et du sud-ouest dans lesquelles entre 40 et 50 % de la population vit en zone rurale.

Sur le même axe, mais en sens opposé, se trouvent des régions dans lesquelles la part de personnes vivant seules à leur domicile est importante, et qui ont, en général, un revenu médian plus élevé, comme l'Île-de-France et l'Alsace.

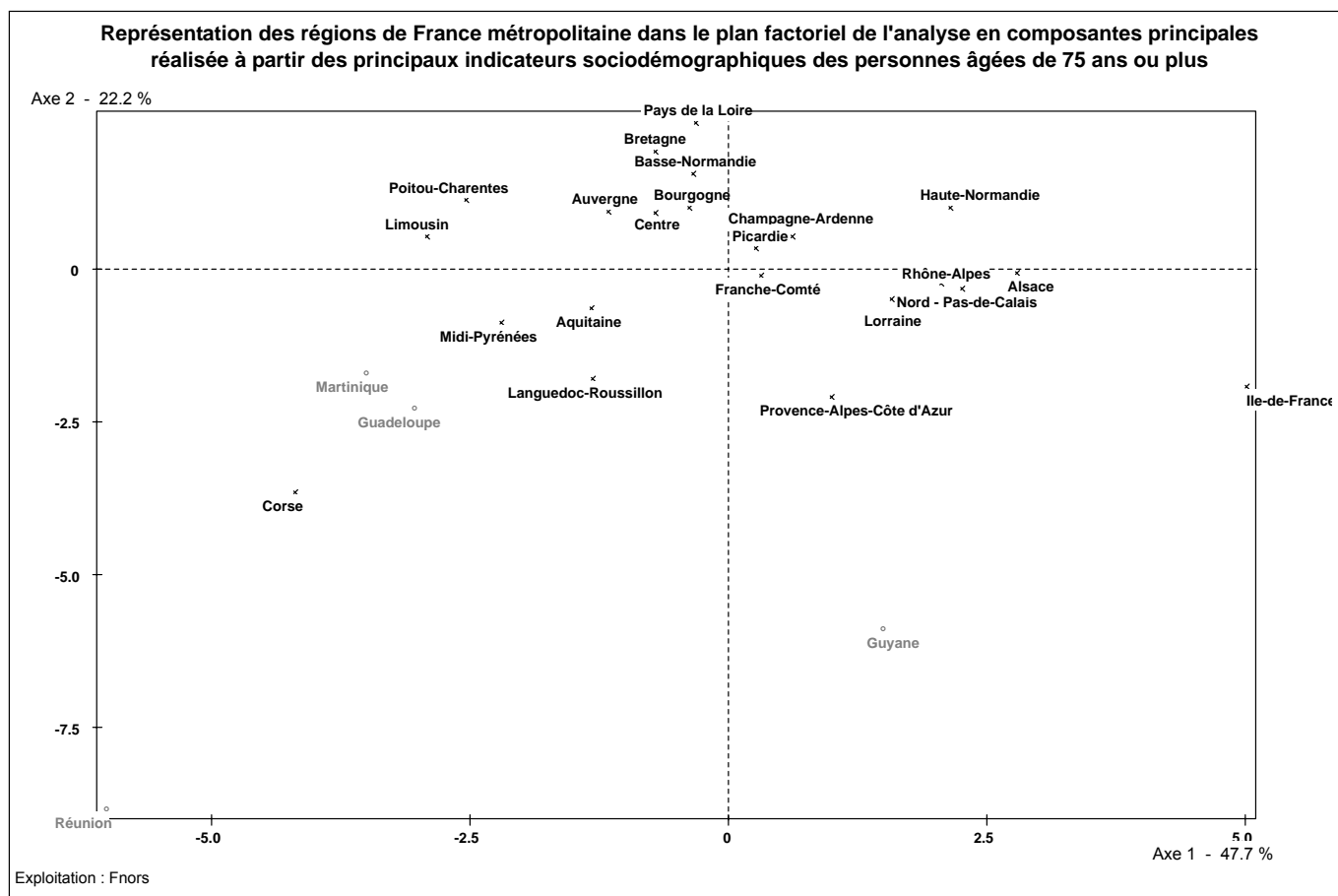
Vie à domicile et bénéficiaires de l'ASV

Dans cette analyse multi-dimensionnelle, le deuxième axe d'explication est structuré par deux

indicateurs : la proportion de personnes vivant à domicile, et la proportion de personnes bénéficiaires de l'ASV (allocation supplémentaire du minimum vieillesse), ces deux variables étant fortement corrélées entre elles.

Les régions de l'ouest, dans lesquelles la proportion de personnes vivant à domicile est plus faible (parce qu'elles disposent de plus d'équipements collectifs pour personnes âgées), ont en même temps une proportion de bénéficiaires de l'ASV moins importante.

À l'opposé sur le même axe, se trouvent les régions situées au sud de la France, qui ont une plus forte proportion de personnes âgées vivant à leur domicile, et dans lesquelles le taux de bénéficiaires de l'ASV est généralement plus important que la moyenne métropolitaine.



État de santé et pathologies

État de santé et pathologies

L'espérance de vie à 75 ans a atteint en 2005 onze ans pour les hommes et quatorze ans pour les femmes, soit pratiquement une année de vie supplémentaire depuis 1999, évolution qui bénéficie aux deux sexes. Mais la santé de nombreuses personnes âgées reste fragile comme en témoigne les conséquences de la canicule de l'été 2003 (12 000 décès parmi les 75 ans et plus). Les pathologies cardio-vasculaires constituent pour cette classe d'âge la première cause de décès (36 % du total des décès en 2002-2004), devant les tumeurs (19 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (8 %). Le grand âge se caractérise aussi par la fréquence des situations de polyopathologies, qui accompagnent ou qui sont à l'origine de nombreuses incapacités dans la vie quotidienne (locomotrices, visuelles, auditives, cognitives...).

L'espérance de vie progresse chez les 75 ans et plus

De manière tendancielle, l'espérance de vie progresse fortement en France, avec un quart d'année de vie supplémentaire chaque année depuis 1950, sans que cette tendance s'infléchisse [1]. Cette baisse de la mortalité concerne tous les groupes d'âges et en particulier les personnes âgées. L'espérance de vie à 75 ans a ainsi atteint, en 2005, 10,9 ans pour les hommes et 13,8 ans pour les femmes, soit près d'une année de plus par rapport à 1999, pour les hommes comme pour les femmes [2]. Ces années de vie « supplémentaires » sont également marquées par un recul de la fréquence des incapacités [3].

Les conséquences dramatiques de la canicule de l'été 2003

L'espérance de vie des personnes âgées progresse mais leur état de santé reste fragile. Dans l'enquête décennale santé 2003, seulement 34 % des 75 ans ou plus ont une perception positive de leur état de santé [4].

Les conséquences dramatiques de l'épisode caniculaire qu'ont connu plusieurs pays d'Europe, en août 2003, témoignent également de cette situation. Près de 50 000

décès seraient liés à la canicule prolongée observée au cours de cette période, dont 20 000 en Italie et 15 000 en France.

80 % des décès constatés en France concernent des personnes âgées de 75 ans ou plus. Dans notre pays, ces années de forte mortalité ont été suivies (2004-2005) d'une baisse sensible de la mortalité, qui ne s'explique pas seulement par l'anticipation en 2003 de décès qui auraient « dû » se produire en 2004 ou en 2005, en l'absence de vague de chaleur. Selon les chercheurs de l'Ined, cette sous-mortalité pourrait trouver en partie son origine dans l'amélioration des conditions de prise en charge des personnes âgées, à la suite des mesures prises après la canicule de l'été 2003 [5].

À partir de 75 ans, plus d'une personne sur deux en ALD

La fréquence des pathologies augmente avec l'âge, plus de 50 % des personnes âgées de 75 ans ou plus ayant une maladie reconnue en affection de longue durée (ALD) (voir annexes page 75) [6].

En 2005, 323 200 personnes âgées de 75 ans ou plus ont été admises en ALD par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie en

France métropolitaine. Les motifs d'admissions les plus fréquents pour ce groupe d'âge sont les maladies de l'appareil circulatoire (42 %), devant les tumeurs (23 %), et les troubles mentaux et du comportement (16 %).

Depuis octobre 2004, la « maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD15) » est devenue une ALD à part entière, alors qu'auparavant, les patients souffrant de ces pathologies étaient reconnus en ALD au titre du libellé « psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale ». Tous âges confondus, 45 000 nouvelles admissions ont été prononcées pour ce motif en 2005.

Pour le seul régime général, 200 000 personnes étaient reconnues en ALD pour démences en 2006 [8]. On estime pourtant que ces pathologies touchent aujourd'hui en France environ 860 000 personnes âgées de 65 ans ou plus, 225 000 nouveaux cas étant dénombrés chaque année [9].

Cet écart entre le nombre de personnes démentes, estimé à partir de l'enquête Paquid, et le nombre de patients en ALD15 pourrait s'expliquer par le sous diagnostic de ces affections mais aussi par la sous déclaration des ALD pour les patients âgés déjà

exonérés du ticket modérateur pour d'autres maladies [6]. Depuis que la maladie d'Alzheimer est devenue une ALD à part entière, le nombre de personnes reconnues en ALD pour ce motif a augmenté de 28 % en deux ans [8].

66 séjours pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus

Les recours aux soins augmentent fortement avec l'âge, et notamment les hospitalisations. Le taux de recours hospitalier moyen en 2005 est de 664 séjours pour mille personnes âgées de 75 ans ou plus, taux quatre fois plus important que celui du groupe d'âges des 50-59 ans. Dans ce contexte, 15 % du total des séjours hospitaliers concernent les personnes âgées de 75 ans ou plus qui ne représentent que 8 % de la population. Ces séjours hospitaliers sont aussi d'une durée plus longue. Dans certaines spécialités, la moitié des lits hospitaliers sont occupés par des personnes âgées de 75 ans ou plus [10].

Les maladies de l'appareil circulatoire première cause de décès (36 %)

L'augmentation de l'espérance de vie à 75 ans s'explique, pour une large part, par une baisse de la mortalité par maladies cardio-vasculaires, due à l'amélioration de la prise en charge de ces pathologies et notamment au traitement de l'hypertension artérielle et de l'insuffisance cardiaque.

Pour les 75 ans ou plus, les pathologies cardio-vasculaires constituent la première cause de décès (36 %), loin devant les tumeurs (19 %).

Ces pathologies sont aussi le premier motif d'admission en affection de longue durée des personnes âgées de ce groupe d'âge. Dans le secteur ambulatoire, 70 % des recours aux soins ont pour origine une maladie de l'appareil circulatoire [11], et ces pathologies sont le diagnostic principal de 17 % des séjours hospitaliers [10].

Les cancers représentent la deuxième cause de mortalité

Les cancers constituent la deuxième grande cause de mortalité des 75 ans ou plus avec 19 % des décès.

Pour les **femmes**, les localisations les plus fréquentes sont le côlon-rectum (16 %), le sein (14 %), puis le pancréas (7 %). Le cancer de la prostate arrive au premier rang des décès par cancers pour les **hommes** (18 % des décès par cancers), devant le cancer du poumon (16 %) et le cancer du côlon-rectum (12 %).

Comme pour les autres groupes de population, les tumeurs sont un motif très fréquent de recours aux soins hospitaliers, au troisième rang des motifs d'hospitalisation après les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies oculaires [10].

4 000 décès suite à une chute

La pathologie accidentelle, et les chutes en particulier, est fréquente chez les personnes âgées. Bien qu'une faible proportion d'entre elles s'accompagne d'un traumatisme physique grave, on dénombre cependant 4 000 décès de personnes âgées de 75 ans ou plus suite à une chute accidentelle (en 2003), et 126 000 hospitalisations pour fractures [10].

Les affections oculaires, une source fréquente d'incapacité

Le grand âge se caractérise par la fréquence des situations de poly-pathologies, qui accompagnent ou qui sont à l'origine de nombreuses incapacités (locomotrices, visuelles, auditives, cognitives...). Avec les années, les altérations physiques ou psychiques qui résultent de ces pathologies, s'ajoutent à celles directement liées à la sénescence, favorisant la survenue de déficiences qui réduisent l'autonomie.

Les affections oculaires sont une fréquente source d'incapacité, avec une prévalence de 16 % de déficiences visuelles pour les 75 ans ou plus [12].

Ces affections sont le deuxième motif de recours aux soins hospitaliers après les maladies de l'appareil circulatoire.

Mortalité dans les pays de l'Union européenne parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus [13]

Une étude statistique sur la mortalité des 65 ans ou plus en 2000 a été menée à partir des données fournies par l'office statistique de l'Union européenne (Eurostat) pour les 15 premiers pays membres de l'union, à partir d'une liste résumée de causes de décès.

La France est le pays dans lequel, les taux de décès sont les moindres, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, alors que l'Irlande a le taux de mortalité le plus élevé.

Les pays de l'UE peuvent être classés en quatre groupes :

- mortalité très élevée (Irlande et Danemark)
- mortalité élevée (Portugal, Pays-Bas, Belgique, Royaume-Uni, Finlande et Grèce)
- mortalité moyenne (Allemagne, Autriche, Luxembourg et Suède)
- faible mortalité (Espagne, Italie et France).

Au niveau européen, les taux de décès masculins sont 1,6 fois plus élevés que les taux féminins. La **surmortalité masculine** est maximale en France, au Luxembourg et en Belgique.

Les **maladies de l'appareil circulatoire** sont la première cause de décès, en France comme dans l'ensemble des pays de l'Union européenne : quatre décès sur dix chez les hommes et la moitié des décès chez les femmes. Le niveau élevé de la mortalité générale chez les personnes âgées est souvent associé à un taux de décès important pour les maladies cardio-vasculaires. L'Espagne et la France ont les taux de décès les plus faibles.

Les **cancers** représentent le deuxième groupe de pathologies affectant les personnes âgées. Les taux de décès les plus élevés s'observent au Benelux et au Danemark et les moins élevés en Suède, Grèce, Portugal, et Finlande. Les localisations les plus fréquentes chez l'homme sont le poumon, la prostate et le côlon, et chez la femme le sein, le côlon et le poumon.

Les **morts violentes** représentent 3 % des décès chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. La France fait partie des pays ayant les taux les plus forts (suicide notamment).

Entre 1994 et 2000, les taux de décès **ont diminué de 10 %** chez les hommes et de 9 % chez les femmes.

Références bibliographiques

[1] Santé, vieillissement et retraite en Europe. Insee. *Economie et Statistique*, n° 403-404, 2007, 190 p.

[2] La situation démographique en 2005. Mouvement de la population. C. Beaumel, L. Richet-Mastain, M. Vatan. *Insee Résultats*, 374 p.

[3] L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter. E. Cambois, A. Clavel, J.M. Robine. *Dossiers Solidarité et Santé*, Drees, n° 2, 2006, pp. 7-20

[4] L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. J.L. Lanoë, Y. Makdessi-Raynaud. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 236, 2005, 12 p.

[5] The mortality impact of the august 2003 heat wave in France : investigating the "harvesting effect" and other long terme consequences. L. Toulemon, M. Barbieri. *Population studies*, vol. 62, n° 1, 2008, pp.39-53

[6] Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie en 2004. A. Weill, N. Vallier, B. Salanave, R. Bourrel, M. Cayla, P. Ricordeau *et al. Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 37, n° 3, 2006, pp. 173-188

[7] Disparités géographiques de la santé en Europe. Les affections longue durée. N. Vallier, B. Salanave, A. Weill. *Points de Repère*, Cnamts, n° 1, 2006, 8 p.

[8] Les bénéficiaires d'affections de longue durée au 31 décembre 2006. M. Païta, A. Weill. *Points de Repère*, Cnamts, n° 9, 2007, 8 p.

[9] Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID. H. Ramarosan, C. Helmer, P. Barberger-Gateau *et al. Revue Neurologique*, vol. 159, n° 4, 2003, pp. 405-411

[10] Base PMSI 2005, Drees, exploitation Fnors

[11] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2005, IMS health, exploitation Irdes

[12] La population en situation de handicap visuel en France. Importance, caractéristiques, incapacités fonctionnelles et difficultés sociales. Une exploitation des enquêtes HID 1998 et 1999. ORS des Pays de la Loire, 2005, 162 p.

[13] Le vieillissement en Europe. Aspects biologiques, économiques et sociaux. Sous la direction de C. Sermet et T. Barnay. Ed. la Documentation française, 2007, 188 p.

[14] Les cancers dans les régions de France. Mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations. Fnors, 2005, 76 p.

Pour en savoir plus

Base de données SCORE-santé : Fédération nationale des ORS www.fnors.org

Croissance ralentie aux Antilles, très vive en Guyane. Insee Antilles-Guyane. *Antiane*, n° 67, 2007, 4 p.

Espérance de vie à 75 ans

L'espérance de vie à 75 ans atteignait en 1999 10,0 ans pour les hommes et 12,8 ans pour les femmes*

Les disparités d'espérance de vie à 75 ans entre régions ne sont pas très éloignées de celles observées pour l'ensemble de la population, même si l'on observe quelques situations spécifiques au « grand âge ».

Les départements français des Antilles et l'Île-de-France les mieux placés pour les hommes...

Pour les **hommes**, les trois régions qui avaient l'espérance de vie à 75 ans la plus élevée en 1999 étaient la Guadeloupe, l'Île-de-France et la Martinique. En ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance, l'Île-de-France était également la région la mieux placée, alors que la Guadeloupe et la Martinique ne se trouvaient pas dans une situation aussi favorable [11].

Le Nord - Pas-de-Calais, la Lorraine, l'Alsace et la Réunion avaient l'espérance de vie masculine à 75 ans la plus faible en France en 1999. Le classement était un peu différent en ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance : la Réunion, la Guyane et le Nord - Pas-de-Calais étant alors les régions les moins favorisées dans ce domaine.

... l'Île-de-France et la Martinique pour les femmes

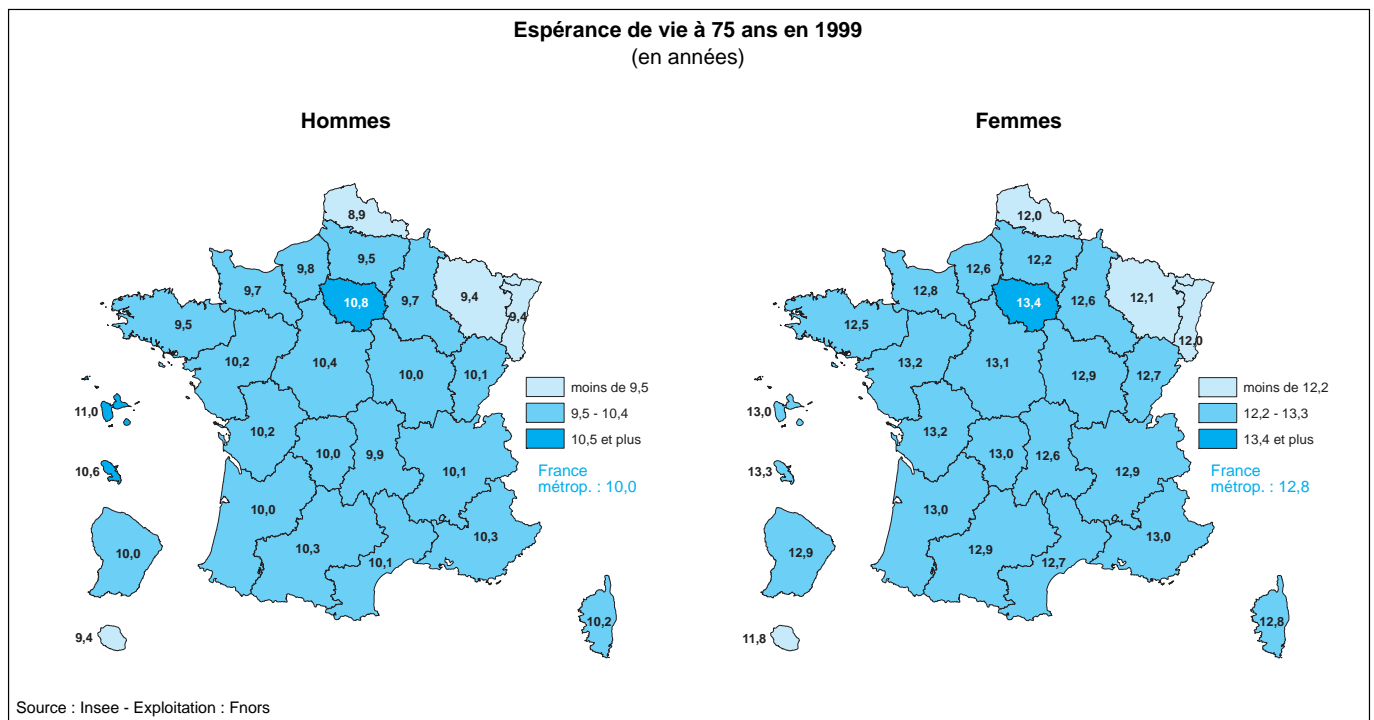
Pour les **femmes**, les écarts entre régions étaient relativement faibles autour de la moyenne en 1999. Les quatre régions qui avaient l'espérance de vie à 75 ans la plus longue étaient l'Île-de-France et la Martinique

(comme pour les hommes), ainsi que Poitou-Charentes et les Pays de la Loire. Ces trois régions métropolitaines étaient aussi celles qui avaient l'espérance de vie à la naissance la plus élevée en France.

L'espérance de vie féminine à 75 ans était plus faible à la Réunion, dans le Nord - Pas-de-Calais, en Alsace et en Lorraine.

Le Nord - Pas-de-Calais et la Basse-Normandie sont les deux régions dans lesquelles l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes était le plus élevé en 1999 (3,1 ans).

* Les données d'espérance de vie à 75 ans en 2005 (utilisées dans l'introduction page 29) n'étant pas disponibles par région au moment de la rédaction de ce rapport, les données régionales commentées concernent l'année 1999.



Mortalité

La baisse de mortalité concerne toutes les régions

En 2002-2004, on observe des disparités relativement faibles de mortalité entre territoires. Cinq régions s'écartent de l'intervalle de 10 % autour du taux comparatif de mortalité moyen observé en France métropolitaine.

Les deux territoires les mieux placés sont la Guadeloupe, avec un taux de mortalité inférieur de 15 % à la moyenne nationale, et l'Île-de-France (- 13 %).

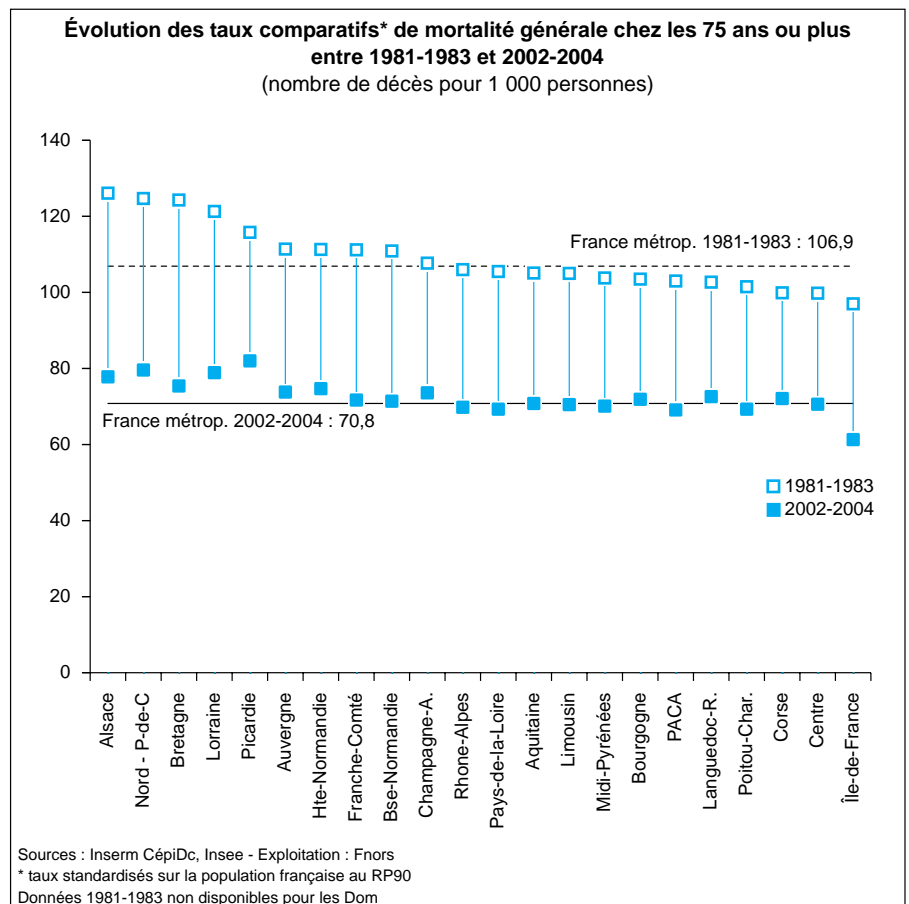
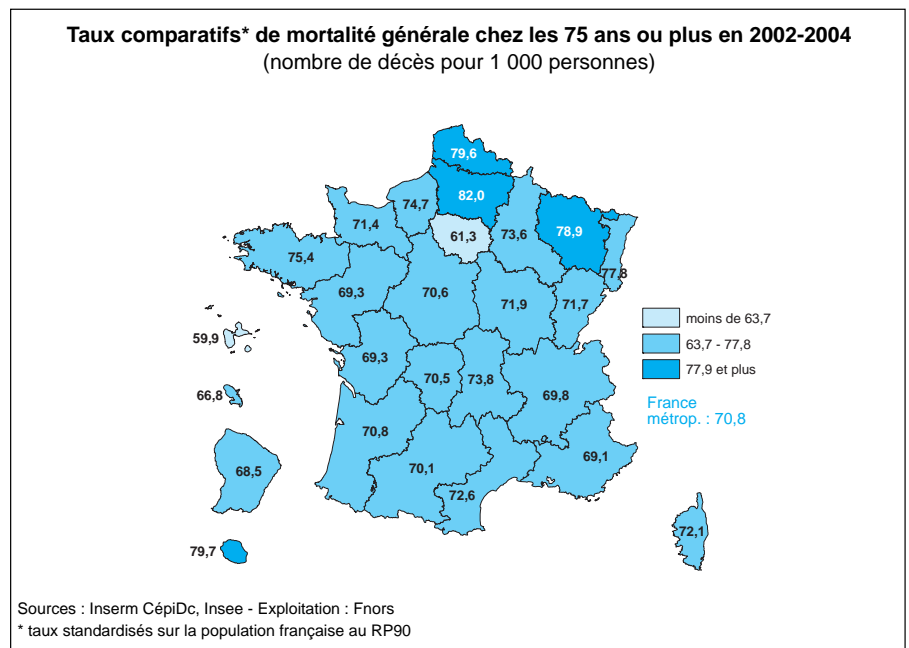
Les régions qui ont les taux de mortalité les plus élevés sont la Picardie (+ 16 % par rapport à la moyenne nationale), la Réunion (+ 13 %), le Nord - Pas-de-Calais (+ 12 %) et la Lorraine (+ 11 %).

Baisse très sensible de la mortalité, plus ou moins marquée selon les régions

Le taux comparatif de mortalité des personnes âgées de 75 ans ou plus a baissé de 34 % entre la période 1981-1983 et la période 2002-2004. Cette baisse est principalement liée à l'évolution de la mortalité cardiovasculaire (- 43 %).

Les régions qui ont connu les plus fortes baisses (Alsace, Bretagne, Nord - Pas-de-Calais) sont aussi celles qui étaient les moins bien placées au début des années 1980. L'Île-de-France quant à elle avait déjà en 1981-1983 la plus faible mortalité en métropole, et a connu depuis une des plus fortes baisses de mortalité (- 37 %), ce qui renforce sa position favorable en 2002-2004.

La Picardie a, de son côté, connu une baisse de la mortalité parmi les plus faibles au plan national (- 29 %), alors qu'elle faisait partie des régions les moins bien placées en termes de mortalité en 1981-1983. Le taux de mortalité des personnes âgées de 75 ans ou plus en 2002-2004 est supérieur de 16 % en Picardie par rapport au taux moyen alors que l'on observait une surmortalité de 8 % en 1981-1983.



Affections de longue durée (ALD)

Une dispersion relativement faible des taux d'admission en ALD selon les régions

Le taux comparatif d'admission en affection de longue durée (ALD) pour les personnes âgées de 75 ans ou plus est de 67 admissions pour mille personnes âgées de 75 ans ou plus en 2005, la dispersion des valeurs autour de la moyenne étant relativement faible.

Trois régions ont un taux comparatif supérieur d'au moins 10 % au taux moyen France métropolitaine, l'Alsace (+ 24 %), la région Centre (+ 11 %) et la Réunion (+ 11 %).

À l'inverse, en Guyane et en Lorraine, ce taux est inférieur respectivement de 19 % et de 14 % au taux moyen métropolitain.

