

Les personnes âgées en Rhône-Alpes

Situation démographique, épidémiologique et sociale



Septembre 2003



Les personnes âgées en Rhône-Alpes : Situation démographique, épidémiologique et sociale

Réalisation de l'étude :

Véronique JOSEPH,
Démographe

Olivier GUYE,
Médecin-Directeur de l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes

Abdoul SONKO
Statisticien

Documentation et collecte de données :

Martine DRENEAU

Valérie GONON

Secrétariat :

Joëlle GENTIT

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE RHONE-ALPES

Espace Régional de Santé Public

9, quai Jean Moulin 69001 LYON

Tél : 04 72 07 46 27 - Fax : 04 72 07 46 21

e-mail : courrier@ors-rhone-alpes.org - Site Internet : www.ors-rhone-alpes.org

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier ici pour leur aide durant la réalisation de l'étude à :

Marielle AULAGNIER (ORS PACA), Brigitte BACCAINI (INSEE Rhône-Alpes), Françoise BOURGOIN (ARH), Sandrine COURAY-TARGE (DIM : Département d'Information Médicale des Hospices Civiles de Lyon), Geneviève DUPILLE (Conseil Général du Rhône), Catherine GOILLLOT (INSEE), Roselyne KERJOSSE (DREES), Philippe LAPERROUSE (DRASS Rhône-Alpes), Philippe MESSY (DIM : Département d'Information Médicale des Hospices Civiles de Lyon), Pierre MORMICHE (INSEE), Yolande OBADIA (ORS PACA), Philippe PEPIN (ORS Ile-de-France), Françoise PEQUIGNOT (INSERM, CépiDc), Anne TALLEC (ORS Pays de la Loire).

Tous nos remerciements aux organismes sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour :

le **Conseil Régional Rhône-Alpes** pour son soutien financier,
la **Caisse Régionale d'Assurance Maladie Rhône-Alpes** pour son aide logistique

SOMMAIRE

Introduction	7
Partie I : Eléments démographiques	13
1. Le vieillissement démographique.....	15
2. Les mouvements de population et population étrangère	35
3. Le mode de vie des personnes âgées	49
Partie II : Etat de santé des personnes âgées	61
1. L'espérance de vie	63
2. La mortalité	71
3. La morbidité	83
4. Les maladies de l'appareil circulatoire.....	91
5. Les tumeurs	103
6. Les maladies de l'appareil respiratoire.....	115
7. Les traumatismes, empoisonnements et morts violentes.....	127
8. La maladie d'Alzheimer	137
Partie III : La dépendance	141
1. Evaluation du nombre de personnes âgées dépendantes en France.....	145
2. Evaluation et évolution du nombre de personnes âgées dépendantes en Rhône-Alpes ...	149
3. Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile dans le département de la Loire.....	155
Partie IV : Prise en charge et services aux personnes âgées	167
1. L'offre de soins.....	169
2. L'offre en établissements.....	177
3. Les prestations pour les personnes âgées	185
Pour en savoir plus	193

INTRODUCTION

Pourquoi un dossier sur le vieillissement de la population ?

Grâce à l'accroissement de l'espérance de vie qui a davantage augmenté ces cinquante dernières années que pendant les cinq millénaires qui ont précédé, le nombre de personnes de plus de 65 ans et de plus de 75 ans ne cesse de croître. Ainsi, jusqu'à la révolution industrielle, les personnes âgées de 65 ans et plus ne représentaient guère que 2 à 3% de la population. Aujourd'hui, cette proportion s'élève à 16,7% en France et à 15,6% en Rhône-Alpes (avec un maximum départemental de 20% en Ardèche) et l'INSEE estime que la part des plus de 65 ans pourrait représenter 20% de la population rhônalpine en 2020.

Accompagnée d'une baisse de la fécondité, cette évolution entraîne une transformation de la structure par âge de la population que l'on qualifie communément de « vieillissement de la population ».

Les constats et les perspectives démographiques indiquent que le vieillissement de la population est une donnée majeure à prendre en compte, tant dans les politiques de santé publique et les mesures économiques que dans les politiques sociales et l'aménagement du territoire. S'il représente une évolution tout à fait positive puisqu'il repose essentiellement sur le recul de la mortalité, le « vieillissement » soulève d'importantes questions d'ordre économique et social : financement des retraites, prise en charge de la dépendance, consommation de soins, développement de nouveaux domaines d'activité...

La principale question sociale qui se pose face au vieillissement est celle de la perte d'autonomie. Même si l'accroissement de l'espérance de vie s'accompagne d'un accroissement de l'espérance de vie en bonne santé, le vieillissement de la population entraîne mécaniquement une augmentation du nombre de personnes dépendantes pour la réalisation des activités de la vie quotidienne.

Pour que cette évolution démographique soit bien appréhendée et anticipée par les décideurs et notamment par les pouvoirs publics et les élus locaux, il est nécessaire de disposer d'informations fines sur la situation de ces personnes et sur les tendances qui se dessinent.

C'est dans cette optique que l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes, avec le soutien de la Région, propose ce dossier dont l'objectif est de rendre accessible, aux acteurs et aux décideurs concernés par cette thématique, un ensemble d'informations concernant la situation des personnes âgées en Rhône-Alpes, tant au niveau des aspects socio-démographiques que de leur état de santé et de leur niveau de dépendance.

La période actuelle est particulièrement propice à ce travail de synthèse puisque :

- la proximité du dernier recensement de 1999 apporte un éclairage nouveau sur la situation démographique et sur son évolution,
- de nouvelles données sont disponibles au niveau national dont celles de l'enquête Handicap-Incapacités-Dépendances (HID) réalisée par l'INSEE qui permet d'obtenir des estimations plus précises de la prévalence de la dépendance et d'en évaluer l'évolution,
- enfin, le domaine de la prise en charge des personnes âgées connaît actuellement de véritables bouleversements tant au niveau du développement d'offres nouvelles

(Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), consultations mémoires, services à domicile...), que de la restructuration de l'existant (redéfinition des types d'établissements, réforme de la tarification, réseau...) ou encore du développement de l'aide aux aidants.

L'âge de la vieillesse

Travailler sur le thème de la vieillesse implique de la définir notamment en termes d'âge. Or il est communément admis que la notion de vieillissement et la question de l'âge de la vieillesse est toute relative. Si le seuil de 60 ou 65 ans est habituellement adopté, dans une vision administrativo-économique, sur la base de la fin de la vie professionnelle active, cet âge ne tient pas compte de l'évolution des conditions de vie et n'apparaît plus pertinent lorsque l'on aborde les questions de santé et de dépendance. Du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en bonne santé, l'âge de la perte d'autonomie ne cesse de reculer. Une personne de 70 ans en 2000 n'est pas la même qu'une personne de 70 ans en 1900. Ceci est illustré par l'apparition des notions de troisième et quatrième âge ou encore par le choix fait par le Haut Comité de Santé Publique, dans ses travaux sur l'état de santé de la population française selon quatre tranches d'âge, de fixer le seuil de la population âgée à partir de 75 ans.

Pour mieux prendre en compte cette évolution, certains auteurs comme Patrice Bourdelais ont adopté un indicateur « inversé », à savoir la proportion de personnes auxquelles il reste un certain nombre moyen d'années à vivre, dix ans par exemple, en se fondant sur l'observation selon laquelle les handicaps et les incapacités apparaissent au cours des dix dernières années de vie. Cet indicateur est calculé en recherchant l'âge auquel l'espérance de vie moyenne est de 10 ans, ainsi il était par exemple de 75 ans pour les hommes en 1996 et de 71 ans, vingt ans plus tôt. Cette approche est particulièrement intéressante et éclaire d'une vision nouvelle ce phénomène de vieillissement car avec l'utilisation de cet indicateur la proportion de « personnes âgées » apparaît stable depuis le début du siècle. Cette approche reste cependant difficile à manier de manière courante puisque cet âge seuil varie, par définition, selon la date d'observation. Et malgré toute sa pertinence et son intérêt, elle ne sera pas retenue pour le présent travail au profit d'une définition classique.

Alors 65 ou 75 ans ? Fallait-il s'intéresser à la population définie par le seuil habituel de 65 ans ou dans une conception plus sanitaire de la vieillesse adopter un seuil de 75 ans ? Du fait du découpage de nombre d'indicateurs au seuil de 65 ans et pour ne pas être restrictif nous avons favorisé la première option en individualisant cependant, chaque fois que cela était possible et pertinent, la tranche de population d'âge supérieur à 75 ans et parfois même celle des plus de 85 ans.

Une approche territoriale

Pour réaliser ce dossier, les auteurs ont mobilisé les différents partenaires intervenant sur ce champ et les sources d'information existantes pour recueillir les dernières données disponibles, les valider, les analyser et les présenter sous une forme directement exploitable. Les sources utilisées, citées pour chaque graphique ou tableau sont issues de nombreuses institutions nationales, régionales ou départementales. L'analyse a été conduite avec deux axes fort

d'investigation, d'une part l'évolution chronologique de la situation tant passée qu'à venir et la déclinaison territoriale des différentes informations.

Les décideurs et acteurs locaux sont particulièrement impliqués et concernés par la question du vieillissement de la population et les déclinaisons géographiques exposées dans ce dossier ont pour objectif de leur permettre de situer les territoires les uns par rapport aux autres. Ces déclinaisons sont évidemment réalisées au niveau départemental mais également très fréquemment au niveau infra-départemental et illustrées par des représentations cartographiques.

Les variations souvent importantes observées dans l'analyse géographique des indicateurs constituent d'ailleurs un enseignement fort de ce dossier qui n'est pas sans susciter certaines interrogations.

Une présentation conviviale favorisant l'accès aux informations

Dans cette même optique d'accès aux informations ce dossier est présenté sous forme de feuillets abordant chacun une question et rassemblés en chapitres thématiques. Ces chapitres sont eux-mêmes divisés en quatre grandes parties.

La première est consacrée aux éléments démographiques et aborde plusieurs sous-thèmes : la répartition, l'évolution et le profil général de la population âgée, les migrations, les lieux de vie et l'isolement.

La deuxième partie est axée sur les questions de santé par le biais de la mortalité et de la morbidité (au travers notamment des données hospitalières et des données de l'assurance maladie) et fait le point sur plusieurs pathologies du sujet âgé (maladies cardio-vasculaires, cancers, maladies respiratoires, chutes, maladie d'Alzheimer...).

La troisième partie est consacrée à la dépendance et à la perte d'autonomie dont la prise en charge constitue un des grands enjeux du vieillissement de la population.

Enfin, la quatrième partie fait un état des lieux de l'offre de prise en charge et de services qui existe en regard de cette situation que ce soit à domicile ou en établissement.

Partie I :

ELEMENTS DEMOGRAPHIQUES

1. Le vieillissement démographique

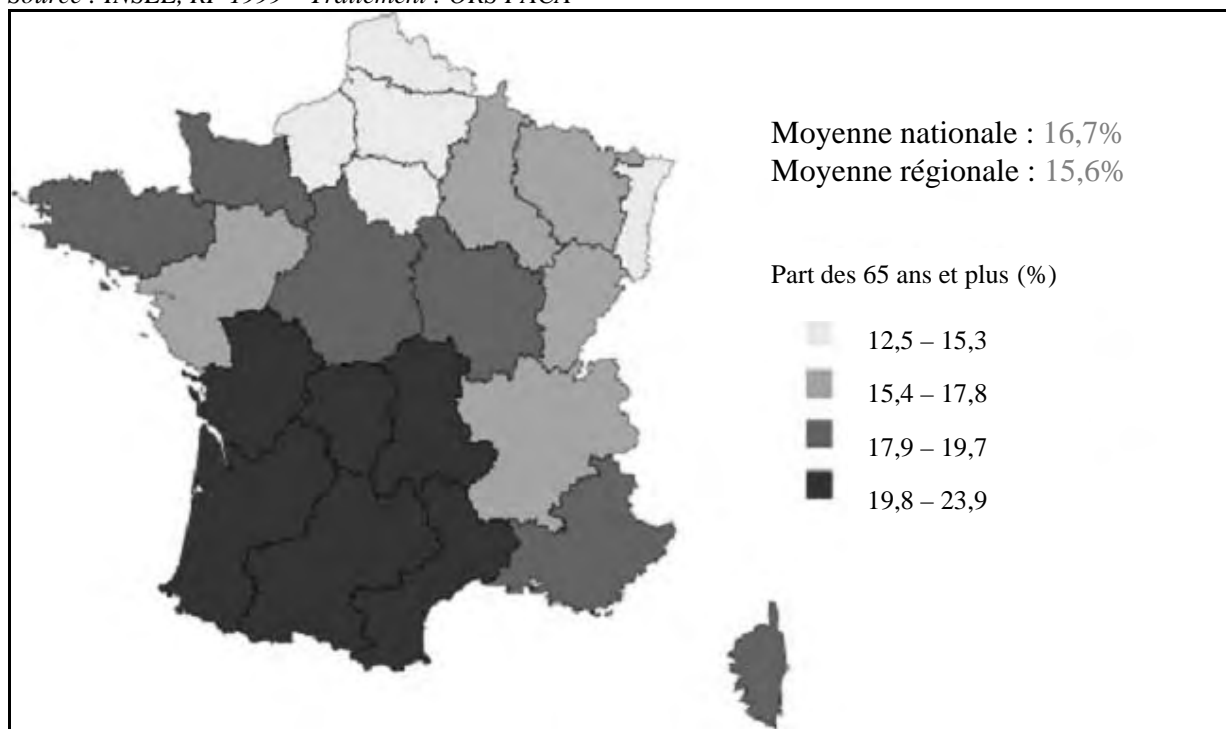
- La région Rhône-Alpes au sixième rang des régions les moins âgées
- Un vieillissement visible sur la pyramide des âges de la région Rhône-Alpes
- Des disparités entre les départements
- Une part plus élevée de personnes de 65 ans et plus dans les zones rurales de la région
- Un nombre de personnes de plus de 65 ans plus important dans les villes
- Une population majoritairement féminine
- Trois hommes sur quatre sont mariés, près d'une femme sur deux est veuve
- La population des plus de 65 ans a augmenté deux fois plus vite que la population totale entre 1975 et 1999
- Des rythmes de croissance contrastés selon les départements
- L'Ain : un département qui n'a pas vieilli entre 1975 et 1999
- Les périphéries urbaines connaissent un fort accroissement
- La population âgée à l'horizon 2020 : une augmentation rapide des 75 ans et plus
- Un vieillissement plus marqué dans le département de la Haute-Savoie
- Les personnes de plus de 75 ans représenteraient 9,3% de la population de la région en 2020

La région Rhône-Alpes au sixième rang des régions les moins âgées

Avec 15,6% de personnes âgées de 65 ans et plus, la région Rhône-Alpes se situe en dessous de la moyenne nationale (16,7%). La région Rhône-Alpes reste relativement jeune et se place en sixième position des régions ayant la part la plus faible de personnes âgées de 65 ans et plus (Carte 1). La région avec la part la plus faible est l'Ile-de-France, suivie de l'Alsace et des régions du nord de la France (Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Haute-Normandie).

Carte 1 : Part des personnes de plus de 65 ans dans l'ensemble de la population selon la région

Source : INSEE, RP 1999 – Traitement : ORS PACA



On compte actuellement plus de 877 000 personnes de 65 ans et plus dans la région Rhône-Alpes, dont près de la moitié (soit 400 739 personnes) est âgée de 75 ans ou plus. On note également que plus de 1 000 centenaires vivent dans la région (Tableau 1).

Tableau 1 : Effectif des personnes âgées en Rhône-Alpes selon le groupe d'âge et le sexe, 1999

Source : INSEE, RP 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Age	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100+	Total 65 ans et plus
Homme	116 731	98 839	78 527	29 356	24 998	8 138	1 625	135	358 349
Femme	134 769	126 677	114 297	51 596	57 070	26 787	7 288	922	519 406
Ensemble	251 500	225 516	192 824	80 952	82 068	34 925	8 913	1 057	877 755

Un vieillissement visible sur la pyramide des âges de la région Rhône-Alpes

Au recensement de 1999, la région Rhône-Alpes comptait 5,6 millions d'habitants. A cette date-là, plus d'une personne sur six avait atteint ou dépassé 65 ans et une sur quatre avait moins de 20 ans.

Les principales tendances démographiques observées au cours des dernières décennies se lisent sur la pyramide des âges de la région (Graphique 1). En effet, le recul de la mortalité et l'allongement de la durée de la vie se traduisent par un élargissement du sommet de la pyramide. De plus, le rétrécissement de la base de la pyramide reflète la baisse de la natalité. Ainsi la part des plus jeunes se réduit au profit de celle des personnes âgées.

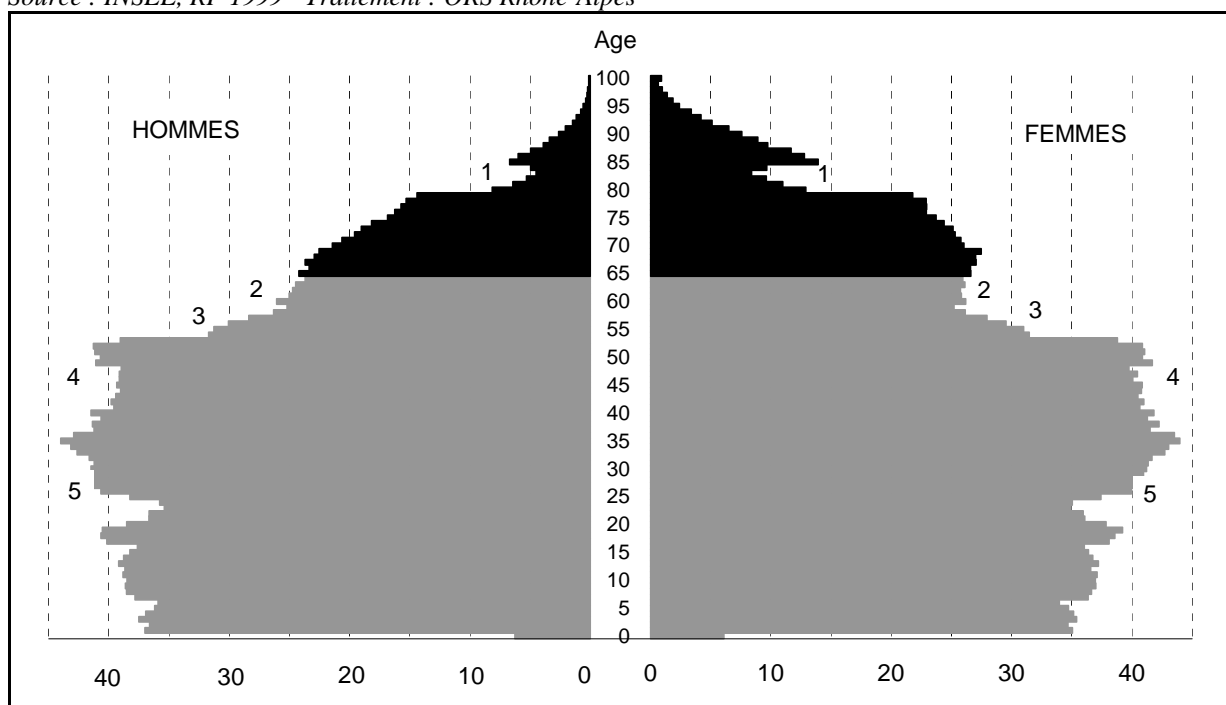
Aux âges élevés, on observe une population importante et une dissymétrie marquée de la pyramide résultant de la surmortalité masculine (Graphique 2).

L'élément le plus remarquable du sommet de cette pyramide est le creux dû au déficit de naissances de la première guerre mondiale. Cela concerne les générations masculines et féminines nées entre 1915 et 1919.

La pyramide des âges nous donne des indications sur la démographie future et l'évolution de la population des personnes âgées. En effet, les personnes de plus de 75 ans vont voir leur effectif augmenter avec le vieillissement des 60-74 ans et la disparition progressive des classes creuses nées entre 1915 et 1919. De plus, le nombre de personnes de plus de 65 ans va connaître une légère baisse dans les 10 prochaines années du fait de l'arrivée des classes creuses de 1936-1945 (générations issues des classes creuses de la 1^e guerre mondiale et générations nées pendant la 2^e guerre mondiale). Enfin, après cette période, le vieillissement de la population s'accroîtra fortement par l'effet mécanique de la montée en âge des générations du baby-boom et leur arrivée dans la population des plus de 65 ans.

Graphique 1 : Pyramide des âges de la région Rhône-Alpes en 1999

Source : INSEE, RP 1999 - Traitement : ORS Rhône-Alpes



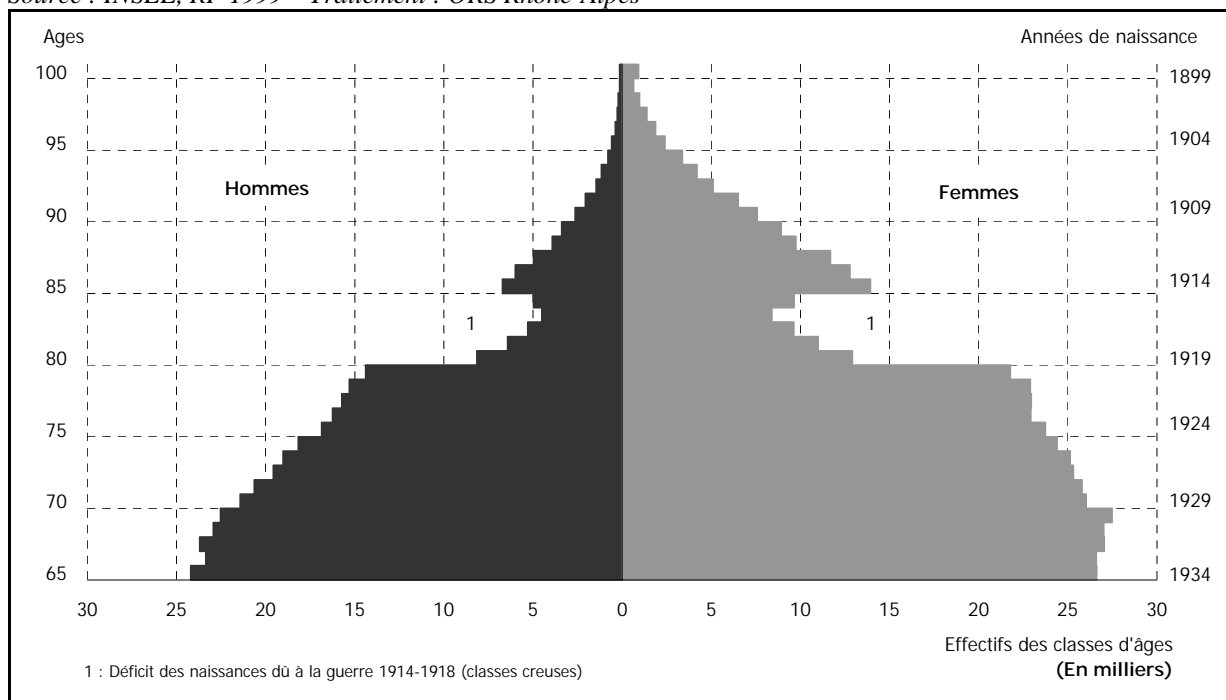
Le recensement de la population ayant eu lieu le 8 mars 1999, l'âge "0" ne représente que les naissances survenues entre le 1er janvier et le 7 mars 1999.

1 : Déficit des naissances dû à la guerre 1914-1918 (classes creuses)
2 : Passage des classes creuses à l'âge de fécondité

3 : Déficit des naissances dû à la guerre de 1939-1945
4 : Baby-boom
5 : Fin du baby-boom

Graphique 2 : Pyramide des âges des personnes de plus de 65 ans de la région Rhône-Alpes en 1999

Source : INSEE, RP 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes



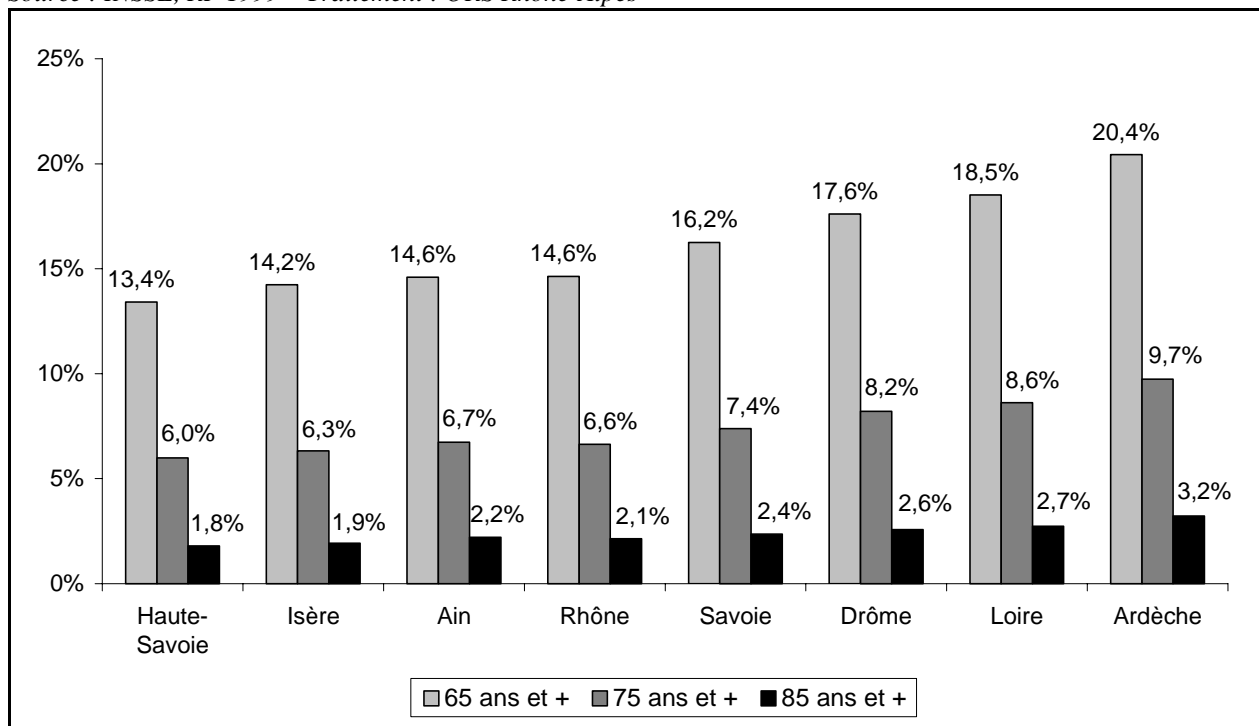
1 : Déficit des naissances dû à la guerre 1914-1918 (classes creuses)

Des disparités entre les départements

Les personnes de 65 ans et plus représentent 15,6% de la population totale de la région Rhône-Alpes, mais ce pourcentage cache des disparités entre les huit départements de la région (Graphique 3). La part des personnes de plus de 65 ans varie de 13,4% en Haute-Savoie à 20,4% en Ardèche. Les départements les plus vieux sont situés au sud-ouest de la région (Loire, Ardèche et Drôme). Le groupe d'âge des plus de 75 ans et celui des plus de 85 ans représentent respectivement 7,1% et 2,2% de la population totale de la région.

Graphique 3 : Part de la population âgée dans la population totale selon le groupe d'âge et le département, Rhône-Alpes, 1999

Source : INSEE, RP 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes



Si la part des personnes de plus de 65 ans diffère selon les départements, la répartition par âge au sein de celle-ci est plus homogène entre les huit départements : on trouve un peu moins d'une personne sur deux de plus de 75 ans. Au niveau régional, les 75 ans et plus représentent 46% des personnes âgées de plus de 65 ans (Graphique 4).

Graphique 4 : Répartition des personnes de plus de 65 ans selon le groupe d'âge, Rhône-Alpes, 1999

Source : INSEE, RP 1999 - Traitement : ORS Rhône-Alpes

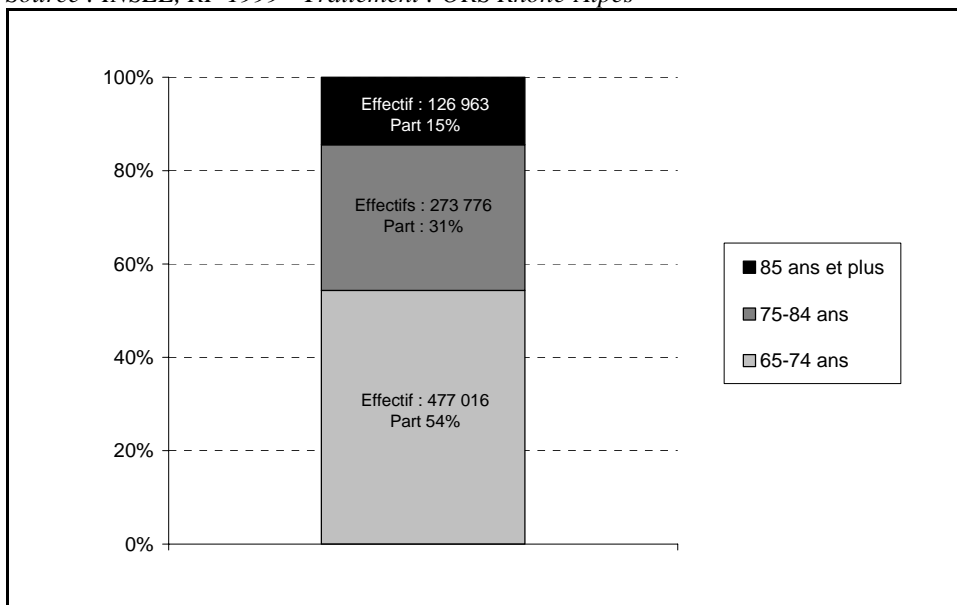


Tableau 2 : Effectif des personnes de plus de 65 ans selon le sexe et le département

Source : INSEE, RP 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	<i>Population des 65 ans et plus</i>			<i>Population totale</i>
	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Ensemble</i>	<i>Ensemble</i>
Ain	31 853	43 379	75 232	515 478
Ardèche	24 592	33 878	58 470	286 160
Drôme	32 367	44 713	77 080	437 817
Isère	64 512	91 277	155 789	1 093 786
Loire	53 734	81 183	134 917	728 870
Rhône	91 574	139 289	230 863	1 578 423
Savoie	24 837	35 824	60 661	373 350
Haute-Savoie	34 880	49 863	84 743	631 963
Rhône-Alpes	358 349	519 406	877 755	5 645 847

Une part plus élevée de personnes de 65 ans et plus dans les zones rurales de la région

Une cartographie cantonale de la part des 65 ans et plus dans la population totale permet une meilleure analyse géographique de la répartition de cette population. En effet, on s'aperçoit que certaines zones sont beaucoup plus âgées que d'autres, en particulier les zones rurales et montagneuses des départements (Carte 2).

Dans les départements les plus vieux de la région (Ardèche et Drôme), les personnes âgées de plus de 65 ans se concentrent essentiellement dans les zones rurales. En Ardèche, la part des plus de 65 ans est plus importante dans les cantons des hauts plateaux ardéchois, où ils représentent souvent plus de 30% de la population. De même, dans la partie montagneuse de l'est de la Drôme (Diois, Baronnies), un habitant sur quatre a plus de 65 ans. En revanche, dans les cantons de la vallée du Rhône, la population est moins âgée, même si dans les agglomérations urbaines de la vallée du Rhône, les villes principales (Romans, Valence, Montélimar) restent plus âgées que leur périphérie.

Dans la Loire, les cantons âgés, où plus d'une personne sur cinq a atteint ou dépassé les 65 ans, sont situés dans les zones rurales du département, entre les monts de la Madeleine et du Forez. Les cantons en périphérie de Saint-Étienne sont plus jeunes.

Le nord du département du Rhône (Monts du Beaujolais, nord des Monts du Lyonnais) est plus vieux que le sud : un habitant sur six, voire un sur cinq, a plus de 65 ans. En revanche, les cantons du sud-est lyonnais sont beaucoup plus jeunes.

En Isère, ce sont les cantons des zones de montagne au sud-est du département (l'Oisans, le Trièves et le Valbonnais) qui sont les plus âgés : une personne sur cinq, voire une sur quatre dans certains cantons, a plus de 65 ans. A l'ouest du département, dans les zones du plateau de Chambaran et des Terres Froides, la part des personnes âgées est supérieure à 16% (soit un habitant sur six). Les cantons plus jeunes du département se situent dans la partie iséroise de la région lyonnaise et dans la région grenobloise avec ses prolongements vers Chambéry.

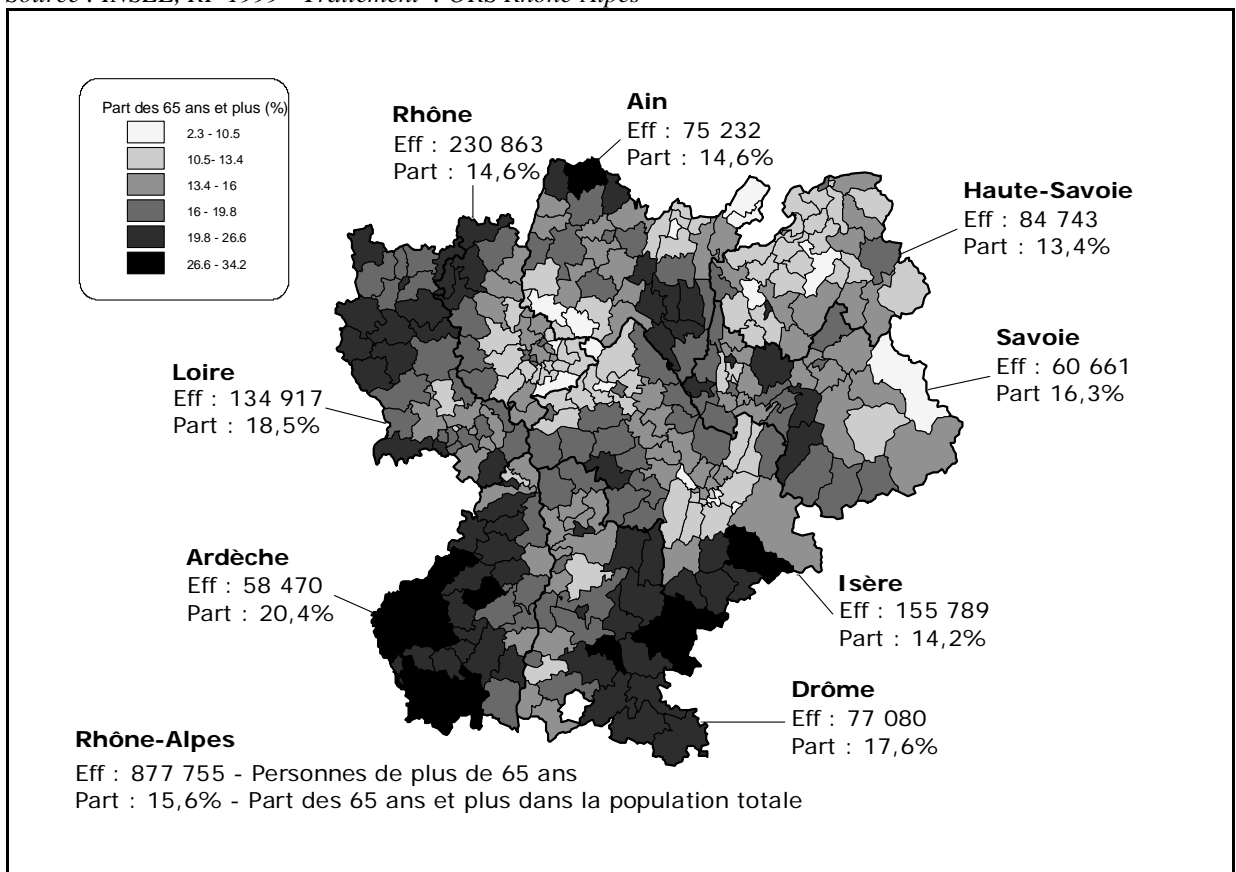
La Savoie est plus âgée (un habitant sur six ou sur cinq ayant plus de 65 ans) dans les cantons des Bauges, de l'avant-pays savoyard et de la basse vallée de la Maurienne, mais reste plus jeune au voisinage de Chambéry.

En Haute-Savoie, le département le plus jeune de la région, quelques cantons se démarquent des autres par leur population relativement plus âgée : les cantons d'Annecy, de Seyssel, de Samoëns et de Thonon-les-Bains ; mais moins d'un habitant sur cinq a plus de 65 ans. Le reste du département est plus jeune, surtout à l'ouest.

Dans l'Ain, les régions rurales du nord-ouest et du sud-est (nord de la Bresse et hauts plateaux du Bugey) sont les plus âgées du département, avec un quart de personnes de 65 ans et plus dans certains cantons. En revanche, les cantons du sud-ouest et du nord-est sont plus jeunes. La population des 65 ans et plus des Dombes, du sud de la Bresse, du bassin d'Oyonnax et du pays de Gex représente moins de 13% de la population (moins d'un habitant sur sept).

Carte 2 : Proportion des personnes de 65 ans et plus à l'échelle cantonale, Rhône-Alpes, 1999

Source : INSEE, RP 1999 - Traitement : ORS Rhône-Alpes

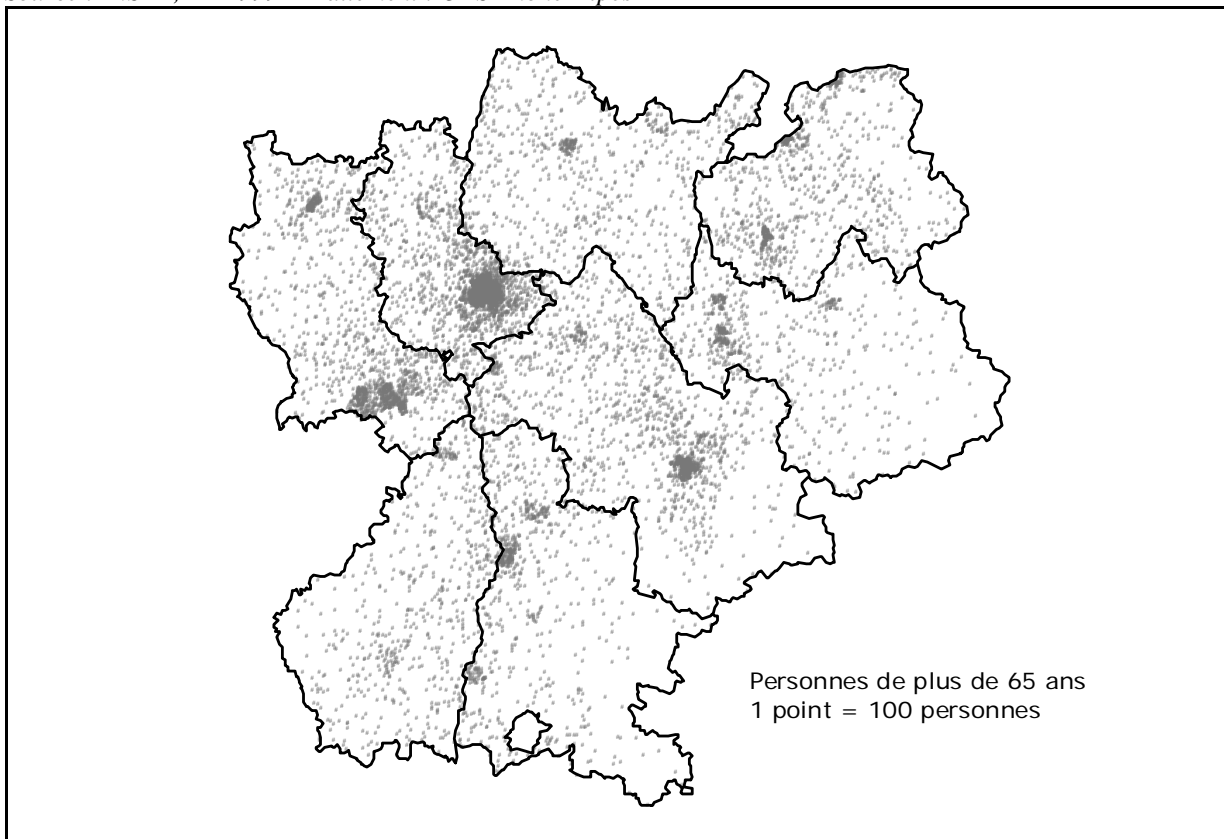


Un nombre de personnes de plus de 65 ans plus important dans les villes

Si la part des personnes de plus de 65 ans est plus forte dans les zones rurales, en terme d'effectif, les personnes âgées se concentrent dans les zones urbaines de la région, essentiellement autour des grandes villes (Carte 3). Comme pour la population générale (tous âges confondus), la population âgée est essentiellement urbaine ; les trois quarts des personnes de plus de 65 ans vivent dans des unités urbaines de 10 000 habitants ou plus, alors qu'un peu moins d'une personne sur quatre vit en milieu rural. Les unités urbaines de Lyon, Grenoble et Saint-Étienne regroupent à elles seules un tiers des personnes de plus de 65 ans.