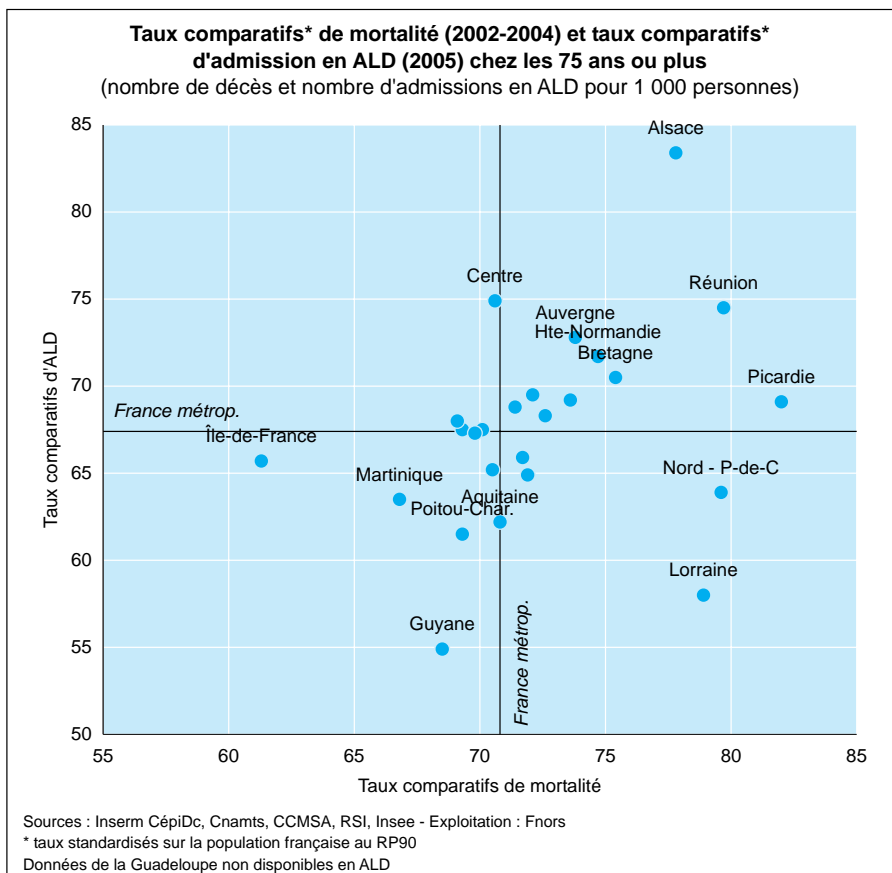
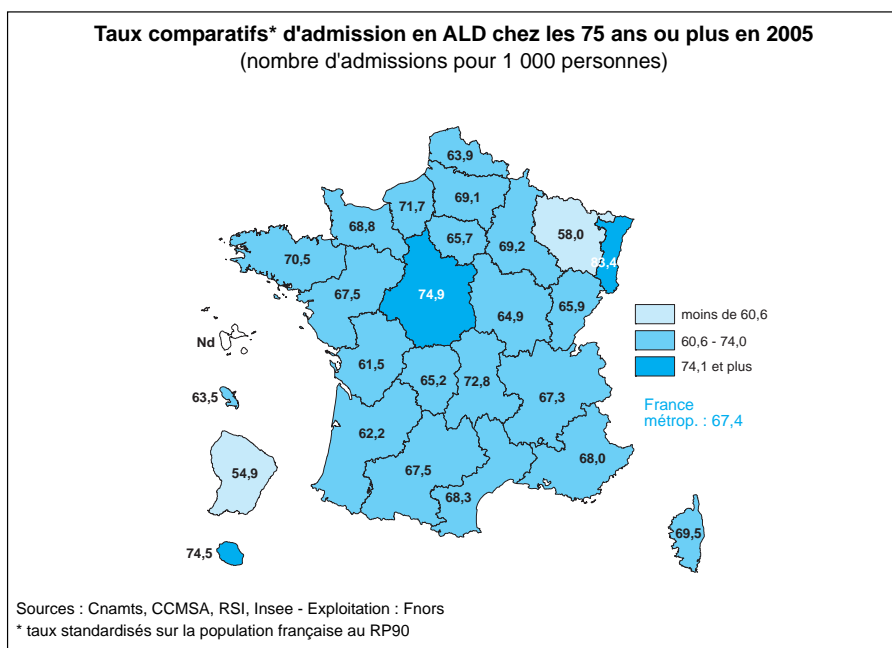
Pour un même niveau de mortalité, les taux d'admission régionaux en ALD peuvent être très différents

Tous âges confondus, le taux d'ALD est plus élevé dans le sud et dans le centre que dans le nord de la France, qui présente pourtant un état de santé moins bon et une surmortalité [7].

Pour les 75 ans ou plus, on ne peut pas établir de lien entre la fréquence des admissions en ALD et les taux de mortalité.

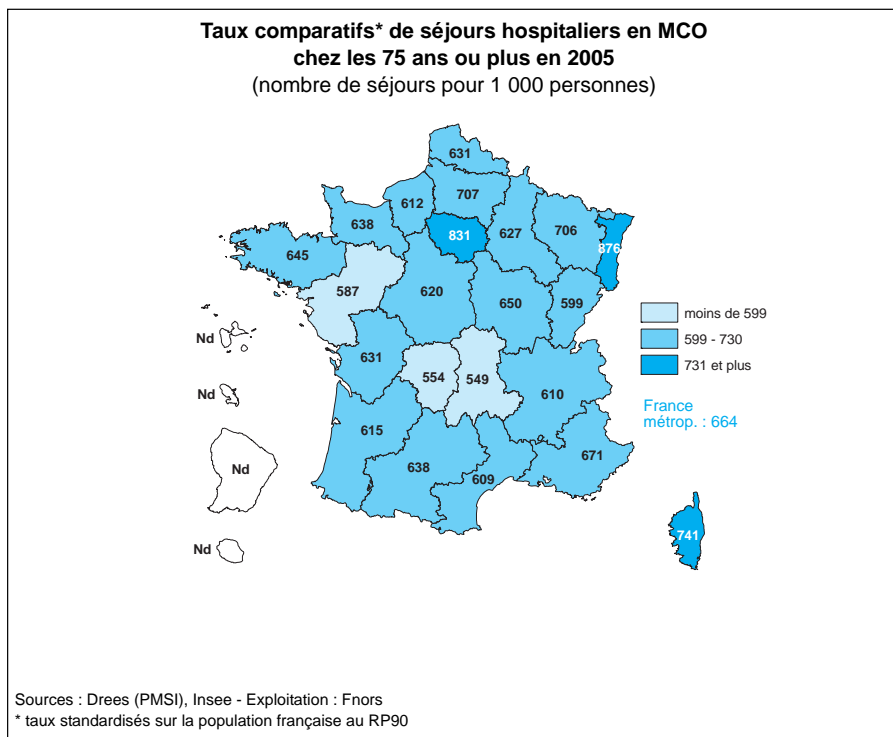
Ainsi, l'Alsace, la Picardie, le Nord - Pas-de-Calais et la Lorraine sont relativement proches en matière de mortalité. En revanche, l'Alsace se distingue des autres régions par une fréquence beaucoup plus grande des admissions en affection de longue durée (ALD), la plus forte parmi l'ensemble des régions (+ 44 % par rapport à la Lorraine).

Ainsi, pour des problèmes de santé qui semblent d'ampleur identique (si l'on considère le taux de mortalité comme un bon indicateur de ce point de vue), la prise en charge par l'Assurance maladie au titre d'une affection de longue durée est nettement plus fréquente en Alsace qu'en Lorraine.



Recours aux soins hospitaliers

Les taux de séjours hospitaliers de personnes âgées de 75 ans ou plus varient fortement selon les régions



Des recours beaucoup plus fréquents en Alsace et en Île-de-France....

La fréquence des recours aux soins hospitaliers augmente fortement avec l'âge. Pour les 75 ans ou plus, le taux de recours moyen est de 664 séjours pour mille personnes âgées.

On observe pour cet indicateur des variations sensibles entre régions.

En Alsace, le taux comparatif de recours est supérieur de 32 % au taux métropolitain. Cela signifie qu'à structure par âge et sexe comparable, on dénombre 32 % de séjours hospitaliers en plus en Alsace qu'en moyenne en France métropolitaine pour les 75 ans ou plus.

L'Île-de-France fait également partie des régions où l'on observe un taux de recours important, supérieur de 25 % à la moyenne nationale.

... et beaucoup moins fréquents en Auvergne et dans le Limousin

En métropole, les régions ayant le plus faible taux de recours sont l'Auvergne (- 17 % par rapport à la moyenne métropolitaine), le Limousin (- 17 %), et les Pays de la Loire (- 12 %).

Des disparités de recours aux soins hospitaliers aux causes multiples

Les disparités de recours aux soins hospitaliers par territoires peuvent avoir de multiples origines.

- Le premier déterminant des recours aux soins est la morbidité. Or, certaines affections, en particulier celles directement liées aux déterminants de santé (consommation excessive d'alcool, tabagisme, nutrition...) ne sont pas distribuées de manière homogène sur le territoire.

- Les écarts entre régions peuvent aussi s'expliquer par l'importance du développement de l'offre de soins, et par les difficultés d'accès aux soins.

La densité médicale est en effet très variable selon les territoires, en particulier pour certaines spécialités chirurgicales. Dans les zones urbaines, l'accès aux structures hospitalières peut être plus facile que dans des zones rurales éloignées des équipements spécialisés.

- Les disparités de recours aux soins entre régions tiennent aussi à la diversité des pratiques médicales et des modes de prise en charge. En fonction de la situation du patient, le praticien peut être amené à privilégier, pour un problème de santé donné, des séjours itératifs, ou, au contraire prévoir une durée de séjour plus longue pour éviter des réhospitalisations.

Les données statistiques concernant les séjours hospitaliers dans les départements d'outre-mer n'ont pas été publiées dans ce rapport, en raison des incertitudes qui pèsent sur le contenu de ces informations.

Maladies cardio-vasculaires

Une cartographie proche de celle de la mortalité générale

Une mortalité plus faible en Île-de-France

Au cours de la période 2002-2004, le taux comparatif de mortalité par maladie cardio-vasculaire chez les personnes âgées de 75 ans ou plus est de 25 décès pour mille, le taux masculin (31 décès pour mille) étant supérieur de près de 50 % au taux féminin (22 pour mille).

On retrouve pour cet indicateur les grandes disparités observées en matière de mortalité générale, avec la situation privilégiée de l'Île-de-France et des Antilles.

Deux régions ont un taux de mortalité inférieur d'au moins 10 % à la valeur moyenne métropolitaine, l'Île-de-France (- 23 %) et la Guadeloupe (- 12 %).

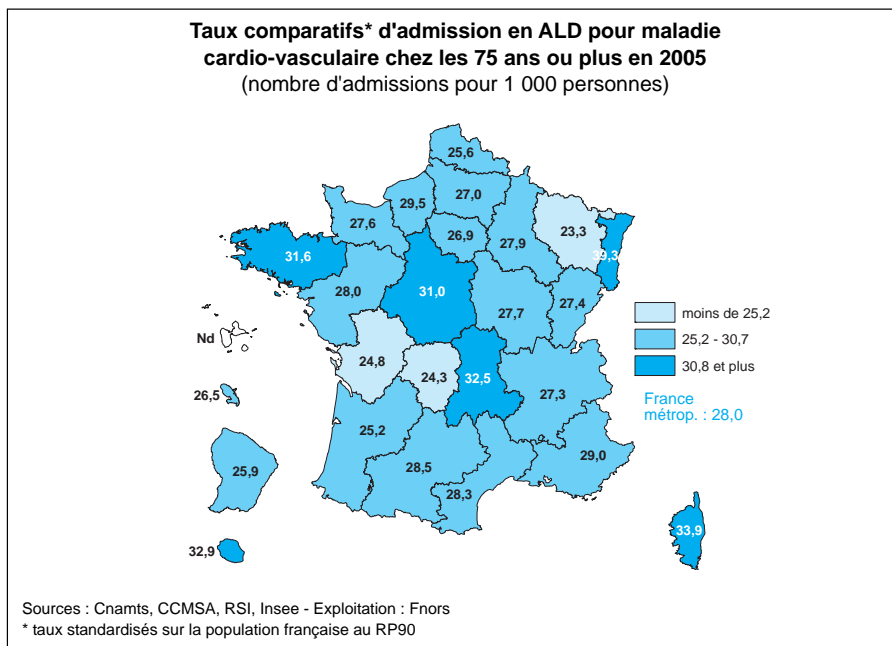
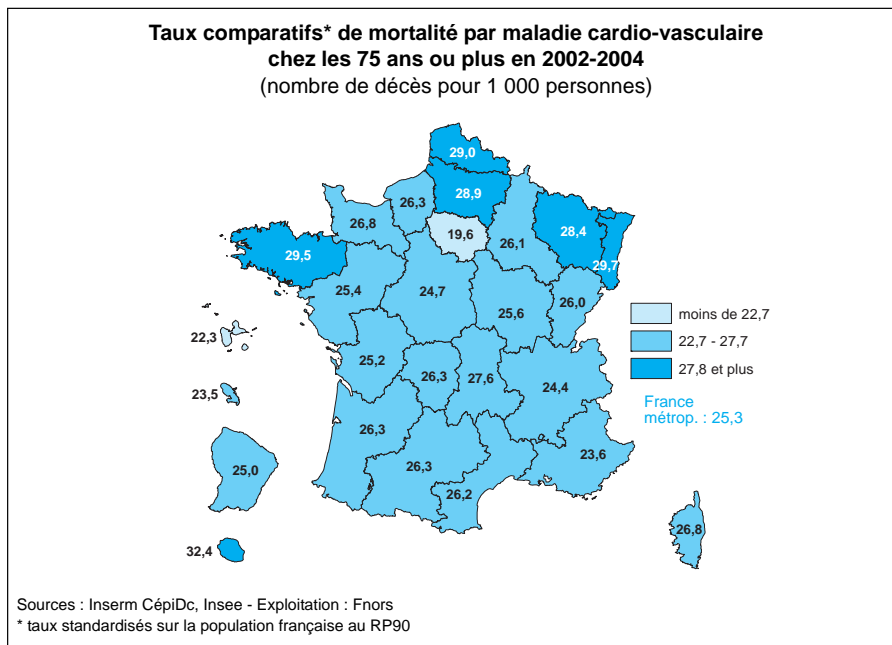
En métropole, les régions où la mortalité est la plus élevée constituent trois ensembles géographiques : l'Alsace (+ 17 % par rapport à la moyenne métropolitaine) et la Lorraine (+12 %), la Bretagne (+ 17 %), et enfin le Nord - Pas-de-Calais (+ 15 %) et la Picardie (+ 14 %).

Les trois départements français d'Amérique (DFA), ont une faible mortalité cardio-vasculaire alors que la Réunion est dans une situation inverse avec un taux de mortalité supérieur de 28 % à la moyenne métropolitaine.

Des admissions en ALD plus fréquentes en Alsace

Les maladies de l'appareil circulatoire sont le premier motif d'admission en ALD (42 % des motifs d'admission en 2005).

Comme pour l'ensemble des admissions en ALD, toutes pathologies confondues, l'Alsace a un taux d'admission ayant pour motif une maladie de l'appareil circulatoire nettement supérieur à celui des autres régions (+ 40 % par rapport à la moyenne nationale).

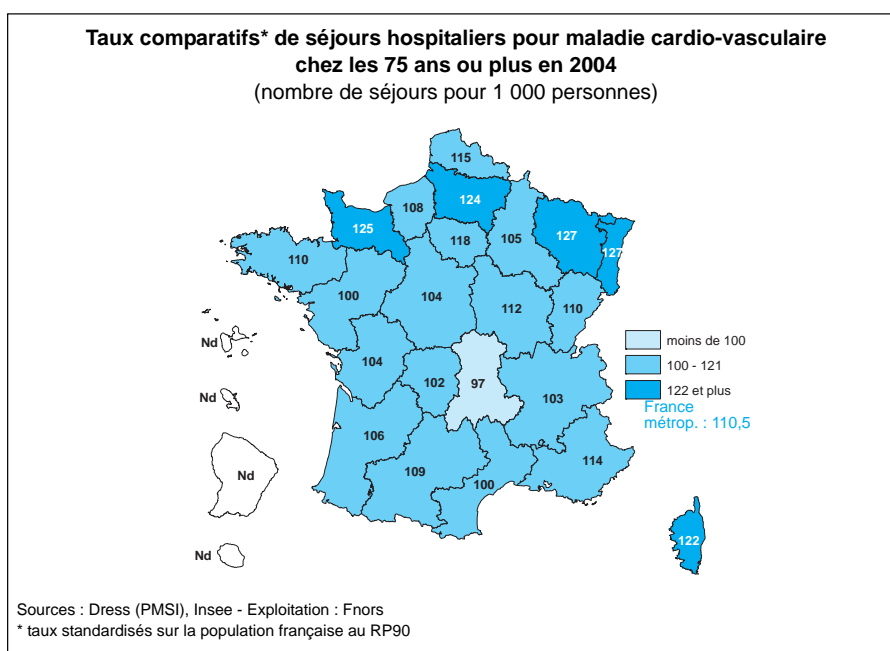


Les autres régions qui ont un taux supérieur de plus de 10 % à la moyenne nationale sont la Corse (+ 21 %), la Réunion (+ 18 %), l'Auvergne (+16 %), la Bretagne (+ 13 %) et le Centre (+ 11 %).

Des écarts très importants en matière de taux de recours hospitaliers entre régions

Pour l'ensemble des maladies cardio-vasculaires, les taux comparatifs d'hospitalisation montrent d'importantes disparités.

Cinq régions ont un taux de recours supérieur de plus de 10 % au taux comparatif de la France métropolitaine : l'Alsace (+ 15 %), la Lorraine (+ 15 %), la Basse-Normandie (+ 13 %), la Picardie (+ 12 %), et la Corse (+ 11 %). Les régions métropolitaines qui ont les plus faibles taux de recours sont l'Auvergne (- 13 %), les Pays de la Loire (- 10 %) et le Languedoc-Roussillon (- 10 %).

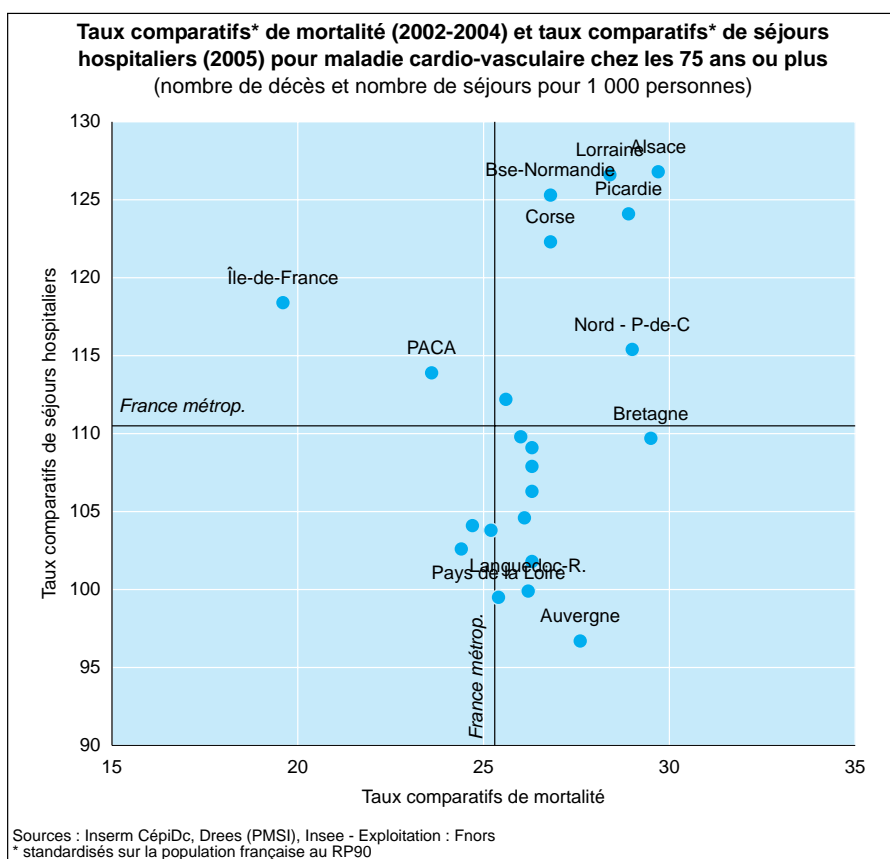


Une faible corrélation entre mortalité et recours aux soins hospitaliers

De manière générale, on observe une faible corrélation entre les taux de mortalité et les taux de recours aux soins hospitaliers pour maladies de l'appareil circulatoire.

Ainsi, alors que l'Alsace et la Bretagne ont un taux de mortalité proche, le taux d'hospitalisation est supérieur en Alsace de 16 % par rapport à celui de la Bretagne.

L'Île-de-France a également une situation particulière dans ce domaine : la mortalité cardio-vasculaire y est inférieure de 23 % à la moyenne nationale, mais le taux d'hospitalisation est supérieur de 7 % au taux moyen français.



Cancers

Une mortalité plus faible dans les départements d'outre-mer

Au cours de la période 2002-2004, les disparités de mortalité par tumeur pour les personnes âgées de 75 ans ou plus apparaissent relativement faibles entre régions, au moins en métropole. Aucune région métropolitaine ne connaît un taux de mortalité en dehors de l'intervalle de 10 % autour de la moyenne nationale.

On retrouve cependant pour ces pathologies une cartographie proche de celle observée pour la mortalité tous âges par cancers [14].

Les régions ayant une mortalité plus forte que la moyenne métropolitaine sont l'Alsace (+ 9 %) et la Picardie (+ 8 %).

À l'opposé, en Midi-Pyrénées et en Île-de-France, le taux comparatif de mortalité est inférieur de 7 % à la moyenne nationale.

Pour cet indicateur, les départements d'outre-mer présentent une situation relativement atypique, avec une mortalité inférieure d'au moins 10 % à la moyenne métropolitaine, ou proche de cette borne. En Guyane, le taux comparatif de mortalité par tumeur est inférieur de 36 % à la moyenne nationale (28 % tous âges confondus).

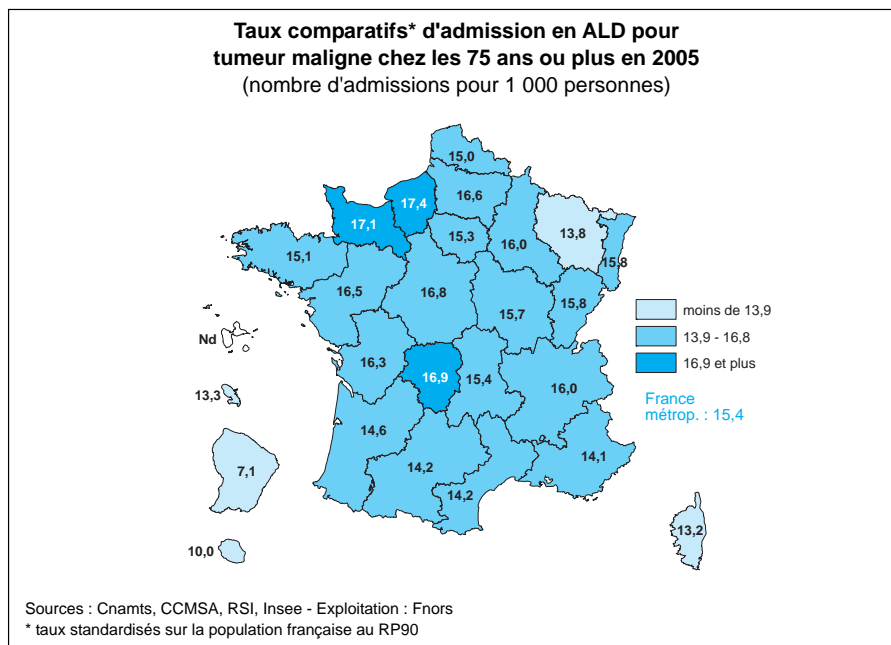
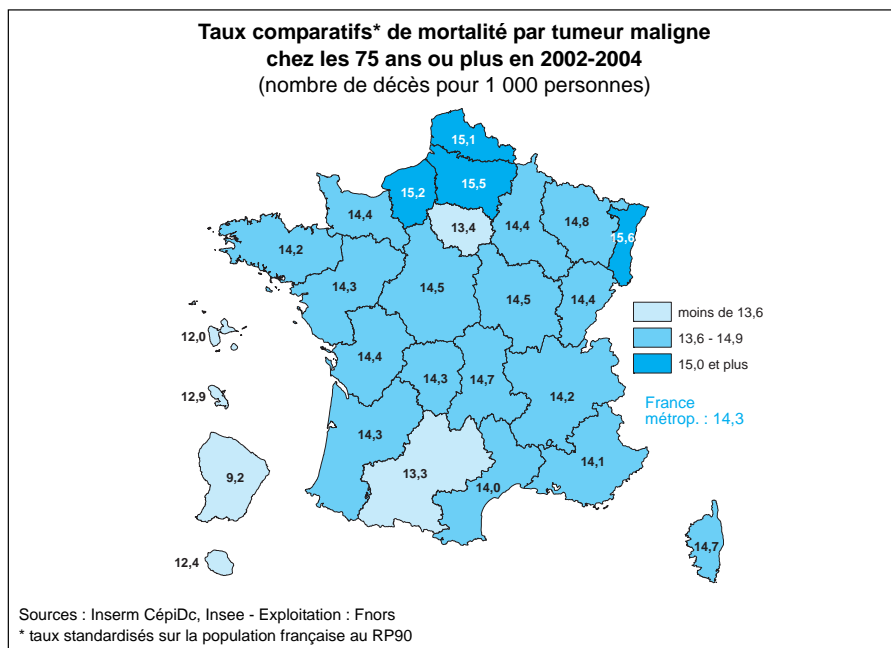
Très faible dispersion des taux d'admission en ALD, sauf dans les Dom

Les taux comparatifs d'admission en ALD présentent une faible dispersion, à l'image des taux de mortalité.

La Haute et la Basse-Normandie présentent les taux d'admission en ALD les plus élevés (+ 13 % et + 11 %).

Deux régions métropolitaines ont un taux comparatif d'admission en ALD inférieur d'au moins 10 % à la moyenne nationale : la Corse (- 14 %) et la Lorraine (- 10 %).

Les départements d'outre-mer ont des taux d'admission en ALD nettement inférieurs à ceux des régions métropolitaines, en particulier la Guyane.



Des recours aux soins beaucoup plus fréquents en Corse et en Île-de-France

En métropole, les taux comparatifs d'hospitalisation pour tumeur maligne sont relativement concentrés autour de la valeur centrale, comme pour la mortalité ou les admissions en ALD.

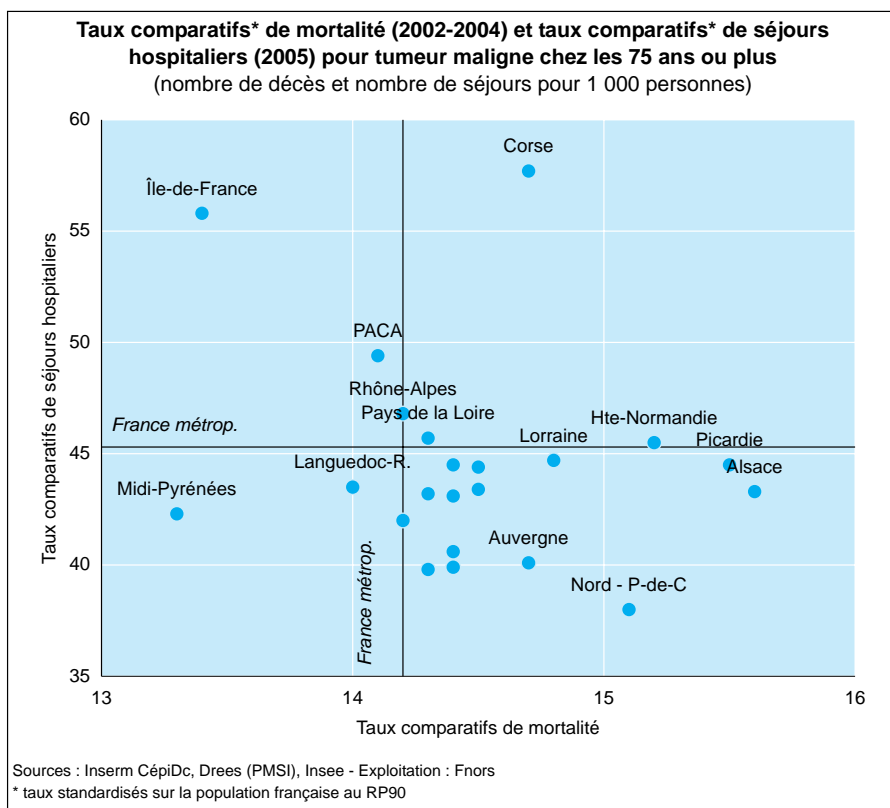
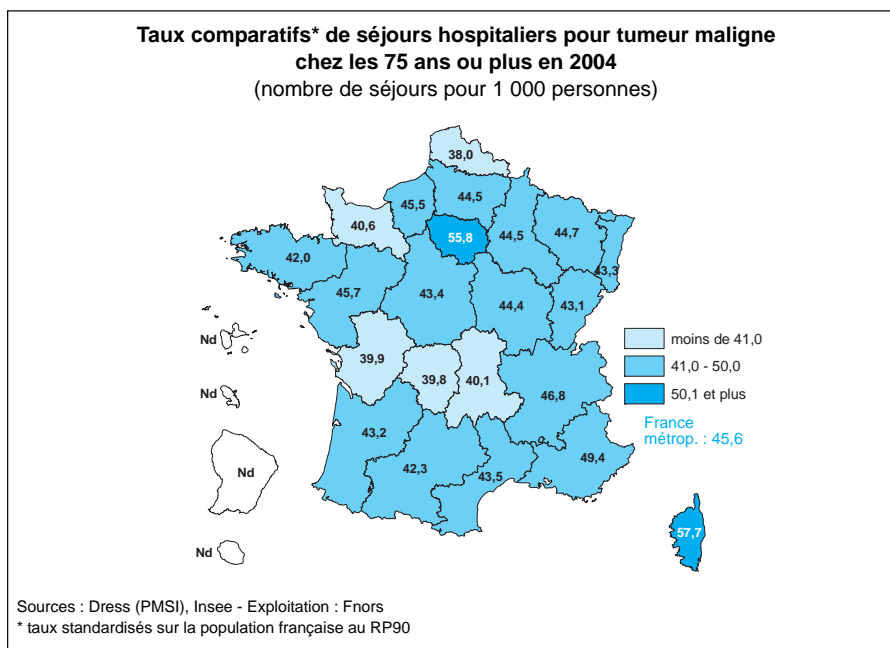
Quelques régions présentent toutefois une position atypique. En Corse et en Île-de-France, les taux de recours hospitaliers pour tumeur maligne sont supérieurs respectivement de 27 % et 22 % par rapport à la moyenne métropolitaine.