Carte 3 : Localisation des personnes de plus de 65 ans en Rhône-Alpes, 1999

Source : INSEE, RP 1999 - Traitement : ORS Rhône-Alpes

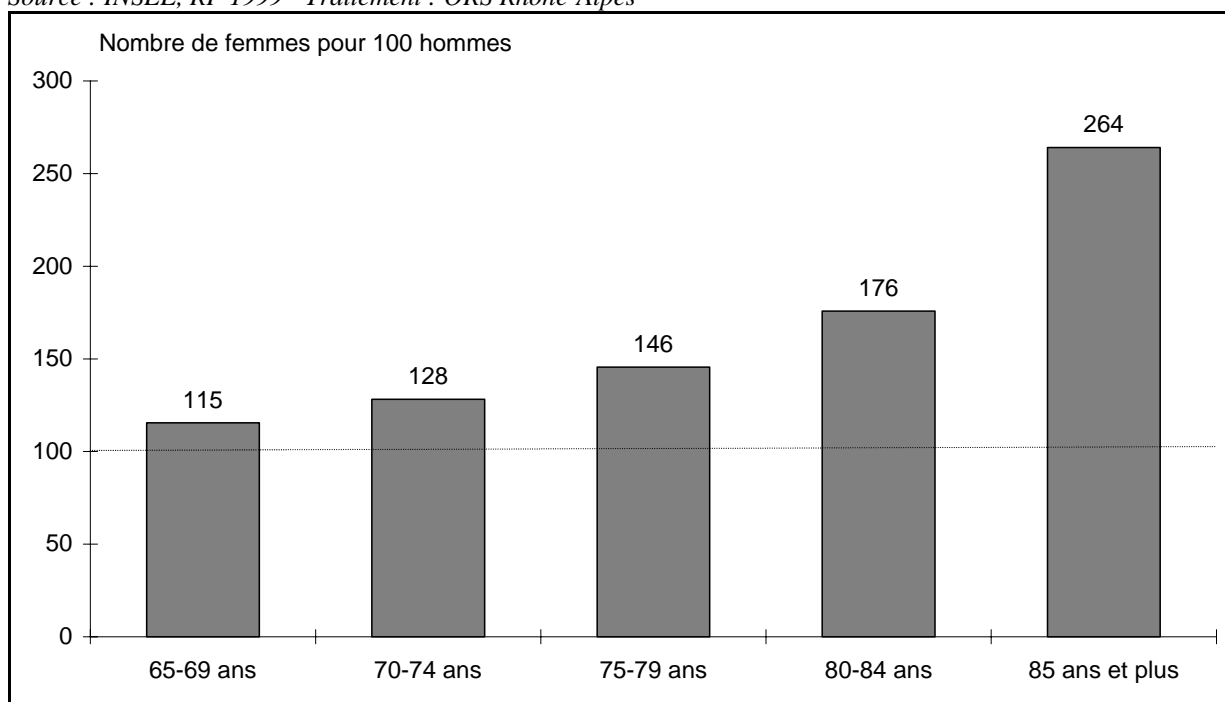


Une population majoritairement féminine

Dans la population totale de la région Rhône-Alpes, les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes (105 femmes pour 100 hommes). Après 65 ans, la population se féminise et l'on dénombre 145 femmes pour 100 hommes. Ce phénomène est lié à la surmortalité masculine : les hommes meurent en moyenne 7 ans plus tôt que les femmes. Le déséquilibre hommes/femmes s'accroît fortement avec l'âge, passant de 121 femmes pour 100 hommes parmi les 65-74 ans à 264 femmes pour 100 hommes après 85 ans (Graphique 5).

Graphique 5 : Nombre de femmes pour 100 hommes selon le groupe d'âge, Rhône-Alpes, 1999

Source : INSEE, RP 1999 - Traitement : ORS Rhône-Alpes



Ce fort déséquilibre se traduit par une population féminine vivant des situations de veuvage et d'isolement plus fréquemment que les hommes. Dans la population des plus de 65 ans, les femmes veuves sont 5 fois plus nombreuses que les hommes veufs. De même, parmi les personnes de plus de 75 ans vivant seules, les femmes sont 4 fois plus nombreuses que les hommes.

On observe une légère évolution du rapport hommes/femmes entre 1975 et 1999. On comptait 157 femmes pour 100 hommes en 1975, elles sont 145 pour 100 hommes en 1999. La réduction de l'écart entre les espérances de vie des hommes et des femmes et la disparition progressive des classes d'âges creuses peut expliquer ce rattrapage des hommes sur les femmes.

Trois hommes sur quatre sont mariés, près d'une femme sur deux est veuve

Après 65 ans les situations matrimoniales sont fortement déséquilibrées entre les hommes et les femmes, en particulier pour les situations de mariage et de veuvage (Tableau 3). En effet, 75% des hommes de plus de 65 ans sont mariés, alors que seulement 40% des femmes le sont ; près d'une femme sur deux est veuve, contre un homme sur dix. La différence est encore plus marquante quand on avance en âge. Après 85 ans, un homme sur deux est encore marié, contre seulement une femme sur dix et un homme sur trois est veuf, alors que trois femmes sur quatre de cette tranche d'âge le sont (Graphique 6). En revanche, la proportion de célibataires est la même chez les hommes et les femmes : 8,5% des personnes de plus de 65 ans ne se sont jamais mariées.

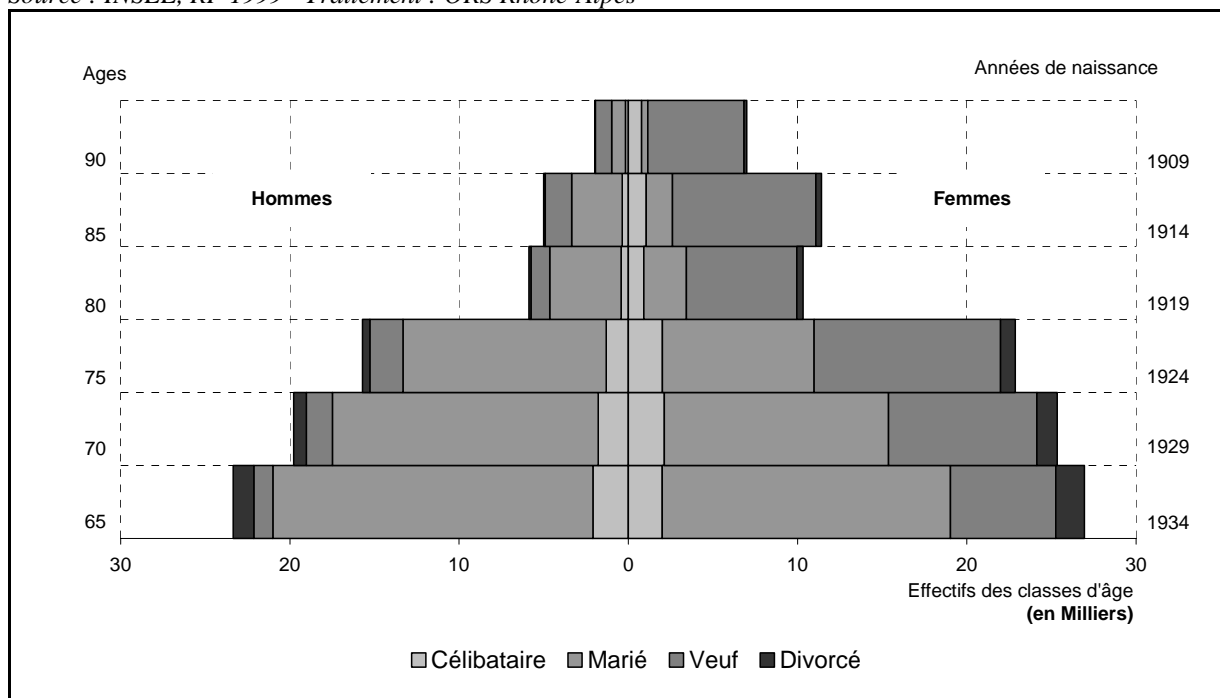
Tableau 3 : Effectif et répartition des personnes de plus de 65 ans selon la situation matrimoniale et le sexe, Rhône-Alpes, 1999

Source : INSEE, RP 1999 - Traitement : ORS Rhône-Alpes

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Célibataire	30 763	8,6	44 420	8,6	75 183	8,6
Marié	273 162	76,2	218 484	42,1	491 646	56,0
Veuf	41 285	11,5	233 347	44,9	274 632	31,3
Divorcé	13 139	3,7	23 155	4,5	36 294	4,1
Total	358 349	100,0	519 406	100,0	877 755	100,0

Graphique 6 : Pyramide des âges des personnes de plus de 65 ans selon l'état matrimonial, Rhône-Alpes, 1999

Source : INSEE, RP 1999 - Traitement : ORS Rhône-Alpes

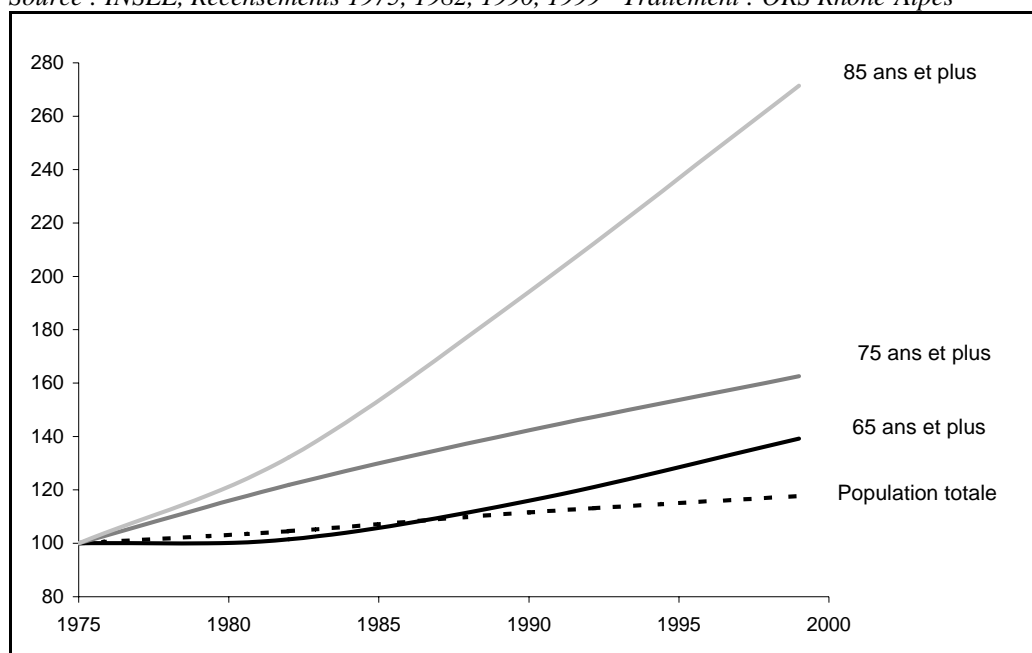


La population des plus de 65 ans a augmenté deux fois plus vite que la population totale entre 1975 et 1999

Entre 1975 et 1999, la population régionale a augmenté de 18%. Dans le même temps, la population des plus de 65 ans s'est accrue de 39%, soit 247 000 personnes de plus qu'en 1990. Ainsi, la population des plus de 65 ans a augmenté deux fois plus vite que la population totale. La croissance des personnes de plus de 85 ans a été très forte, leur effectif a été multiplié par 2,7 en 24 ans et a augmenté 6 fois plus vite que la population totale (Graphique 7).

Graphique 7 : Evolution de la population des personnes âgées dans la région Rhône-Alpes, 1975-1999, base 100 en 1975

Source : INSEE, Recensements 1975, 1982, 1990, 1999 - Traitement : ORS Rhône-Alpes



La croissance de la population n'a pas été régulière pour tous les groupes d'âge, traduisant les événements démographiques du XXe siècle : classes d'âges creuses des deux guerres mondiales, baby-boom, mouvements migratoires, baisse de la fécondité (Tableau 5). En particulier, l'effectif du groupe d'âge des 65-74 ans a diminué entre 1975 et 1982 du fait de l'arrivée des classes creuses de la première guerre mondiale dans cette tranche d'âge, puis a augmenté après 1982 (Tableau 4).

Tableau 4 : Evolution de la population rhônalpine entre 1975 et 1999

Source : INSEE, Recensements 1975, 1982, 1990, 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Effectifs	1975	1982	1990	1999
<20 ans	1 493 870	1 474 204	1 448 534	1 430 788
20-39	1 390 785	1 539 508	1 634 804	1 610 746
40-64	1 280 540	1 359 688	1 537 841	1 726 558
65-74	384 160	339 664	380 305	477 016
75-84	199 690	238 488	259 966	273 776
85+	46 775	61 832	90 843	126 963
Population totale	4 795 820	5 013 384	5 352 293	5 645 847
65+	630 625	639 984	731 114	877 755
75+	246 465	300 320	350 809	400 739

Tableau 5 : Taux de variation annuel moyen entre les différents recensements selon le groupe d'âge, Rhône-Alpes, 1975-1999

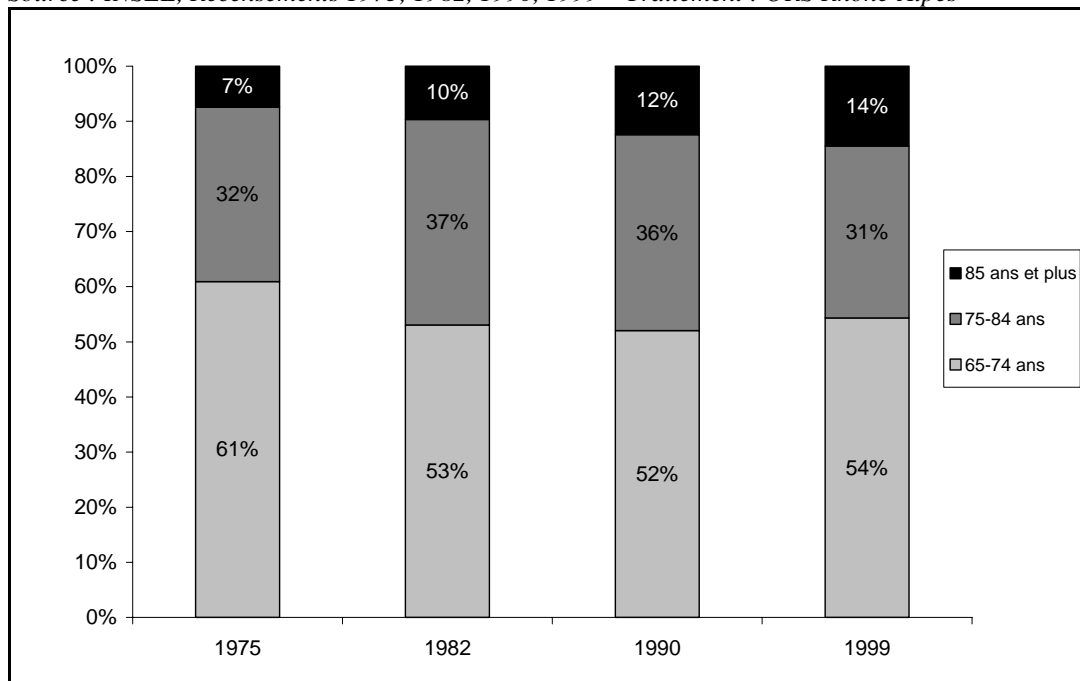
Source : INSEE, Recensements 1975, 1982, 1990, 1999 - Traitement ORS : Rhône-Alpes

%	1982/1975	1990/1982	1999/1990
<20 ans	-0,19	-0,22	-0,14
20-39	1,46	0,75	-0,16
40-64	0,86	1,55	1,29
65-74	-1,74	1,42	2,55
75-84	2,57	1,08	0,58
85+	4,07	4,93	3,79
Population totale	0,64	0,82	0,60
65+	0,21	1,68	2,05
75+	2,86	1,96	1,49

La structure par âge au sein de la population des 65 ans et plus a elle aussi évolué en 24 ans. La part des personnes de plus de 85 ans a doublé, celle des 65-74 ans a diminué régulièrement mais reste encore légèrement majoritaire par rapport aux 75 ans et plus (Graphique 8).

Graphique 8 : Répartition des personnes âgées dans la population des 65 ans et plus selon le groupe d'âge et l'année de recensement, Rhône-Alpes, 1975-1999

Source : INSEE, Recensements 1975, 1982, 1990, 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes



Des rythmes de croissance contrastés selon les départements

Entre 1975 et 1999, l'effectif des 65 ans et plus a augmenté quel que soit le département, mais à des rythmes différents (Tableau 6). Les personnes de plus de 65 ans de la Haute-Savoie ont connu l'accroissement le plus important de la région (+2,2% par an) lié à un fort accroissement de la population totale (+1,4% par an). En revanche, dans les deux départements les plus vieux de la région (Loire et Ardèche), la population des 65 ans et plus a augmenté à un rythme plus lent (environ 1% par an).

Tableau 6 : Taux de variation annuel moyen selon le département entre 1975 et 1999

Source : INSEE, Recensements 1975, 1999 - Traitement : ORS Rhône-Alpes

%	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie
65 ans et plus	1,4	1,0	1,4	1,7	0,9	1,3	1,7	2,2
Population totale	1,3	0,5	0,8	1,0	-0,1	0,4	0,8	1,4

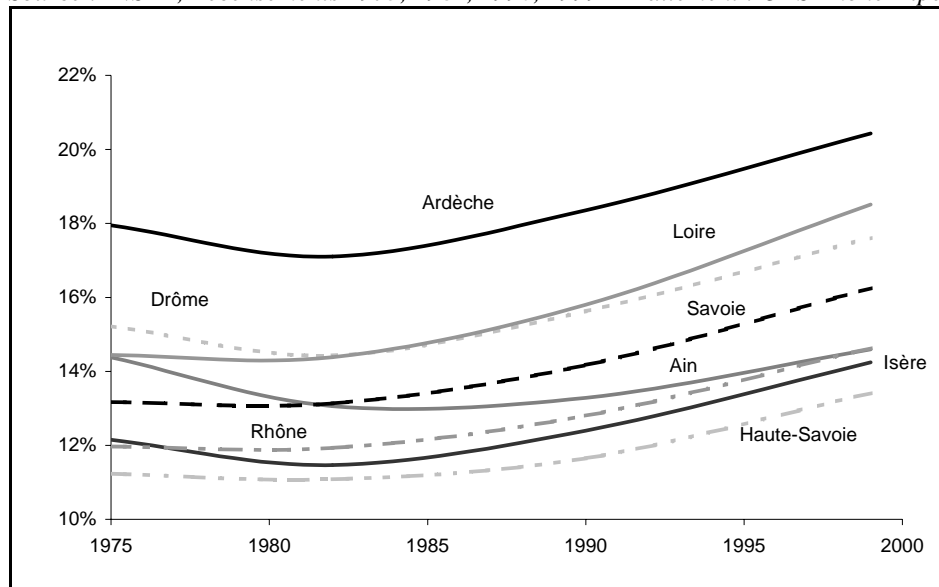
L'Ain : un département qui n'a pas vieilli entre 1975 et 1999

En terme de proportion, c'est dans la Loire et la Savoie que le vieillissement a été le plus important. La part des 65 ans et plus est passée de 14,4% en 1975 à 18,5% en 1999 pour la Loire et de 13,2% à 16,3% pour la Savoie (Graphique 9). Ce département, plutôt jeune en 1975, est ainsi passé dans le groupe des départements les plus vieux de la région.

La part des personnes de plus de 65 ans a augmenté dans tous les départements de la région (hausse de 2 à 4 points entre 1975 et 1999) sauf dans l'Ain où elle est restée stable (14,6% en 1999 contre 14,3% en 1975). Les départements les plus vieux en 1975 (Ardèche, Loire et Drôme) sont toujours les plus vieux en 1999 et la Haute-Savoie reste le département le plus jeune de la région.

Graphique 9 : Evolution de la part des personnes de plus de 65 ans dans la population totale selon le département, Rhône-Alpes, 1975-1999

Source : INSEE, Recensements 1975, 1982, 1990, 1999 - Traitement : ORS Rhône-Alpes



Les périphéries urbaines connaissent un fort accroissement

En 1999, la région Rhône-Alpes comptait 877 755 personnes de plus de 65 ans, soit 146 641 de plus qu'en 1990. Au cours de ces 9 années, le taux de croissance annuel moyen a été de 2% pour l'ensemble de la région mais présente de fortes variations selon la localisation géographique (Carte 4).

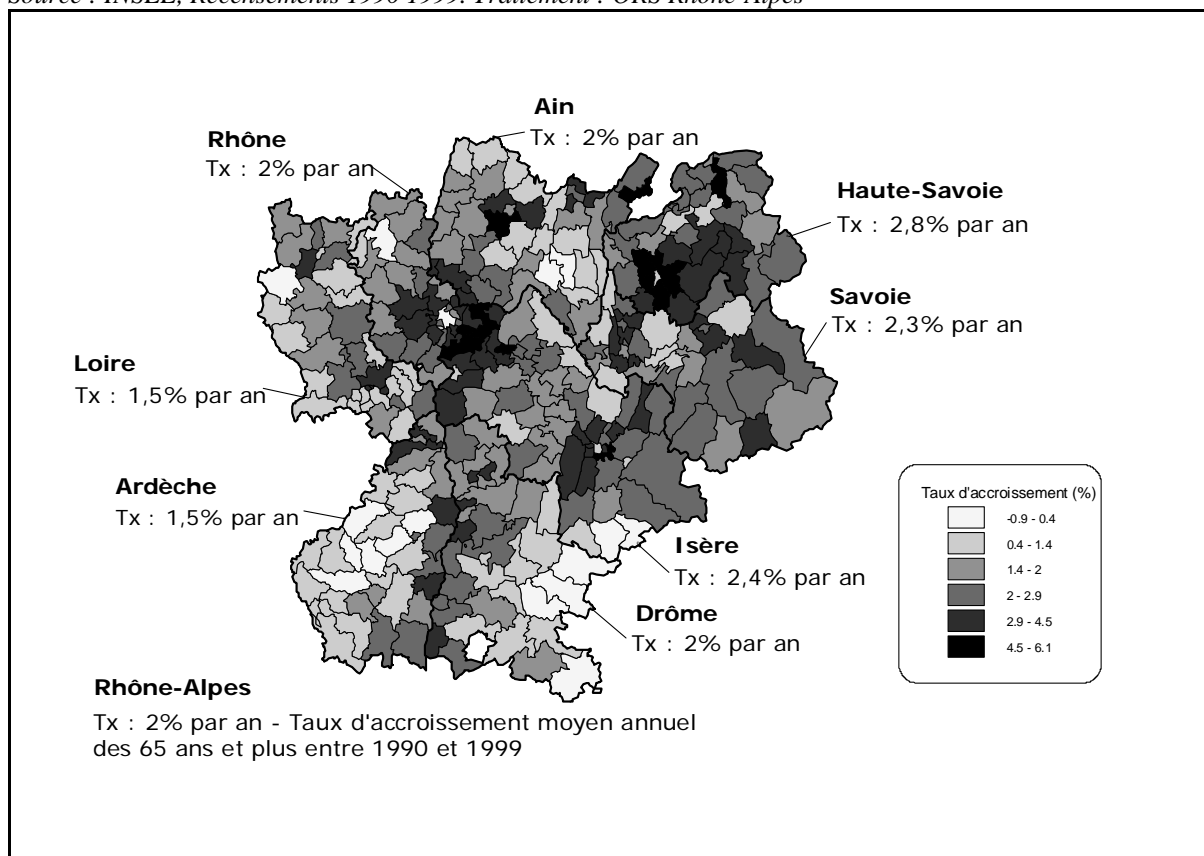
L'accroissement des personnes âgées est plus fort en périphérie des grandes villes que dans les grandes villes elles-mêmes. D'une part les périphéries attirent un plus grand nombre de personnes âgées de plus de 65 ans que les villes, d'autre part les périphéries ont accueilli, dans un passé récent, un nombre important de personnes plus jeunes. Ces populations plus jeunes ainsi que l'arrivée de personnes de plus de 65 ans dans ces zones contribuent progressivement au vieillissement des périphéries urbaines.

Alors que la croissance annuelle moyenne a été inférieure à 1,5% dans les cantons de Lyon, Grenoble, Chambéry et Annecy, la croissance des cantons en périphérie de ces villes a été souvent supérieure à 4% par an. Ce phénomène est beaucoup moins marqué autour de Saint-Étienne.

Les zones où la part des personnes âgées est élevée connaissent une croissance moins importante. En effet, la croissance est plus faible sur les hauts plateaux de l'Ain et de l'Ardèche, dans les montagnes de la Drôme, de l'Isère et de la Loire. En revanche, on observe une forte croissance dans les cantons de montagne de Haute-Savoie.

Carte 4 : Taux d'accroissement annuel moyen de la population des 65 ans et plus, Rhône-Alpes, 1990-1999

Source : INSEE, Recensements 1990 1999. Traitement : ORS Rhône-Alpes



La population âgée à l'horizon 2020 : une augmentation rapide des 75 ans et plus

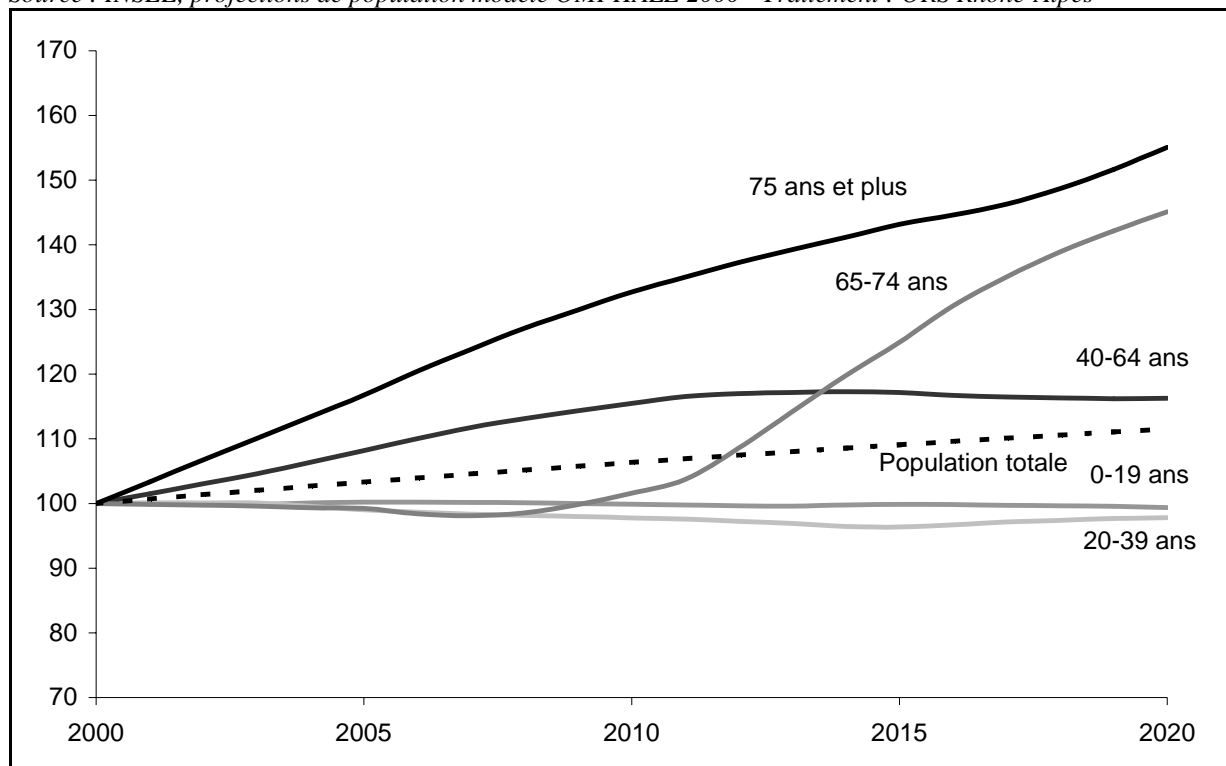
Les plus de 75 ans occupent une part grandissante au sein des plus de 65 ans (presque 50% de cette population) et c'est essentiellement dans cette population que l'on rencontre des problèmes de dépendance et donc de prise en charge. Il est donc intéressant de se demander comment évoluera cette population dans les 20 prochaines années.

Le groupe d'âge des plus de 75 ans est celui qui augmentera le plus entre 2000 et 2020, suivi du groupe d'âge des 65-74 ans (Graphique 10). L'évolution du groupe d'âge des 65-74 ans sera irrégulière entre 2000 et 2020. Entre 2000 et 2010, l'effectif de ce groupe d'âge sera quasiment stable du fait de la présence des générations 1936-1945 moins nombreuses (générations issues des classes d'âge creuses de la première guerre mondiale et générations nées pendant la deuxième guerre mondiale), puis il augmentera fortement entre 2010 et 2020 avec l'arrivée des générations issues du baby-boom.

Entre 1980 et 2000, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans a augmenté de près de 120 000. D'après les projections l'INSEE¹, l'effectif des personnes de plus de 75 ans de la région Rhône-Alpes passerait de 378 500 à 587 000 au cours des vingt prochaines années, soit une progression supérieure à 200 000 personnes.

Graphique 10 : Evolution de la population selon le groupe d'âge, Rhône-Alpes, 2000-2020, base 100 en 2000

Source : INSEE, projections de population modèle OMPHALE 2000 - Traitement : ORS Rhône-Alpes



¹ A partir des données du recensement de la population 1999, l'INSEE a réalisé des projections de population selon les hypothèses suivantes :

- **Fécondité** : maintien de la fécondité de chaque département à son niveau de 1999.
- **Mortalité** : baisse de la mortalité au même rythme que la tendance métropolitaine observée au cours des 20 dernières années.
- **Migration** : maintien des mouvements migratoires observés entre 1982 et 1999.

Un vieillissement plus marqué dans le département de la Haute-Savoie

Le nombre de personnes de plus de 75 ans de la région Rhône-Alpes devrait augmenter de 55% entre 2000 et 2020. Selon les départements, l'évolution des effectifs de personnes âgées de plus de 75 ans sera plus ou moins importante (Carte 5).

Les quatre départements les plus à l'ouest de la région connaîtront la croissance la plus faible (entre 35% et 53% pour la Loire, l'Ardèche, le Rhône et la Drôme).

C'est en Haute-Savoie que la croissance sera la plus forte. L'effectif des personnes âgées de plus de 75 ans devrait augmenter de 86% en 20 ans, passant de 35 800 en 2000 à 67 000 en 2020 (Tableau 7).

Carte 5 : Evolution des effectifs de personnes âgées de plus de 75 ans entre 2000 et 2020 en Rhône-Alpes

Source : INSEE, projections de populations modèle OMPHALE 2000 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

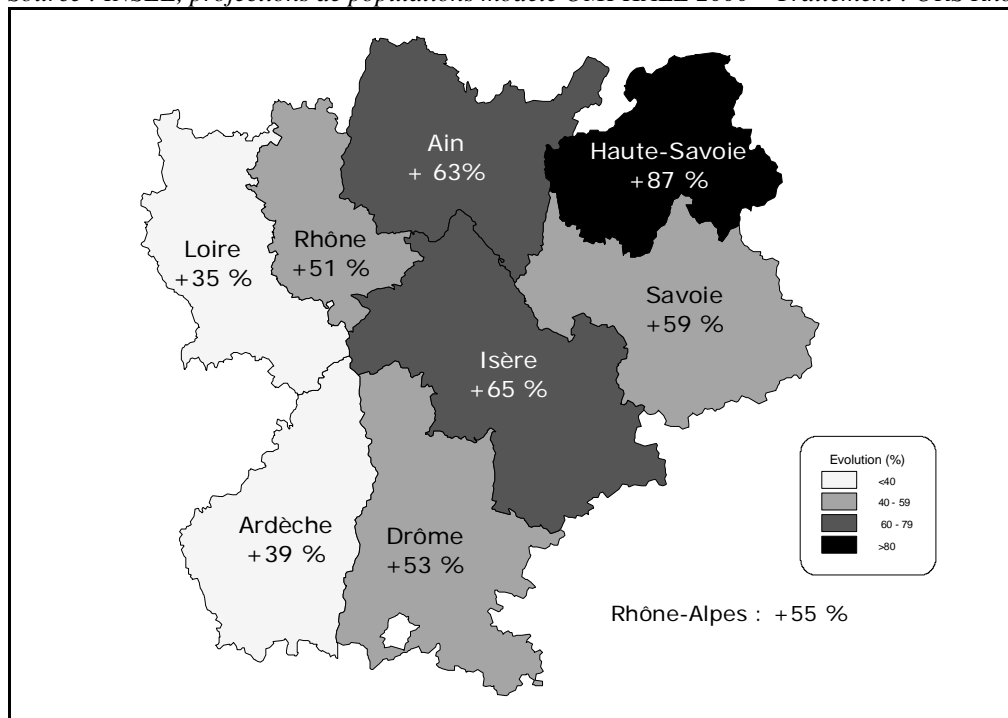


Tableau 7 : Evolution de la population des plus de 75 ans en Rhône-Alpes, entre 2000 et 2020

Source : INSEE, projections de population modèle OMPHALE 2000 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Population en milliers	2000	2020
Ain	32,8	53,5
Ardèche	26,3	36,5
Drôme	33,9	51,7
Isère	65,4	108,2
Loire	59,2	79,9
Rhône	98,8	148,7
Savoie	26,1	41,5
Haute-Savoie	35,8	66,9
Rhône-Alpes	378,5	587,0

Les personnes de plus de 75 ans représenteraient 9,3% de la population de la région en 2020

Les personnes de plus de 75 ans devraient occuper une place de plus en plus importante au sein de la population totale. La part des 75 ans et plus dans la population totale rhônalpine serait de 9,3% à l'horizon 2020, alors qu'elle est de 6,7% en 2000 (Tableau 8).

Dans les départements de l'Ardèche, de la Drôme et de la Loire, les personnes de plus de 75 ans représenteraient déjà plus de 10% de la population.

Les parts de personnes âgées de plus de 75 ans les plus faibles se trouveraient dans les départements de l'Ain et de la Haute-Savoie (8,3%).

Tableau 8 : Evolution de la part des personnes de plus de 75 ans en Rhône-Alpes, entre 2000 et 2020

Source : INSEE, projections de population modèle OMPHALE 2000 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

%	2000	2020
Ain	6,3	8,3
Ardèche	9,2	12,0
Drôme	7,7	10,6
Isère	5,9	8,5
Loire	8,1	11,6
Rhône	6,2	8,8
Savoie	6,9	9,7
Haute-Savoie	5,6	8,3
Rhône-Alpes	6,7	9,3

2. Les mouvements de population et population étrangère

- Près de 30 000 nouveaux arrivants de plus de 65 ans entre 1990 et 1999 dans la région Rhône-Alpes
- Les nouveaux arrivants s'installent en majorité dans les pôles urbains de la région
- Une part de nouveaux arrivants plus élevée dans le sud et le nord-est de la région
- Les migrations interrégionales :
 - Rhône-Alpes faiblement attractive pour les personnes âgées venant des autres régions de France Métropolitaine
 - La Haute-Savoie plus attractive que les autres départements de la région
- Les migrations intra-régionales
 - Deux personnes âgées sur dix ont changé de logement en Rhône-Alpes entre 1990 et 1999
 - L'Ain et l'Ardèche attirent les personnes âgées de la région
- Près de 45 000 étrangers de plus de 65 ans en Rhône-Alpes
- Les étrangers de plus de 65 ans : une population plutôt masculine
- Un étranger de plus de 65 ans sur trois est de nationalité italienne
- Des profils différents selon les départements

Définition des migrations à partir du recensement

Lors de chaque recensement, une question est posée sur le lieu de résidence au 1^{er} janvier de l'année du précédent recensement. Cette question permet de comptabiliser les migrants, c'est-à-dire les personnes dont le lieu de résidence a changé entre deux dates de recensement. Ce nombre de migrants est inférieur au nombre des migrations réellement effectuées, du fait des migrations multiples et des retours, non comptabilisés.

En utilisant des données d'enquêtes rétrospectives saisissant toutes les migrations des individus et des données issues de l'enquête emploi (enquête annuelle réalisée par l'INSEE), les liens entre nombre de migrations et nombre de migrants ont été analysés. Ils ont permis d'élaborer un modèle estimant les migrations à partir des données du recensement concernant les migrants. Ces travaux ont été développés par B. Baccaïni et D. Courgeau.

Les caractéristiques individuelles et celles du logement ne sont connues qu'à la date du recensement. En particulier, on ne connaît pas l'âge exact auquel s'est produit le mouvement : pour le recensement de 1999, les migrants âgés de 75 ans au recensement ont pu effectuer leur(s) migration(s) entre 66 et 75 ans. Ainsi, pour les taux de migration par âge, l'âge correspond à l'âge au recensement et non pas à l'âge lors de la migration.

Taux d'entrée annuel : le taux d'entrée annuel rapporte le nombre d'entrées annuelles estimées à partir du modèle de migration à la population moyenne de la zone considérée (département, région) entre 1990 et 1999.

Taux de sortie annuel : le taux de sortie annuel rapporte le nombre de sorties annuelles estimées à partir du modèle de migration à la population moyenne de la zone considérée (département, région) entre 1990 et 1999.

Taux de migration nette : c'est la différence entre le taux d'entrée et le taux de sortie. Ce taux peut être positif ou négatif.

Près de 30 000 nouveaux arrivants de plus de 65 ans entre 1990 et 1999 dans la région Rhône-Alpes

Entre 1990 et 1999, 29 557 personnes de plus de 65 ans se sont installées dans la région Rhône-Alpes, soit 5% de la totalité des nouveaux arrivants de la région.

La grande majorité des nouveaux arrivants de plus de 65 ans (85,7%) résidaient dans une autre région de France métropolitaine au recensement de 1990 ; 13,7% arrivent de l'étranger.

Parmi les nouveaux arrivants de plus de 65 ans, 60% sont des femmes et 44% ont plus de 75 ans (Tableau 9).

Tableau 9 : Nouveaux arrivants de plus de 65 ans dans la région Rhône-Alpes entre 1990 et 1999

Source : INSEE, RP 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

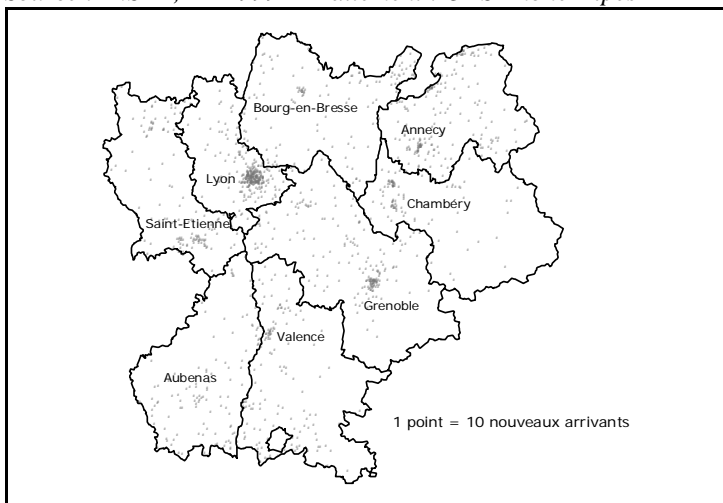
	Effectif	%
Ensemble	29 557	100
65-74	16 524	55,9
75 ans et plus	13 033	44,1
Hommes	11 674	39,5
Femmes	17 883	60,5
En Provenance de :		
- Régions de France métropolitaine	25 333	85,7
- DOM-TOM	173	0,6
- Etranger	4 051	13,7

Les nouveaux arrivants s'installent en majorité dans les pôles urbains de la région

En terme d'effectifs, les plus de 75 ans² s'installent dans les grandes villes et leur périphérie (Carte 6). Lyon, Saint-Etienne, Grenoble, Annecy, Valence et Chambéry absorbent un nouvel arrivant sur cinq. Les personnes âgées s'installent aussi dans l'extrême sud des départements de l'Ardèche et de la Drôme ainsi que sur le pourtour du lac Lemman (pays de Gex, environs de Thonon-les-Bains et d'Evian).

Carte 6 : Répartition des nouveaux arrivants de plus de 75 ans dans la région Rhône-Alpes entre 1990 et 1999

Source : INSEE, RP 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes



² Au niveau cantonal, les données relatives aux nouveaux arrivants ne concernent que pour le groupe d'âge des plus de 75 ans.

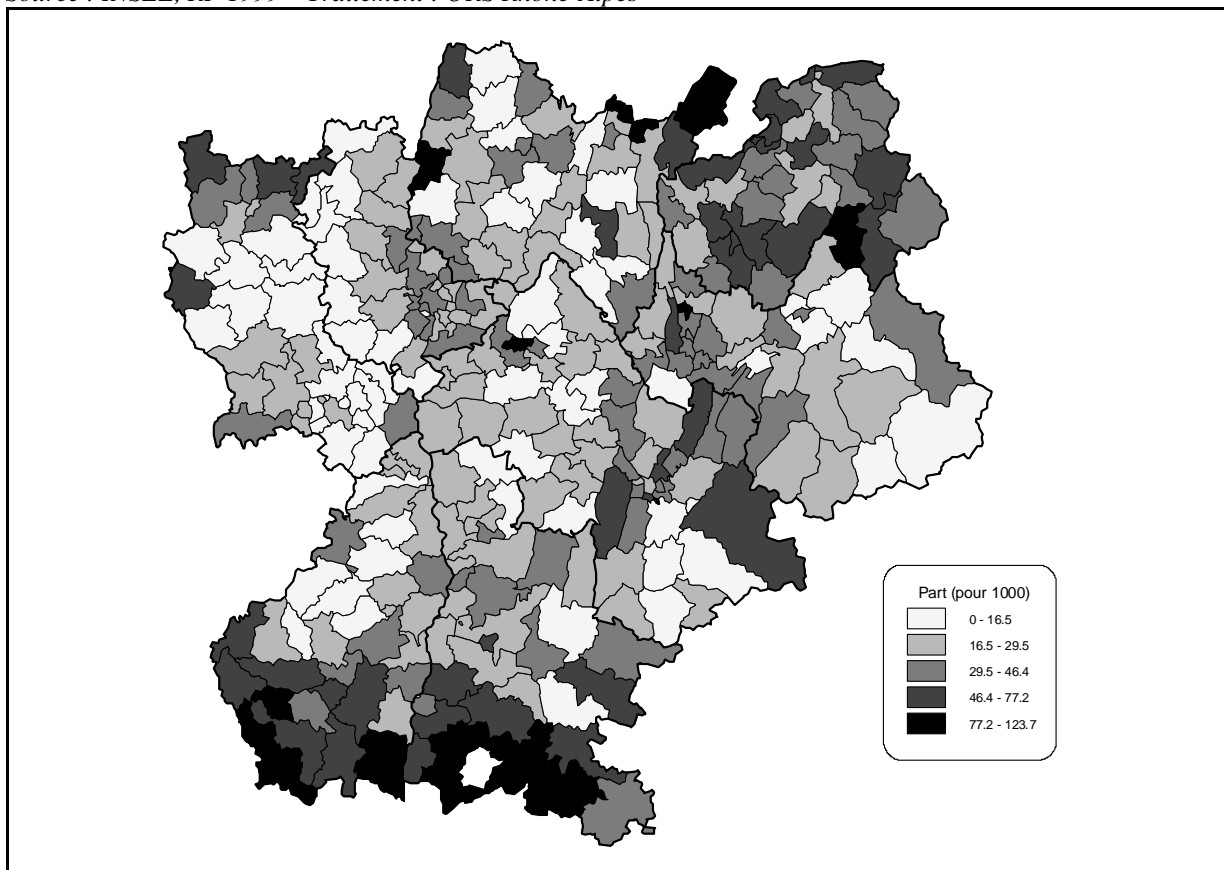
Une part de nouveaux arrivants plus élevée dans le sud et le nord-est de la région

Les nouveaux arrivants de plus de 75 ans se concentrent dans le sud mais aussi dans le nord-est de la région (Carte 7). Dans ces zones, la densité moyenne des nouveaux arrivants de plus de 75 ans est supérieure à celle observée sur l'ensemble du territoire régional (33 migrants de plus de 75 ans pour 1 000 habitants de la même tranche d'âge).