Pour un même taux de mortalité par tumeur, les taux de recours hospitaliers peuvent fortement varier entre régions

De manière générale, on observe une corrélation inverse et faible entre les taux de mortalité et les taux de recours aux soins hospitaliers pour tumeur maligne.

L'Alsace et la Picardie qui ont un taux de mortalité par tumeur plus élevé que la moyenne nationale ont un taux de recours hospitaliers proche de la moyenne.

Au contraire l'Île-de-France a l'un des plus faibles taux de mortalité mais un taux de recours hospitaliers parmi les plus élevés.



Maladies respiratoires

Une cartographie proche de celle observée pour les maladies de l'appareil circulatoire

Les maladies de l'appareil respiratoire sont au troisième rang des causes de mortalité les plus fréquentes chez les personnes âgées de 75 ans ou plus (8 % des décès).

Les quatre régions dans lesquelles la mortalité par maladie de l'appareil respiratoire est la plus élevée sont toutes situées au nord de la Loire :

le Nord - Pas-de-Calais (+ 38 % par rapport à la moyenne métropolitaine), la Picardie (+ 27 %), la Lorraine (+ 26 %), et enfin la Bretagne (+ 16 %).

Il est à noter que les régions Nord - Pas-de-Calais, Picardie et Lorraine sont aussi celles qui ont les taux de mortalité par cancer du poumon les plus élevés en métropole [14].

Trois régions métropolitaines ont un taux de mortalité inférieur d'au moins 10 % à la valeur moyenne : la Corse (- 18 %), l'Île-de-France (- 13 %) et la région Centre (- 11 %).

Outre-mer, les trois départements français d'Amérique (DFA), ont une faible mortalité par maladie de l'appareil respiratoire. En revanche, la Réunion est dans une situation inverse avec un taux de mortalité supérieur de 46 % à la moyenne métropolitaine.

Des écarts très importants de taux d'admissions en ALD

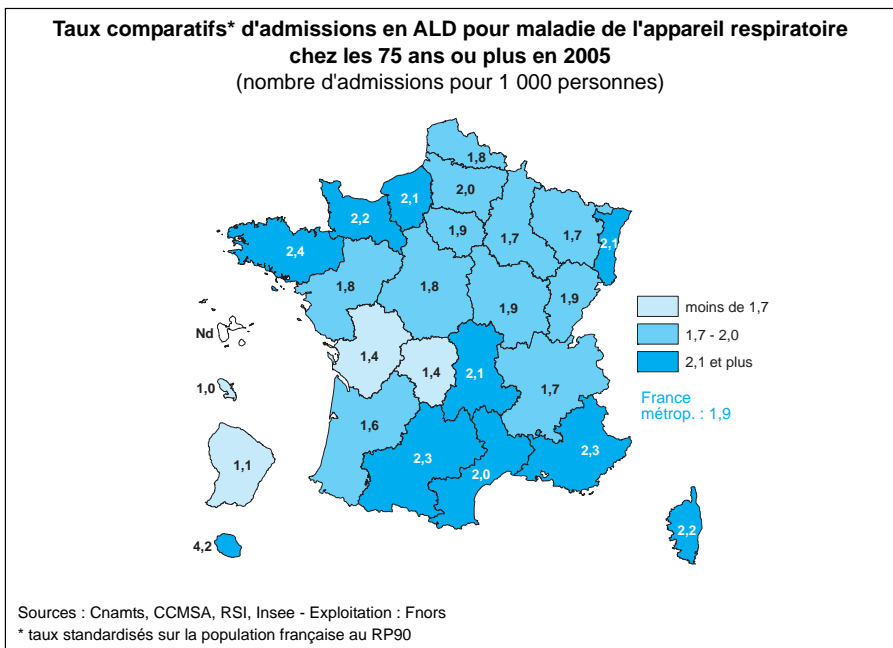
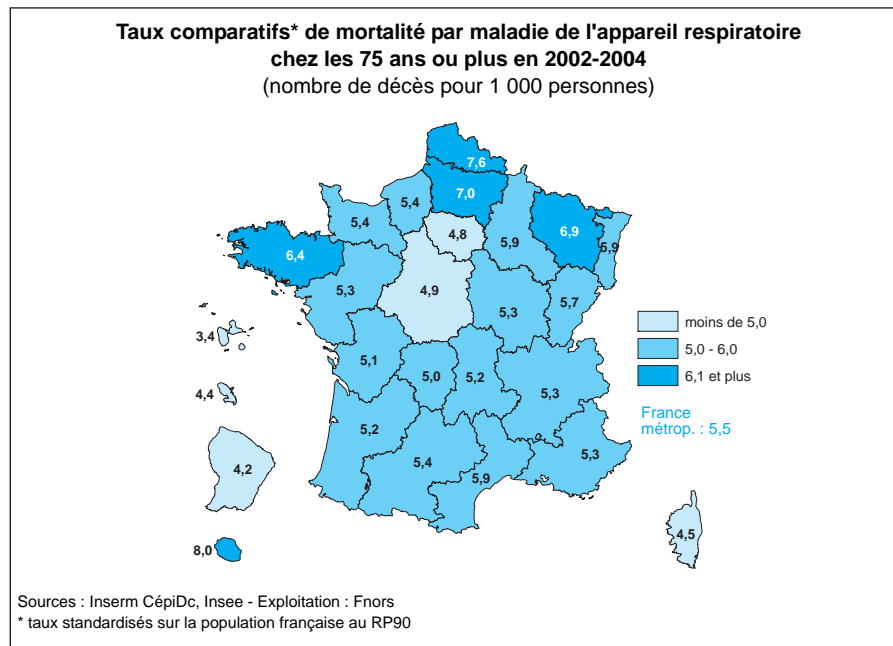
L'insuffisance respiratoire chronique (ALD n° 14) est la seule pathologie respiratoire considérée comme un motif d'admission en ALD.

Les taux d'admission varient de un à trois entre régions : entre la Martinique et la Guyane d'un côté et la Réunion de l'autre. À la Réunion, le taux d'admission représente plus de deux fois la moyenne métropolitaine.

On observe peu de liens pour ces pathologies entre le taux de mortalité et les taux d'admission en ALD.

Les régions métropolitaines qui ont les taux les plus élevés se situent aussi bien au nord qu'au sud de la France.

Les trois régions qui ont les taux les plus élevés sont la Bretagne (+ 26 % par rapport à la moyenne



métropolitaine), Midi-Pyrénées (+ 21 %) et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (+ 21 %).

La Martinique (- 47 %), la Guyane (- 42 %), le Limousin et Poitou-Charentes (- 26 %) ont en revanche des taux d'admission nettement plus faibles que la moyenne nationale.

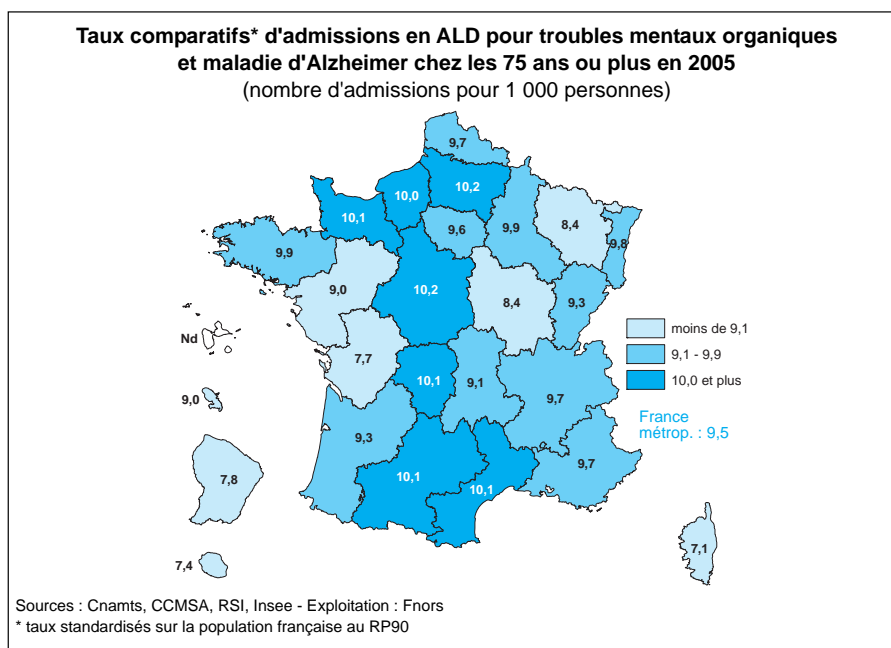
Démences et maladie d'Alzheimer

Une dispersion relativement faible des taux d'admission en ALD en métropole

Le taux comparatif de nouvelles admissions en affection longue durée (ALD) pour démences et maladies d'Alzheimer (ALD15) est de 9,5 admissions pour mille personnes âgées de 75 ans ou plus en 2005.

On observe des variations relativement faibles autour de cette moyenne en métropole, avec toutefois deux cas particuliers. Le taux d'admission est nettement plus faible que le taux moyen métropolitain dans les régions Poitou-Charentes (- 19 %), et en Corse (- 25 %).

Dans les départements d'outre-mer, le taux de nouvelles admissions est sensiblement inférieur à la moyenne métropolitaine, respectivement - 18 % en Guyane et - 22 % à la Réunion.



Estimation de la prévalence des démences dans les régions

En appliquant à la structure par âge de la population de chaque région, les taux de prévalence des démences et de la maladie d'Alzheimer issus de la cohorte Paquid (voir annexes), on obtient une estimation de la prévalence de ces pathologies.

Mais ces données ne peuvent être considérées comme des indicateurs de besoins, dans la mesure il s'agit d'estimations qui ne prennent pas en compte la variabilité géographique de ces affections et qui rassemblent des personnes à des stades très différents de la maladie, donc ayant des besoins de soins de nature différente.

Estimation du nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus souffrant de démences, dont ceux de type Alzheimer au 01-01-2005 (Paquid)

	Démences	dont Alzheimer
Alsace	18 200	14 700
Aquitaine	48 100	38 800
Auvergne	21 500	17 300
Basse-Normandie	20 200	16 300
Bourgogne	26 000	21 000
Bretagne	42 600	34 300
Centre	37 300	30 100
Champagne-Ardenne	17 100	13 800
Corse	4 100	3 300
Franche-Comté	14 500	11 700
Guadeloupe	3 800	3 100
Guyane	400	300
Haute-Normandie	21 100	17 000
Île-de-France	119 200	96 600
Languedoc-Roussillon	37 300	29 900
Limousin	14 500	11 700
Lorraine	26 800	21 500
Martinique	3 900	3 100
Midi-Pyrénées	42 500	34 200
Nord - Pas-de-Calais	42 200	34 100
Pays de la Loire	45 400	36 600
Picardie	20 000	16 100
Poitou-Charentes	28 300	22 800
Provence-Alpes-Côte d'Azur	72 400	58 300
Réunion	3 600	2 900
Rhône-Alpes	71 200	57 400
France métropolitaine	791 400	638 300
France entière	803 400	647 900

Sources : Etude Paquid, Insee (estimations de population au 01-01-2005 - janvier 2007)

Chutes et lésions traumatiques

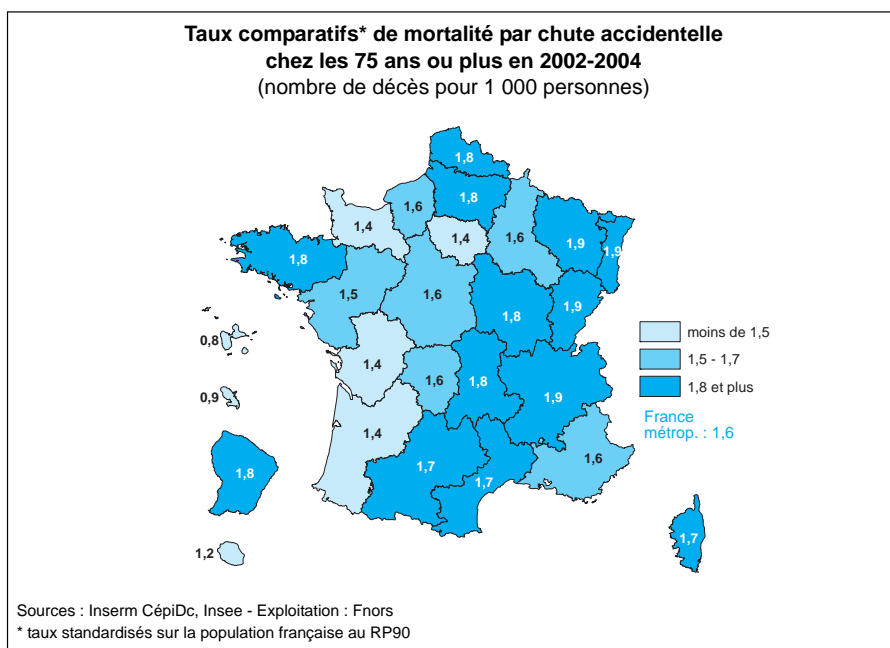
Une forte variabilité géographique en terme de mortalité et de recours aux soins hospitaliers

Les territoires les plus concernés par la mortalité liée aux chutes accidentelles constituent un grand arc qui englobe les régions du nord, de l'est et du sud, ainsi que la Bretagne.

En métropole, on observe les taux de mortalité les plus élevés en Alsace, en Lorraine, en Franche-Comté et dans la région Rhône-Alpes (+ 19 %).

Les régions Poitou-Charentes, Île-de-France, Basse-Normandie et Aquitaine ont les taux de mortalité les plus faibles (- 13 % par rapport à la moyenne métropolitaine).

Dans les départements d'outre-mer, les décès pour ce type de causes sont nettement moins fréquents, sauf en Guyane.



Les recours aux soins hospitaliers pour traumatismes sont beaucoup plus fréquents en Alsace et en Corse

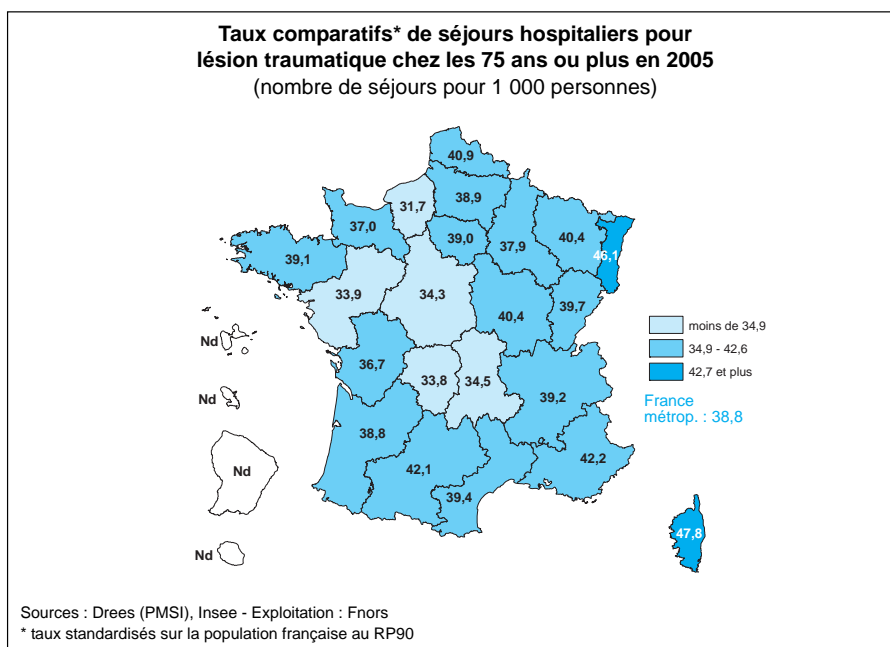
L'étiologie des traumatismes pris en charge en milieu hospitalier n'est pas toujours renseignée ce qui ne permet pas de recenser de manière précise l'ensemble des admissions pour chutes à l'hôpital. Les seules données disponibles englobent l'ensemble des traumatismes.

Le taux de recours hospitalier féminin des personnes âgées de 75 ans ou plus pour traumatisme (45 pour mille), est supérieur de 67 % au taux masculin (27 pour mille).

En métropole, les écarts sont très sensibles entre régions. En Corse, le taux de recours est supérieur de 23 % à la moyenne métropolitaine. Les hospitalisations sont également plus fréquentes en Alsace (+ 19 %).

C'est en Haute-Normandie que les recours aux soins hospitaliers pour ces problèmes sont les moins fréquents (- 18 %).

Dans le Limousin (- 13 %), les Pays de la Loire (- 13 %), la région Centre (-12 %) et en Auvergne (- 11 %), les recours hospitaliers sont moins fréquents qu'en moyenne en métropole.



Des recours hospitaliers plus fréquents dans les régions où les personnes âgées vivent à leur domicile

Plusieurs paramètres peuvent expliquer ces disparités de recours aux soins entre régions pour traumatismes, que ce soit des disparités d'état de santé ou de conditions de vie.

La Corse est ainsi la région qui a la plus forte proportion de personnes âgées vivant à domicile, et le plus fort taux de recours hospitalier pour traumatisme.

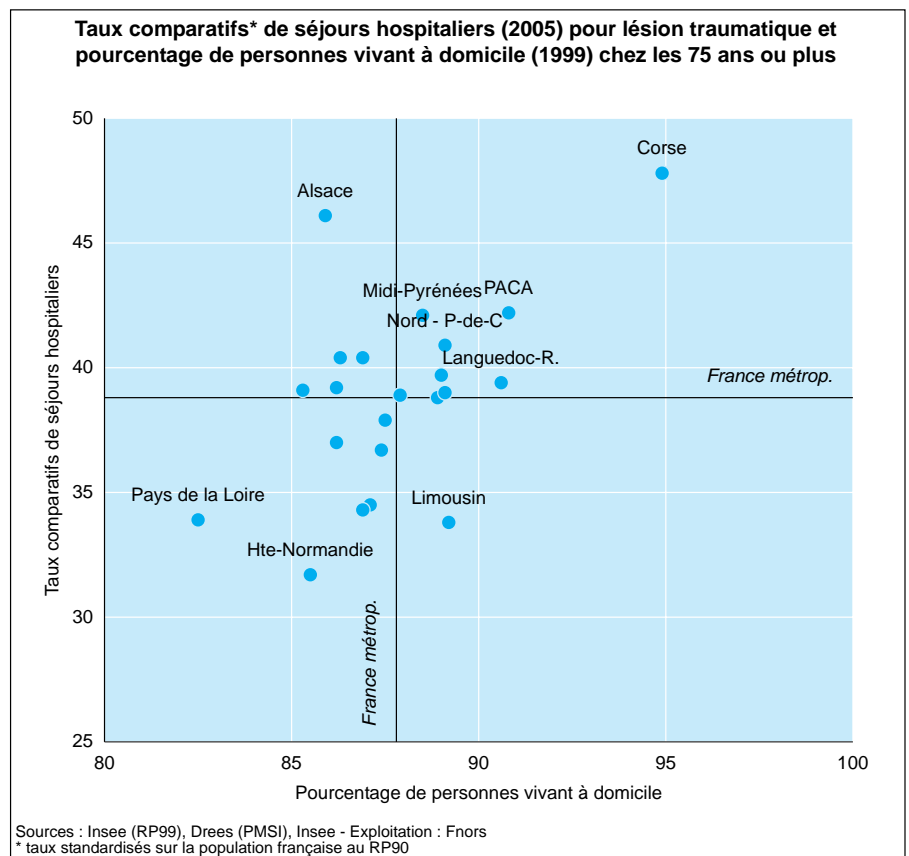
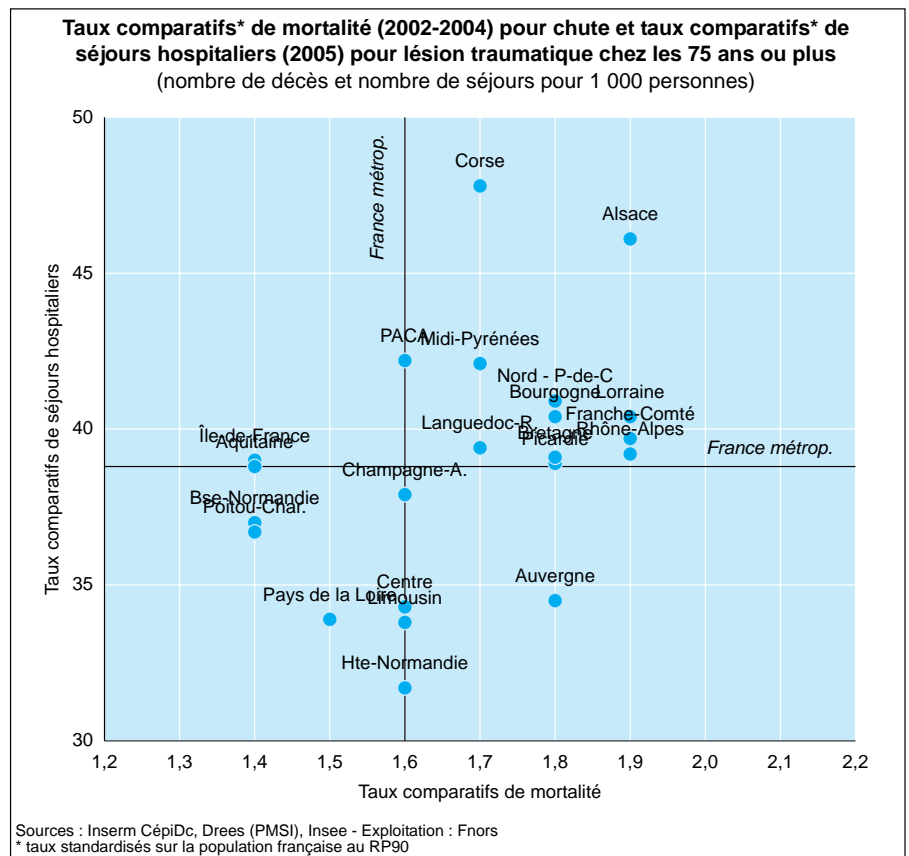
À l'inverse, la Haute-Normandie et les Pays de la Loire sont deux régions dans lesquelles une forte proportion de la population âgée vit en institution, et qui ont un taux de recours hospitalier nettement inférieur à la moyenne nationale.

Le croisement des deux variables (taux de recours hospitalier et pourcentage de personnes âgées vivant à domicile) fait apparaître une bonne corrélation entre ces deux indicateurs.

On peut ainsi émettre l'hypothèse que les personnes âgées vivant à domicile sont plus autonomes dans leurs déplacements et sont donc plus concernées par le risque de chute que celles qui vivent en institution.

L'Alsace occupe une nouvelle fois une position relativement atypique dans cette approche multidimensionnelle.

Les recours aux soins hospitaliers y sont plus fréquents qu'en moyenne, alors que la proportion de personnes âgées vivant à domicile est en dessous de la moyenne.



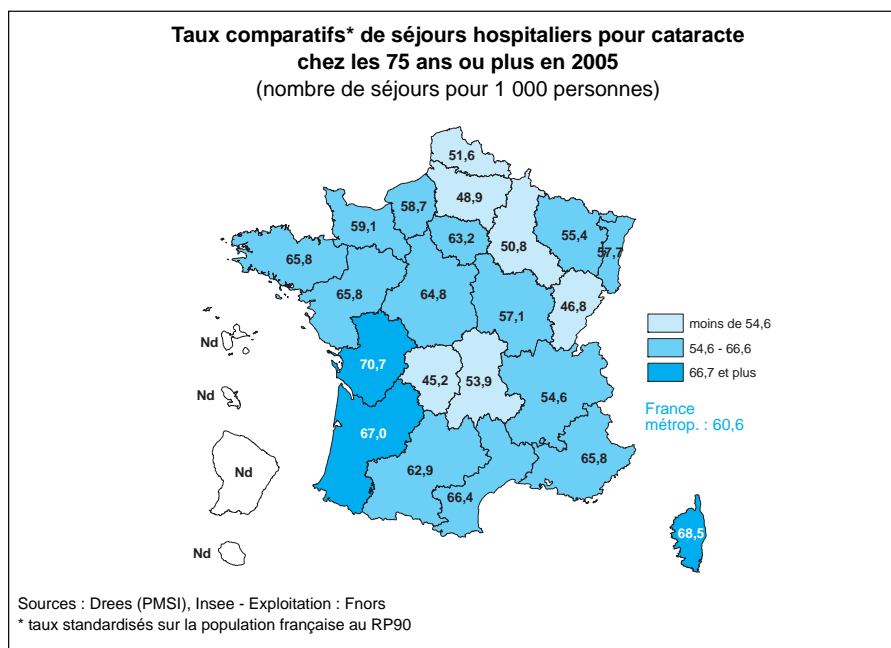
Hospitalisations pour cataracte

Une forte variabilité des recours aux soins selon les régions

Le taux d'hospitalisation pour cataracte le plus élevé parmi les personnes âgées de 75 ans ou plus est celui de la région Poitou-Charentes (+ 17 % par rapport à la moyenne nationale).

On relève également un taux de recours supérieur de plus de 10 % à la moyenne métropolitaine en Corse (+ 13 %) et en Aquitaine (+ 11 %).

En revanche, les hospitalisations sont moins fréquentes en Limousin (- 25 % par rapport à la moyenne nationale). Les taux sont également plus faibles que la moyenne en Franche-Comté (- 23 %), en Picardie (- 19 %), en Champagne-Ardenne (- 16 %), dans le Nord - Pas-de-Calais (- 15 %) et en Auvergne (- 11 %).



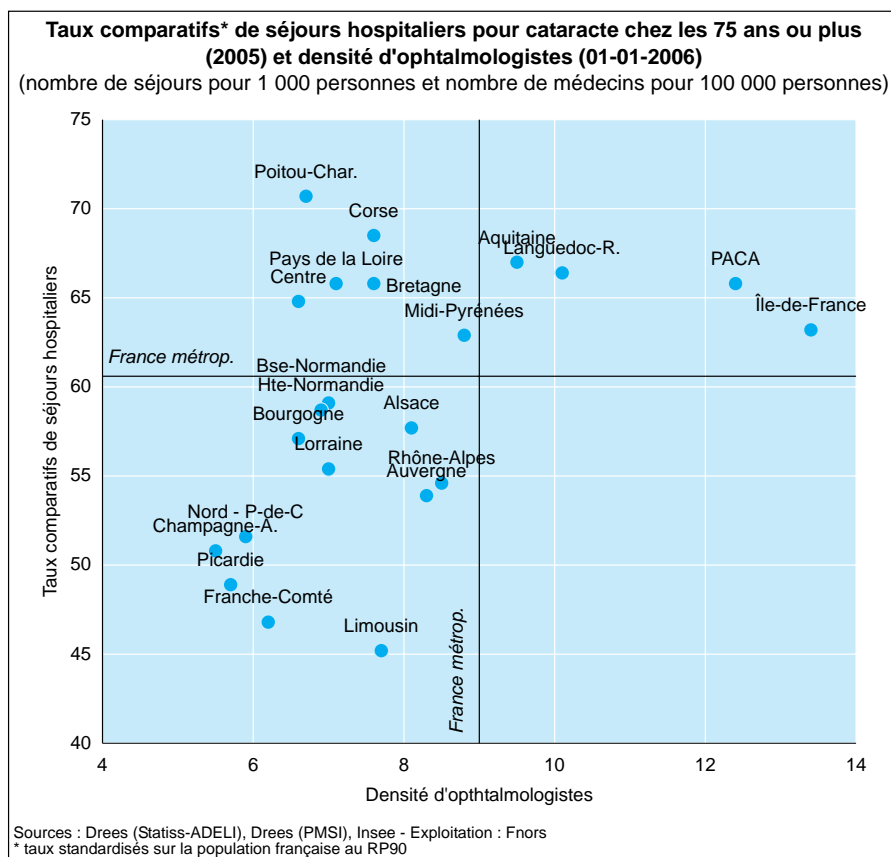
La densité d'ophtalmologistes varie du simple au double entre régions métropolitaines

Ces disparités peuvent être liées à des problèmes d'accès aux soins et en particulier aux disparités de densités d'ophtalmologistes, qui varient du simple au double entre régions métropolitaines, entre la Picardie et l'Île-de-France.