Les concentrations les plus importantes de nouveaux arrivants âgés se situent au sud de l'Ardèche et de la Drôme - des Cévennes aux Baronnies -, dans le pays de Gex, en Haute-Savoie - en particulier le long de la frontière Suisse -, mais aussi à proximité d'Annecy, dans les Aravis et dans les cantons de Sallanches et Saint-Gervais-les-Bains. La densité de nouveaux arrivants est aussi plus élevée à l'extrême nord du département de la Loire (dans les cantons proches de Roanne), ainsi qu'au sud-est de l'Isère, dans les massifs de Belledonne et de l'Oisans, et dans les environs de Chambéry.

Carte 7 : Part des nouveaux arrivants de plus de 75 ans dans la population des plus de 75 ans, Rhône-Alpes, 1999. Part pour 1 000 personnes de plus de 75 ans

Source : INSEE, RP 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes



Les migrations interrégionales

Rhône-Alpes faiblement attractive pour les personnes âgées venant des autres régions de France Métropolitaine

Entre 1990 et 1999, 25 333 personnes sont arrivées en Rhône-Alpes en provenance d'autres régions de France Métropolitaine³ et 24 084 en sont parties, soit un gain de 1 249 personnes. La région est moins attractive pour les personnes âgées que pour l'ensemble de la population : les taux annuels de migration nette⁴ s'élèvent respectivement à 1,6 pour 10 000 et 12,8 pour 10 000 (Tableau 10).

Pour les personnes âgées de 65 à 74 ans, les départs de la région sont plus nombreux que les arrivées.

Tableau 10 : Echanges migratoires entre Rhône-Alpes et le reste de la France Métropolitaine selon le groupe d'âge entre 1990 et 1999

Source : INSEE, RP 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	65-74	75 ans et plus	65 ans et plus	Ensemble de la population
Entrants	13 655	11 678	25 333	455 383
Sortants	15 035	9 049	24 084	390 699
Solde	-1 380	2 629	1 249	64 684
Taux annuel de migration nette (p.10 000)	-3,2	7,2	1,6	12,8

Tableau 11 : Flux des migrants en Rhône-Alpes avec le reste de la France Métropolitaine selon les départements, 1990-1999

Source : INSEE, RP 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	Entrants	Sortants	Solde migratoire
Ain	2 128	1 748	380
Ardèche	2 543	1 296	1 247
Drôme	3 413	2 399	1 014
Isère	3 535	4 019	-484
Loire	2 343	3 021	-678
Rhône	5 193	7 955	-2 762
Savoie	2 241	1 183	1 058
Haute-Savoie	3 937	2 463	1 474
Rhône-Alpes	25 333	24 084	1 249

³ Dans la suite de ce chapitre, nous parlerons des échanges entre Rhône-Alpes et la France Métropolitaine. Les mouvements au départ ou à destination des DOM-TOM ou de l'étranger ne sont pas pris en compte.

⁴ **Taux annuel de migration nette** : c'est le rapport du solde annuel moyen (différence entre le nombre d'entrées et le nombre de sorties) à la population moyenne de la zone considérée.

La Haute-Savoie : plus attractive que les autres départements de la région

Les particularités des départements de la région, en terme de capacité à retenir ou laisser partir des migrants interrégionaux, peuvent être mises en évidence en utilisant des indices de migration différentielle⁵ (Carte 7).

Concernant les arrivées des personnes de plus de 65 ans dans les départements de la région Rhône-Alpes en provenance d'autres régions, on observe une nette opposition entre les 8 départements. Dans les départements de la Haute-Savoie, de la Drôme et de l'Ardèche, on observe des indices d'immigration différentielle fortement positifs. Ces trois départements attirent donc relativement plus de migrants interrégionaux que ne le fait globalement Rhône-Alpes et s'opposent nettement aux autres départements de la région, qui sont moins attractifs.

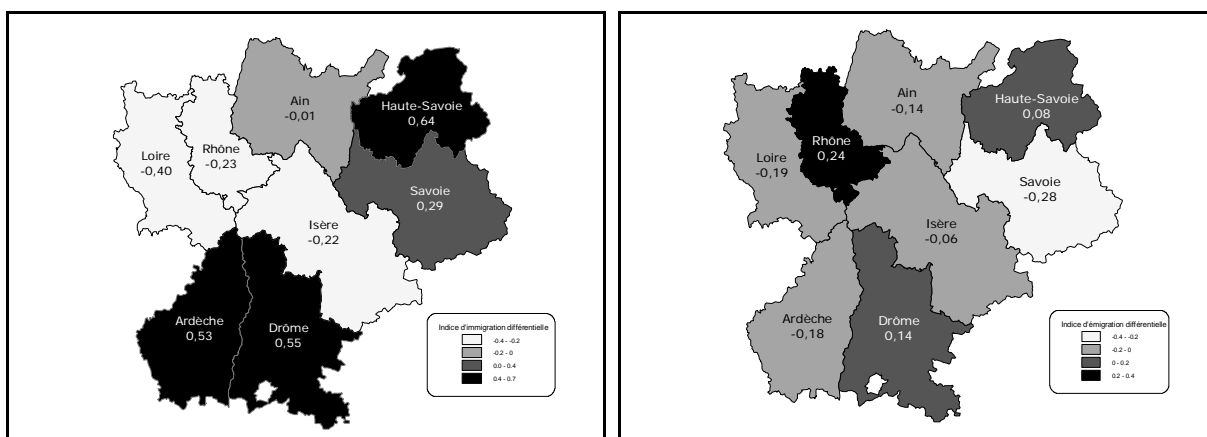
Les contrastes entre départements sont moins importants lorsque l'on considère les départs des personnes de plus de 65 ans vers d'autres régions. Les départs de la région s'effectuent préférentiellement à partir du Rhône. L'Ain, l'Ardèche, l'Isère, la Loire et la Savoie ont des propensions à laisser partir des migrants vers l'extérieur de la région relativement plus faibles que ne le fait globalement la région.

Carte 7 : Intensité des arrivées et des départs en provenance et vers le reste de la France Métropolitaine selon les départements entre 1990 et 1999

Source : INSEE, RP 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A – Intensité des arrivées

B – Intensité des départs



⁵ Les **indices de migrations différentielles** comparent l'intensité* des arrivées (ou des départs) dans le département à cette même intensité calculée au niveau de l'ensemble de la région. Un indice égal à 0 signifie que le département a la même propension à accueillir (ou voir partir) des migrants interrégionaux que l'ensemble de la région. Il est négatif si cette propension est moindre, positif si elle est supérieure.

*L'intensité de la migration vers une zone se définit comme le rapport entre le nombre de migrants vers la zone au cours de la période à la population moyenne de cette zone.

Les migrations intra-régionales

Deux personnes âgées sur dix ont changé de logement en Rhône-Alpes entre 1990 et 1999

Les personnes âgées sont moins mobiles que l'ensemble de la population. Entre 1990 et 1999, 163 300 personnes âgées de plus de 65 ans en 1999, résidant en Rhône-Alpes, ont changé de logement, soit deux personnes sur dix (contre quatre sur dix dans la population totale) ; une personne âgée sur dix a également changé de commune et seulement 2% ont changé de département (Tableau 12).

La mobilité de très courte distance (intra-communale) a concerné 79 230 personnes, soit la moitié de celles qui ont changé de logement.

Tableau 12 : Mobilité interne des personnes âgées de plus de 65 ans en Rhône-Alpes entre 1990 et 1999

Source : INSEE, RP 1999, - Traitement : ORS Rhône-Alpes

	<i>Changement de logement dans la région</i>	<i>Changement de commune dans la région</i>	<i>Changement de département dans la région</i>
65 ans et plus			
Effectifs	163 356	84 126	19 028
%	19,3	9,9	2,2
Population totale			
Effectifs	2 348 130	1 405 992	352 833
%	42,5	25,5	6,4

L'Ain et l'Ardèche attirent les personnes âgées de la région

Les changements de départements s'effectuent principalement entre le Rhône et l'Ain, le Rhône et l'Isère, ainsi que la Drôme et l'Ardèche.

Un fort contraste se dessine entre le Rhône d'un côté et l'Ain et l'Ardèche de l'autre. Le Rhône est déficitaire dans ses échanges avec les autres départements de la région : il voit plus de personnes âgées partir vers les autres départements qu'il n'accueille de migrants originaires de ces départements (Tableau 13). A l'opposé, les arrivées sont plus nombreuses que les départs dans les départements de l'Ain et l'Ardèche. La Savoie est aussi un département attractif pour les personnes âgées de la région. La situation des autres départements (Drôme, Isère, Loire, Haute-Savoie) est intermédiaire avec des soldes migratoires légèrement positifs (Carte 8).

Carte 8 : Migrations interdépartementales des personnes de plus de 65 ans au sein de la région Rhône-Alpes entre 1990 et 1999. Taux annuel de migration nette pour 10 000

Source : INSEE, RP 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

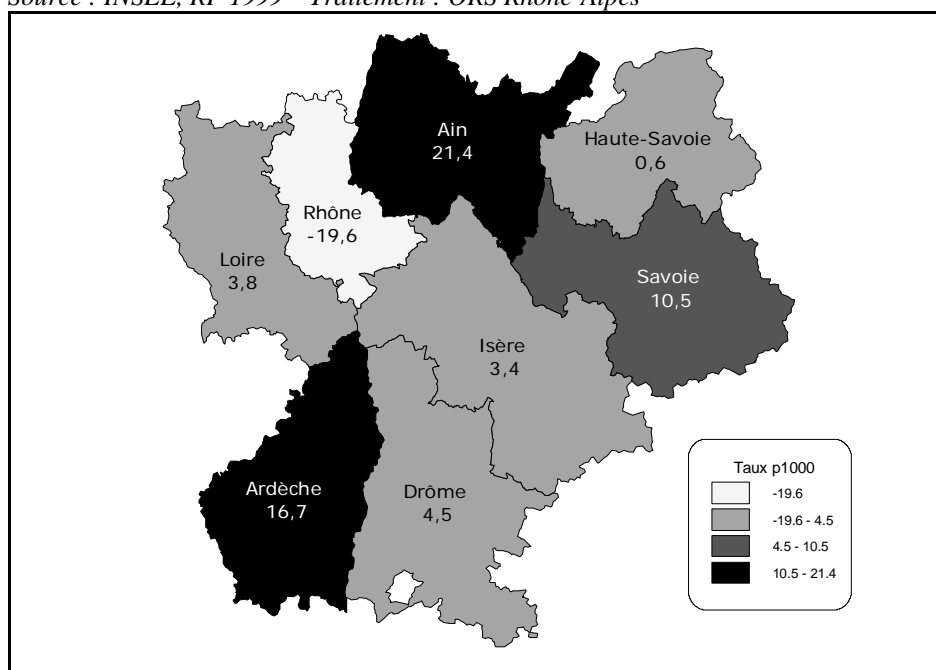


Tableau 13 : Flux de migrants interdépartementaux de plus de 65 ans, Rhône-Alpes, 1990-1999
Nombre total d'entrants et de sortants sur la période 1990-1999

Source : INSEE, RP 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Départements	Entrants	Sortants	Solde
Ain	3 156	1 707	1 449
Ardèche	2 065	1 191	874
Drôme	2 109	1 794	315
Isère	3 610	3 130	480
Loire	1 767	1 301	466
Rhône	3 633	7 836	-4 203
Savoie	1 570	993	577
Haute-Savoie	1 118	1 076	42

Près de 45 000 étrangers de plus de 65 ans en Rhône-Alpes

En 1999, près de 45 000 étrangers⁶ de plus de 65 ans résident dans la région Rhône-Alpes. Ils représentent 5,1% de la population des plus de 65 ans, alors qu'en France cette proportion n'est que de 3,7%. C'est en Haute-Savoie que la part des étrangers dans la population des plus de 65 ans est la plus élevée (6,7%), mais aussi en Isère et dans le Rhône (6%). En revanche, elle est plus faible dans l'Ardèche et dans la Drôme où respectivement 2,3% et 3,1% des plus de 65 ans sont étrangers (Tableau 14).

Tableau 14 : La population étrangère de plus de 65 ans dans la région Rhône-Alpes en 1999

Source : INSEE, RP 1999 - Traitement : ORS Rhône-Alpes

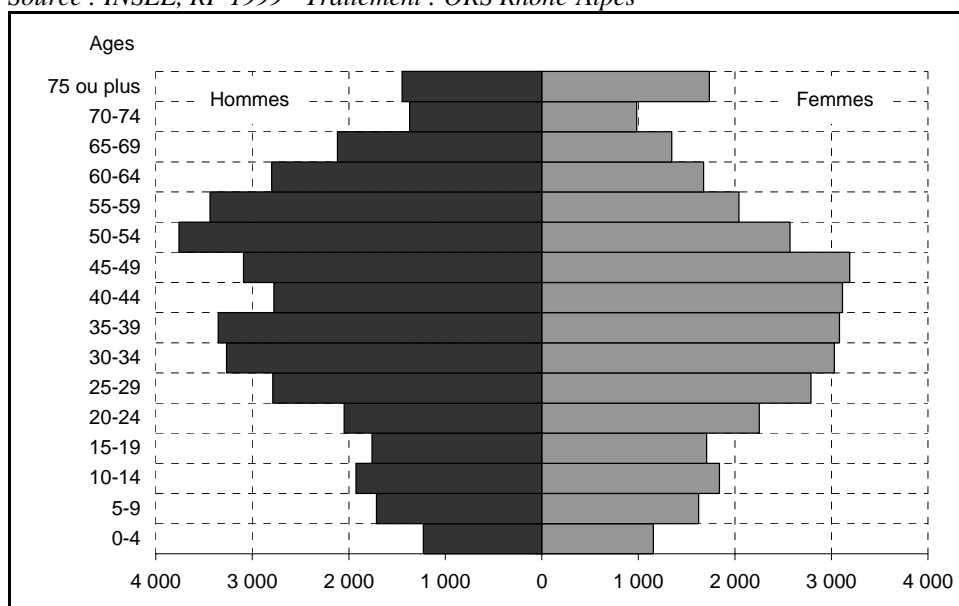
	Effectifs	Part des étrangers dans la population des plus de 65 ans (%)
Ain	3 435	4,6
Ardèche	1 370	2,3
Drôme	2 376	3,1
Isère	9 295	6,0
Loire	6 205	4,6
Rhône	13 681	5,9
Savoie	2 949	4,9
Haute-Savoie	5 686	6,7
Rhône-Alpes	44 997	5,1
France	359 876	3,7

La structure par âge de la population étrangère diffère de celle de la population totale. Les femmes sont sous-représentées dans la population étrangère totale : on trouve 47% de femmes contre 51% dans la population totale de la région. La pyramide des âges de la population étrangère se caractérise par un creux à la base jusqu'à 25 ans, puis un renflement dans les âges adultes jusqu'à 65 ans (Graphique 11). Le rétrécissement après 65 ans s'explique d'abord par les décès mais aussi par les sorties du territoire et en particulier les retours au pays. Ainsi, la part des personnes de plus de 65 ans est un peu moins forte parmi les étrangers que dans l'ensemble de la population de la région : 12,3% contre 15,6%. Après 75 ans, la structure est plus classique, les femmes sont plus nombreuses du fait de leur plus grande longévité.

⁶ Au sens de l'INSEE, la **population étrangère** est composée des individus résidant en France de nationalité autre que la nationalité française. Un étranger peut être né à l'étranger ou en France.

Graphique 11 : Pyramide des âges de la population étrangère en Rhône-Alpes, 1999

Source : INSEE, RP 1999 - Traitement : ORS Rhône-Alpes



Les étrangers de plus de 65 ans : une population plutôt masculine

La France a connu deux fortes périodes de migrations durant le 20^e siècle, la première se situant dans les années 20 et la deuxième dans les années 60. Ces courants migratoires ont correspondu à des périodes de croissance économique et de pénurie de main-d'œuvre et ont été marqués par une arrivée massive d'hommes étrangers, venus seuls. Une grande partie de cette population étrangère a aujourd'hui plus de 65 ans et reste majoritairement masculine par rapport à l'ensemble de la population âgée. Dans la région Rhône-Alpes, on trouve ainsi 55% d'hommes dans la population âgée étrangère contre 41% dans la population âgée totale (Tableau 15).

Tableau 15 : Répartition de la population étrangère selon le groupe d'âge et le sexe, Rhône-Alpes, 1999

Source : INSEE, RP 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Part des hommes dans la population étrangère (%)</i>	<i>Part des hommes dans la population totale (%)</i>
65-69 ans	10 586	6 728	61,1	46,4
70-74 ans	6 855	4 918	58,2	43,8
75 ans et plus	7 239	8 671	45,5	35,6
Total des 65 ans et plus	24 680	20 317	54,8	40,8

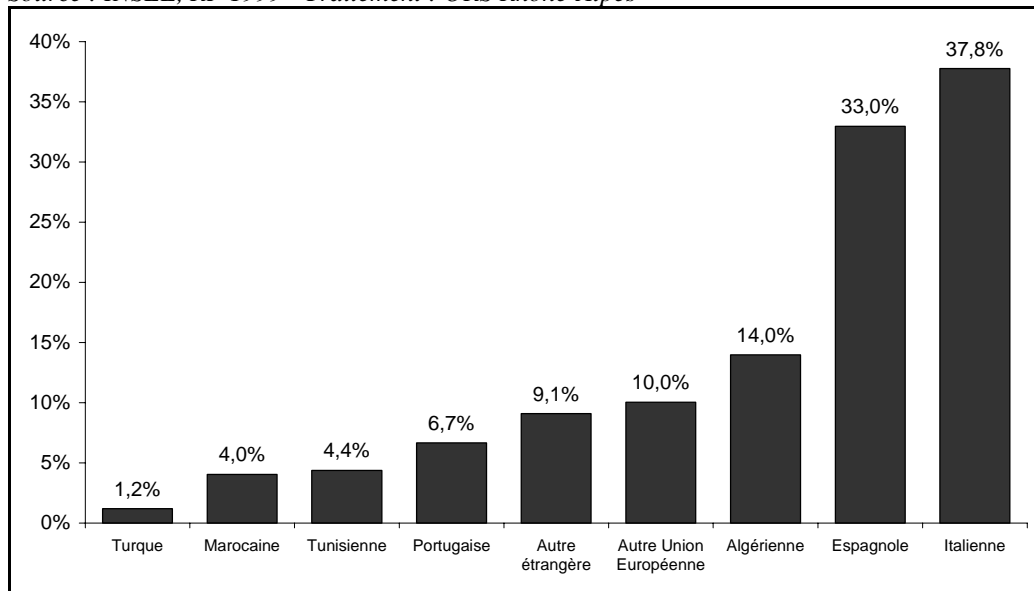
Un étranger de plus de 65 ans sur trois est de nationalité italienne

En 1999, ce sont les Italiens (14 640 personnes), suivis des Algériens (10 725 personnes) qui forment les communautés étrangères les plus nombreuses parmi les 65 ans et plus. Ces deux communautés représentent respectivement un tiers et un quart des étrangers de plus de 65 ans vivant en Rhône-Alpes, soit un peu plus de la moitié des étrangers. Dans la population totale tous âges confondus de la région, la communauté italienne n'arrive qu'en 3^e position, derrière les communautés algérienne et portugaise, et ne représente que 11% des étrangers de la région. La population italienne est issue de vagues d'immigration anciennes, ce qui explique que sa part est 3 fois plus élevée chez les personnes âgées que dans la population totale de la région. Les Italiens de plus de 65 ans sont aussi sur-représentés en Rhône-Alpes par rapport à la France (33% contre 22%) du fait de la proximité entre l'Italie et la région Rhône-Alpes.

Chaque communauté constituant la population étrangère de la région a un profil démographique particulier du fait de la nature et de la période de son immigration. Ainsi, la part des plus de 65 ans dans la population totale de chaque pays d'origine varie fortement selon la population concernée. Par exemple, pour les populations issues de vagues d'immigration anciennes (populations espagnole et italienne), plus d'une personne sur trois a plus de 65 ans. En revanche, à peine 1% des turcs de la région Rhône-Alpes ont plus de 65 ans (Graphique 12).

Graphique 12 : Répartition des personnes de plus de 65 ans dans la population totale de chaque communauté, Rhône-Alpes, 1999

Source : INSEE, RP 1999 - Traitement : ORS Rhône-Alpes



Des profils différents selon les départements

D'un département à l'autre, les caractéristiques de la population étrangère diffèrent.

La communauté italienne est largement dominante en Savoie (6 étrangers de plus de 65 ans sur 10 sont italiens), mais aussi en Isère et en Haute-Savoie (environ 4 sur 10). Ce phénomène s'explique par la proximité de l'Italie par rapport à ces départements (Tableau 16).

Le Rhône et la Loire sont les seuls départements où la communauté algérienne arrive en tête dans la population étrangère des plus de 65 ans (35% et 32% respectivement).

L'Ardèche, de part sa situation géographique, son climat et son territoire à dominante rurale, profite de l'engouement des personnes du nord de l'Europe pour le sud de la France. Il n'est donc pas étonnant d'observer qu'un quart des étrangers de plus de 65 ans résidant dans ce département sont originaires d'un pays de l'Union Européenne autre que l'Espagne, l'Italie et le Portugal.

Dans l'Ain et en Haute-Savoie, près d'un quart des étrangers sont originaires d'un pays autre qu'un pays de l'Union Européenne, un pays du Maghreb ou la Turquie (Tableau 17). C'est deux départements étant frontaliers avec la Suisse, on peut penser que ces étrangers sont en grande majorité suisses et habitent à proximité de leur pays (pays de Gex, environs de Thonon-les-Bains, pays genevois français).

Tableau 16 : Effectif de la population étrangère de plus de 65 ans selon la nationalité et le département, Rhône-Alpes, 1999

Source : INSEE, RP 1999

	Espagnole	Italienne	Portugaise	Autre Union Européenne	Algérienne	Marocaine	Tunisienne	Turque	Autre nationalité	Total
Ain	406	794	324	421	313	268	52	61	796	3 435
Ardèche	288	205	109	354	195	56	16	11	136	1 370
Drôme	437	492	166	350	427	170	51	22	261	2 376
Isère	1 248	4 084	765	266	1 905	201	218	84	524	9 295
Loire	652	1 922	594	141	1 992	329	71	101	403	6 205
Rhône	2 098	3 170	996	292	4 791	325	692	118	1 199	13 681
Savoie	169	1 804	155	117	458	59	17	14	156	2 949
Haute-Savoie	514	2 169	248	460	644	128	45	61	1 417	5 686
Rhône-Alpes	5 812	14 640	3 357	2 401	10 725	1 536	1 162	472	4 892	44 997

Tableau 17 : Répartition de la population étrangère de plus de 65 ans selon le département, Rhône-Alpes, 1999

Source : INSEE, RP 1999 - Traitement : ORS Rhône-Alpes

%	Espagnole	Italienne	Portugaise	Autre Union Européenne	Algérienne	Marocaine	Tunisienne	Turque	Autre nationalité	Total
Ain	11,8	23,1	9,4	12,3	9,1	7,8	1,5	1,8	23,2	100,0
Ardèche	21,0	15,0	8,0	25,8	14,2	4,1	1,2	0,8	9,9	100,0
Drôme	18,4	20,7	7,0	14,7	18,0	7,2	2,1	0,9	11,0	100,0
Isère	13,4	43,9	8,2	2,9	20,5	2,2	2,3	0,9	5,6	100,0
Loire	10,5	31,0	9,6	2,3	32,1	5,3	1,1	1,6	6,5	100,0
Rhône	15,3	23,2	7,3	2,1	35,0	2,4	5,1	0,9	8,8	100,0
Savoie	5,7	61,2	5,3	4,0	15,5	2,0	0,6	0,5	5,3	100,0
Haute-Savoie	9,0	38,1	4,4	8,1	11,3	2,3	0,8	1,1	24,9	100,0
Rhône-Alpes	12,9	32,5	7,5	5,3	23,8	3,4	2,6	1,0	10,9	100,0

3. Le mode de vie des personnes âgées

- La vie à domicile : mode de vie principal des personnes de plus de 65 ans
- Trois personnes de plus de 85 ans sur quatre vivent à domicile
- La vie en institution : un mode de vie plus féminin que masculin
- Plus d'une personne sur trois de plus de 75 ans vit seule
- Les personnes de plus de 75 ans vivant seules sont près de 15 000 de plus qu'en 1990
- Près d'une femme sur deux de plus de 75 ans vit seule
- Les personnes âgées vivent plus souvent seules en milieu urbain
- Plus de personnes seules dans les grandes villes de la région et dans les zones alpines

La vie à domicile : mode de vie principal des personnes de plus de 65 ans

En 1999, un peu plus de 820 000 personnes de plus de 65 ans vivaient à domicile dans la région Rhône-Alpes, soit 94% de la population des 65 ans et plus (Tableau 18). Dans les huit départements de la région, plus de 90% des personnes âgées vivent à domicile. En comparant la part des personnes vivant à domicile et le taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées, on note que plus le taux d'équipement est élevé moins les personnes âgées vivent à domicile (*voir le chapitre « offre en établissements », p.177*). Ainsi, dans l'Ain et l'Ardèche, les deux départements de la région les mieux équipés en structures d'hébergement, la part de personnes vivant à domicile est la plus faible (92,2% et 91,4% respectivement). A l'inverse, c'est dans l'Isère et la Haute-Savoie (deux des départements les moins bien équipés en structures d'hébergement) que l'on vit le plus souvent à domicile (95%) (Tableau 19).

Tableau 18 : Répartition de la population âgée selon le lieu d'habitation, Rhône-Alpes, 1999

Source : INSEE, RP 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

%	65 ans et plus	85 ans et plus	
	Rhône-Alpes	Rhône-Alpes	France
Ménage (dont logement-foyer)	93,9	76,3	78,8
Maison de retraite	4,2	18,2	17,5
Hôpital long séjour	1,1	4,4	2,9
Autres	0,8	1,0	0,8
Ensemble	100,0	100,0	100,0

Tableau 19 : Répartition des personnes de plus de 65 ans vivant à domicile selon le département, Rhône-Alpes, 1999

Source : INSEE, RP 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

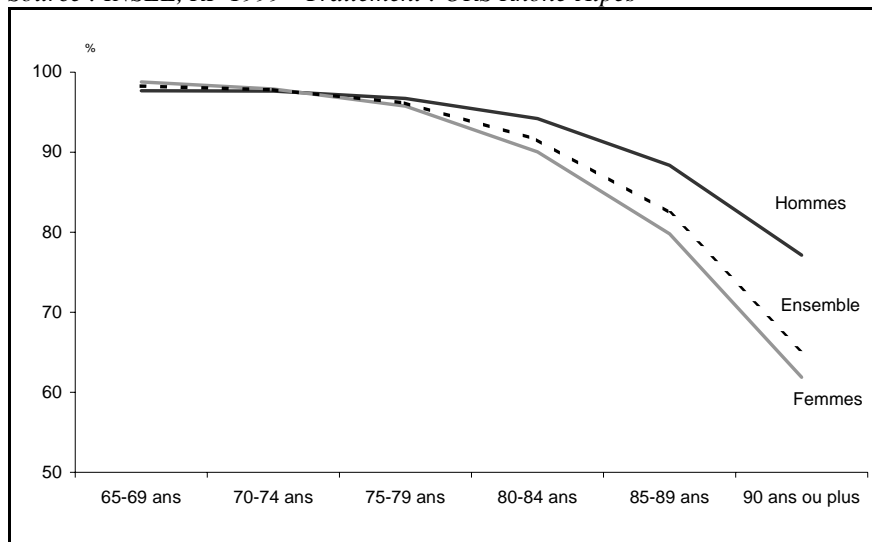
	Effectifs	Part (%)
Ain	69 396	92,2
Ardèche	53 444	91,4
Drôme	72 896	94,6
Isère	147 806	94,9
Loire	126 053	93,4
Rhône	216 598	93,8
Savoie	57 252	94,4
Haute-Savoie	80 600	95,1
Rhône-Alpes	824 045	93,9

Trois personnes de plus de 85 ans sur quatre vivent à domicile

Quel que soit l'âge considéré, la vie à domicile reste le mode de vie principal. Même si la part des personnes vivant à domicile diminue avec l'âge, les personnes de plus de 85 ans sont encore 75% à vivre à domicile (Graphique 13).

Graphique 13 : Répartition de la population vivant à domicile selon le sexe et le groupe d'âge, Rhône-Alpes, 1999

Source : INSEE, RP 1999 - Traitement : ORS Rhône-Alpes

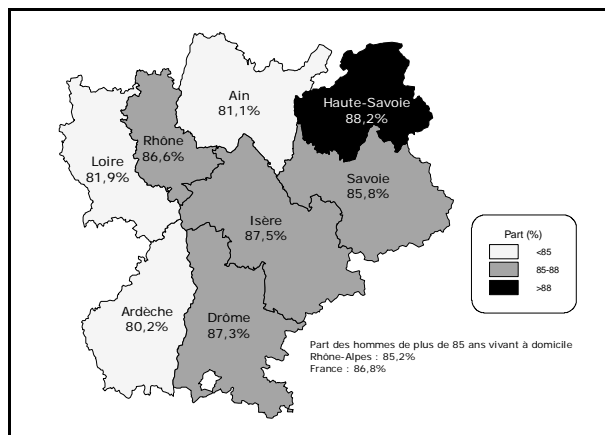


96% des hommes de plus de 65 ans vivent à domicile contre 92,5% des femmes de la même tranche d'âge. Hormis entre 65 et 69 ans où la part des hommes vivant à domicile est légèrement inférieure à celle des femmes, les hommes restent plus souvent à domicile que les femmes et l'écart s'accroît avec l'âge. Après 85 ans, les hommes sont 85,2% à vivre à domicile contre 73% des femmes (carte 9).

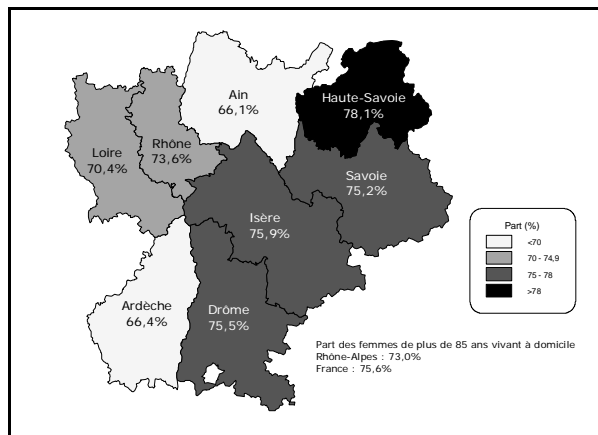
Carte 9 : Part des personnes de plus de 85 ans vivant à domicile selon le sexe à l'échelle départementale, Rhône-Alpes, 1999

Source : INSEE, RP 1999 - Traitement : ORS Rhône-Alpes

A – Hommes



B - Femmes

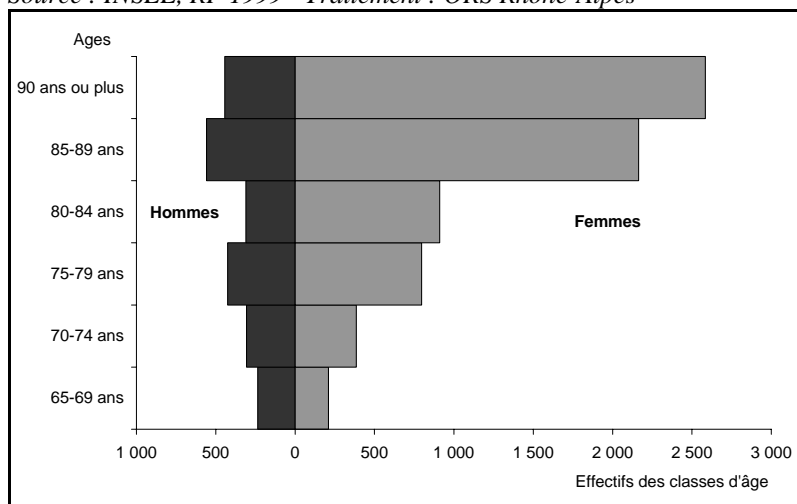


La vie en institution : un mode de vie plus féminin que masculin

La vie en maison de retraite ou en hôpital long séjour est peu répandue, dans la mesure où seulement 5,3% des plus de 65 ans vivent en institutions.

Graphique 14 : Répartition des personnes de plus de 65 ans vivant en institution, Rhône-Alpes, 1999

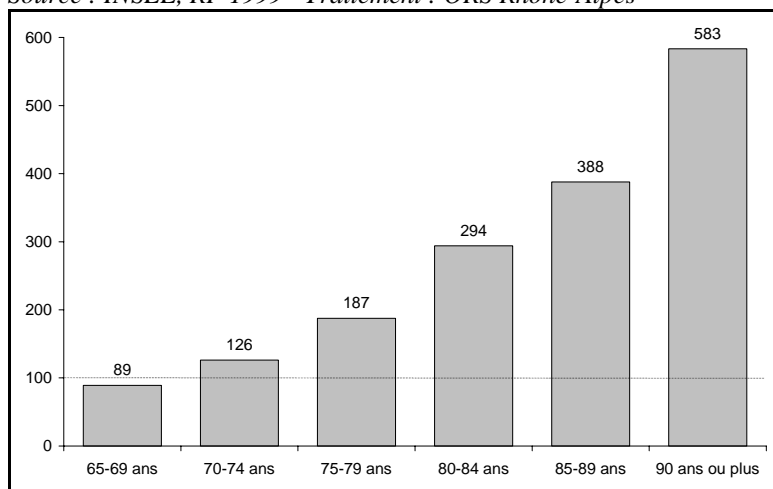
Source : INSEE, RP 1999 - Traitement : ORS Rhône-Alpes



Les personnes âgées ne sont pas égales devant l'entrée en institution. Les personnes vivant seules et les personnes dépendantes présentent un risque d'institutionnalisation plus élevé. Les femmes sont plus souvent isolées aux âges élevés (*voir p.56*) et connaissent un risque d'entrer en dépendance plus grand que les hommes, ce qui les conduit plus fréquemment à s'installer en institution. Du fait de cette institutionnalisation plus forte des femmes et de leur plus grande longévité, la répartition entre hommes et femmes est fortement déséquilibrée (Graphique 14) puisque 3 personnes sur 4 vivant en institution sont des femmes. Pour 100 hommes de plus de 65 ans vivant en institution, on compte 310 femmes. Cette féminisation est deux fois plus marquée que dans l'ensemble de la population des plus de 65 ans où l'on dénombre 100 hommes pour 140 femmes. Le déséquilibre augmente fortement avec l'âge (Graphique 15) : avant 75 ans, la répartition entre hommes et femmes est quasiment équivalente (100 hommes pour 110 femmes), mais après 90 ans, on compte 100 hommes pour 583 femmes.

Graphique 15 : Nombre de femmes pour 100 hommes vivant en institution selon le groupe d'âge, Rhône-Alpes, 1999

Source : INSEE, RP 1999 - Traitement : ORS Rhône-Alpes



Plus d'une personne sur trois de plus de 75 ans vit seule

En Rhône-Alpes, on compte environ 155 000 personnes seules⁷ de plus de 75 ans, soit 38,7% de la population totale des plus de 75 ans. La proportion de personnes seules augmente avec l'âge : 35% des personnes âgées de 75 à 79 ans vivent seules contre 40% après 80 ans.

Quel que soit le département, plus d'une personne sur trois de cette tranche d'âge vit seule. C'est dans les départements à caractère rural (Ain, Ardèche et Drôme) que la part de personnes âgées vivant seules est la plus faible. Dans la Loire et le Rhône, les deux départements les plus urbains de la région, cette part est la plus forte (environ 40%) (Tableau 20).

Tableau 20 : Répartition des personnes de plus de 75 ans vivant seules selon le département, Rhône-Alpes, 1999

Source : INSEE, RP 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	Personnes de plus de 75 ans vivant seules	Part des personnes de plus de 75 ans vivant seules (%)
Ain	12 532	36,1
Ardèche	9 555	34,3
Drôme	13 059	36,3
Isère	25 985	37,6
Loire	25 195	40,1
Rhône	42 879	40,9
Savoie	10 988	39,8
Haute-Savoie	14 856	39,2
Rhône-Alpes	155 049	38,7

⁷ La notion de personne seule est basée sur la définition du **ménage** adoptée par l'INSEE. Un ménage est défini comme l'ensemble des occupants d'un même logement (à titre de résidence principale). Dans le cas d'un unique occupant, on parle de "personne seule" (qui n'est pas forcément célibataire). Les «personnes seules» n'incluent pas les personnes vivant en institutions.

Les personnes de plus de 75 ans vivant seules sont près de 15 000 de plus qu'en 1990

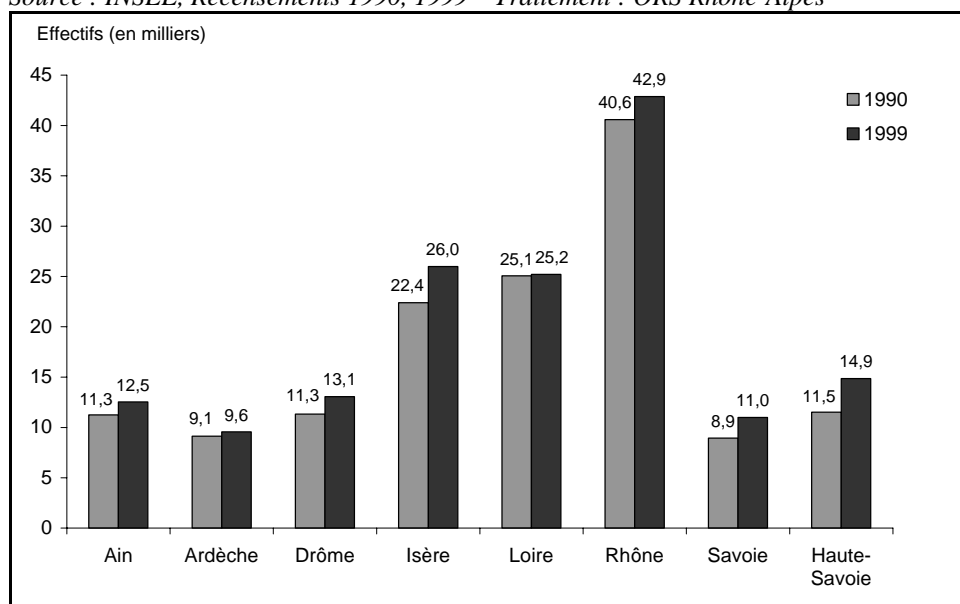
Entre 1990 et 1999, le nombre de personnes de plus de 75 ans vivant seules est passé de 140 208 à 155 049, soit une augmentation de 11%. Le nombre grandissant de personnes âgées vivant seules s'explique par l'évolution des modes de cohabitation et l'augmentation de la durée de la vie. En effet, le décès d'un conjoint dans un couple âgé laisse en général le conjoint survivant seul. De plus, la cohabitation intergénérationnelle (entre des parents âgés et leurs enfants) est de moins en moins fréquente, les personnes âgées sont ainsi plus souvent seules. Par ailleurs, l'amélioration des conditions de santé et le développement des services de proximité permettent aux personnes âgées de vivre seules plus longtemps, de manière autonome, et de retarder ainsi le départ en institution.

L'évolution du nombre de personnes vivant seules dans la population des plus de 75 ans a été variable selon les départements (Graphique 16). En effet, l'accroissement de cette population a été assez fort en Savoie et Haute-Savoie (+23% et +29% respectivement), plus modéré dans l'Ain, la Drôme et l'Isère (entre 11% et 16%) et très faible dans l'Ardèche, la Loire et le Rhône (entre 1% et 6%).

L'augmentation du nombre d'hommes seuls a été plus importante que celle des femmes seules (+16,5% contre seulement +9,3%). Toutefois, ces dernières restent toujours majoritaires : elles représentent 81% des personnes âgées de plus de 75 ans vivant seules.

Graphique 16 : Evolution du nombre de personnes de plus de 75 ans vivant seules selon le département, Rhône-Alpes, 1990-1999

Source : INSEE, Recensements 1990, 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes



Alors que les effectifs de personnes de plus de 75 ans vivant seules ont augmenté entre 1990 et 1999, la part des personnes de plus de 75 ans vivant seules a légèrement diminué, passant de 40,1% à 38,7%. Dans le même temps, la part des personnes vivant seules dans la population totale de la région a augmenté de 10,2% à 12,4%.

Près d'une femme sur deux de plus de 75 ans vit seule

Après 75 ans, la solitude concerne davantage les femmes que les hommes. En 1999, ce sont 125 746 femmes âgées qui vivent seules contre seulement 29 303 hommes. En terme de proportions, c'est près d'une femme sur deux de plus de 75 ans qui vit seule, alors que les hommes de cette même tranche d'âge sont seulement un sur cinq dans cette situation (Tableau 21). La situation contrastée selon le sexe résulte essentiellement de la plus grande longévité des femmes. En effet, elles vivent plus longtemps que les hommes et souvent leur conjoint est plus âgé qu'elles, en particulier dans les générations qui arrivent aujourd'hui à ces âges.