En réalité, les taux de recours hospitaliers les plus fréquents ne sont pas ceux des régions qui ont la plus forte densité d'ophtalmologistes.

En Île-de-France, région qui a une densité de praticiens supérieure de 49 % à la moyenne nationale, le taux de recours hospitalier est relativement proche de la moyenne.

Pour une même densité d'ophtalmologistes, les taux de recours hospitaliers peuvent être très variables. Ainsi, la Corse et le Limousin ont la même densité d'ophtalmologistes, mais le taux de recours hospitalier pour cataracte de la Corse est supérieur de 51 % à celui du Limousin.



Synthèse des indicateurs d'état de santé

L'analyse multidimensionnelle (ACP) des différents indicateurs présentés dans ce document met en lumière des espaces géographiques qui présentent des particularismes importants en matière d'état de santé.

Les indicateurs de santé structurés par les principales causes de mortalité

Les variables les plus fortement corrélées avec le premier axe factoriel sont les différents taux comparatifs de mortalité (maladies de l'appareil respiratoire, tumeurs, maladies de l'appareil circulatoire et chutes).

Deux autres variables sont étroitement corrélées avec ce premier axe, les taux de recours hospitaliers pour maladies de l'appareil circulatoire et pour lésions traumatiques.

Les régions les plus proches de cet axe, toutes situées dans le nord et l'est de la France, forment un ensemble géographique continu qui

couvre l'Alsace, le Nord - Pas-de-Calais, la Picardie et la Lorraine. Ces régions se caractérisent par des taux de mortalité plus élevés pour ces différentes pathologies.

À l'opposé de cette situation sur le même axe se situent l'Île-de-France, la région Poitou-Charentes et les Pays de la Loire, qui se trouvent dans la situation inverse.

La fréquence des recours aux soins est un autre indicateur explicatif des différences entre régions

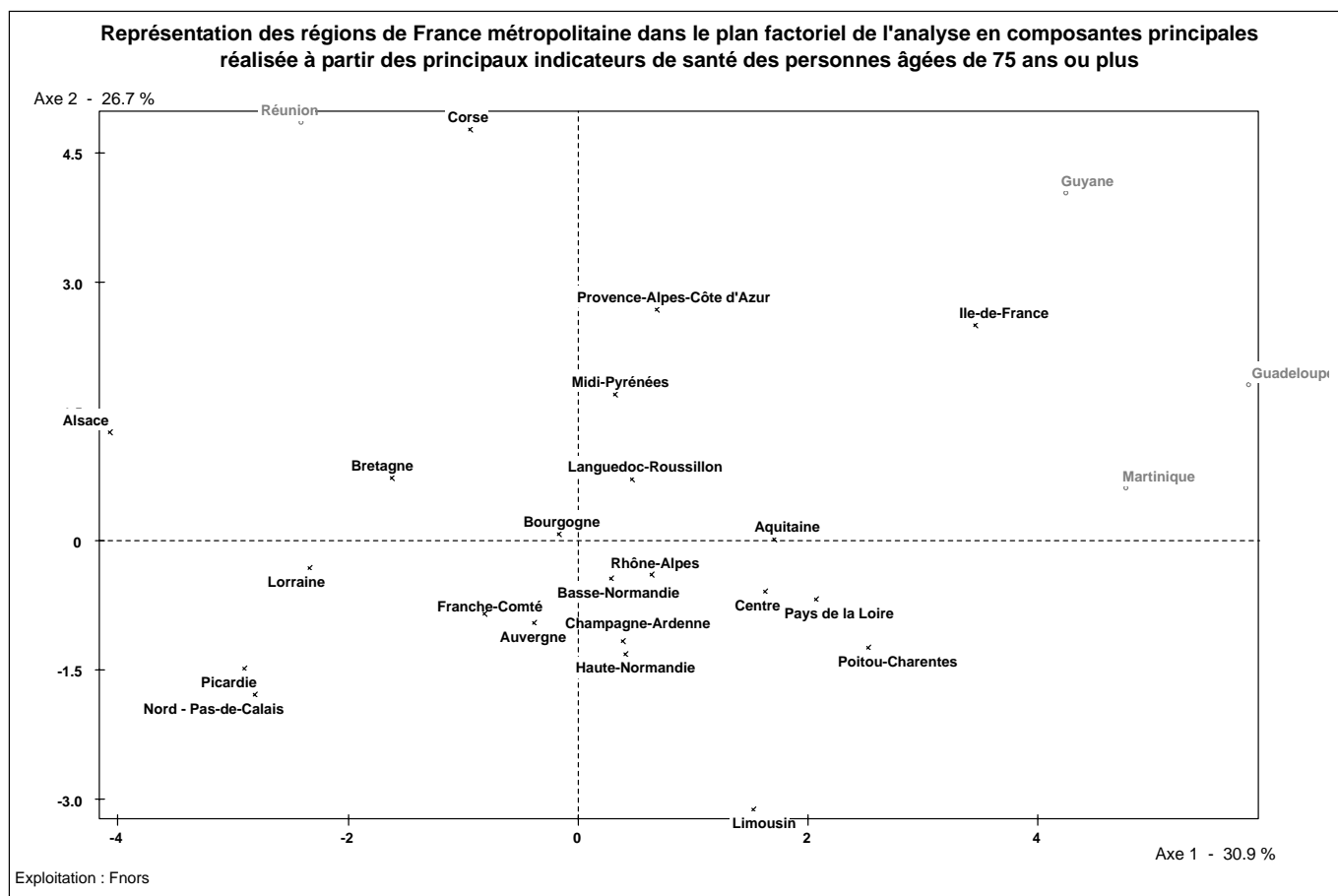
Les taux de recours hospitaliers (pour tumeurs, traumatismes ou cataractes) et les taux d'admission en ALD (maladies respiratoires et maladies de l'appareil circulatoire) sont les variables les plus fortement corrélées avec le deuxième axe. Les régions les mieux représentées sur cet axe se situent au sud du pays, et comprennent également l'Île-de-France.

Dans cette analyse multidimensionnelle, l'Alsace, la Corse et l'Île-de-France semblent constituer autant d'espaces particuliers.

L'Île-de-France avait déjà une faible mortalité il y a vingt ans et a connu une des plus fortes baisses depuis vingt ans. Les recours aux soins hospitaliers y sont plus fréquents que dans les autres régions.

La Corse se singularise elle aussi par de fréquents recours aux soins hospitaliers.

Enfin, l'Alsace a le plus fort taux d'admission en ALD, et les recours aux soins hospitaliers y sont nettement plus fréquents que la moyenne, les indicateurs de santé relatifs aux pathologies cardiovasculaires et aux tumeurs apparaissant moins favorables pour cette région.



Aides et soins

Aides et soins

L'allongement de la durée de vie s'accompagne d'un nombre plus important de pathologies et d'incapacités qui limitent les activités de la vie quotidienne, et plus généralement, l'autonomie. En juin 2007, un million de personnes percevaient l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), soit près d'une personne âgée de 75 ans ou plus sur cinq. Les recours aux soins augmentent fortement avec l'âge et les soins aux personnes âgées représentent une part importante de l'activité des généralistes et des infirmiers. Les effectifs de généralistes ont commencé à diminuer dans une dizaine de régions. Le nombre d'infirmiers libéraux a augmenté de 19 % depuis dix ans, et les places en services de soins infirmiers à domicile de 55 %. Quant aux établissements d'hébergement collectif, ils sont engagés depuis une dizaine d'années dans une vaste réforme qui vise notamment à renforcer leurs moyens en personnel afin de mieux répondre aux besoins de la population qu'ils hébergent.

Une personne âgée sur cinq bénéficie de l'Apa

L'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) est une allocation administrée et financée principalement par les conseils généraux, qui vise à répondre aux besoins d'aide des personnes âgées dites dépendantes (groupes iso-ressources Gir 1 à 4 - voir définitions page 78).

Depuis sa création en 2002, le nombre de bénéficiaires de l'Apa est en constante augmentation (605 000 personnes fin 2002, 865 000 fin 2004, un million en juin 2007) [1]. Le mouvement de croissance semble se ralentir, avec un taux d'augmentation du nombre de bénéficiaires de 6,8 % entre juin 2006 et juin 2007, contre 8,8 % l'année précédente (de juin 2005 à juin 2006). Parmi les bénéficiaires, 60 % vivent à domicile et 40 % en établissement. Les personnes du Gir 4 - c'est-à-dire les moins dépendantes - représentent 44 % de l'ensemble des bénéficiaires (29 % parmi les bénéficiaires en établissement). Les personnes les plus dépendantes (Gir 1 et 2), représentent 36 % des bénéficiaires (59 % en établissement).

Environ une personne âgée de 75 ans ou plus sur cinq perçoit l'allocation, taux qui varie du simple au double entre régions métropolitaines.

L'Apa n'est cependant pas la seule forme d'aide à la personne que reçoivent les personnes âgées. L'aide ménagère à domicile (AMD), qui est versée sous conditions de ressources par les caisses de retraite, s'adresse quant à elle aux personnes plus autonomes (Gir 5 et 6).

Les personnes âgées qui ont des besoins d'aides peuvent également s'adresser directement aux services associatifs ou marchands, ce secteur d'activité étant en plein développement [2].

L'entourage garde une place prépondérante

Pour faire face aux besoins d'aide qui apparaissent au grand âge, l'entourage garde toujours une place prépondérante. Selon la Drees (2003), 75 % des bénéficiaires de l'Apa sont aidés par leurs proches, avec un investissement horaire en moyenne deux fois supérieur à celui des intervenants professionnels [3].

Mais les groupes sociaux ne sont pas égaux pour faire face à ces difficultés. Le revenu semble discriminant aussi bien en matière de fréquence des incapacités, que d'expression des besoins et de satisfaction par rapport aux aides dispensées [4].

Des politiques mises en oeuvre au plan départemental

Les politiques en faveur des personnes âgées reposent sur de nombreux acteurs, et notamment les conseils généraux, qui ont en charge les politiques gérontologiques au plan départemental. Les départements autorisent et financent les Clic (centres locaux d'information et de coordination), qui apportent information et soutien aux personnes âgées ou à leur famille. On recense environ 600 Clic implantés dans l'ensemble des départements en 2007 [5].

La densité de généralistes libéraux est en recul...

Les personnes âgées représentent une part importante de l'activité des généralistes (28 % de leurs actes concernent les 70 ans et plus) [6].

L'effectif des généralistes libéraux en 2006 (57 800) est en léger recul depuis 1996, la densité médicale ayant baissé de 4 % en dix ans.

On dénombre, en moyenne en France métropolitaine, un médecin pour mille habitants, avec des écarts importants entre région. L'Île-de-France a aujourd'hui la densité la plus faible en métropole.

... de même que celle des infirmiers

Les infirmiers libéraux sont eux aussi fortement concernés par le vieillissement, 41 % de leur clientèle étant composée de personnes âgées de 70 ans ou plus. On recense environ 52 000 infirmiers libéraux fin 2006 (France entière), soit un infirmier libéral pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus.

Leur effectif a progressé de 18,5 % en dix ans, mais la densité a baissé de 11 %, à cause de l'augmentation plus rapide de l'effectif de la population âgée.

Augmentation de 55 % des capacités d'accueil en Ssiad

Les soins infirmiers et de nursing reposent sur deux autres composantes, les centres de soins infirmiers, dans lesquels interviennent des infirmiers salariés, et les Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad).

Les Ssiad effectuent principalement des soins de nursing auprès des personnes âgées, qui sont assurés par des aides-soignants.

Début 2007, près de deux mille Ssiad étaient agréés en France, pour 87 950 places (soit 1,8 place pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus - France entière). Le nombre de places a augmenté de 55 % au cours des dix dernières années.

Quelle prise en charge des européens âgés et dépendants par les aidants familiaux ? [9]

Felicie (future elderly living conditions in Europe) est un programme de recherche européen qui vise à explorer les évolutions probables au cours des prochaines décennies du soutien que pourront recevoir les européens âgés et dépendants de la part des aidants familiaux. Ce programme rassemble une trentaine de chercheurs appartenant à une dizaine d'instituts de recherche (Ined en France), de neuf pays européens (Allemagne, Belgique, Finlande, Grèce, Italie, Pays-Bas, Portugal, République Tchèque et Royaume-Uni).

Les chercheurs ont effectué des projections démographiques distinguant l'état matrimonial des individus et leur modification au fil du temps et des générations, selon des scénarios d'état de santé. L'entourage familial des personnes âgées est en effet amené à changer dans les années à venir en raison de deux tendances de fond, la baisse du veuvage et la proportion croissante de divorcés, qui sont susceptibles de modifier en profondeur les équilibres entre aidants formels et informels dans les interventions auprès des personnes âgées dépendantes.

Sous l'effet de la baisse de la mortalité et de l'arrivée aux âges élevés des générations du baby-boom, la population européenne dépendante âgée de 75 ans ou plus pourrait augmenter d'environ 70 % d'ici 2030 (84 % en France) dans l'hypothèse du maintien des taux d'incapacité. Dans l'hypothèse d'une amélioration de l'état de santé, la progression serait de l'ordre de 40 % (52 % en France).

D'après les projections effectuées, les européens âgés dépendants auront plus souvent des aidants familiaux potentiels (conjoint, enfant survivant). Les effectifs de personnes ayant à la fois conjoint et enfant survivant vont en effet augmenter beaucoup plus rapidement que ceux qui sont dans le cas contraire. Selon certaines hypothèses en matière d'état de santé, la population dépendante sans aidants familiaux potentiels pourrait même rester stable d'ici 2030 au plan européen.

La population dépendante va elle-même vieillir, les aidants conjugaux potentiels étant plus souvent des hommes qu'aujourd'hui. Les modèles familiaux vont devoir évoluer ; demain, une fraction plus importante des hommes seront confrontés à la dépendance de leur partenaire.

Pour en savoir plus

Comment les personnes dépendantes seront-elles entourées en 2030 ? Projections européennes. J. Gaymu et l'équipe Félicie. Population et Sociétés, Ined, n° 444, 2008, 4 p.

L'essentiel de leur activité correspond à la prise en charge de personnes âgées dépendantes : deux tiers des personnes prises en charge sont âgées de 80 ans ou plus, une personne sur deux souffrant de dépendance psychique [7].

Environ 670 000 places d'accueil en hébergement collectif

Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible ou souhaité,

les personnes âgées peuvent se tourner vers des solutions d'hébergement collectif. Début 2006, près de 669 000 places d'accueil se répartissaient entre les 10 000 structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées :

- 435 300 en maison de retraite,
- 153 300 en logement-foyer,
- 72 400 en unité de soins de longue durée,
- 7 800 places en hébergement temporaire.

L'ensemble de ces établissements représentent un taux d'équipement de 13,4 places pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus (non compris l'hébergement temporaire).

Les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée accueillent essentiellement des personnes très dépendantes (86 % ont une dépendance physique et 55 % une dépendance psychique). En revanche, les logements-foyers accueillent pour la plupart une majorité de personnes autonomes (27 % ont une dépendance physique).

L'âge moyen d'entrée en institution atteint 83 ans, et la part des personnes âgées dépendantes à l'admission est passée de 52 % en 1998 à 80 % en 2003 [8].

Depuis 1999, les établissements qui accueillent une majorité de personnes âgées dépendantes sont tous destinés à devenir des

établissements d'accueil de personnes âgées dépendantes (Ehpad). Ils signent dans ce cadre une convention tripartite avec les différentes autorités concernées (agence régionale de l'hospitalisation ou Préfet, conseil général), convention qui fixe des objectifs qualité que l'établissement s'engage à mettre en œuvre.

Ces établissements dits « médico-sociaux », sont financés à la fois par l'Assurance maladie (budget soins) et par les conseils généraux (budget dépendance).

En revanche, les établissements qui accueillent essentiellement des personnes autonomes n'ont pas vocation à être transformés en Ehpad et peuvent poursuivre leur activité d'hébergement.

Cette réforme a permis à la plupart des établissements ayant signé leur convention de renforcer leurs moyens en personnel, et en particulier en personnel soignant.

Au 1^{er} janvier 2006, 4 600 établissements (maisons de retraite ou logements-foyers) avaient signé une convention tripartite marquant leur engagement dans la réforme.

Fin 2007, les établissements qui n'étaient pas encore entrés dans la réforme ont été fortement incités à se transformer en Ehpad.

Début 2008, les Ehpad offraient environ 520 000 places d'accueil, soit 78 % de l'équipement total en hébergement collectif.

Références bibliographiques

[1] L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2007. P. Espagnol. *Études et Résultats*, Drees, n° 615, 2007, 4 p.

[2] Les emplois familiaux en 2004 : un secteur en forte croissance, A. Chol. *Premières Synthèses*, Dares, n° 19.1, 2006, 6 p.

[3] Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées. S. Petite, A. Weber. *Études et Résultats*, Drees, n° 459, 2006, 12 p.

[4] Besoins et insuffisance d'aide humaine aux personnes âgées à domicile : une approche à partir de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance. B. Davin, X. Joutard, J.P. Moatti, A. Paraponaris, P. Verger. *Sciences Sociales et Santé*, vol. 24, n° 3, 2006, pp. 59-93

[5] Évolution de l'offre depuis 2003 : des avancées significatives. Fondation Médéric Alzheimer. *La Lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, n° 5, 2007, 8 p.

[6] Les consultations et visites des médecins généralistes : un essai de typologie. G. Labarthe. *Études et Résultats*, Drees, n° 315, 2004, 12 p.

[7] Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002. S. Bressé. *Études et Résultats*, Drees, n° 350, 2004, 8 p.

[8] La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Situation au 31 décembre 2003. F. Tugores. *Études et Résultats*, Drees, n° 485, 2006, 8 p.

[9] Qui prendra en charge les européens âgés dépendants en 2030 ? J. Gaymu, P. Ekamper, G. Beets. *Population*, Ined, vol. 62, n° 4, 2007, pp. 789-822

[10] L'allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003. F. Jeger. *Études et Résultats*, Drees, n° 372, 2005, 8 p.

[11] Le secteur libéral des professions de santé en 2003. Cnamts. *Carnets Statistiques*, n° 111, 2005, 157 p.

[12] L'invention de la France. H. Le Bras, E. Todd. Ed. Librairie Générale de France, 1983, 511 p.

[13] Atlas de la France. Population. Vol. 2. GIP Reclus. Ed. la Documentation française, 1995, 128 p.

[14] Vieillesse et logement : désépargnes, adaptation de la consommation et rôle des enfants. A. Laferrère. *Retraite et Société*, Cnav, n° 47, 2006, pp. 65-108

Pour en savoir plus :

www.sante.gouv.fr

www.droit-public.fr

Aides à l'autonomie

Allocation personnalisée d'autonomie

En métropole, la part des bénéficiaires de l'Apa parmi les 75 ans ou plus varie du simple au double entre l'Île-de-France et la Corse

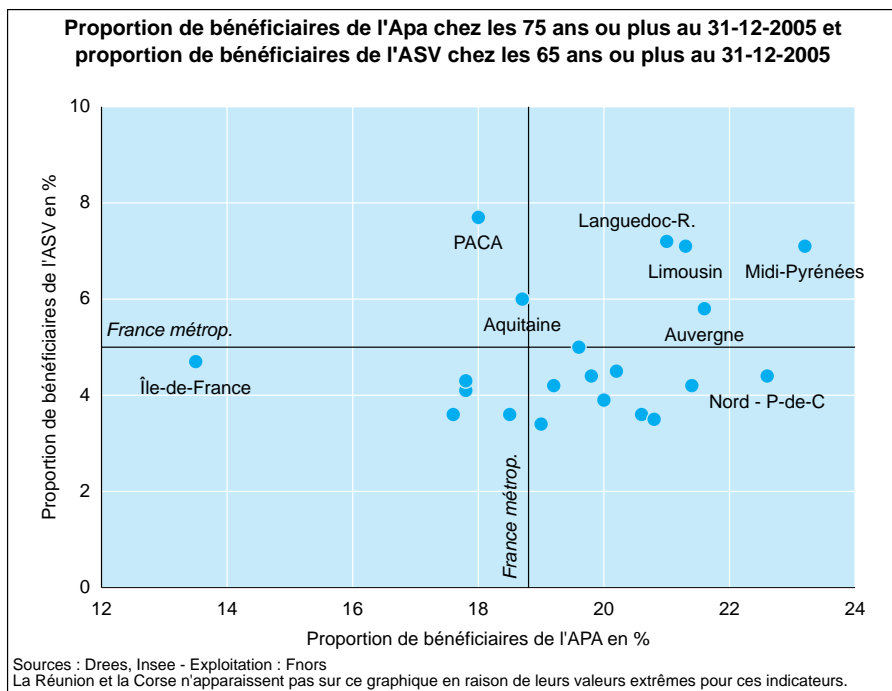
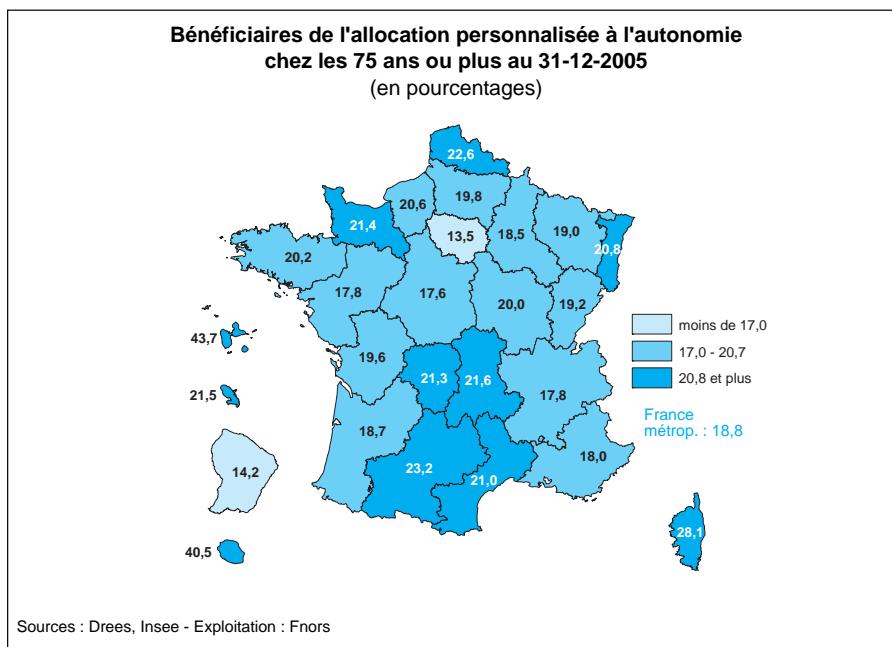
Au 30 juin 2007, un peu plus d'un million de personnes bénéficient de l'allocation d'aide à l'autonomie (Apa), soit environ 21 bénéficiaires pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus (France entière) [1].

En métropole, le nombre de bénéficiaires pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus varie du simple au double entre l'Île-de-France (13,5 %) et la Corse (28,1 %). L'Île-de-France est la seule région métropolitaine dans laquelle le taux de bénéficiaires est inférieur d'au moins 10 % à la moyenne métropolitaine. À l'opposé se trouve la Corse, avec un taux de bénéficiaires supérieur de 50 % à la moyenne métropolitaine.

La part des bénéficiaires de l'Apa est également nettement supérieure à la moyenne nationale en Midi-Pyrénées et dans le Nord - Pas-de-Calais, respectivement, + 23 % et + 20 % par rapport à la moyenne. Viennent ensuite l'Auvergne, la Basse-Normandie, le Limousin, et le Languedoc-Roussillon.

La proportion de bénéficiaires est particulièrement élevée dans certains départements d'outre-mer.

En Guadeloupe et à la Réunion, la proportion de bénéficiaires parmi les 75 ans ou plus représente plus de deux fois la moyenne métropolitaine.



Les déterminants de la variabilité géographique de la proportion de bénéficiaires de l'Apa en 2003

La Drees a pu établir un lien direct entre la prévalence de l'incapacité estimée et la fréquence d'attribution de l'Apa en 2003, les écarts entre départements étant en partie expliqués par la composition socio-démographique de ces territoires [8].

La part des bénéficiaires est ainsi plus élevée dans les départements ruraux, dans ceux qui ont une forte proportion d'agriculteurs ou d'ouvriers et aussi dans les départements qui ont une part élevée de bénéficiaires du minimum vieillesse.

Pour illustrer l'influence des déterminants sociaux sur le nombre de bénéficiaires de l'Apa, le graphique ci-contre rapproche le taux de bénéficiaires de l'Apa et la proportion de bénéficiaires du minimum vieillesse, deux indicateurs fortement corrélés [10].

Aide ménagère à domicile

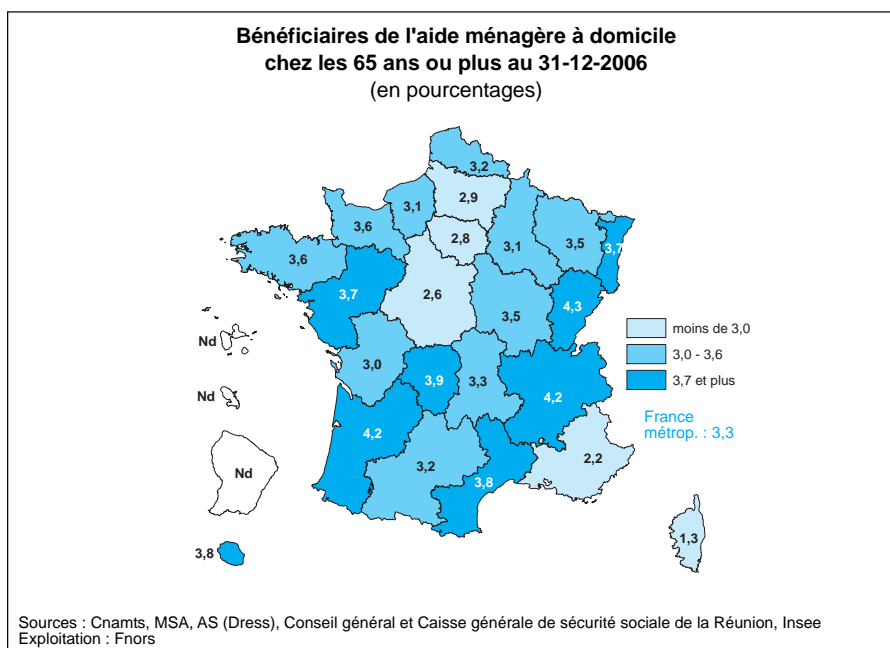
Des bénéficiaires de moins en moins nombreux

On dénombre 330 100 bénéficiaires de l'aide ménagère à domicile fin 2006, contre près de 500 000 en 2001.

Cette baisse très importante s'explique par une réforme du système de financement des aides à domicile, liée à la mise en place de l'Apa.

On dénombre, en moyenne en France métropolitaine, 3,3 bénéficiaires pour 100 personnes âgées de 65 ans ou plus. Ce taux varie de 1,3 % en Corse à 4,3 % en Franche-Comté.

Les disparités observées entre régions pour le taux de bénéficiaires de l'aide ménagère à domicile sont très différentes de celles observées pour les bénéficiaires de l'APA.



Hébergement temporaire et accueil de jour

Des formules d'accueil encore peu développées

Début 2006, la France dispose de près de 7 800 lits **d'hébergement temporaire**, installés le plus souvent au sein des établissements pour personnes âgées, ce qui représente un peu plus de 1 % des capacités d'accueil de ces établissements.

Certaines régions ont encouragé le développement de ce type de services, intermédiaire entre le domicile et l'institution. La Bourgogne est la région dans laquelle l'hébergement temporaire est le plus développé, avec près de 2 % du total des équipements d'hébergement pour personnes âgées.

À l'inverse, les places d'hébergement temporaire, telles qu'elles sont recensées par la Drees, sont particulièrement peu nombreuses en Corse ou en Champagne-Ardenne.

Les équipements **d'accueil de jour** sont encore plus rares que les places d'hébergement temporaire (3 500 places en 2006). La Franche-Comté et l'Alsace sont les deux régions les mieux dotées.

L'hébergement temporaire et l'accueil de jour dans les régions au 01-01-2006
(en nombre de lits ou places)

	Nbre de lits en	en % de la	Nbre de places	en % de la
	héb. Temp.	capacité totale *	Accueil de jour	capacité totale *
Alsace	221	1,14	171	0,89
Aquitaine	242	0,63	55	0,14
Auvergne	336	1,67	57	0,28
Basse-Normandie	107	0,53	80	0,39
Bourgogne	469	1,88	153	0,61
Bretagne	840	1,90	285	0,64
Centre	254	0,79	33	0,10
Champagne-Ardenne	46	0,31	79	0,53
Corse	6	0,39	5	0,33
Franche-Comté	173	1,57	115	1,04
Haute-Normandie	151	0,63	105	0,44
Île-de-France	701	0,81	779	0,90
Languedoc-Roussillon	390	1,57	197	0,79
Limousin	181	1,65	89	0,81
Lorraine	234	0,90	100	0,39
Midi-Pyrénées	454	1,34	169	0,50
Nord - Pas-de-Calais	315	0,93	192	0,56
Pays de la Loire	801	1,60	145	0,29
Picardie	114	0,58	12	0,06
Poitou-Charentes	392	1,55	132	0,52
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	642	1,31	183	0,37
Rhône-Alpes	713	1,04	340	0,50
France métropolitaine	7 782	1,15	3 476	0,51

Source : Drees (Statiss) - Exploitation : Fnors
Données Dom non disponibles
* nombre total de places en maison de retraite, logement-foyer, USLD, hébergement temporaire et accueil de jour

Soins de premiers recours

Les généralistes libéraux

Le recul de la densité de médecins généralistes s'amorce dans la plupart des régions

Les taux de recours aux soins augmentent fortement avec l'âge, en particulier dans le secteur ambulatoire. Les 70 ans ou plus représentent 13 % de la patientèle des généralistes libéraux (2006), et 28 % du total de leur activité.

La proportion de personnes âgées dans la file active des généralistes varie de 10 % dans le Nord - Pas-de-Calais ou en Île-de-France, à près de 18 % dans le Limousin.

Ces écarts sont, en réalité, le reflet fidèle des disparités du vieillissement entre territoires.

L'Île-de-France est la région métropolitaine qui a la plus faible densité de généralistes

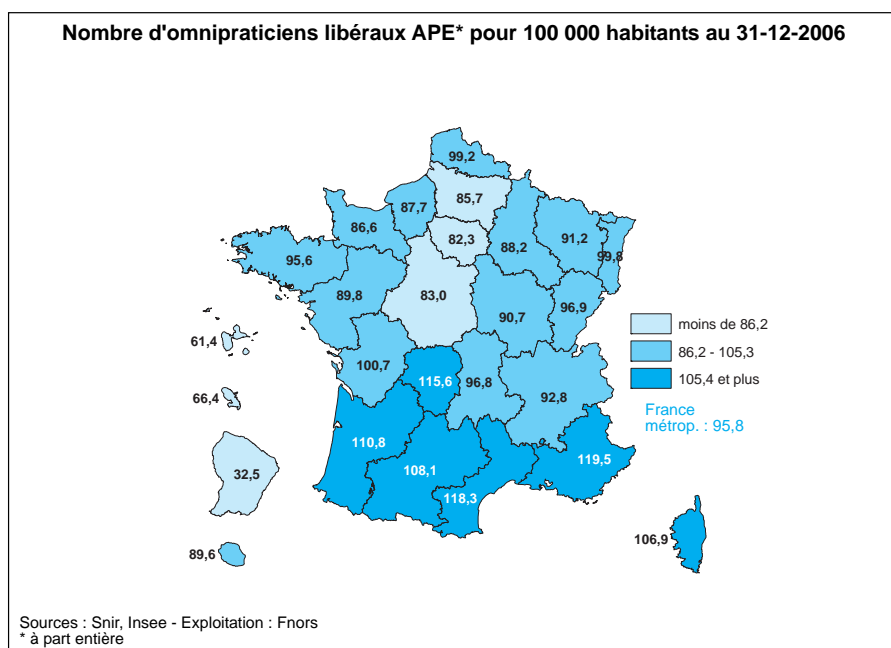
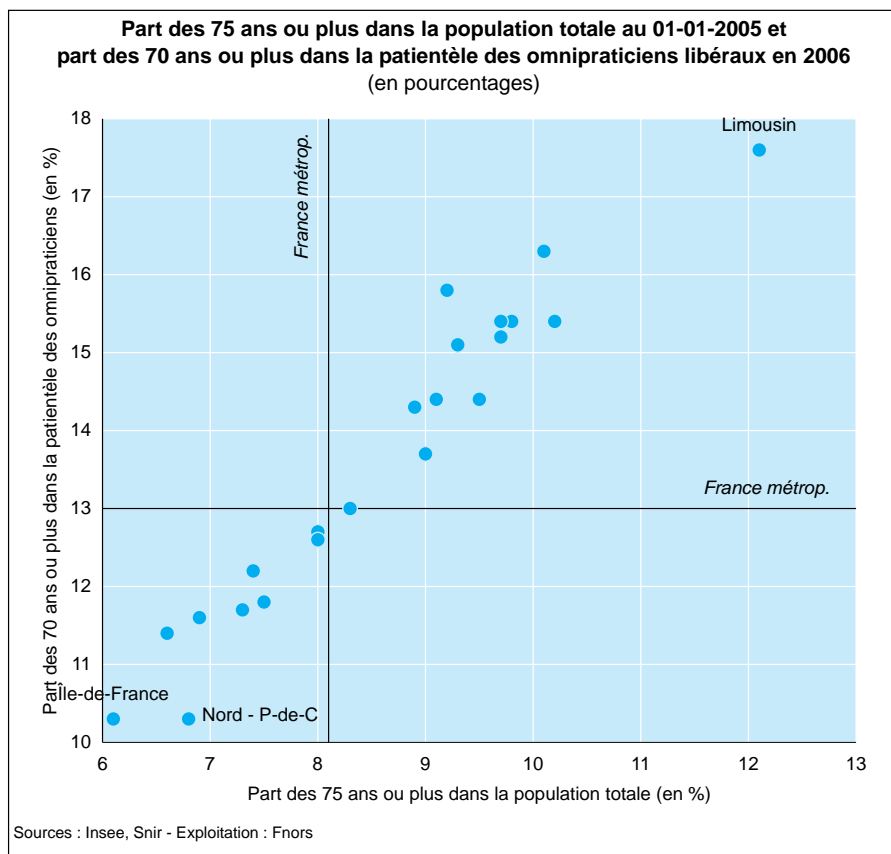
Au 1^{er} janvier 2006, on dénombre 58 240 omnipraticiens libéraux en France métropolitaine (1 310 dans les Dom), soit une densité de 95,8 omnipraticiens libéraux pour 100 000 habitants (ce qui correspond à un médecin pour mille habitants).

En métropole, la région ayant la plus faible densité est l'Île-de-France, - 14 % par rapport à la moyenne métropolitaine.

En plus de l'Île-de-France, deux autres régions ont une densité médicale inférieure de 10 % par rapport à la moyenne métropolitaine : le Centre (83 généralistes pour 100 000 habitants), et la Picardie (86).

Les régions de forte densité étant toutes situées au sud de la Loire. Dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Midi-Pyrénées et dans le Limousin, la densité médicale est ainsi supérieure de 20 % à la moyenne nationale.

Mais ces écarts doivent être relativisés dans la mesure où ces régions sont aussi celles dans lesquelles la proportion de personnes âgées dans la population est la plus élevée.



En dehors de l'île de la Réunion qui se trouve légèrement en dessous de la moyenne métropolitaine, les départements d'outre-mer présentent une densité médicale nettement plus faible que la métropole.

En Guyane, le nombre de généralistes par habitant est trois fois plus faible que la moyenne métropolitaine.

En Martinique et en Guadeloupe, la densité médicale est inférieure respectivement de 31 % et 36 % par rapport à cette moyenne.

La densité des omnipraticiens libéraux amorce son recul

Alors que la croissance de la population se poursuit, et en particulier de la population âgée, l'effectif des médecins généralistes est stable voire commence à diminuer dans certaines régions.

Neuf régions métropolitaines ont connu une baisse des effectifs de généralistes entre 1996 et 2006.

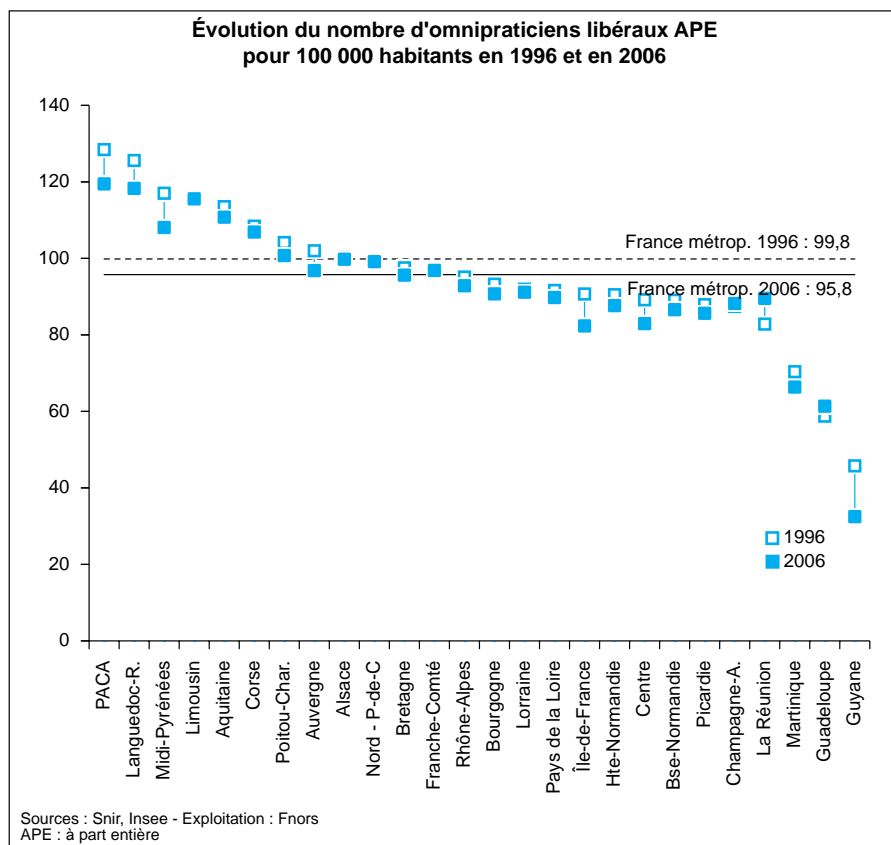
Les régions les plus concernées sont l'Île-de-France, avec un effectif en baisse de près de 500 généralistes, soit près de 5 %.

La région Centre (- 4,2 %) et l'Auvergne (- 3,6 %) connaissent également une baisse importante.

Les effectifs de généralistes ont progressé d'au moins 5 % dans six régions, la plus forte croissance observée étant celle de l'Alsace (+ 6 %).

Dans les Dom, on constate une baisse des effectifs médicaux en Guyane alors que les installations de généralistes en Guadeloupe sont en forte progression.

La stabilité des effectifs médicaux, voire la baisse dans certaines régions, et la croissance de la population âgée de l'autre, aboutissent à un recul de la densité médicale (- 4 % en dix ans).



En métropole, l'Île-de-France connaît la plus forte baisse (- 9 %). Mais cette baisse touche également les régions Midi-Pyrénées (- 8 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur et Centre (- 7 %).

La Guyane connaît la plus forte baisse (- 29 %). En 10 ans, la densité de généralistes a augmenté essentiellement en Guadeloupe (+ 4 %) et à la Réunion (+ 8 %).

Malgré cette progression, ces deux départements d'outre-mer conservent une densité médicale nettement plus faible que la métropole.

Les soins infirmiers

Malgré l'augmentation des effectifs, de nombreuses régions connaissent une baisse de la densité de professionnels

La prise en charge des personnes âgées, et en particulier des plus dépendantes, fait partie du cœur de métier des infirmiers libéraux, leur patientèle étant composée à 41 % de personnes âgées de 70 ans ou plus.

Ce pourcentage varie fortement entre régions métropolitaines de 31 % dans le Nord - Pas-de-Calais à 48 % en Aquitaine.

Contrairement à ce qui a été observé pour les généralistes, le degré de corrélation entre le pourcentage de personnes âgées dans la population et la part des 70 ans ou plus dans la patientèle des infirmiers libéraux est relativement faible.

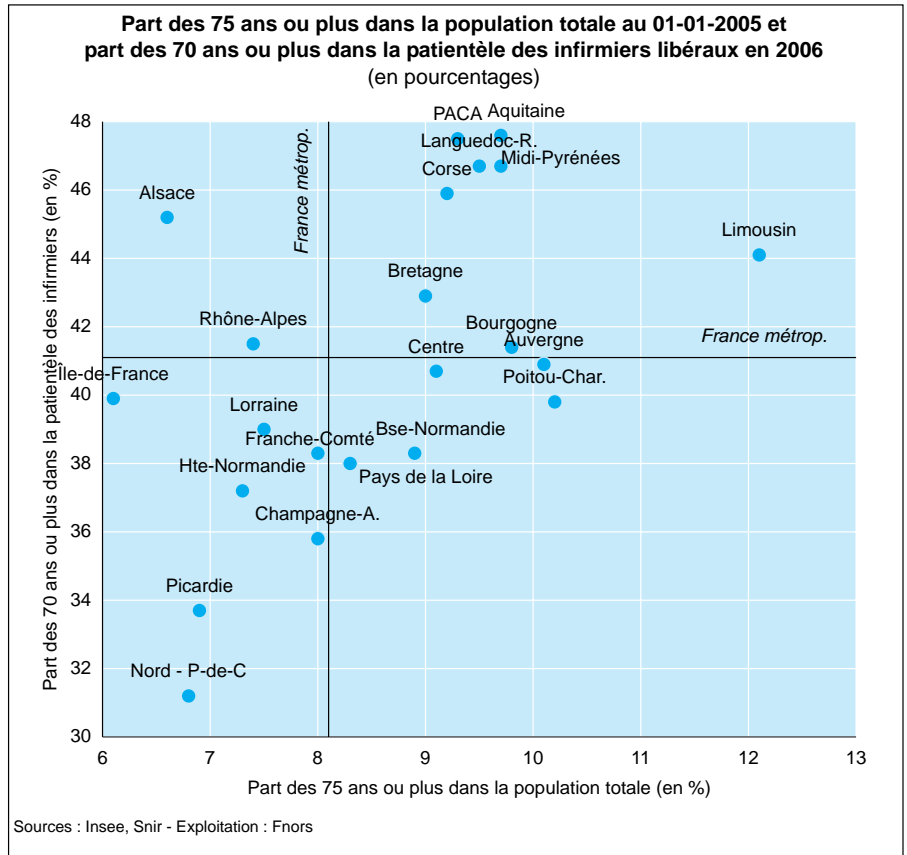
Pour une même proportion de personnes âgées dans la population totale, la part des 70 ans ou plus dans la patientèle des personnes âgées peut être très variable selon les territoires.

Ainsi, en Alsace, Picardie et Nord - Pas-de-Calais, la proportion de personnes âgées dans la population totale est proche de 7 %. Pourtant, en Alsace, la patientèle âgée représente pratiquement la moitié de la clientèle des infirmiers libéraux contre moins de 35 % en Picardie ou dans le Nord - Pas-de-Calais.

La part des soins de nursing varie fortement selon les régions

L'activité des infirmiers libéraux se répartit en deux types d'actes : les actes techniques et les soins de nursing et de gardes à domicile, ce deuxième groupe concernant essentiellement une clientèle âgée (voir encadré ci-contre).

Selon l'importance prise par les soins de nursing dans l'activité globale des infirmiers, la part des personnes âgées dans leur patientèle est plus ou moins importante. Ainsi, en Alsace, l'activité des infirmiers est beaucoup plus tournée vers les soins de nursing qu'en Picardie ou dans le Nord - Pas-de-Calais, régions qui ont pourtant la même proportion de personnes âgées dans la population totale [11].



Ces différences tiennent aux caractéristiques de l'offre et des recours en matière de soins infirmiers, qui sont variables selon les régions.

En particulier, les soins de nursing peuvent être pris en charge par des infirmiers libéraux mais aussi par les infirmiers des centres de soins (environ 5 000 au plan national), ou par les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), voire, dans certains départements, par les aides à domicile, même si la nature des soins délivrés n'est pas identique entre ces différentes professions.

L'activité des infirmiers libéraux

L'activité des infirmiers libéraux se répartit principalement en deux groupes d'actes, les actes techniques (côtés en AMI), qui représentent 63 % de leur activité en 2004, et les soins de nursing et de gardes à domicile (actes AIS), 37 % du nombre total d'actes.

En 1999, au plan national, les soins de nursing et de gardes à domicile étaient presque aussi nombreux que les actes techniques. Mais, depuis, le mouvement s'est inversé, et les actes techniques ont beaucoup augmenté, alors que le nombre d'actes de nursing est resté stable. La répartition entre actes techniques et actes de soins peut toutefois être fortement variable selon les régions.

En nombre de personnes suivies, la patientèle des infirmiers libéraux est beaucoup plus réduite que celle des généralistes, avec en moyenne 300 patients différents suivis chaque année, les soins étant délivrés sur des périodes pouvant être assez longues [11].

Forte densité d'infirmiers dans les régions du Sud et dans les Dom

Au 1^{er} janvier 2006, on compte environ 50 000 infirmiers libéraux en France métropolitaine et 1 800 dans les Dom, ce qui correspond à une densité moyenne d'un infirmier pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus.

Les départements d'outre-mer disposent d'une densité nettement supérieure à celle observée en métropole (trois infirmiers pour 100 personnes âgées à la Réunion). En Guyane et en Martinique, la densité d'infirmiers est deux fois plus importante que la moyenne métropolitaine, cette situation étant amplifiée par le faible effectif de population âgée dans ce territoire.

En métropole, les Pays de la Loire, l'Île-de-France et le Centre ont les densités les plus faibles, inférieures de 40 % par rapport à la moyenne nationale.

Les régions du sud de la France ont les plus fortes densités. En Corse, le nombre d'infirmiers libéraux est deux fois plus important que la moyenne nationale. En Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Midi-Pyrénées, la densité d'infirmiers est également très élevée, + 90 % par rapport à la moyenne métropolitaine.

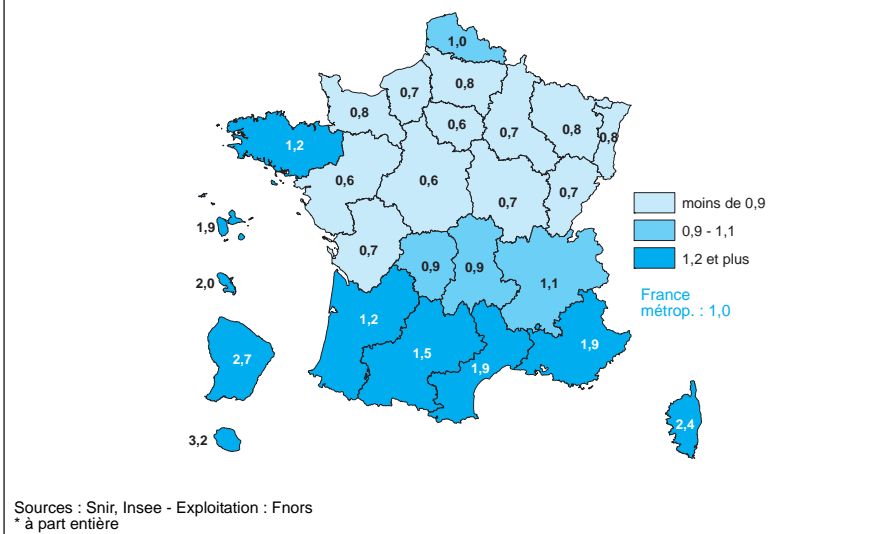
Ces disparités particulièrement marquées ne prennent toutefois pas en compte l'implantation des centres de soins.

Forte baisse de la densité des infirmiers dans certaines régions

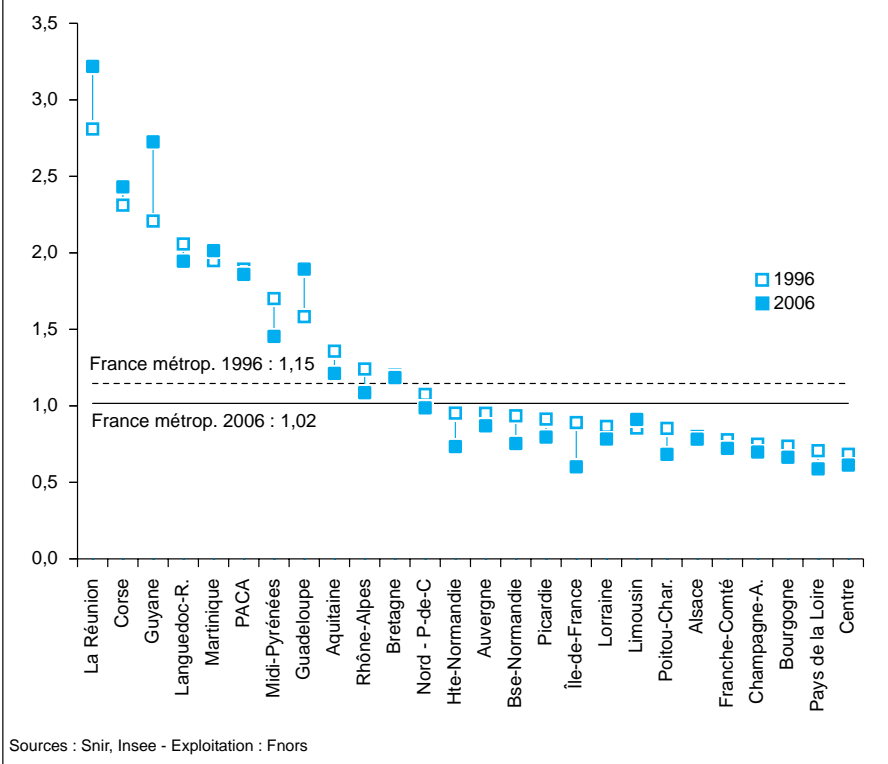
Les effectifs infirmiers ont beaucoup augmenté depuis dix ans : + 17 % en France métropolitaine, passant de 42 450 à près de 49 800 professionnels entre 1996 et 2006. L'augmentation des effectifs ne compense pas toutefois la croissance de la population âgée (+ 38 %), et la densité d'infirmiers est globalement en recul de 11 % depuis 1996.

Une seule région connaît une baisse des effectifs d'infirmiers libéraux entre 1996 et 2006, l'Île-de-France avec une diminution de 700 infirmiers, soit 14 % des effectifs. En Haute-Normandie, les effectifs en 2006 sont au même niveau que dix ans auparavant.

Nombre d'infirmiers libéraux APE* pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus en 2006



Nombre d'infirmiers libéraux pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus en 1996 et en 2006



Les plus fortes baisses de densité d'infirmiers concernent l'Île-de-France (- 30 %), la Haute-Normandie (- 22 %) et la région Poitou-Charentes (- 19 %).

La densité d'infirmiers progresse en revanche dans les départements d'outre-mer, et particulièrement en Guadeloupe, en Guyane et à la Réunion.

En métropole, les seules régions dans lesquelles on observe une (faible) progression sont le Limousin et la Corse.

Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)

Fort développement des services et réduction des disparités de taux d'équipement entre régions

Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), créés au début des années 1980, occupent une place privilégiée dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Mais, contrairement aux infirmiers libéraux, leur implantation est soumise à autorisation de manière à garantir une offre de soins répartie de manière homogène sur le territoire.

Début 2006, 88 000 places de Ssiad étaient disponibles, soit une densité moyenne de 1,8 place pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus, la répartition des places de Ssiad étant relativement homogène entre régions.

En métropole, le Limousin a la plus forte capacité d'accueil (+ 28 % par rapport à la moyenne métropolitaine).

Au contraire, en Corse, le nombre de places offertes pour 100 personnes âgées est inférieur de 11 % à la valeur moyenne.

Dans les Dom, les situations sont diverses, la Guyane bénéficiant d'une forte implantation de Ssiad, avec un ratio d'équipement supérieur de 66 % à la moyenne métropolitaine.

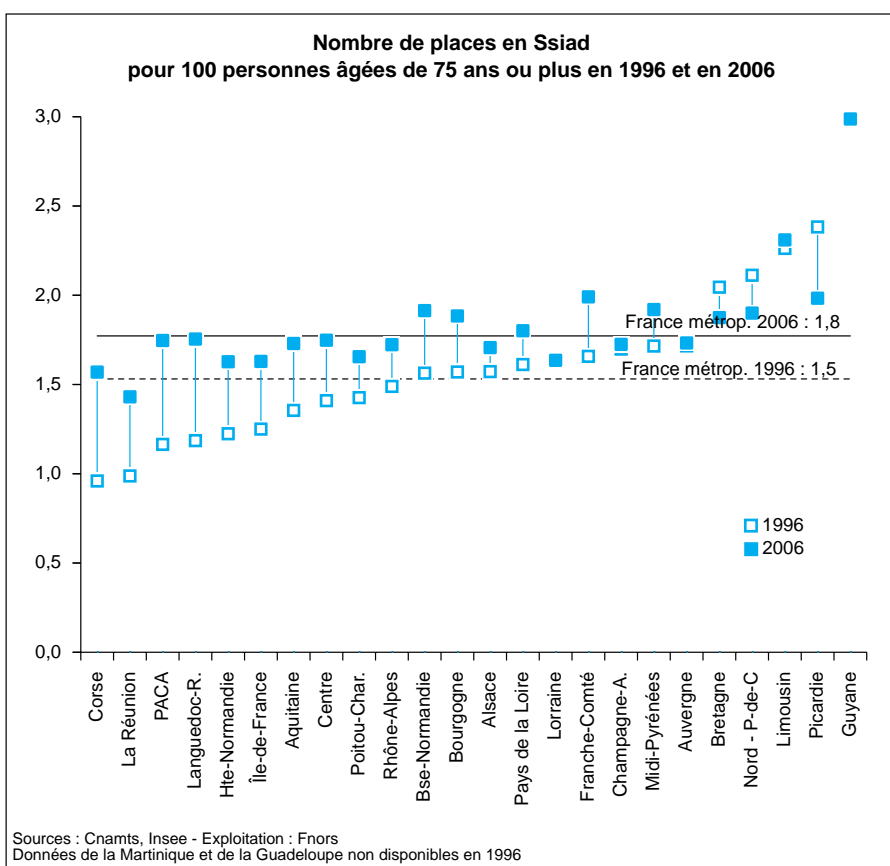
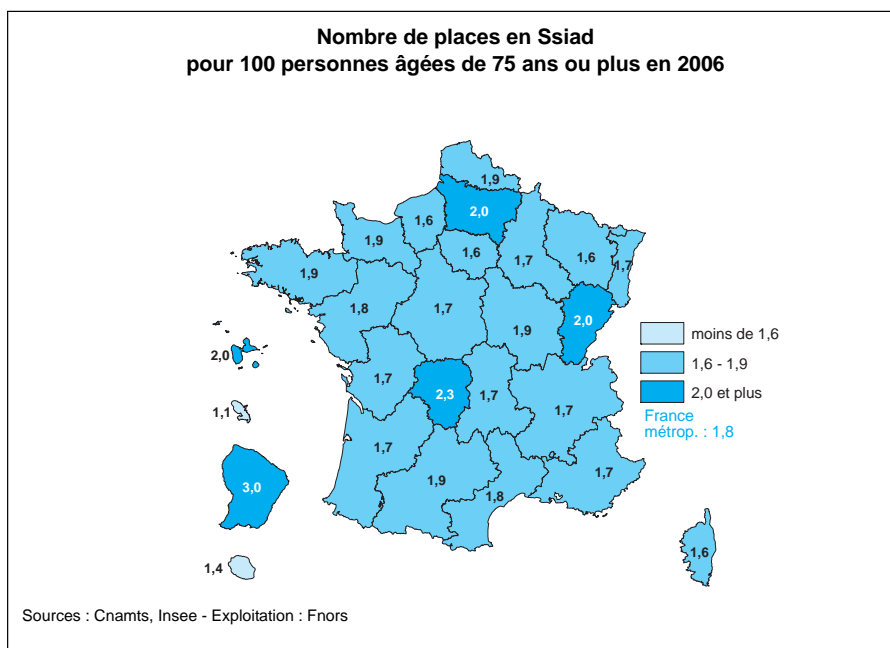
Une forte augmentation en dix ans

Les pouvoirs publics ont fortement favorisé le développement de ces services depuis dix ans, les capacités d'accueil ayant augmenté de 53 %. Le nombre de places en Ssiad est ainsi passé de 1,5 à 1,8 place pour 100 personnes âgées entre 1996 et 2006.

Dans ce contexte, les écarts entre régions se sont réduits, les augmentations ayant été plus fortes dans les régions qui avaient un faible nombre de places en 1996 : de + 28 % en Aquitaine à + 64 % à la Réunion.

L'île de l'Océan Indien reste, malgré cette forte augmentation, la moins bien pourvue avec 1,4 place en Ssiad pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus.

L'augmentation des capacités n'a pas toujours permis de compenser la



croissance de la population âgée. Le nombre de places pour 100 personnes âgées a ainsi baissé de 8 % en Bretagne, de 10 % dans le Nord - Pas-de-Calais et de 16 % en Picardie.

Ces régions restent toutefois les mieux pourvues au plan national.

Hébergement collectif

Les équipements d'hébergement collectif

En métropole, les taux d'équipement varient de un à trois selon les régions

Au 1^{er} janvier 2006, la capacité globale d'accueil dans les structures d'hébergement pour personnes âgées (maisons de retraite, logements-foyers, USLD) se répartit de façon inégale sur le territoire.

En métropole, le taux d'équipement global pour l'ensemble de ces structures varie de six places pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus en Corse à 18 places en Haute-Normandie.