Les départements où la part des personnes seules est la plus importante sont le Rhône et la Loire pour les femmes, la Savoie et la Haute-Savoie pour les hommes. La part des personnes vivant seules est la plus faible dans l'Ardèche et l'Ain pour les femmes, l'Isère et l'Ardèche pour les hommes.

Tableau 21 : Personnes de plus de 75 ans vivant seules selon le sexe et le département

Source : INSEE, RP 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

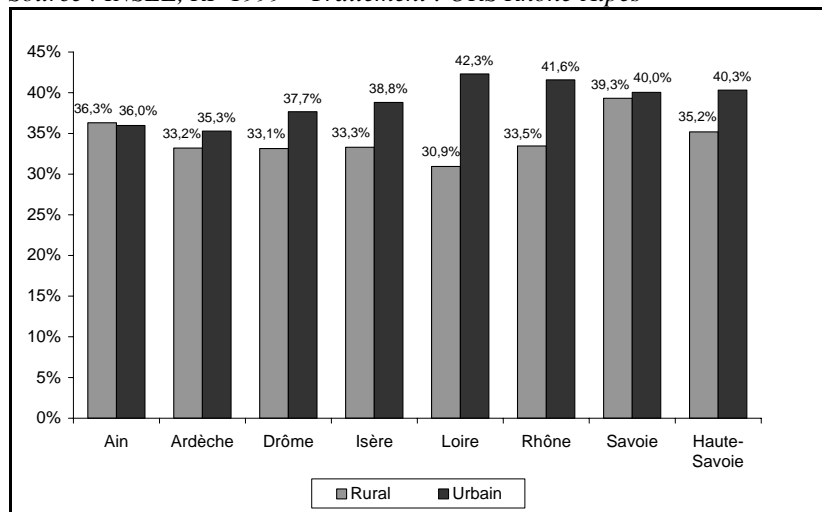
	<i>Personnes de plus de 75 ans vivant seules</i>		<i>Part des personnes de plus de 75 ans vivant seules (%)</i>	
	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
Ain	2 725	9 807	21,3	44,8
Ardèche	1 979	7 576	19,3	43,0
Drôme	2 740	10 319	20,4	45,9
Isère	4 767	21 218	19,1	48,0
Loire	4 639	20 556	21,1	50,4
Rhône	7 291	35 588	20,3	51,7
Savoie	2 165	8 823	22,2	49,5
Haute-Savoie	2 997	11 859	22,0	48,9
Rhône-Alpes	29 303	125 746	20,5	48,7

Les personnes âgées vivent plus souvent seules en milieu urbain

La part des 75 ans et plus vivant seuls est plus importante dans le milieu urbain que dans le milieu rural (40% et 34% respectivement pour la région). Il en est de même dans tous les départements de la région sauf dans l'Ain et dans la Savoie où la part des plus de 75 ans vivant seuls est quasiment identique dans les espaces urbains et ruraux (Graphique 17).

Graphique 17 : Part des personnes de plus de 75 ans vivant seules selon le milieu, Rhône-Alpes, 1999

Source : INSEE, RP 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes



La solitude concerne autant les hommes vivant en milieu rural que ceux vivant en milieu urbain (un homme sur quatre), alors que les femmes citadines sont plus souvent dans cette situation que celles habitant en milieu rural (50% contre 43%). Notons que dans le département de la Savoie, la part des hommes âgés seuls est plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain. En effet, un homme sur quatre vit seul en zone rurale, contre un sur cinq en zone urbaine (Tableau 22).

Tableau 22 : Part des personnes de plus de 75 ans vivant seules selon le sexe et le milieu de résidence, Rhône-Alpes, 1999

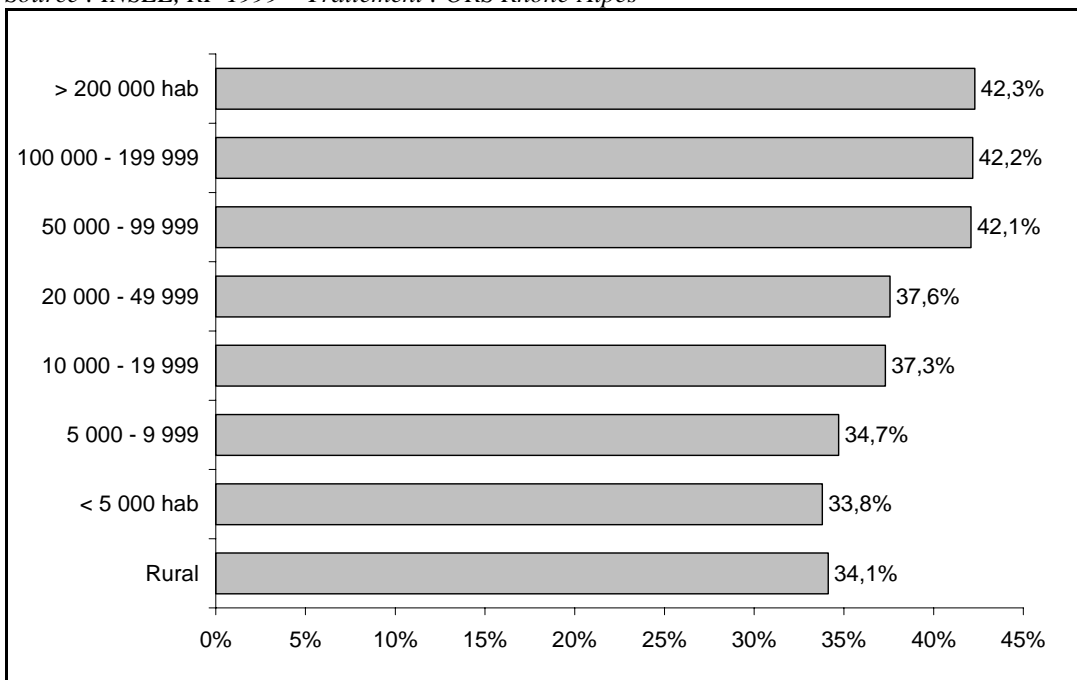
Source : INSEE, RP 1999 – Traitement ORS Rhône-Alpes

		%	
		Hommes	Femmes
Ain	Rural	21,8	46,1
	Urbain	20,8	44,0
Ardèche	Rural	19,1	42,3
	Urbain	19,4	43,6
Drôme	Rural	21,2	41,9
	Urbain	20,0	47,3
Isère	Rural	19,8	42,2
	Urbain	18,9	49,5
Loire	Rural	19,2	38,5
	Urbain	21,6	53,0
Rhône	Rural	17,9	43,2
	Urbain	20,5	52,4
Savoie	Rural	26,1	47,4
	Urbain	20,6	50,2
Haute-Savoie	Rural	23,2	43,0
	Urbain	21,6	50,4
Rhône-Alpes	Rural	20,8	42,9
	Urbain	20,4	50,3

En milieu urbain, on observe un lien entre taille de la commune et proportion de personnes âgées vivant seules : plus l'unité urbaine est grande, plus cette proportion est élevée (Graphique 18). Dans les unités urbaines de moins de 5 000 habitants, les personnes de plus de 75 ans sont 34% à habiter seules, alors que dans les unités urbaines de plus de 50 000 habitants, elles sont plus de 40%. Les grandes villes offrent une plus grande diversité et un plus grand nombre de services de proximité, ce qui facilite le maintien à domicile seul des personnes âgées et peut expliquer que la part de ces dernières est plus grande dans les grosses unités urbaines de la région.

Graphique 18 : Part des personnes de plus de 75 ans vivant seules selon la catégorie de commune, Rhône-Alpes, 1999

Source : INSEE, RP 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes



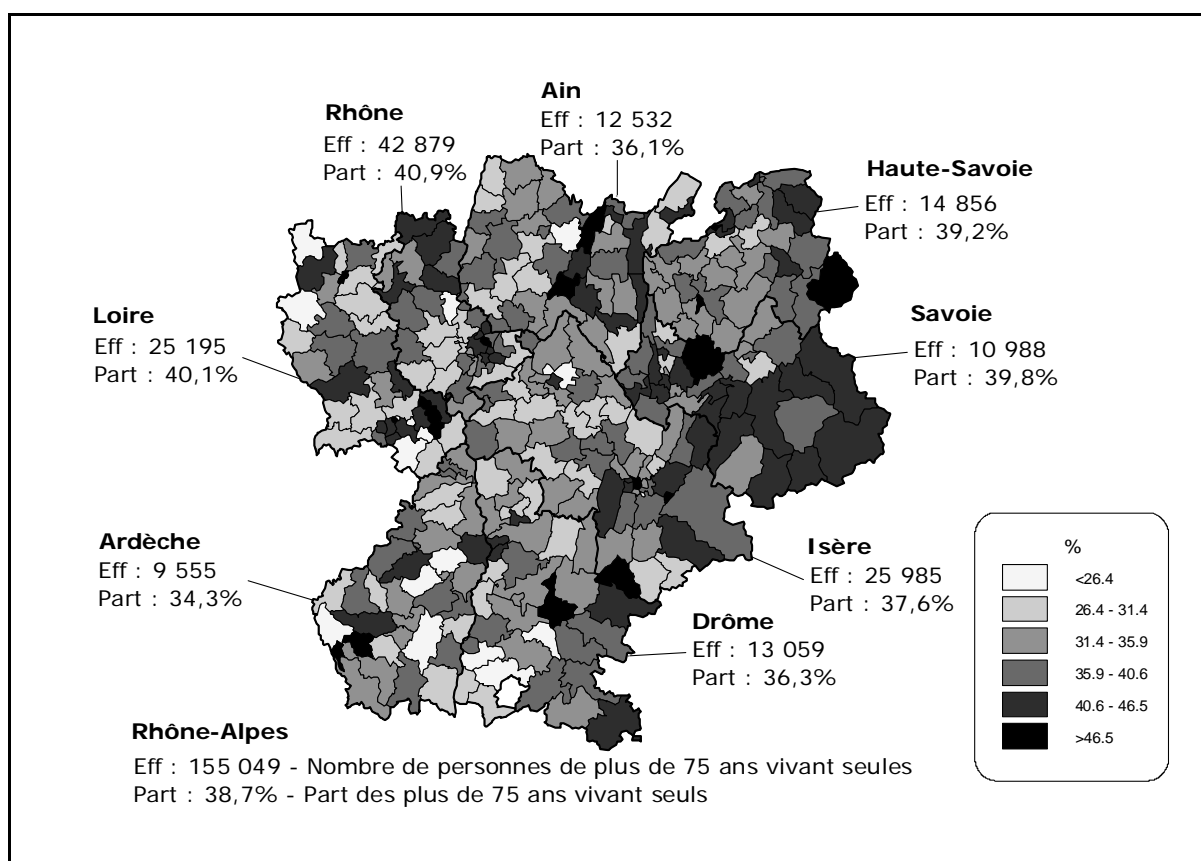
Plus de personnes seules dans les grandes villes de la région et dans les zones alpines

Même si les grandes villes restent les zones ayant la part de personnes âgées vivant seules la plus élevée, la solitude est aussi présente dans certains espaces ruraux de la région (Carte 10).

Dans les grandes villes de la région - Roanne, Villeurbanne, Saint-Étienne, Grenoble, Annecy, Lyon, Valence, Oyonnax, Romans, Montélimar – on compte plus de 40% de personnes âgées de plus de 75 ans vivant seules. En milieu rural, les proportions les plus élevées de personnes âgées seules se retrouvent dans la partie alpine de la région : à l'est de la Haute-Savoie (Chablais, massif du Mont-Blanc), en Savoie (Vanoise, Beaufort), au sud-est de l'Isère (Oisans, Belledonne), à l'est de la Drôme, mais aussi dans les Monts du Beaujolais et dans certains cantons du Bugey.

Carte 10 : Part des personnes de plus de 75 ans vivant seules à l'échelle cantonale, Rhône-Alpes, 1999

Source : INSEE, RP 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes



Partie II :

**ETAT DE SANTE
DES PERSONNES AGEES**

1. L'espérance de vie

- Une espérance de vie à la naissance plus élevée qu'en France
- Amélioration de l'espérance de vie à la naissance entre 1982 et 1999
- Une forte progression de l'espérance de vie à 65 ans
- L'espérance de vie sans incapacité : des années de vie gagnées en bonne santé

Une espérance de vie à la naissance plus élevée qu'en France

L'espérance de vie caractérise les conditions de mortalité et indirectement les conditions de santé d'une population. Elle est le témoin des progrès réalisés dans le domaine de la santé et dans l'accès aux services de soins de base. Pendant de nombreuses années, l'espérance de vie, en France, s'est accrue grâce à la baisse de la mortalité des enfants et des adolescents. Depuis trois décennies, c'est essentiellement la baisse de la mortalité aux grands âges qui permet à l'espérance de vie de continuer à progresser.

Actuellement en France, l'espérance de vie à la naissance des hommes est de 75 ans et celle des femmes de 82,5 ans. En un siècle, l'espérance de vie a augmenté de plus de 30 ans, un gain considérable attribuable à l'amélioration des conditions de vie et de travail, ainsi qu'aux progrès de l'hygiène et de la médecine.

Dans la région Rhône-Alpes, l'espérance de vie à la naissance est plus élevée qu'en France. Les hommes vivent en moyenne 76 ans et les femmes 83,1 ans, soit un an de plus qu'en France pour les hommes et 0,7 an de plus pour les femmes.

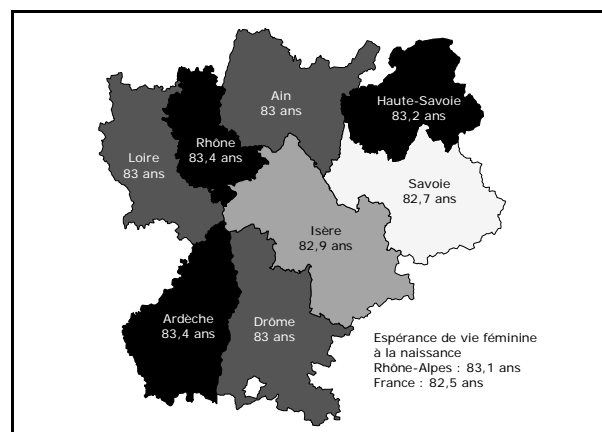
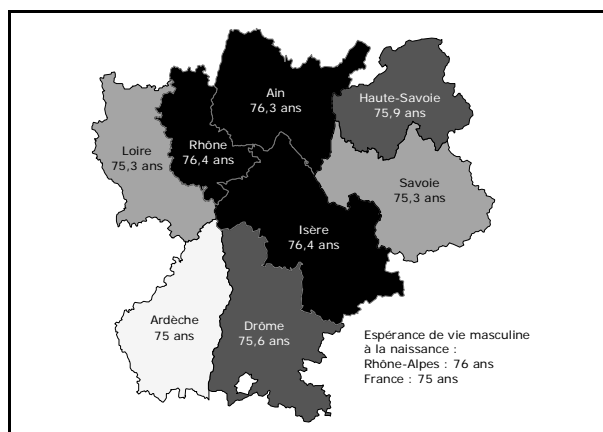
On observe des disparités au sein de la région Rhône-Alpes (Carte 11). L'espérance de vie des hommes varie de 75 ans à 76,4 ans et celle des femmes de 82,7 ans à 83,4 ans. Pour les hommes c'est en Ardèche que l'espérance de vie à la naissance est la plus faible (75 ans) et dans l'Isère et le Rhône qu'elle est la plus élevée (76,4 ans). Pour les femmes, le minimum est observé en Savoie (82,3 ans) et le maximum en Ardèche et dans le Rhône (83,4 ans).

Carte 11 : Espérance de vie à la naissance selon le sexe à l'échelle départementale. Rhône-Alpes, 1999

Source : INSEE, INSERM CépiDc – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A - Hommes

B - Femmes



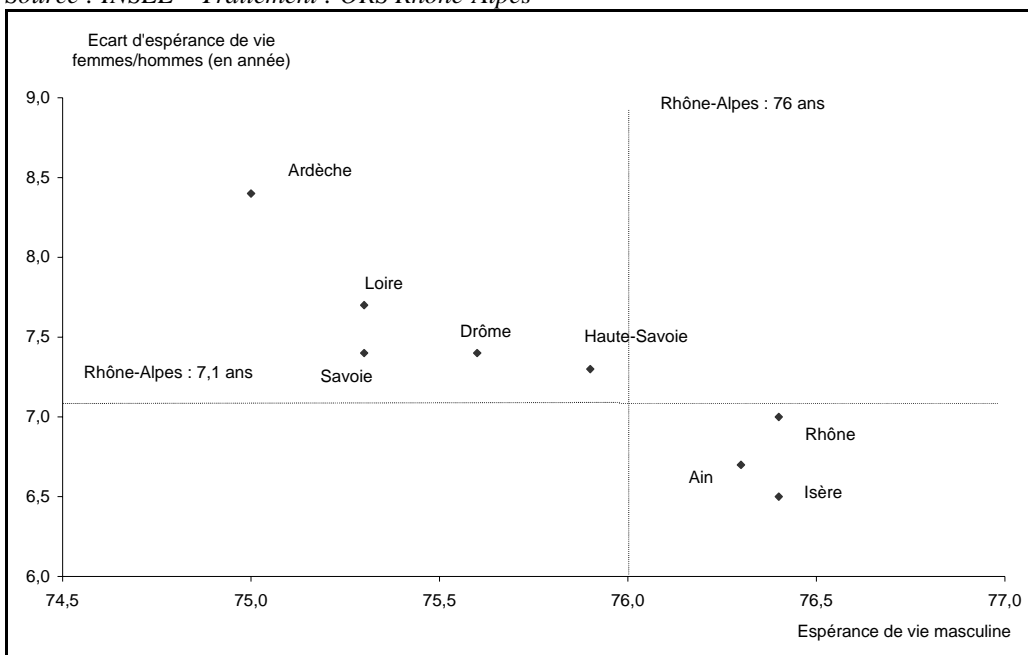
Généralement calculée à partir des données d'une seule année, ou d'une période donnée, **l'espérance de vie à la naissance** est le nombre moyen d'années que vivrait une personne si elle connaissait, tout au long de sa vie, les conditions de mortalité observées au cours de cette période.

L'espérance de vie à 65 ans mesure le nombre moyen d'années que peut espérer vivre une personne atteignant 65 ans, dans les conditions de mortalité de la période considérée.

L'écart entre l'espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes varie aussi d'un département à l'autre. C'est en Isère que l'écart est le plus faible (6,5 ans de différence) et dans l'Ardèche qu'il est le plus élevé (8,4 ans). Notons d'ailleurs que l'Ardèche a l'espérance de vie masculine la plus faible de la région mais l'espérance de vie féminine la plus élevée. Il est ainsi intéressant de voir que l'écart entre les espérances de vie masculine et féminine est d'autant plus grand que l'espérance de vie est basse, notamment l'espérance de vie masculine (Graphique 19).

Graphique 19 : Relation entre l'espérance de vie masculine et l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes

Source : INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes



Amélioration de l'espérance de vie à la naissance entre 1982 et 1999

En Rhône-Alpes, l'espérance de vie a augmenté de 5 ans pour les hommes et de 4 ans pour les femmes entre 1982 et 1999. Cette progression de l'espérance de vie est essentiellement due à la baisse de la mortalité aux grands âges. L'écart entre les espérances de vie des hommes et des femmes s'est réduit d'un an au cours des deux dernières décennies, mais reste toujours important. En 1999, les femmes vivent 7,1 ans de plus que les hommes.

Au cours des deux dernières décennies, on note un léger ralentissement du rythme de croissance de l'espérance de vie, plus marqué chez les femmes que chez les hommes (Tableau 23).

Les gains d'espérance de vie ont été plus importants pour les hommes que pour les femmes dans tous les départements, sauf en Ardèche (Tableau 24).

Tableau 23 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe, Rhône-Alpes, 1982-1999

Source : INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	1982	1990	1999	Gains (%) 82/90	Gains (%) 90/99
Homme	71,3	73,6	76,0	+2,6	+2,4
Femme	79,3	81,5	83,1	+2,4	+1,6

Tableau 24 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance selon le département et le sexe, 1982-1999

Source : INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie
Espérance de vie à la naissance en 1982								
Hommes	71,4	71,1	70,6	71,4	70,7	71,7	71,0	71,6
Femmes	79,7	79,1	79,8	79,2	78,7	79,4	79,4	79,0
Espérance de vie à la naissance en 1990								
Hommes	73,2	73,7	73,8	73,4	73,0	74,1	72,8	73,7
Femmes	81,4	81,6	81,8	81,6	81,3	81,5	81,6	81,4
Espérance de vie à la naissance en 1999								
Hommes	76,3	75,0	75,6	76,4	75,3	76,4	75,3	75,9
Femmes	83,0	83,4	83,0	82,9	83,0	83,4	82,7	83,2
Gain (%) 82-99								
Hommes	6,9	5,5	7,1	7,0	6,5	6,6	6,1	6,0
Femmes	4,1	5,4	4,0	4,7	5,5	5,0	4,2	5,3

Une forte progression de l'espérance de vie à 65 ans

Dans la région Rhône-Alpes, un homme et une femme ayant atteint l'âge de 65 ans en 1999 pouvaient encore espérer vivre en moyenne 16,8 ans et 21,1 ans respectivement (contre 16,5 ans pour les hommes et 20,9 ans pour les femmes au niveau national).