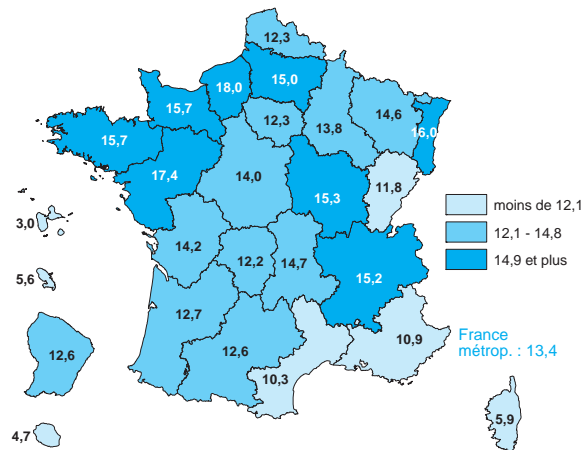
La situation de la Corse est particulièrement atypique, avec un taux d'équipement inférieur de moitié au taux métropolitain. Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Languedoc-Roussillon ont également des taux sensiblement inférieurs à la moyenne nationale, respectivement, - 23 % et - 19 %.

Les deux régions les mieux pourvues sont la Haute-Normandie et les Pays de la Loire (+ 30 % par rapport à la moyenne nationale). De manière générale, les taux d'équipement élevés sont concentrés à l'intérieur d'un croissant nord-ouest. L'Alsace dispose elle aussi d'un fort taux d'équipement (+ 20 % par rapport à la moyenne métropolitaine).

Dans les départements d'outre-mer, les taux d'équipement sont beaucoup moins importants, en dehors du cas particulier de la Guyane, département dans lequel le taux d'équipement est relativement proche de la moyenne nationale. En Guadeloupe, le taux d'équipement est quatre fois moins élevé qu'en moyenne en métropole.

Les équipements pour personnes âgées sont également peu développés à la Réunion (4,7 places pour 100 personnes âgées) et en Martinique (5,6).

Taux d'équipement global en structures d'hébergement* pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus en 2006



Sources : Drees (Statiss 2007), Insee - Exploitation : Fnors
* nombre de lits (en maisons de retraite, en logement-foyers -y compris en Ehpad- et en unités de soins de longue durée) pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus

Des disparités de taux d'équipement aux racines anciennes

La proportion de bénéficiaires de l'Apa parmi les 75 ans ou plus est un indicateur de la fréquence des incapacités et donc des besoins des territoires (voir page 53). Mais on observe aucune corrélation entre les proportions de cet indicateur et les taux d'équipements pour personnes âgées (voir page 61).

Les disparités de taux d'équipement entre territoires, qui sont anciennes, ont en réalité des racines historiques profondes, qui peuvent être analysées aussi bien à travers les caractéristiques de l'offre qu'à travers celles de la demande.

Parmi les 670 000 places offertes au plan national, la majorité des équipements correspond à la transformation d'équipements existants, anciens hospices mais aussi établissements confessionnels reconvertis pour l'accueil des personnes âgées. La présence de nombreux hospices dans l'ouest explique pour partie le particularisme de ces régions. Dans les départements accueillant d'importantes congrégations religieuses (Maine-et-Loire par exemple), un certain nombre de ces établissements ont été reconvertis en structures d'accueil de personnes âgées. Par ailleurs, les 150 000 places en logement-foyer construites à partir des années soixante et compatibles dans cet ensemble ont connu des développements plus ou moins importants selon les territoires, pour répondre aux besoins résidentiels de la population âgée qui vivait à l'époque, dans certaines régions, dans des conditions de confort particulièrement rudimentaires.

La demande d'entrée en institution peut aussi être influencée par les comportements familiaux. L'importance historique de la cohabitation des générations [12] et des "ménages complexes" [13] peuvent expliquer la situation particulière de certaines régions, et en particulier de la Corse dans lesquelles les équipements pour personnes âgées sont peu développés. Même si la cohabitation des générations devient plus rare [14], ces traditions ont pu laisser des traces dans les rapports familiaux au moment des décisions d'entrée en institution.

La faible augmentation des capacités ne compense pas la croissance de l'effectif des 75 ans ou plus

En dix ans, le nombre de places d'accueil en structures d'hébergement pour personnes âgées est passé de 641 500 à 657 500 en France métropolitaine, soit une augmentation de 2,5 %.

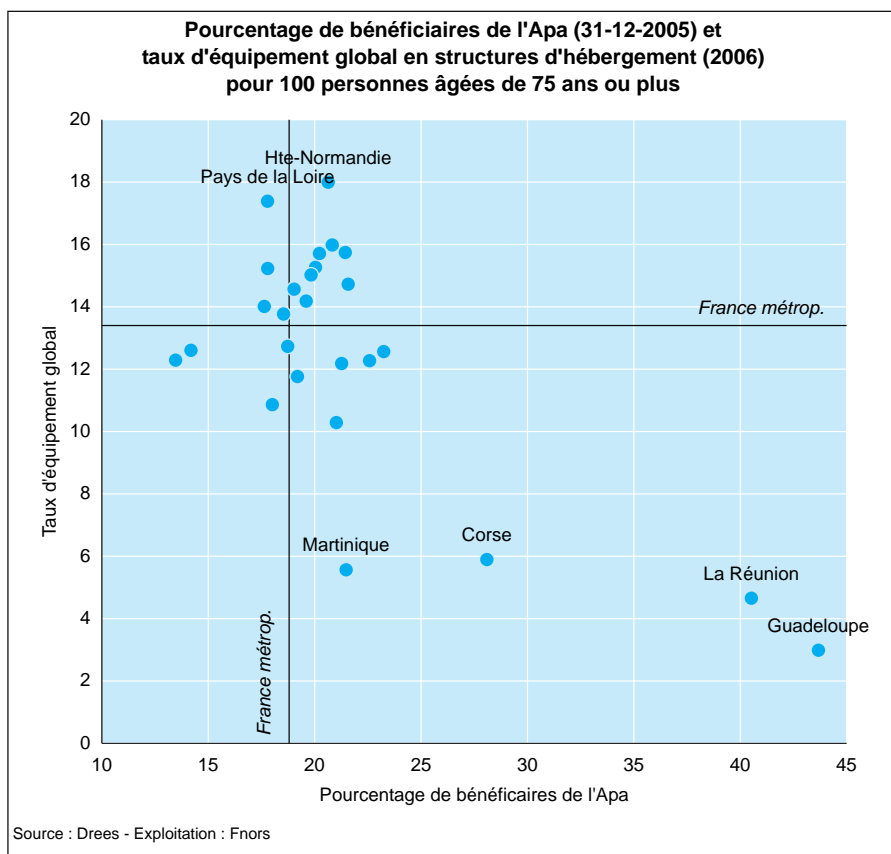
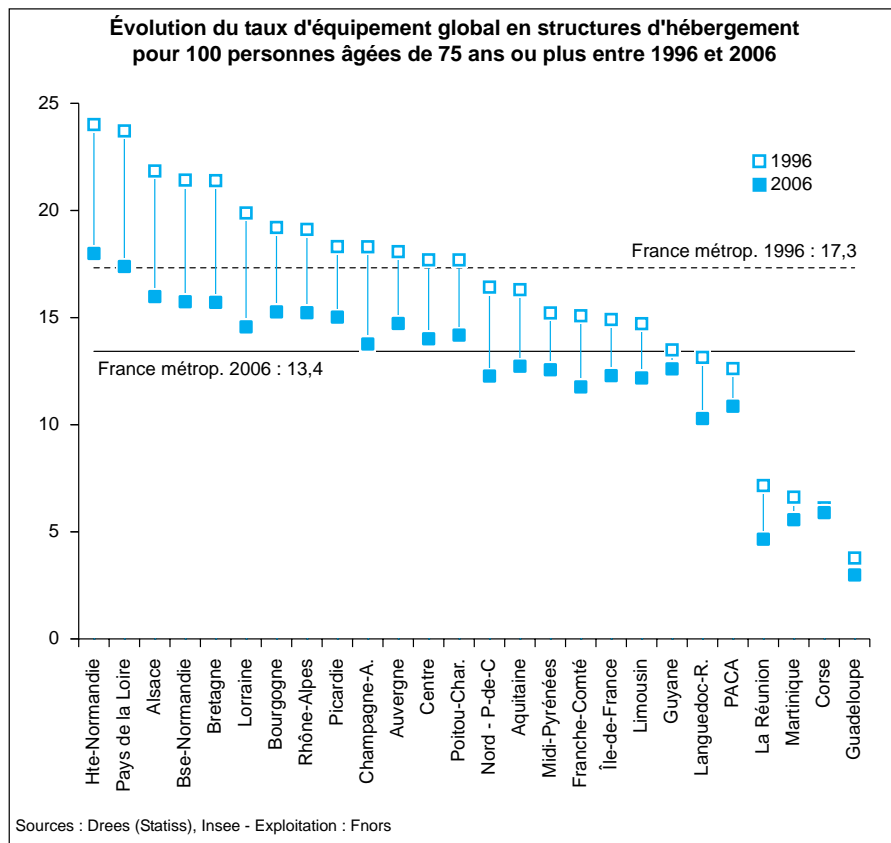
Dans la mesure où la population des 75 ans ou plus a augmenté de 38 % pendant la même période, le taux d'équipement global est en net recul : - 22 % entre 1996 et 2006.

En métropole, cette évolution s'est accompagnée d'une réduction des écarts entre régions extrêmes, les taux d'équipement n'ayant progressé dans aucune région française.

Une baisse plus importante dans les régions les plus équipées

Six régions qui étaient parmi les mieux équipées en 1996 ont connu une baisse de plus de 25 % de leur taux d'équipement : Pays de la Loire, Alsace, Haute et Basse-Normandie, Bretagne et Lorraine.

Ces régions sont aussi celles dans lesquelles le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus a le plus fortement augmenté (de 46 % à 49 %).



Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)

Fin 2007, environ 514 000 lits d'Ehpad étaient ouverts, aboutissement d'une réforme engagée il y a plus de dix ans

Les établissements d'accueil de personnes âgées forment un ensemble relativement hétérogène.

Certaines structures accueillent majoritairement des résidents dépendants (unités de soins de longue durée en particulier) avec une forte proportion de personnes souffrant de démence, alors que d'autres hébergent principalement des personnes autonomes.

Pour offrir une réponse mieux adaptée aux besoins de prise en charge des personnes âgées les plus dépendantes et afin d'harmoniser les modes de tarification entre établissements en fonction du niveau de dépendance des résidents, une vaste réforme a été engagée à partir de 1999.

Cette réforme a permis à la plupart des établissements de disposer de ressources supplémentaires allouées par l'assurance maladie et par les conseils généraux, leur permettant d'augmenter leurs moyens en personnel soignant.

En 2006, les lits médicalisés (correspondant aux établissements transformés en Ehpad ainsi que les équipements déjà médicalisés mais pas encore transformés en Ehpad) représentaient 71 % de la capacité globale d'accueil dans les structures pour personnes âgées, soit environ 470 500 lits.

Cela correspond à un taux d'équipement de 9,5 lits médicalisés pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus.

Les disparités de taux d'équipement médicalisé entre régions reflètent celles observées pour l'ensemble des équipements.

Cet indicateur varie en métropole de quatre lits médicalisés pour 100 personnes âgées en Corse à 13 lits pour 100 personnes âgées en Picardie ou dans les Pays de la Loire.

Les régions qui ont les plus forts taux d'équipement médicalisé sont aussi celles qui sont globalement les plus dotées en équipement pour personnes âgées.

Une réforme particulièrement longue à aboutir

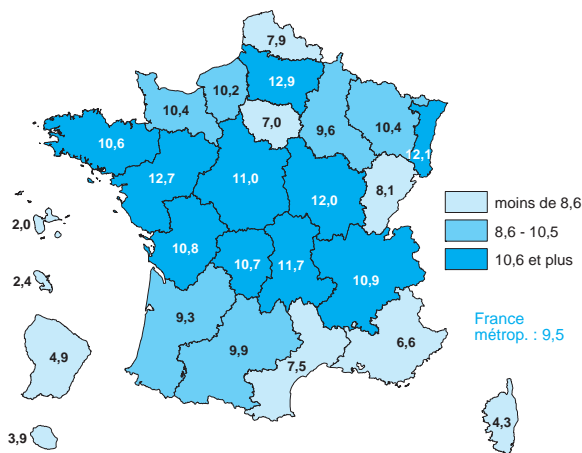
La transformation des EHPA en Ehpad a été très longue à aboutir, seulement la moitié des établissements ayant signé une convention tripartite en 2006.

L'objectif d'harmonisation des modes de tarification entre établissements a en effet mis à jour des disparités très importantes de moyens entre établissements à niveau de dépendance des résidents comparable. Dans ce contexte, les établissements les mieux dotés avaient alors peu d'intérêt à entrer dans la réforme.

Par ailleurs, cette réforme a nécessité un copilotage dans chaque département entre le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou le Préfet, pour les budgets de l'Assurance maladie, et les conseils généraux finançant le budget dépendance. Chacune de ces institutions n'ayant pas forcément les mêmes priorités en matière de développement de l'équipement pour personnes âgées, la mise en place de la réforme en a été forcément retardée.

Enfin, un certain nombre d'unités de soins de longue durée (USLD), le plus souvent rattachées à des établissements publics de santé, se sont opposées à cette réforme dans la mesure où elles se considéraient essentiellement comme des unités de soins, nécessitant un encadrement médical suffisant, les résidents ayant des besoins de prise en charge plus sanitaires que sociaux.

Taux d'équipement médicalisé* pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus en 2006



Sources : Drees (Statiss 2007), Insee - Exploitation : Fnors
* lits en Ehpad, en USLD et en section de cure médicale

Ainsi, en Picardie, le taux d'équipement médicalisé est supérieur de 36 % à la moyenne métropolitaine.

La situation est également favorable en Pays de la Loire (+ 34 %), en Alsace (+ 27 %) et en Bourgogne (+ 26 %).

Après la Corse (4,3 places pour 100 personnes âgées), les régions qui ont les taux les plus faibles sont la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'Île-de-France et le Languedoc-Roussillon.

Dans les Dom, les taux apparaissent particulièrement faibles, tous inférieurs à cinq places pour 100 personnes âgées.

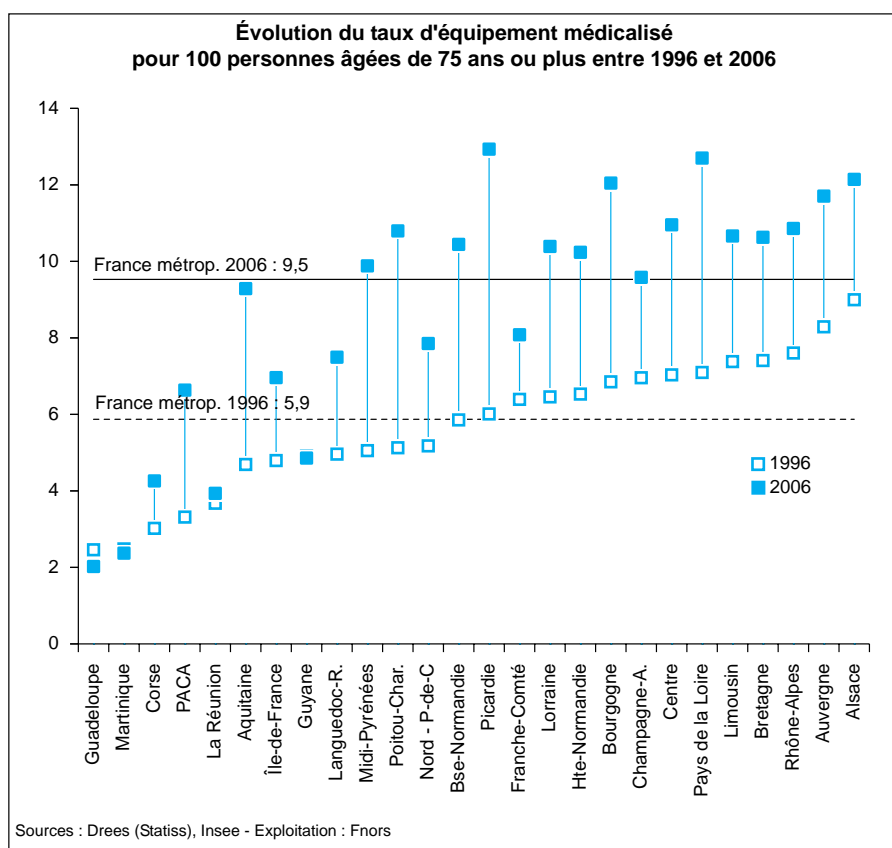
Des taux de médicalisation en forte augmentation

En dix ans, le mouvement de médicalisation s'est accéléré, le nombre de lits ayant plus que doublé, passant de 218 900 à 468 900 entre 1996 et 2006.

Le taux d'équipement médicalisé est passé de 5,9 lits pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus en 1996 à 9,5 en 2006, soit une augmentation de 62 %.

On observe cependant une baisse des taux d'équipement dans trois départements d'outre-mer : la Guadeloupe (- 18 %), la Martinique (- 4 %) et la Guyane (- 1 %).

Selon les chiffres publiés par le ministère de la santé, 514 000 lits étaient transformés en Ehpad à la fin 2007, les établissements qui n'étaient pas encore passés dans la réforme ayant été fortement incités à signer leur convention tripartite, qui conditionne la participation de l'Assurance maladie à leur financement.



Les données présentées ci-dessus sont le reflet d'une situation en forte évolution au moment de la rédaction de ce rapport, la mise en œuvre de la réforme ayant connu une accélération à la fin de l'année 2007.

Synthèse des indicateurs aides et soins

L'approche multidimensionnelle permet d'offrir une vision transversale de l'offre de soins et de services aux personnes âgées, alors qu'habituellement, les analyses comparatives sont conduites en analysant chacun de ces indicateurs isolément.

Différentes ressources sont mobilisées pour répondre aux besoins des personnes âgées

L'analyse en composantes principales (ACP) a ainsi permis d'identifier les variables les plus fortement corrélées avec le premier axe du plan factoriel :

- la densité d'omnipraticiens libéraux,
- la densité d'infirmiers libéraux,
- la proportion de personnes âgées dans la patientèle des infirmiers libéraux,
- le pourcentage de bénéficiaires de l'Apa (à un degré moindre).

Dans le sens opposé, l'autre variable corrélée avec l'axe est le taux d'équipement global en hébergement pour personnes âgées.

L'analyse multidimensionnelle montre des corrélations fortement négatives entre ces deux types d'indicateurs.

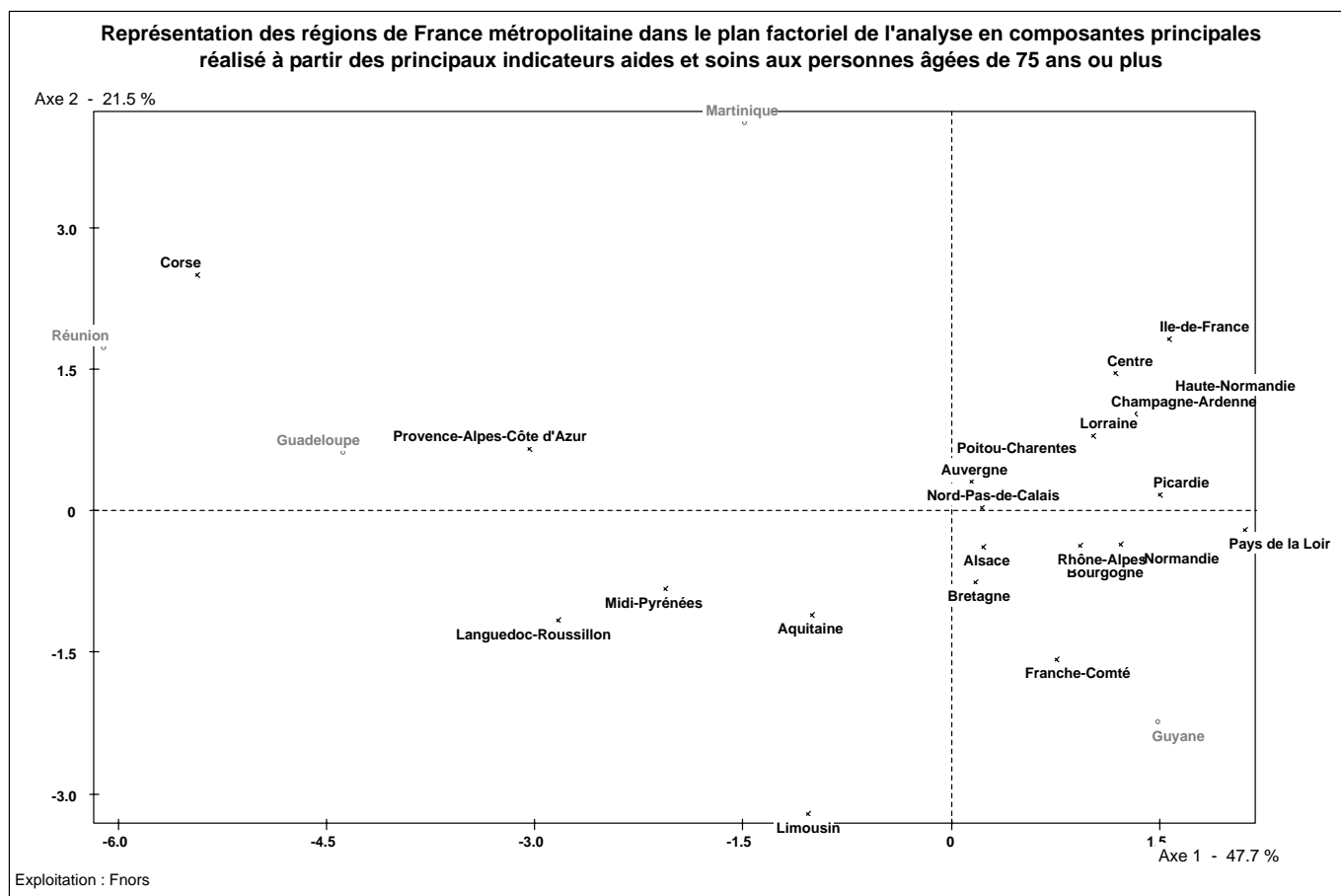
En superposant les régions sur ce premier axe, apparaît une opposition entre les régions qui ont une forte densité de professionnels de santé libéraux (omnipraticiens et infirmiers), comme la Corse et les régions du sud de la France et celles qui ont un taux d'équipement pour personnes âgées élevé (Pays de la Loire, Haute-Normandie, Picardie et Champagne-Ardenne...), tout en disposant d'une densité de professionnels de santé libéraux moins importante.

Tout se passe comme si la faible densité d'équipements était d'une certaine façon « compensée » par un réseau de professionnels plus dense.

Le taux d'équipement en Ssiad n'est corrélé avec aucun autre indicateur

Le deuxième axe d'explication est structuré principalement par le taux d'équipement en Ssiad, qui se confond d'ailleurs avec l'axe. Cette variable n'est en effet pratiquement corrélée avec aucune autre variable.

Pour cet indicateur, le Limousin est la région métropolitaine qui a le plus fort taux d'équipement, les écarts entre régions étant moins importants que pour les autres indicateurs.



Synthèse générale

Synthèse générale

Le rapprochement d'une quarantaine d'indicateurs socio-sanitaires sur le vieillissement a permis de mettre en avant les variables les plus significatives sur le plan sociodémographique, en matière d'état de santé, ou sur le plan de l'offre socio-sanitaire.

Une analyse multidimensionnelle a également été effectuée à partir de l'ensemble des variables présentées dans les trois chapitres du rapport.

De ces différentes analyses, plusieurs enseignements peuvent être tirés concernant le vieillissement et ses conséquences pour la santé dans les régions de France.

Vieillesse démographique : une réalité qui n'est pas statique

Les disparités démographiques en matière de vieillissement sont anciennes, et persistent.

Sur le plan démographique, l'analyse multidimensionnelle permet de mettre en avant des oppositions entre d'un côté des régions urbaines et jeunes et de l'autre des régions plus rurales où la proportion de personnes âgées est plus élevée.

Mais le rapport montre aussi que ces réalités ne sont pas statiques. En effet, l'augmentation de l'espérance de vie concerne tous les territoires, et plus aucune région n'échappe à la « gérontocroissance ».

Certains départements d'outre-mer connaissent ainsi une situation relativement nouvelle, avec une proportion de personnes âgées dans la population totale qui se rapproche de la moyenne métropolitaine.

La baisse de mortalité est en général plus importante dans les territoires les moins bien placés initialement

Toutes les régions ont connu une baisse de la mortalité au cours des vingt dernières années, et on observe les baisses les plus significatives dans les régions qui étaient les moins bien placées il y a vingt ans.

Ces résultats traduisent sans doute un meilleur accès aux soins des personnes de plus de 75 ans sur l'ensemble du territoire.

La densité d'infirmiers libéraux et de généralistes amorce son recul dans de nombreuses régions

Après avoir connu une très forte augmentation des effectifs médicaux, notre pays connaît actuellement un ralentissement.

En métropole, les effectifs de généralistes libéraux sont au même niveau qu'il y a dix ans, et toutes les régions métropolitaines connaissent une baisse de la densité médicale, la plus importante étant celle de l'Île-de-France (- 9 %). La situation est différente pour les infirmiers libéraux, dont les effectifs ont augmenté de 19 % en dix ans.

Mais notre étude suggère de mettre en perspective ces différents indicateurs.

Les différentes composantes de l'offre socio-sanitaire semblent complémentaires les unes des autres

L'analyse multidimensionnelle a montré que les régions qui avaient la plus forte densité de professionnels de santé (généralistes et infirmiers) étaient aussi celles qui avaient des taux d'équipement en établissements d'hébergement pour personnes âgées moins élevés.

Ainsi, dans les régions où la proportion de personnes âgées vivant à domicile est plus importante, les professionnels de santé libéraux sont plus nombreux pour répondre aux besoins de soins de ces populations.

En matière de vieillissement, il ne faut donc sans doute plus considérer les indicateurs de ressources socio-sanitaires (médecins, infirmiers, Ssiad, équipements pour personnes âgées) indépendamment les uns des autres dans la mesure où ces différentes réponses semblent étroitement complémentaires les unes des autres.

Pour finaliser cette étude, une typologie des régions en six classes a été élaborée, selon les méthodes de classification ascendante hiérarchique.

Un certain nombre d'indicateurs n'étant pas disponibles pour les Dom, ces départements n'ont pas été pris en compte pour effectuer cette typologie. Ils figurent cependant sur les axes factoriels constitutifs de l'analyse en composantes principales (ACP), effectuée sur l'ensemble des variables.

La plus forte espérance de vie mais des ressources sanitaires en recul pour l'Île-de-France

L'Île-de-France occupe une place singulière dans l'espace social français, avec une centralisation des richesses et des centres de décision administratifs et économiques dans la « région-capitale », assez singulière en

Europe. Ce particularisme se retrouve également en matière de vieillissement.

L'Île-de-France est une région jeune, particulièrement attractive pour les jeunes adultes, mais qui connaît des départs importants au moment de la retraite.

La concentration des hauts revenus y est encore plus importante que pour les autres groupes d'âges, avec un revenu médian des 75 ans ou plus supérieur de 35 % par rapport à la moyenne métropolitaine. Un paradoxe toutefois, c'est également la région métropolitaine qui a la plus faible proportion de personnes âgées propriétaires de leur logement.

En matière de santé, l'Île-de-France a l'espérance de vie à 75 ans la plus longue parmi les régions métropolitaines.

L'analyse statistique montre une image plus inattendue de la région en matière de soins de premier

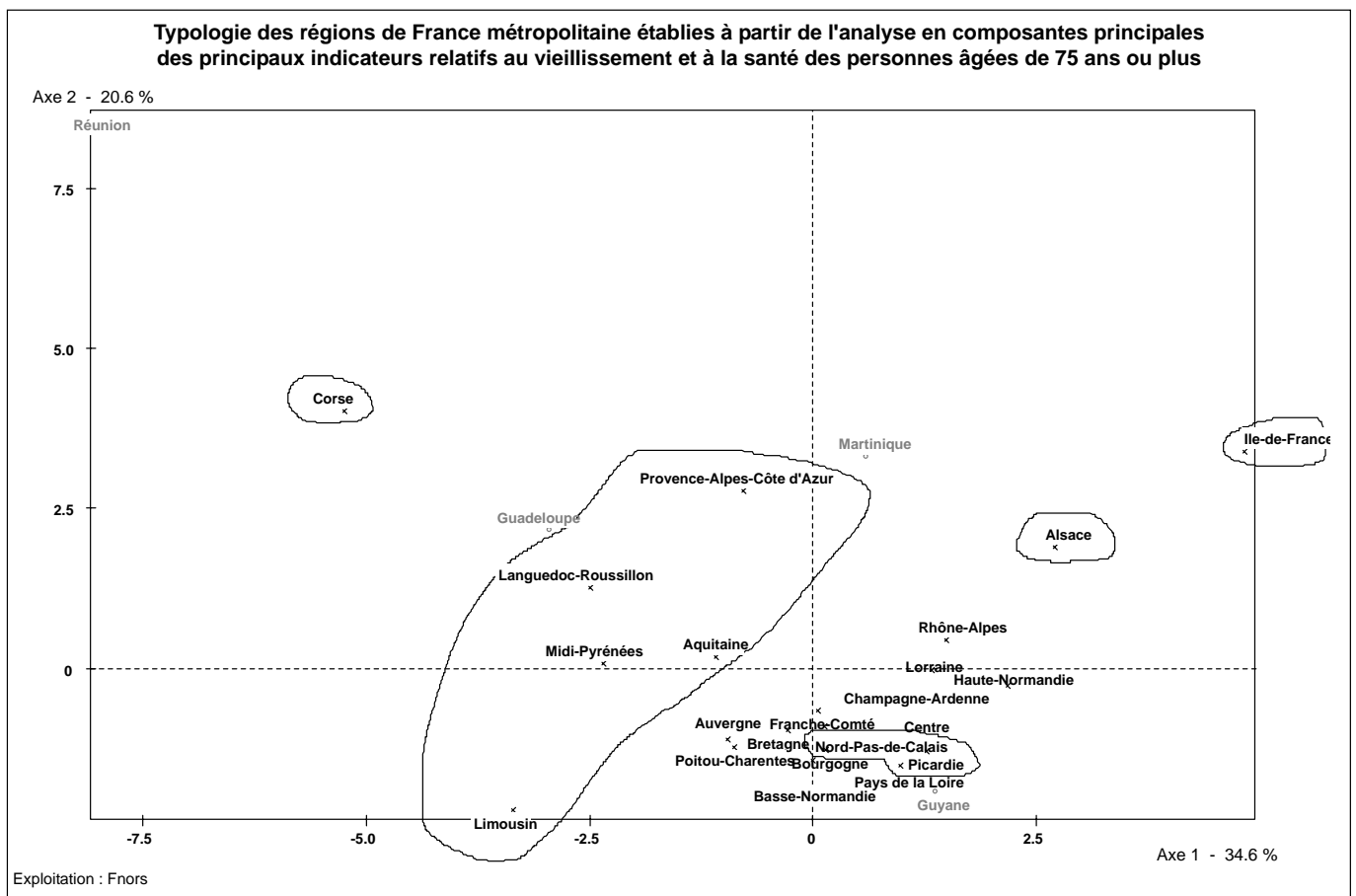
recours. En effet, l'Île-de-France a connu la plus forte baisse de densité d'omnipraticiens depuis dix ans, et elle est aujourd'hui la région métropolitaine qui a la plus faible densité de généralistes mais aussi d'infirmiers libéraux.

Il faut toutefois signaler que l'Île-de-France fait partie des régions qui ont la plus forte densité de spécialistes. Par ailleurs, le taux de recours aux soins hospitaliers est le plus élevé après celui de l'Alsace.

Le taux d'équipement en établissement pour personnes âgées est en revanche inférieur à la moyenne nationale.

Très peu d'équipements pour personnes âgées en Corse

L'analyse statistique fait ressortir également la singularité de la Corse en matière de vieillissement. Les liens familiaux insulaires donnent en effet un statut particulier aux



parents âgés au sein du groupe familial. Dans ce contexte, les maisons de retraite sont rares, la Corse étant la région métropolitaine avec le taux d'équipement le plus faible, inférieur de moitié au taux national.

Sur le plan démographique, la Corse se situe à l'opposé de l'Île-de-France avec une forte proportion de personnes âgées dans la population, en particulier en milieu rural, qui sont en même temps propriétaires de leur logement.

Seul point commun avec l'Île-de-France, le taux de recours hospitalier est plus élevé que dans les autres régions.

Sur le plan de l'offre de soins, la Corse se caractérise par une densité relativement forte de généralistes et d'infirmiers libéraux. Autre particularité de l'île, la proportion de personnes âgées bénéficiaires de l'APA est la plus élevée de métropole.

Des recours aux soins et des admissions en ALD plus fréquents en Alsace

Une troisième région métropolitaine a des caractéristiques suffisamment singulières pour constituer un espace spécifique en matière de vieillissement, l'Alsace.

Comme l'Île-de-France, il s'agit avant tout d'une région urbaine, avec une faible proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus et un niveau de vie médian élevé (le deuxième après l'Île-de-France).

En revanche, sur le plan de la mortalité, à structure par âge identique, les deux régions s'opposent, les alsaciens ayant une mortalité plus élevée que la moyenne.

L'Alsace se caractérise par une faible mortalité prématurée (avant 65 ans), mais par une mortalité plus élevée que la moyenne au-delà de cette borne, très liée semble-t-il aux pathologies cardio-vasculaires.

Les hospitalisations y sont beaucoup plus fréquentes que dans les autres régions (+ 32 % par rapport au taux moyen), de même que les admissions en affection de longue durée (+ 24 %).

Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Limousin

Ces différentes régions, qui forment un espace géographique continu, partagent de nombreuses caractéristiques socio-démographiques communes.

Elles se caractérisent notamment par une proportion plus élevée de personnes âgées de 75 ans ou plus que la moyenne métropolitaine, en particulier en milieu rural.

Les bénéficiaires de l'Apa y sont relativement nombreux.

Ces régions sont traditionnellement celles qui ont les plus fortes densités de médecins ou d'infirmiers libéraux, et dans lesquelles les établissements d'hébergement sont moins développés.

Une forte proportion de logements sans confort en Picardie, et dans le Nord - Pas-de-Calais

La Picardie et le Nord - Pas-de-Calais forment un autre espace géographique continu, et partagent plusieurs caractéristiques communes en matière de vieillissement.

La proportion de personnes âgées est nettement inférieure à la moyenne métropolitaine dans ces deux régions.

Sur le plan de l'espérance de vie, le Nord - Pas-de-Calais et la Picardie se trouvent en situation de surmortalité, pour ce groupe d'âges comme pour l'ensemble de la population.

Par ailleurs, dans ces deux régions, le pourcentage de logements sans confort est sensiblement plus élevé qu'en moyenne métropolitaine. Dans le Nord - Pas-de-Calais, la proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant dans un logement sans confort est le triple de la valeur moyenne métropolitaine, et elle est deux fois plus élevée en Picardie.

Champagne-Ardenne, Bourgogne, Basse-Normandie, Pays de la Loire, Centre, Bretagne, Franche-Comté, Rhône-Alpes, Auvergne, Poitou-Charentes, Haute-Normandie, Lorraine

Plus de la moitié des régions métropolitaines sont classées dans un dernier groupe qui, sur le plan géographique, rassemble principalement des régions de l'ouest et de l'est.

En général, la part des 75 ans ou plus est plus faible et les professionnels y sont moins nombreux. En revanche, les taux d'équipement en Ssiad sont plus élevés. Dans la plupart de ces régions, les taux d'équipement pour personnes âgées sont plus élevés que la moyenne, comme en Haute-Normandie et dans les Pays de la Loire.

Annexes

A) Définitions et précisions méthodologiques	73
B) Analyses en composantes principales	80
C) Les régions de France	85
D) Glossaire	86

A) Définitions et précisions méthodologiques

Cartographie

Les cartes de ce document présentent des taux comparatifs (ou taux standardisés) par région dont les méthodes de calcul sont précisées ci-après.

Toutes ces cartes comportent trois seuils pour les valeurs des taux, définis de la façon suivante : une classe centrale autour de la moyenne (valeur de la France métropolitaine) et des bornes à plus ou moins 10 % autour de cette moyenne. Cet écart autour de la moyenne a été réduit à 5 % dans le cas d'une faible dispersion des valeurs.

Principales évolutions sociodémographiques

Estimations localisées de population (ELP)

L'Insee procède à des estimations de population. Pour les années 1990 et 1999, ces estimations de population s'appuient sur les dénombremens issus des deux recensements de la population datant respectivement du 5 mars 1990 et du 8 mars 1999. Les estimations au 1^{er} janvier 2005 tiennent compte des résultats des enquêtes annuelles de recensement 2004 à 2006 au niveau départemental ainsi que des estimations basées sur le recensement de 1999 et mises à jour chaque année à partir des données d'État civil et de plusieurs sources administratives. Les estimations fournies pour les années 1999 à 2005 sont provisoires, en attendant la publication des résultats des cinq premières années d'enquête du recensement rénové de la population (2004 à 2008).

Au cours d'une année donnée, l'évolution de la population d'une zone géographique résulte de deux facteurs :

- le solde naturel, différence au cours de l'année entre le nombre de naissances et le nombre de décès domiciliés dans la zone géographique ;
- le solde migratoire, différence, au cours de la même année, entre le nombre de personnes venues résider dans la zone (les entrants) et le nombre de personnes qui l'ont quittée pour résider ailleurs (les sortants).

Chaque année, le solde naturel des régions et départements est déterminé grâce aux statistiques de l'État civil.

En revanche, seules des estimations permettent d'appréhender le solde migratoire.

Minimum vieillesse

Le minimum vieillesse a pour objectif de garantir un revenu minimal à toutes les personnes âgées d'au moins 65 ans (d'au moins 60 ans en cas d'inaptitude au travail) et dont les ressources sont inférieures à certains seuils (en 2005 : 599,50 € par mois pour une personne seule et 1 075,50 € par mois pour un couple).

Le minimum vieillesse est un dispositif à deux étages.

L'**allocation de premier étage** garantit à une personne âgée un revenu minimum, égal au montant de l'AVTS (allocation aux vieux travailleurs salariés), soit un montant mensuel de 246,40 € par mois en 2005. En règle générale, la personne âgée dispose d'une retraite, de droit direct ou de réversion. Si le montant de cet avantage est inférieur à l'AVTS, il peut solliciter auprès de sa caisse de retraite une majoration de pension pour parvenir au niveau de l'AVTS.

L'**allocation supplémentaire** permet d'atteindre le montant du minimum vieillesse.

Pour en savoir plus : L'allocation supplémentaire du minimum vieillesse - Bénéficiaires au 31 décembre 2005. Drees, Document de travail Série Statistiques n°105, décembre 2006

Niveau de vie

Le niveau de vie est le revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation (UC).

Projections de population Omphale

Les projections de population 2005-2050 établies par l'Insee pour la France métropolitaine ont, pour point de départ, la population par sexe et âge au 1^{er} janvier 2005. Elles simulent chaque année le nombre d'hommes et de femmes de chaque âge sur la base d'hypothèses sur l'évolution des trois composantes des variations de population (méthodes des composantes) : fécondité, mortalité et migrations. D'une année sur l'autre, la population évolue en fonction des décès, des naissances et des mouvements migratoires (émigration et immigration).

Les projections commentées ici ont été élaborées avec les hypothèses du scénario dit "**central**" :

- les taux de fécondité par âge de chaque région sont maintenus à leur niveau de 2005 ;
- la mortalité baisse dans chaque région au même rythme qu'en France métropolitaine ;
- les quotients migratoires, calculés entre 1990 et 2005, sont maintenus sur toute la période de projection.

Recensement de la population (RP)

Le recensement de la population a pour objectif le dénombrement des logements et de la population résidant en France et la connaissance de leurs principales caractéristiques : sexe, âge, activité, professions exercées, caractéristiques des ménages, taille et type de logement, modes de transport, déplacements quotidiens.

Institué en 1801, le recensement s'est déroulé tous les 5 ans jusqu'en 1936. De 1946 à 1999, les intervalles intercensitaires ont varié de 6 à 9 ans. Depuis janvier 2004, le comptage traditionnel est remplacé par des enquêtes de recensement annuelles.

Les communes de moins de 10 000 habitants continuent d'être recensées exhaustivement, comme lors des précédents recensements mais une fois tous les 5 ans au lieu de tous les 8 ou 9 ans.

Les communes de 10 000 habitants ou plus font désormais l'objet d'une enquête annuelle auprès d'un échantillon de 8 % de la population, dispersé sur l'ensemble de leur territoire. Au bout de 5 ans, tout le territoire de ces communes est pris en compte et les résultats du recensement sont calculés à partir de l'échantillon de 40 % de leur population ainsi constitué.

À partir de la fin de l'année 2008, à l'issue des cinq premières enquêtes de recensement, l'Insee publiera pour la première fois la population légale de chaque commune, puis, à partir de 2009, les résultats statistiques complets sur les habitants et leurs logements. Jusqu'à la publication du premier décret d'authentification des populations légales issues du recensement rénové, les populations authentifiées en 1999 (ou à la suite de recensements complémentaires) restent en vigueur.

Revenu disponible

Le revenu disponible d'un ménage comprend le revenu d'activité, les pensions de retraite et les indemnités de chômage, les revenus du patrimoine, les transferts provenant d'autres ménages et les prestations sociales.

Revenu fiscal

Le revenu fiscal est la somme des revenus déclarés au titre de l'IRPP (impôt sur le revenu des personnes physiques) avant tout abattement. Les revenus non imposables (livret A, codevi, plan d'épargne logement, prestations sociales défiscalisées...) en sont exclus.

Le revenu fiscal du ménage comprend les différents foyers fiscaux répertoriés au sein d'une même résidence principale. Dans un couple concubin où chacun remplit sa déclaration de revenus, les deux foyers fiscaux forment un seul ménage fiscal.

La **médiane** est la valeur qui partage la population en deux parties de même effectif lorsque l'on trie celle-ci par valeurs ordonnées de la variable considérée. Il y a donc autant d'unités dont la valeur de la variable est inférieure à la médiane que d'unités pour lesquelles elle est supérieure. Ainsi, le revenu fiscal médian est tel que la moitié des personnes ont un revenu moins élevé et que l'autre moitié ont un revenu plus élevé que la valeur de ce revenu médian.

Unité de consommation

Le nombre d'UC (unité de consommation) dans un ménage est évalué en appliquant un coefficient à chaque membre du ménage : 1 pour l'allocataire, 0,5 pour son conjoint et pour chaque enfant de plus de 14 ans, 0,3 par enfant de moins de 14 ans. On ajoute à ce total 0,2 quand il s'agit d'une famille monoparentale. Le revenu fiscal par unité de consommation permet des comparaisons qui tiennent compte de la composition des ménages, des économies d'échelle étant liées à la vie commune.

Zonage en aires urbaines (ZAU)

Le zonage en aires urbaines (ZAU) décline le territoire en quatre catégories. La première représente l'espace à dominante rurale qui comprend à la fois des petites unités urbaines et des communes rurales. Les trois autres constituent l'espace à dominante urbaine : ce sont les pôles urbains, les couronnes périurbaines et les communes multipolarisées.

L'**espace à dominante rurale**, ou espace rural, regroupe l'ensemble des petites unités urbaines et communes rurales n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine (pôles urbains, couronnes périurbaines et communes multipolarisées). Cet espace est très vaste, il représente 70 % de la superficie totale et les deux tiers des communes.

Le **pôle urbain** est une unité urbaine offrant au moins 5 000 emplois et qui n'est pas située dans la couronne périurbaine d'un autre pôle urbain.

La **couronne périurbaine** recouvre l'ensemble des communes de l'aire urbaine à l'exclusion de son pôle urbain.

Une **commune multipolarisée** est une commune rurale ou une unité urbaine située hors d'une aire urbaine, dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans plusieurs aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant.

Affection de longue durée (ALD)

Le nombre d'admissions en ALD dénombre les personnes (assurés et ayants droit) ayant été reconnues pour la première fois par l'Assurance maladie, au cours d'une période choisie, comme atteintes d'une affection de longue durée, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis du haut comité médical. La liste actuelle comporte 30 affections ou groupe d'affections (ALD30). Ces personnes bénéficient d'une limitation ou d'une suppression du ticket modérateur pour les soins en rapport avec cette affection.

Le présent rapport utilise également un certain nombre d'indicateurs sur le nombre total (prévalence) de personnes ayant une ALD reconnue par l'assurance maladie, pour une pathologie donnée.

Mises en garde

Le nombre d'admissions correspond aux avis favorables des médecins-conseils (du régime concerné), pour les premières demandes d'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée une année donnée. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité, le nombre total de personnes reconnues pour une ALD donnée étant systématiquement inférieur à la morbidité réelle de cette pathologie. Les principales causes de sous-déclaration sont les suivantes :

- le patient peut-être atteint d'une des 30 maladies de la liste des ALD, mais ne pas correspondre aux critères médicaux de sévérité ou d'évolutivité exigés,
- le patient peut ne pas demander à être exonéré pour des raisons personnelles (assurance complémentaire satisfaisante, souci de confidentialité),
- le patient peut déjà être exonéré du ticket modérateur à un autre titre (précédente affection exonérante, invalidité...) et donc ne pas faire l'objet d'une demande d'un médecin traitant pour une nouvelle ALD,
- les médecins conseils peuvent ne pas individualiser une affection nouvelle pour un patient déjà exonéré au titre d'une ALD connexe partageant les mêmes mécanismes physiopathologiques (par exemple, infarctus du myocarde considéré comme complication chez un coronarien).

Par ailleurs, des considérations d'ordre socio-économique peuvent également intervenir dans l'exhaustivité du recueil : il est probable que les personnes économiquement défavorisées (ou leur médecin traitant) sollicitent de façon plus fréquente et plus précoce l'exonération du ticket modérateur pour ALD. C'est la raison pour laquelle les incidences de morbidité calculées à partir des données d'ALD doivent plutôt être considérées comme des incidences « médico-sociales ».

Il faut enfin préciser que ces écarts ne sont pas systématiques et homogènes pour chacune des 30 affections de la liste. Selon l'âge de la survenue de la pathologie, selon la fréquence d'association de cette pathologie avec d'autres, le défaut sera plus ou moins important.

Malgré ces imperfections dont il faut tenir compte dans les interprétations et les commentaires, les ALD constituent aujourd'hui une source d'information primordiale sur la morbidité en France.

Taux comparatif d'admissions en affection de longue durée

Le taux standardisé (ou taux comparatif) est exprimé dans ce document en nombre d'admissions pour 1 000 personnes. Il correspond au taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (population de France métropolitaine au RP90, deux sexes confondus). Le taux est calculé sur l'année 2005.

Il concerne les admissions en affection de longue durée (ALD), pour le régime principal, le régime des professions indépendantes et le régime agricole. Ces données correspondent aux nouvelles admissions en ALD30 au sein des trois régimes d'assurance maladie pour l'année étudiée. L'unité statistique de ce dénombrement est la pathologie, un bénéficiaire pouvant avoir plusieurs pathologies. Dans les calculs, le bénéficiaire est ainsi comptabilisé autant de fois qu'il a d'exonérations pour des pathologies différentes de la liste des ALD30.

Sources

- Les données ALD sont fournies par les trois principaux régimes d'assurance maladie :
- Cnamts : régime général
- RSI : régime des professions indépendantes
- CCMSA : régime agricole
- Insee pour la population de référence : population de la France métropolitaine, deux sexes confondus, au RP 90.
- Insee pour le calcul des taux par âge : en principe on utilise la population estimée en milieu de période. C'est-à-dire pour 2005 : (estimation au 1^{er} janvier 2005 + estimation au 1^{er} janvier 2006)/2. Mais au moment de la conception de ce document les estimations de populations au 1^{er} janvier 2006 n'étant pas disponibles, il s'agit de la population estimée au 1^{er} janvier 2005.

Méthodes de calcul

$$\text{Taux comparatif d'admissions en ALD} = \sum_{i=1}^4 PiTi$$

4 : le nombre de classes d'âge considérées : 75-79 ans, 80-84 ans, 85-89 ans et 90 ans et plus

i : l'indice de la classe d'âge considérée

Pi : la part de la classe d'âge *i* dans la population de référence

(population de la classe d'âge *i* / population totale)

Quels que soient la région et le motif d'admission en ALD considéré, la population de référence est la population de la France métropolitaine au RP 90, deux sexes confondus.

Ti : le taux spécifique d'admission observé dans la région pour la classe d'âge *i*

(nombre annuel d'ALD de la classe d'âge / population de la classe d'âge)

Les populations utilisées sont les populations estimées au 1^{er} janvier 2005 (voir sources).

Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance (ou à l'âge 0) représente la durée de vie moyenne - autrement dit l'âge moyen au décès - d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge. Elle est un cas particulier de l'espérance de vie à l'âge "X".

L'espérance de vie "à 75 ans" représente, pour une année donnée, l'âge moyen au décès des individus d'une génération fictive de personnes âgées de 75 ans ou plus qui auraient, pour chaque année d'âge, la probabilité de décéder observée cette année-là au même âge. Autrement dit, elle est le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de 75 ans (ou durée de survie moyenne à 75 ans), dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

Paquid

L'étude Paquid (Personnes Agées QUID) est une étude de cohorte sur le vieillissement fonctionnel et cérébral menée en Gironde et en Dordogne depuis 1988. Les objectifs de cette étude sont d'estimer la prévalence (fréquence à un moment donné) et l'incidence (apparition des nouveaux cas) de la démence, en particulier de la maladie d'Alzheimer, d'identifier des facteurs de risque de la détérioration cognitive, de décrire les modalités d'évolution vers la dépendance, et d'identifier les trajectoires évolutives associées avec diverses conditions médicales et psychosociales.

Prévalence (%) des démences, et en particulier de la maladie d'Alzheimer chez les plus de 75 ans, en fonction de l'âge et du sexe

	Ensemble des démences			Alzheimer		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
75-79 ans	7,7	5,7	6,5	4,6	3,7	4,1
80-84 ans	12,5	16,6	15,1	9,6	15,3	13,2
85-89 ans	22,9	29,9	27,6	15,2	23,8	21,0
90 ans et plus	27,0	52,8	47,0	21,6	46,5	40,9
Total	13,2	20,5	17,8	9,1	17,2	14,2

Source : PAQUID suivi à 10 ans (n=1461)

Pathologies et problèmes de santé

Les pathologies décrites dans cette étude ont été sélectionnées pour leur fréquence, soit en termes de mortalité et de morbidité (maladies cardio-vasculaires, tumeurs, maladies respiratoires et démences), soit en termes de fréquence de prise en charge dans le milieu hospitalier (chute, cataracte).

Libellé	Codes CIM-10
Maladies cardio-vasculaires	I00-I99
Tumeurs	C00-C97
Maladies respiratoires	J00-J99
Troubles mentaux organiques et maladie d'Alzheimer	F00-F09, G30
Chutes (cause de décès)	W00-W19, X59 en cause initiale avec S72 en cause associée
Lésions traumatiques (diagnostic principal de séjour hospitalier)	S00-T32
Cataracte (diagnostic principal de séjour hospitalier)	H25, H26, H28.0 à H28.2

Taux comparatif de mortalité

Définition

Le taux standardisé (ou taux comparatif) de mortalité est exprimé dans ce document en nombre de décès pour 1 000 habitants. Il correspond au taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (population France métropolitaine au recensement de la population de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs

éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les données recueillies, entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les unités géographiques retenues. Le taux est calculé sur une période triennale : 2002-2004.

Sources

- Inserm CépiDc pour le nombre de décès

C'est le service CépiDc de l'Inserm qui fournit les statistiques de décès en France par cause (principale ou associées) établies à partir des certificats de décès et de données de l'Insee. Les pathologies sont codées d'après la classification internationale des maladies dans sa 9^e révision (CIM 9) avant 2000 et dans sa 10^e révision (CIM 10) depuis.

- Insee pour la population de référence : population de la France métropolitaine, deux sexes confondus, au RP 90.

- Insee pour le calcul des taux par âge : on utilise la population estimée en milieu de période. C'est-à-dire pour 2002-2004 : (estimation au 1^{er} janvier 2003 + estimation au 1^{er} janvier 2004)/2

Méthodes de calcul

$$\text{Taux comparatif de mortalité} = \sum_{i=1}^4 P_i T_i$$

4 : le nombre de classes d'âge considérées : 75-79 ans, 80-84 ans, 85-89 ans et 90 ans et plus

i : l'indice de la classe d'âge considérée

P_i : la part de la classe d'âge i dans la population de référence

(population de la classe d'âge i / population totale)

Quelles que soient la région et la cause de décès considérée, la population de référence est la population de la France métropolitaine au RP90, deux sexes confondus.

T_i : le taux spécifique de décès observé dans la région pour la classe d'âge i

(nombre moyen annuel de décès de la classe d'âge / population de la classe d'âge)

Les populations utilisées sont, quelle que soit la période considérée, les populations estimées en milieu de période (voir sources).

Taux comparatif de séjours hospitaliers

Définition

Le taux standardisé (ou taux comparatif) est exprimé dans ce document en nombre de séjours hospitaliers (en médecine, chirurgie, obstétrique) pour 1 000 personnes. Il correspond au taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (population de France métropolitaine au RP 90, deux sexes confondus). Le taux est calculé sur l'année 2005.

Sources

- Atih : agence technique de l'information sur l'hospitalisation. La base établie par l'Atih rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés participant au PMSI qui présente une mesure médico-économique de l'activité hospitalière. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. Ce sont les données de diagnostic principal qui sont utilisées ici pour classer les séjours par pathologies.

- Insee pour la population de référence : la population de la France métropolitaine, deux sexes confondus, au RP de 1990.

- Insee pour le calcul des taux par âge : en principe on utilise la population estimée en milieu de période. C'est-à-dire pour 2005 : (estimation au 1^{er} janvier 2005 + estimation au 1^{er} janvier 2006)/2. Mais au moment de la conception de ce document les estimations de populations au 1^{er} janvier 2006 n'étant pas disponibles, il s'agit de la population estimée au 1^{er} janvier 2005.

Précisions

- L'unité de compte est le séjour en soins de courte durée MCO et non le patient.

- Les nouveau-nés restés auprès de leur mère n'ayant, de ce fait, pas donné lieu à l'ouverture d'un dossier administratif (dits « nouveau-nés non hospitalisés ») sont exclus.

- Les venues pour des traitements réalisés en séances (chimiothérapies, radiothérapies...) sont exclues.

Méthode de calcul

$$\text{Taux comparatif de séjours hospitaliers} = \sum_{i=1}^4 P_i T_i$$

4 : le nombre de classes d'âge considérées : 75-79 ans, 80-84 ans, 85-89 ans et 90 ans et plus

i : l'indice de la classe d'âge considérée

P_i : la part de la classe d'âge i dans la population de référence

(population de la classe d'âge i / population totale)

Quelle que soit la région et le diagnostic principal considéré, la population de référence est la population de la France métropolitaine au RP 90, deux sexes confondus.

T_i : le taux spécifique d'hospitalisation observé dans la région pour la classe d'âge i

(nombre annuel de séjours hospitaliers de la classe d'âge / population de la classe d'âge)

Les populations utilisées sont les populations estimées au 1^{er} janvier 2005 (voir sources).

Aides et soins

Actifs à part entière (APE)

Les médecins APE, actifs à part entière, sont les médecins conventionnés ayant exercé pendant l'année entière et âgés de moins de 65 ans. Les médecins hospitaliers temps plein ayant un exercice libéral ne font pas partie des médecins APE.

Allocation personnalisée à l'autonomie (APA)

L'Apa est une aide financière attribuée aux personnes qui en font la demande sous conditions de résidence, d'âge (60 ans ou plus) et de dépendance (classées en Gir 1 à 4 selon la grille Aggir - voir définition ci-dessous). Elle est versée, soit directement aux services prestataires d'aide à domicile ou à la personne recrutée par la personne âgée (pour l'Apa à domicile), soit directement à l'établissement qui prend en charge la personne âgée (pour l'Apa en établissement). Aucun plafond de ressources n'est fixé, les revenus du demandeur déterminent le montant de la participation restant à la charge du bénéficiaire de l'Apa.

Aggir

La grille nationale Aggir (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) constitue un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens.

L'évaluation se fait sur la base de dix-sept variables :

- **dix variables dites "discriminantes"** se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sont utilisées pour le calcul du Gir (groupe iso-ressources) : cohérence - orientation - toilette - habillage - alimentation - élimination - transferts (se lever, se coucher, s'asseoir) - déplacement à l'intérieur - déplacement à l'extérieur - communication à distance ;

- **sept variables dites "illustratives"**, concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, n'entrent pas dans le calcul du Gir mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide : gestion personnelle de son budget et de ses biens - cuisine - ménage - transports - achats - suivi du traitement - activités de temps libre.

Chaque variable possède trois modalités : A : fait seul les actes quotidiens ; B : fait partiellement ; C : ne fait pas.

Les personnes âgées qui sollicitent le bénéfice de l'Apa, sont classées dans les six groupes iso-ressources que compte la grille nationale, en fonction des aides à la personne ou techniques commandées par leur état. Ainsi :

- **le groupe iso-ressources 1** comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;

- **le groupe iso-ressources 2** concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer ;

- **le groupe iso-ressources 3** réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle ;

- **le groupe iso-ressources 4** intègre les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas ;

- **le groupe iso-ressources 5** comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;

- **le groupe iso-ressources 6** réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Seuls les quatre premiers Gir de la grille nationale ouvrent droit à l'Apa, que les bénéficiaires se trouvent à domicile ou en établissement, à condition qu'ils répondent aux critères d'âge et de résidence.

Les personnes âgées classées en Gir 5 et 6 peuvent néanmoins prétendre au versement des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

Aide ménagère à domicile (AMD)

L'AMD est une aide financière pour rémunérer une partie du salaire de l'aide ménagère. Elle est accordée aux personnes âgées de 65 ans ou plus (ou 60 ans en cas d'incapacité au travail), qui sont classées en Gir 1 à 4 et ne peuvent bénéficier de l'Apa, dont la situation motive une aide à domicile en raison de leur isolement géographique ou familial, de leur grand âge ou d'une situation sociale particulièrement fragile et qui rencontrent des difficultés à accomplir certains actes quotidiens nécessaires à leur maintien à domicile. Si le niveau de ressources ne dépasse pas le minimum vieillesse, la personne âgée peut bénéficier de l'AMD au titre de l'Aide sociale, sinon par sa caisse de retraite avec une participation financière variant selon les revenus.

Système national inter-régimes (Snir)

Le Snir, mis en place par la Cnamts, rassemble les données concernant l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les caisses des différents régimes pour les risques maladie, maternité et accident du travail.

Les remboursements effectués auprès de l'ensemble des régimes d'Assurance maladie sont intégrés dans le Snir, à l'exception de ceux provenant de certains régimes particuliers (militaires, port autonome de Bordeaux...), qui représentent moins de 2 % de l'ensemble. Ce système permet de disposer, pour chaque professionnel de santé des caractéristiques individuelles (âge, sexe, mode d'activité, secteur conventionnel, lieu d'exercice), des dénombrements d'actes, des prescriptions et des honoraires perçus. Il permet l'établissement de relevés d'honoraires individuels (relevé individuel d'activité des praticiens - Riap), la surveillance de l'application des mesures conventionnelles, et la connaissance de la consommation médicale présentée au remboursement.

B) Analyses en composantes principales

L'analyse en composantes principales (ACP) s'applique à des tableaux croisant des individus et des variables quantitatives. Dans cette étude, les individus sont les régions françaises et les variables quantitatives sont les indicateurs sociodémographiques, d'état de santé et d'aides et soins aux personnes âgées.

L'ACP permet :

- de mettre en évidence les corrélations pouvant exister entre ces indicateurs ;
- d'évaluer les "ressemblances" entre régions qui possèdent des valeurs proches pour l'ensemble des variables ou pour certaines d'entre elles ;
- de dresser une typologie des régions à partir de ces informations.

Les variables

Les résultats d'une ACP peuvent être représentés à l'aide d'un plan factoriel à "n" dimensions (la valeur n correspondant au nombre d'axes nécessaires pour représenter la dispersion des données). L'importance d'un axe se mesure par le pourcentage d'inertie qui lui est associé, c'est-à-dire le rapport entre l'inertie associée au facteur (ou valeur propre) et l'inertie totale du nuage étudié. Le pourcentage d'inertie associé à un axe indique la qualité de la représentation du nuage par l'axe. C'est pourquoi, on s'intéresse généralement aux axes dont le pourcentage d'inertie est élevé.

Les angles entre les variables étant déformés par la projection, on limite l'étude des plans factoriels aux variables bien représentées (c'est-à-dire dont l'image est proche du cercle de corrélation). De même, on s'intéresse plus spécialement aux régions éloignées de l'origine des axes. C'est pourquoi, seules les variables fortement corrélées aux axes sont représentées sur les graphiques.

Dans ce rapport, ne sont représentés que les deux premiers axes du plan factoriel qui représentent, selon les cas, 70 % de l'inertie totale (indicateurs sociodémographiques), 58 % (indicateurs de santé), 69 % (aides et soins), 56 % (synthèse générale). Plus ce pourcentage est élevé, meilleure est la qualité de la représentation par les deux premiers axes.

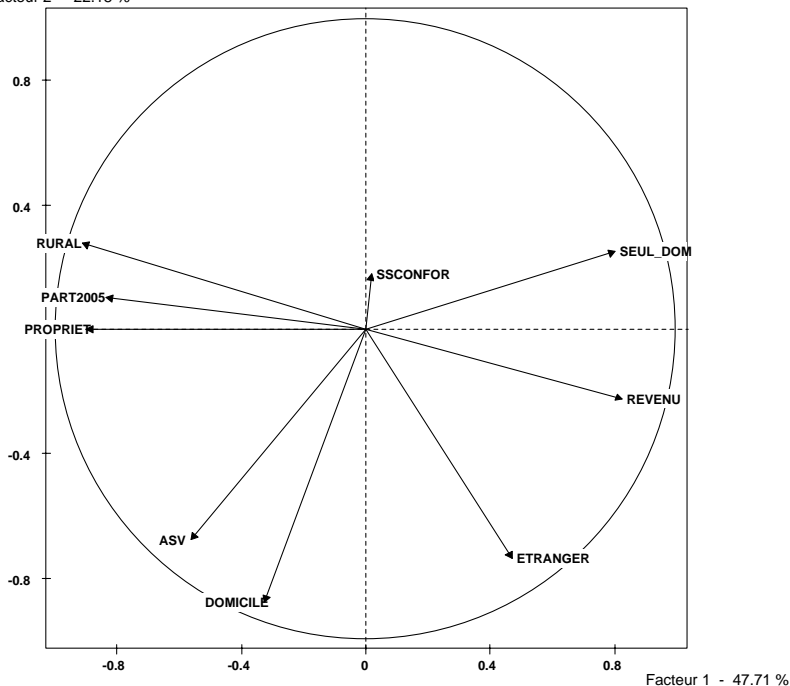
Cette visualisation graphique permet de regrouper visuellement les variables liées entre elles (les variables très corrélées positivement sont situées du même côté d'un axe). Elle permet également d'identifier visuellement les liaisons interrégionales pour chaque axe (car les régions situées du même côté d'un axe sont proches et les régions situées de part et d'autre de l'origine s'opposent pour cet axe).

Les graphiques des variables et des individus peuvent être étudiés simultanément. En effet, une région se situe du côté des variables pour lesquelles elle a de fortes valeurs et à l'opposé des variables pour lesquelles elle a de faibles valeurs. Cette étude conjointe des deux types de graphiques permet de trouver pour chaque axe un dénominateur qui relie à la fois les variables situées du même côté d'un axe et oppose les variables situées de part et d'autre de l'origine. On obtient ainsi la signification des axes factoriels.

Principales évolutions sociodémographiques

Plan factoriel

Facteur 2 - 22.18 %



Légende :

PART 2005 : part des 75 ans ou plus dans la population totale au 01-01-2005

RURAL : proportion de 75 ans ou plus vivant en zone rurale

ETRANGER : proportion de 75 ans ou plus de nationalité étrangère

DOMICILE : proportion de 75 ans ou plus vivant à domicile

SEUL_DOM : poportion de 75 ans ou plus vivant seules à domicile (parmi celles vivant à domicile)

SSCONFOR : proportion de 75 ans ou plus vivant dans un logement sans confort

PROPRIET : proportion de 75 ans ou plus propriétaires de leur logement

REVENU : revenu médian par unité de consommation parmi les ménages dont le référent fiscal est âgé de 75 ans ou plus

ASV : proportion de bénéficiaires de l'allocation supplémentaire vieillesse parmi les 65 ans ou plus

Corrélations des variables actives avec les axes

Libellé de la variable	Axe 1	Axe 2
PART2005	-0,83 **	0,10
RURAL	-0,91 **	0,28
ETRANGER	0,47 *	-0,74 **
DOMICILE	-0,33	-0,88 **
SEUL_DOM	0,80 **	0,25
SSCONFOR	0,02	0,18
PROPRIET	-0,90 **	0,00
REVENU	0,82 **	-0,22
ASV	-0,56 **	-0,67 **

* significatif au seuil de 5 %

** significatif au seuil de 1 %

Tableau des valeurs propres des axes

Numéro	Valeur propre	Pourcentage	Pourcentage cumulé
1	4,29	47,71	47,71
2	2,00	22,18	69,90
3	1,16	12,90	82,80
4	0,55	6,07	88,87
5	0,36	3,98	92,85
6	0,29	3,19	96,03
7	0,21	2,31	98,34
8	0,08	0,93	99,27
9	0,07	0,73	100,00

Tableau des corrélations entre indicateurs

	PART2005	RURAL	ETRANGER	DOMICILE	SEUL_DOM	SSCONFOR	PROPRIET	REVENU	ASV
PART2005	1,00								
RURAL	0,80 **	1,00							
ETRANGER	-0,42	-0,60 **	1,00						
DOMICILE	0,20	0,05	0,43 *	1,00					
SEUL_DOM	-0,62 **	-0,63 **	0,08	-0,36	1,00				
SSCONFOR	-0,19	-0,08	-0,16	0,03	0,12	1,00			
PROPRIET	0,66 **	0,83 **	-0,42	0,30	-0,67 **	0,01	1,00		
REVENU	-0,61 **	-0,75 **	0,48 *	-0,08	0,62 **	-0,25	-0,67 **	1,00	
ASV	0,30	0,30	0,06	0,78 **	-0,50 *	-0,06	0,48 *	-0,33	1,00

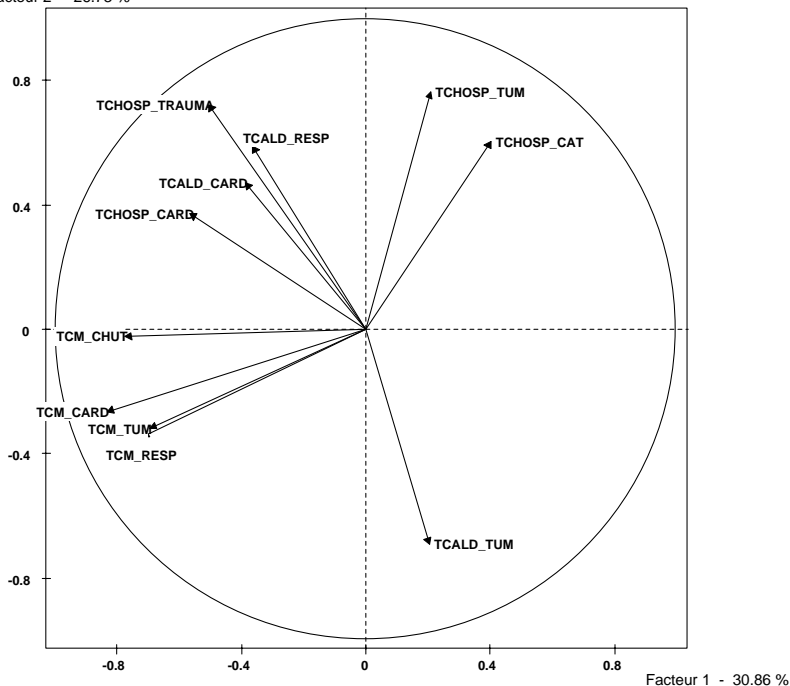
* significatif au seuil de 5 %

** significatif au seuil de 1 %

Etat de santé et pathologies

Plan factoriel

Facteur 2 - 26.73 %



Légende :

TCM_CARD : taux comparatif de mortalité par maladie cardio-vasculaire chez les 75 ans ou plus

TCALD_CARD : taux comparatif d'admissions en ALD pour maladie cardio-vasculaire chez les 75 ans ou plus

TCHOSP_CARD : taux comparatif de séjours hospitaliers pour maladie cardio-vasculaire chez les 75 ans ou plus

TCM_TUM : taux comparatif de mortalité par tumeur maligne chez les 75 ans ou plus

TCALD_TUM : taux comparatif d'admissions en ALD pour tumeur maligne chez les 75 ans ou plus

TCHOSP_TUM : taux comparatif de séjours hospitaliers pour tumeur maligne chez les 75 ans ou plus

TCM_RESP : taux comparatif de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire chez les 75 ans ou plus

TCALD_RESP : taux comparatif d'admissions en ALD pour maladie de l'appareil respiratoire chez les 75 ans ou plus

TCM_CHUT : taux comparatif de mortalité par chute accidentelle chez les 75 ans ou plus

TCHOSP_TRAUMA : taux comparatif de séjours hospitaliers pour lésion traumatique chez les 75 ans ou plus

TCHOSP_CAT : taux comparatif de séjours hospitaliers pour cataracte chez les 75 ans ou plus

Corrélations des variables actives avec les axes

Libellé de la variable	Axe 1	Axe 2
TCM_CARD	-0,83 **	-0,27
TCALD_CARD	-0,39	0,47 *
TCHOSP_CARD	-0,57 **	0,37
TCM_TUM	-0,69 **	-0,32
TCALD_TUM	0,20	-0,69 **
TCHOSP_TUM	0,21	0,76 **
TCM_RESP	-0,72 **	-0,35
TCALD_RESP	-0,37	0,59 **
TCM_CHUT	-0,77 **	-0,02
TCHOSP_TRAUMA	-0,51 *	0,72 **
TCHOSP_CAT	0,40	0,60 **

* significatif au seuil de 5 %
** significatif au seuil de 1 %

Tableau des valeurs propres des axes

Numéro	Valeur propre	Pourcentage	Pourcentage cumulé
1	3,39	30,86	30,86
2	2,94	26,73	57,60
3	1,34	12,22	69,82
4	1,04	9,42	79,24
5	0,85	7,71	86,95
6	0,62	5,68	92,63
7	0,34	3,13	95,76
8	0,19	1,74	97,50
9	0,13	1,20	98,70
10	0,08	0,73	99,42
11	0,06	0,58	100,00

Tableau des corrélations entre indicateurs

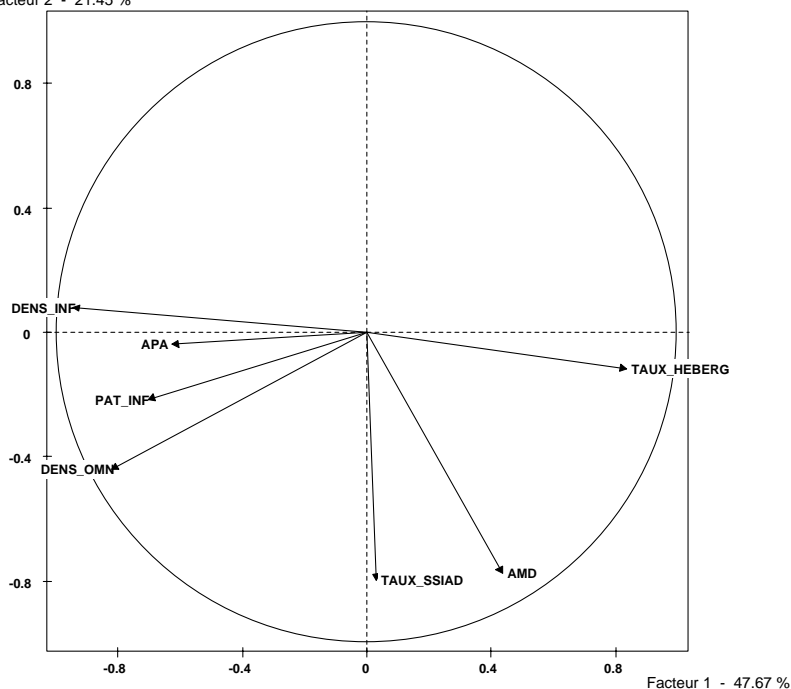
	TCM_CARD	TCALD_CARD	TCHOSP_CARD	TCM_TUM	TCALD_TUM	TCHOSP_TUM	TCM_RESP	TCALD_RESP	TCM_CHUT	TCHOSP_TRAUMA	TCHOSP_CAT
TCM_CARD	1,00										
TCALD_CARD	0,27	1,00									
TCHOSP_CARD	0,25	0,16	1,00								
TCM_TUM	0,66 **	0,31	0,37	1,00							
TCALD_TUM	-0,05	-0,07	-0,21	0,28	1,00						
TCHOSP_TUM	-0,53 *	0,22	0,30	-0,21	-0,38	1,00					
TCM_RESP	0,64 **	-0,19	0,34	0,46 *	-0,09	-0,42	1,00				
TCALD_RESP	0,20	0,60 **	0,33	-0,03	-0,29	0,25	0,05	1,00			
TCM_CHUT	0,54 *	0,30	0,18	0,40	-0,24	-0,12	0,50 *	0,23	1,00		
TCHOSP_TRAUMA	0,19	0,38	0,60 **	0,05	-0,71 **	0,41	0,14	0,37	0,39	1,00	
TCHOSP_CAT	-0,28	0,20	-0,08	-0,36	-0,35	0,34	-0,41	0,23	-0,49 *	0,16	1,00

* significatif au seuil de 5 %
** significatif au seuil de 1 %

Aides et soins

Plan factoriel

Facteur 2 - 21.45 %



Légende :

APA : proportion de bénéficiaires de l'Aide à l'autonomie parmi les 75 ans ou plus

AMD : proportion de bénéficiaires de l'Aide ménagère à domicile parmi les 65 ans ou plus

PAT_INF : part des 70 ans ou plus parmi la patientèle des infirmiers libéraux

DENS_OMN : nombre d'omnipraticiens libéraux pour 100 000 habitants

DENS_INF : nombre d'infirmiers libéraux pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus

TAUX_SSIAD : nombre de places en Ssiad pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus

TAUX_HEBERG : nombre de lits en structure d'hébergement pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus

Corrélations des variables actives avec les axes

Libellé de la variable	Axe 1	Axe 2
APA	-0,63 **	-0,04
AMD	0,44 *	-0,78 **
PAT_INF	-0,70 **	-0,22
DENS_OMN	-0,82 **	-0,44 *
DENS_INF	-0,95 **	0,08
TAUX_SSIAD	0,03	-0,80 **
TAUX_HEBERG	0,83 **	-0,12

* significatif au seuil de 5 %

** significatif au seuil de 1 %

Tableau des valeurs propres des axes

Numéro	Valeur propre	Pourcentage	Pourcentage cumulé
1	3,34	47,67	47,67
2	1,50	21,45	69,12
3	1,04	14,90	84,02
4	0,53	7,55	91,58
5	0,29	4,13	95,70
6	0,18	2,55	98,25
7	0,12	1,75	100,00

Tableau des corrélations entre indicateurs

	APA	AMD	PAT_INF	DENS_OMN	DENS_INF	TAUX_SSIAD	TAUX_HEBERG
APA	1,00						
AMD	-0,31	1,00					
PAT_INF	0,17	-0,04	1,00				
DENS_OMN	0,40	0,01	0,70 **	1,00			
DENS_INF	0,57 **	-0,43 *	0,63 **	0,73 **	1,00		
TAUX_SSIAD	0,17	0,40	-0,10	0,22	-0,12	1,00	
TAUX_HEBERG	-0,41	0,47 *	-0,41	-0,59 **	-0,75 **	0,00	1,00

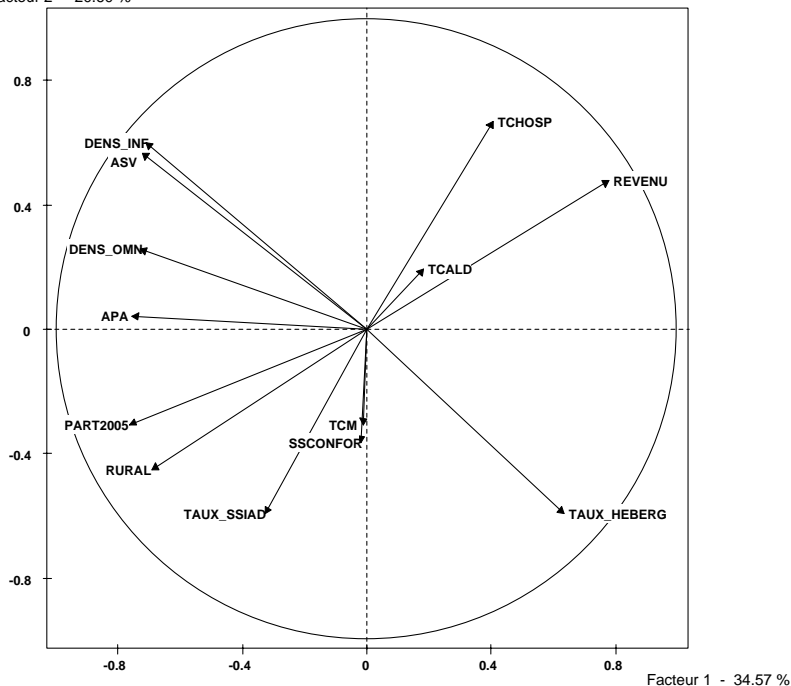
* significatif au seuil de 5 %

** significatif au seuil de 1 %

Synthèse générale

Plan factoriel

Facteur 2 - 20.60 %



Légende :

PART 2005 : part des 75 ans ou plus dans la population totale au 01-01-2005

RURAL : proportion de 75 ans ou plus vivant en zone rurale

SSECONFOR : proportion de 75 ans ou plus vivant dans un logement sans confort

REVENU : revenu médian par unité de consommation parmi les ménages dont le référent fiscal est âgé de 75 ans ou plus

ASV : proportion de bénéficiaires de l'allocation supplémentaire vieillesse parmi les 65 ans ou plus

TCM : taux comparatif de mortalité toutes causes chez les 75 ans ou plus

TCALD : taux d'admissions en ALD tous motifs chez les 75 ans ou plus

TCHOSP : taux de séjours hospitaliers tous diagnostics chez les 75 ans ou plus

APA : proportion de bénéficiaires de l'Aide à l'autonomie parmi les 75 ans ou plus

DENS_OMN : nombre d'omnipraticiens libéraux pour 100 000 habitants

DENS_INF : nombre d'infirmiers libéraux pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus

TAUX_SSIAD : nombre de places en Ssiad pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus

TAUX_HEBERG : nombre de lits en structure d'hébergement pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus

Corrélations des variables actives avec les axes

Libellé de la variable	Axe 1	Axe 2
PART2005	-0,76 **	-0,31
RURAL	-0,69 **	-0,45 *
SSECONFOR	-0,02	-0,36
REVENU	0,78 **	0,48 *
ASV	-0,72 **	0,56 **
TCM	-0,01	-0,31
TCALD	0,18	0,19
TCHOSP	0,41	0,67 **
APA	-0,75 **	0,04
DENS_OMN	-0,73 **	0,26
DENS_INF	-0,71 **	0,60 **
TAUX_SSIAD	-0,33	-0,59 **
TAUX_HEBERG	0,63 **	-0,59 **

* significatif au seuil de 5 %
** significatif au seuil de 1 %

Tableau des valeurs propres des axes

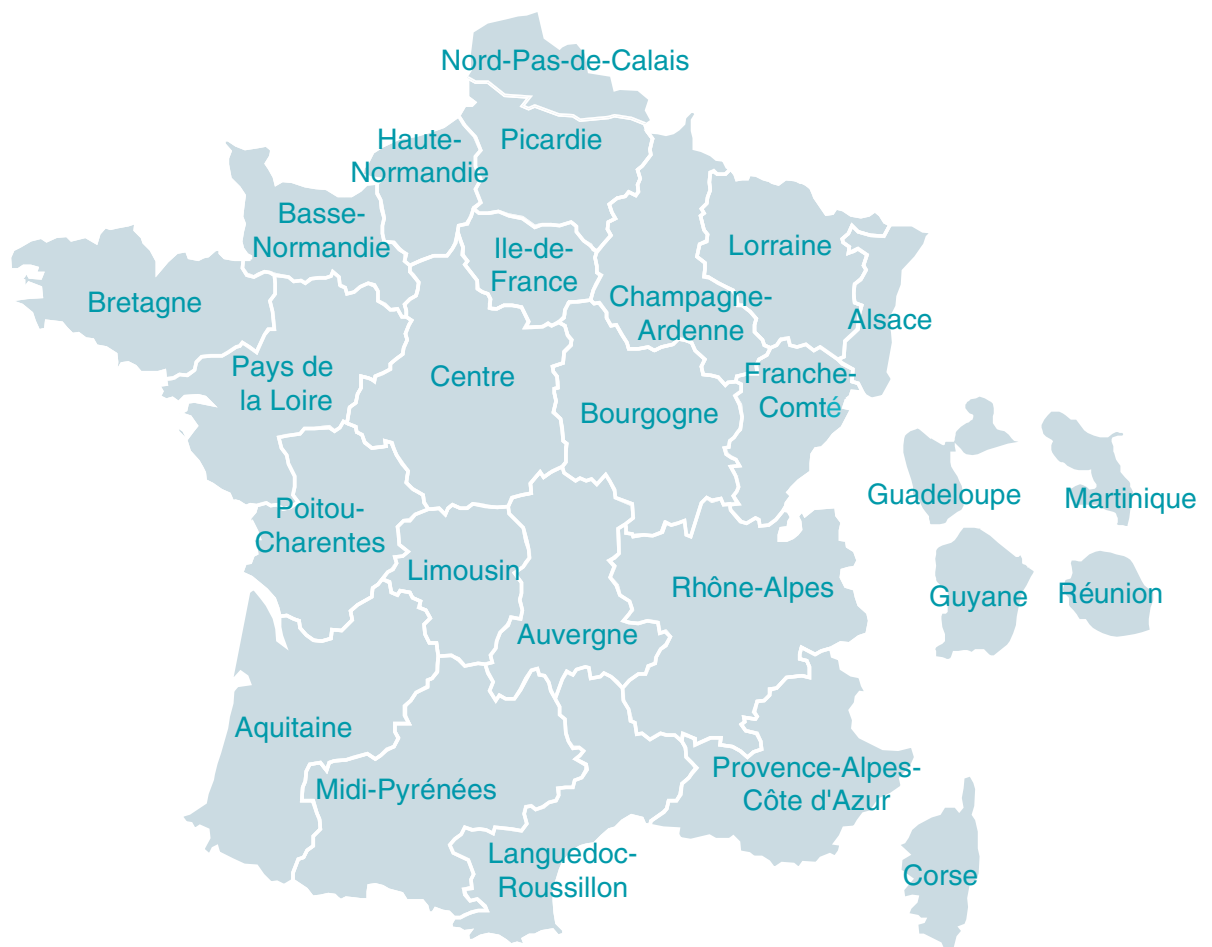
Numéro	Valeur propre	Pourcentage	Pourcentage cumulé
1	4,49	34,57	34,57
2	2,68	20,60	55,17
3	2,03	15,58	70,75
4	1,17	8,99	79,75
5	0,83	6,41	86,15
6	0,68	5,20	91,35
7	0,39	3,03	94,38
8	0,27	2,08	96,46
9	0,19	1,43	97,89
10	0,11	0,82	98,71
11	0,09	0,66	99,37
12	0,06	0,43	99,80
13	0,03	0,20	100,00

Tableau des corrélations entre indicateurs

	PART2005	RURAL	SSECONFOR	REVENU	ASV	TCM	TCALD	TCHOSP	APA	DENS_OMN	DENS_INF	TX_SSIAD	TX_HEBERG
PART2005	1,00												
RURAL	0,80 **	1,00											
SSECONFOR	-0,19	-0,08	1,00										
REVENU	-0,61 **	-0,75 **	-0,25	1,00									
ASV	0,30	0,30	-0,06	-0,33	1,00								
TCM	-0,26	-0,08	0,51 *	-0,38	-0,13	1,00							
TCALD	-0,19	-0,13	-0,13	0,17	0,00	0,16	1,00						
TCHOSP	-0,59 **	-0,54 *	-0,05	0,57 **	0,14	0,05	0,31	1,00					
APA	0,33	0,44 *	0,28	-0,72 **	0,68 **	0,40	0,14	-0,09	1,00				
DENS_OMN	0,57 **	0,19	-0,15	-0,37	0,47 *	-0,08	-0,13	-0,17	0,40	1,00			
DENS_INF	0,28	0,13	-0,17	-0,30	0,80 **	-0,04	0,00	0,06	0,57 **	0,73 **	1,00		
TAUX_SSIAD	0,40	0,37	0,32	-0,37	-0,13	0,15	-0,12	-0,38	0,17	0,22	-0,12	1,00	
TAUX_HEBERG	-0,26	-0,13	0,03	0,13	-0,79 **	0,22	0,20	-0,12	-0,41	-0,59 **	-0,75 **	0,00	1,00

* significatif au seuil de 5 %
** significatif au seuil de 1 %

C) Les régions de France



D) Glossaire

ACP	Analyse en composantes principales
Adeli	Répertoire des professions médicales et para-médicales
Aggir	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AIS	Soins de nursing et de gardes à domicile
ALD	Affection de longue durée
AMD	Aide ménagère à domicile
AMI	Actes techniques de soins infirmiers
Apa	Allocation personnalisée d'autonomie
APE	Activité libérale "à part entière"
ASV	Allocation supplémentaire du minimum vieillesse
Atih	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CIM	Classification internationale des maladies
Clic	Centre local d'information et de coordination
Cnamts	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
DFA	Départements français d'Amérique (Guadeloupe, Martinique et Guyane)
Dom	Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane et la Réunion)
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Eurostat	Office statistique des Communautés européennes
Fnors	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
Gir	Groupe iso-ressources
Ined	Institut national d'études démographiques
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm CépiDc	Institut national de la santé et de la recherche médicale - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
MCO	Médecine, chirurgie et obstétrique
Omphale	Outil méthodologique de projection d'habitants, d'actifs, de logements et d'élèves
ORS	Observatoire régional de la santé
Paquid	Personnes âgées - Quid (cohorte d'analyse des conséquences du vieillissement cognitif)
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RP	Recensement général de la population
RSI	Régime social des indépendants (Canam avant 2006)
SCORE-santé	Site commun d'observation régionale en santé (Fnors)
Snir	Système national inter-régimes
Ssiad	Service de soins infirmiers à domicile
Statiss	Statistiques et indicateurs de la santé et du social
USLD	Unité de soins de longue durée

Fnors

62 boulevard Garibaldi

75015 PARIS

Tél. : 01 56 58 52 40 Fax : 01 56 58 52 41

www.fnors.org

Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

Direction générale de la santé

14 avenue Duquesne

75007 PARIS

Tél. : 01 40 56 60 00 Fax : 01 40 56 40 56

www.sante.gouv.fr

Septembre 2008