Entre 1982 et 1999, l'espérance de vie à 65 ans a augmenté de 2,4 ans pour les hommes et de 2,5 ans pour les femmes. L'espérance de vie à 65 ans a connu une progression plus importante que l'espérance de vie à la naissance. Au cours des deux dernières décennies, l'espérance de vie à 65 ans s'est accrue de 16,7% pour les hommes et 13,5% pour les femmes, alors que l'espérance de vie à la naissance n'a augmenté que de 6,6% pour les premiers et 4,8% pour les secondes.

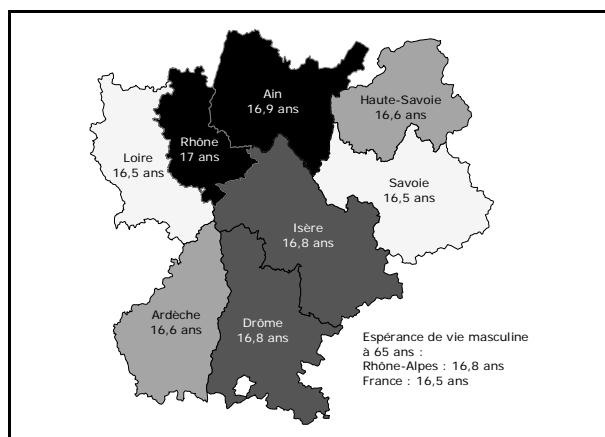
L'écart entre les espérances de vie à 65 ans des hommes et des femmes est important, mais reste constant par rapport à 1982. Les femmes de 65 ans peuvent espérer vivre 4,4 ans de plus que les hommes du même âge.

L'espérance de vie masculine à 65 ans varie de 16,5 ans dans la Loire et en Savoie à 17 ans dans le Rhône. Pour les femmes, elle varie de 20,9 ans dans l'Isère à 21,4 ans en Ardèche et dans la Drôme (Cartes 12).

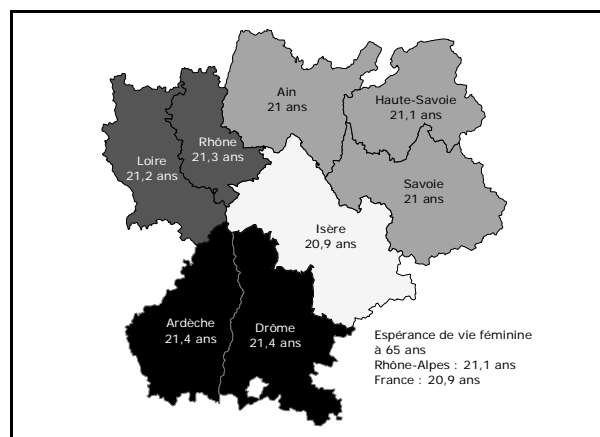
Cartes 12 : Espérance de vie à 65 ans selon le sexe à l'échelle départementale. Rhône-Alpes 1999

Source : INSEE, INSERM CépiDc – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A – Hommes



B - Femmes



L'espérance de vie sans incapacité : des années de vie gagnées en bonne santé

Que ce soit à la naissance ou à 65 ans, l'espérance de vie connaît une progression importante. Les Français vivent de plus en plus longtemps. Cependant, l'espérance de vie est un indicateur qui ne suffit plus aujourd'hui pour définir l'état de santé d'une population. En effet, les gains d'espérance de vie s'observent aux grands âges où le nombre de personnes atteintes d'incapacités est le plus élevé. Une question se pose alors : les années de vie gagnées sont-elles des années en bonne ou mauvaise santé ?

L'indicateur d'espérance de vie sans incapacité permet de répondre en partie à cette question. En effet, cet indicateur tient compte de la durée de vie mais également de la qualité de la vie en combinant des informations sur la mortalité et sur les incapacités. Les données de l'espérance de vie sans incapacité sont disponibles au niveau de la France pour les années 1981 et 1991 (Tableau 25).

Alors que l'espérance de vie à la naissance a progressé en France de 2,5 années pour les hommes comme pour les femmes entre 1981 et 1991, l'espérance de vie sans incapacité a progressé encore plus rapidement : 3 ans pour les hommes et 2,6 ans pour les femmes. Ainsi, toutes les années de vie gagnées ont été des années de vie en bonne santé.

Au cours de leur vie plus longue, les femmes passent plus de temps que les hommes sans incapacité (68,5 ans contre 63,8 ans en 1991), mais aussi plus de temps en incapacité (12,6 ans contre 9,1 ans en 1991).

En 1991, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans s'élève à 10,1 ans pour les hommes et 12,1 ans pour les femmes. Entre 1981 et 1991, l'accroissement de l'espérance de vie à 65 ans (+1,6 ans pour les hommes et +2,3 ans pour les femmes) s'est accompagné d'une augmentation du temps vécu sans incapacité (+1,3 ans pour les hommes et +2,3 ans pour les femmes).

Tableau 25 : Evolution de l'espérance de vie (en année) à la naissance et à 65 ans en France selon le sexe, 1981-1991

Source : Robine J.-M., Mormiche P. – « L'espérance de vie sans incapacité augmente », INSEE première, n°281, 1993

	1981		1991	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Espérance de vie à la naissance	70,4	78,6	72,9	81,1
dont :				
<i>sans incapacité</i>	60,8	65,9	63,8	68,5
<i>avec incapacité</i>	9,6	12,7	9,1	12,6
Espérance de vie à 65 ans	14,1	18,3	15,7	20,1
dont :				
<i>sans incapacité</i>	8,8	9,8	10,1	12,1
<i>avec incapacité</i>	9,6	8,5	9,1	8,0

2. La mortalité

- Les décès des personnes âgées de plus de 65 ans représentent 80% de l'ensemble des décès
- Une forte baisse de la mortalité au cours des deux dernières décennies
- Les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs : deux causes de décès prédominantes chez les personnes de plus de 65 ans
- La surmortalité masculine
- Une sous-mortalité de la région Rhône-Alpes par rapport à la France
- Des variations au niveau local

Les décès des personnes âgées de plus de 65 ans représentent 80% de l'ensemble des décès

En Rhône-Alpes, le nombre de décès annuel moyen⁸ de personnes de plus de 65 ans s'élève à près de 37 000 en 1998, soit 80% de l'ensemble des décès de la région (72% pour les hommes contre 88% pour les femmes).

Du fait du plus grand nombre de femmes aux âges élevés, le nombre de décès des femmes est plus important que celui des hommes (Tableau 26). Cependant le taux de mortalité comparatif⁹ des hommes de plus de 65 ans est 1,6 fois plus élevé que celui des femmes de la même tranche d'âge. Cette surmortalité masculine s'observe pour toutes les tranches d'âge, mais diminue rapidement avec l'âge (2,4 pour les 65-74 et 1,3 pour les plus de 85 ans). En effet, aux âges où la mortalité est très élevée - aux très grands âges -, les inégalités entre les hommes et les femmes se réduisent et l'indicateur de surmortalité tend naturellement à diminuer.

Tableau 26 : Nombre de décès annuel moyen par groupe d'âge et par sexe, région Rhône-Alpes, 1997-1999

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	65-74	75-84	85+	Total 65+	Part des décès des plus de 65 ans dans l'ensemble des décès (%)
Hommes	5 461	6 176	5 331	16 968	72,3
Femmes	2 806	5 532	11 447	19 785	87,8
Ensemble	8 267	11 708	16 778	36 753	79,9

Tableau 27 : Nombre de décès annuel moyen en 1997-1999 selon le sexe et le département

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	Hommes	Femmes	Ensemble
Ain	1 519	1 734	3 253
Ardèche	1 218	1 386	2 604
Drôme	1 553	1 709	3 263
Isère	2 989	3 449	6 438
Loire	2 663	3 167	5 830
Rhône	4 152	5 201	9 353
Savoie	1 265	1 328	2 593
Haute-Savoie	1 608	1 811	3 419
Rhône-Alpes	16 968	19 785	36 753
France	196 910	226 409	423 319

⁸ Le nombre de décès pour une année donnée x correspond à la moyenne des décès survenus au cours des années x-1, x et x+1. Par exemple, le nombre de décès en 1998 correspond au nombre moyen des décès de la période 1997-1999.

⁹ Les **taux comparatifs de mortalité** sont les taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait, tous les ans, la même structure par âge. On les calcule en pondérant les taux de mortalité par âge et sexe observés chaque année par la structure par âge d'une population de référence. Dans cette étude, la population de référence utilisée est la population de la France métropolitaine des personnes de plus de 65 ans au recensement de 1999, les deux sexes confondus.

Les taux comparatifs permettent de comparer les niveaux de mortalité entre deux périodes, entre les populations masculine et féminine ou entre des zones géographiques différentes.

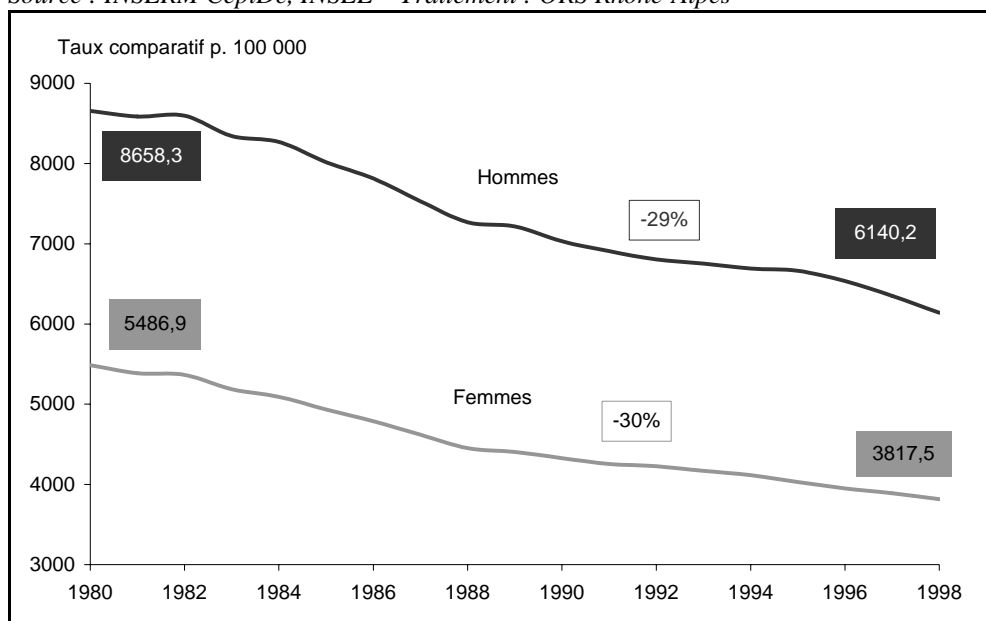
Une forte baisse de la mortalité au cours des deux dernières décennies

Entre 1980 et 1998, on observe une diminution importante de la mortalité générale des 65 ans et plus de l'ordre de 30%. Cette réduction est équivalente chez les hommes et chez les femmes (Graphique 20).

Actuellement, le taux comparatif de mortalité des hommes de plus de 65 ans dans la région Rhône-Alpes s'élève à 6 140 décès pour 100 000 personnes et celui des femmes à 3 818 décès pour 100 000 personnes.

Graphique 20 : Evolution de la mortalité générale chez les personnes de plus de 65 ans selon le sexe, Rhône-Alpes, 1980-1998 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes



La baisse de la mortalité a été plus marquée pour les personnes de moins de 85 ans que pour les plus âgées. La mortalité a baissé d'un tiers avant 85 ans et d'un peu plus d'un cinquième après 85 ans (Tableau 28).

Malgré la baisse des taux de mortalité, l'effectif des décès de personnes de plus de 65 ans a augmenté de 8% entre 1990 et 1998. Cette progression est due au vieillissement de la population et s'explique essentiellement par l'augmentation des décès pour les plus de 85 ans. En effet, le nombre de décès des plus de 85 ans a augmenté de 75% en 18 ans, alors qu'il a diminué de 17% pour les 65-84 ans.

Tableau 28 : Taux bruts de mortalité générale selon le groupe d'âge et le sexe, Rhône-Alpes, 1979-1981 et 1997-1999 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	1979-1981	65-74	75-84	85 ans et plus	1997-1999	65-74	75-84	85 ans et plus
Hommes		3 900,5	9 722,5	23 891,6	Hommes	2 616,7	6 383,2	18 601,5
Femmes		1 709,2	5 764,3	18 810,8	Femmes	1 085,6	3 568,3	14 426,7
Ensemble		2 640,0	7 128,9	20 013,6	Ensemble	1 769,6	4 649,9	15 534,5

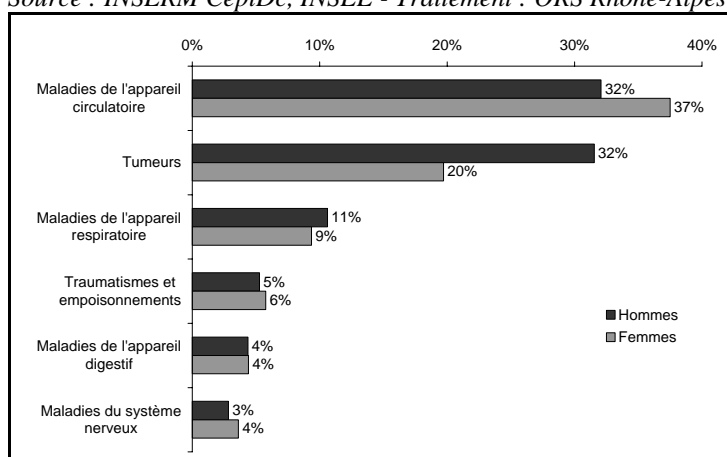
Les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs : deux causes de décès prédominantes chez les personnes de plus de 65 ans

Deux grands groupes de causes de décès¹⁰ prédominent chez les plus de 65 ans : les maladies de l'appareil circulatoire (un tiers de l'ensemble des décès annuels des plus de 65 ans) et les tumeurs (un quart de l'ensemble des décès). Viennent ensuite les maladies de l'appareil respiratoire (un décès sur dix) et les traumatismes et morts violentes (un décès sur vingt).

Le poids de ces pathologies varie selon le sexe (Graphique 21). Chez les hommes, la part des maladies cardio-vasculaires et des tumeurs est équivalente, alors que pour les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire entraînent presque deux fois plus de décès que les tumeurs (36% contre 20%).

Graphique 21 : Répartition des décès par grandes causes chez les personnes de plus de 65 ans selon le sexe, Rhône-Alpes, 1997-1999

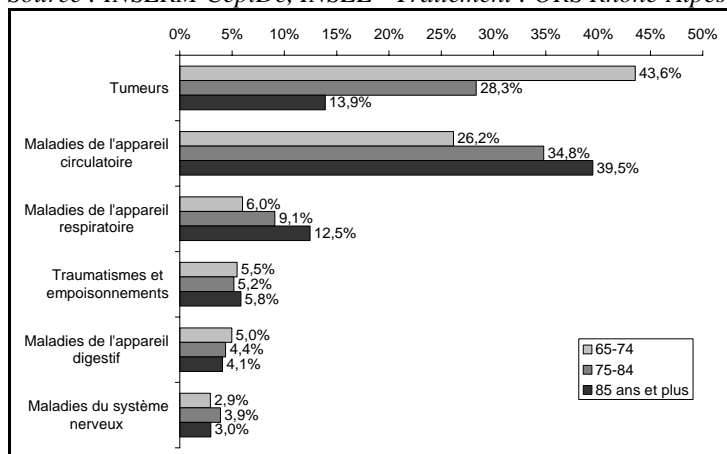
Source : INSERM CépiDc, INSEE - Traitement : ORS Rhône-Alpes



Le poids de chaque groupe de pathologies varie aussi selon les groupes d'âge (Graphique 22). La part des décès par maladies des appareils circulatoire et respiratoire augmente avec l'âge. La part des décès par maladies respiratoires est multipliée par deux entre le groupe d'âge des 65-74 ans et celui des 85 ans et plus, passant de 6% à 12,5%. En revanche, la part des décès par cancers diminue fortement avec l'âge, passant de 44% entre 65 et 74 ans à 14% après 85 ans.

Graphique 22 : Répartition des décès par grandes causes selon le groupe d'âge, Rhône-Alpes, 1997-1999

Source : INSERM CépiDc, INSEE - Traitement : ORS Rhône-Alpes



¹⁰ Dans cette partie, la nomenclature utilisée pour les décès correspond à la 9^e révision de la **Classification Internationale des Maladies (CIM9)**.

Les différentes causes de décès n'ont pas joué le même rôle dans la baisse de la mortalité (Tableau 29). Certaines causes ont progressé, réduisant ainsi l'impact qu'aurait pu produire la baisse des autres causes. La mortalité a fortement progressé pour les maladies du système nerveux et les troubles mentaux, en particulier chez les femmes pour lesquelles les taux comparatifs de mortalité ont augmenté deux fois plus que ceux des hommes. En revanche, elle a connu une diminution conséquente pour les maladies de l'appareil digestif et les maladies des organes génito-urinaires (avec une réduction plus accentuée pour les hommes), pour les maladies de l'appareil circulatoire (avec une diminution équivalente pour les hommes et les femmes) et pour les traumatismes et morts violentes (avec une baisse plus importante pour les femmes). La baisse a été plus modeste pour les tumeurs et les maladies de l'appareil respiratoire (Graphique 23).

Tableau 29 : Evolution des taux comparatifs de mortalité des plus de 65 ans selon les grandes causes de décès, Rhône-Alpes, 1980-1998 (Taux de mortalité pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

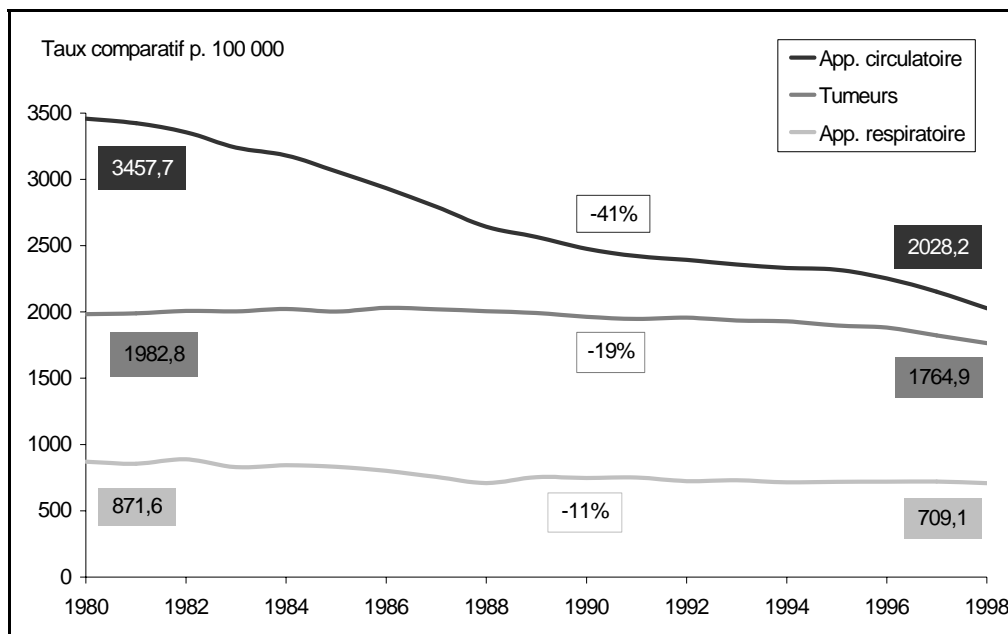
Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Grandes causes de mortalité : Chapitres de la CIM 9	Taux comparatif de mortalité (p.100 000)				Evolution (%)	
	Hommes		Femmes		Hommes	Femmes
	1980	1998	1980	1998	1980-1998	1980-1998
Maladies de l'appareil digestif	541,9	260,5	301,6	168,6	-51,9	-44,1
Maladies de l'appareil circulatoire	3457,7	2028,2	2512,5	1421,8	-41,3	-43,4
Symptômes, signes et états morbides mal définis	471,0	267,3	386,3	237,6	-43,2	-38,5
Maladies des organes génito-urinaires	254,4	114,2	105,0	67,3	-55,1	-35,9
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	448,0	326,7	340,0	219,7	-27,1	-35,4
Toutes causes	8658,3	6140,2	5486,9	3817,5	-29,1	-30,4
Anomalies congénitales	2,1	1,8	2,7	2,0	-15,1	-26,1
Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires	178,8	161,7	181,9	149,4	-9,5	-17,9
Tumeurs	1982,8	1764,9	905,0	773,6	-11,0	-14,5
Maladies de l'appareil respiratoire	871,6	709,1	410,8	352,3	-18,6	-14,2
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	34,3	41,4	24,8	22,8	+20,6	-8,2
Maladies infectieuses et parasitaires	111,0	98,7	67,0	62,2	-11,1	-7,2
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	21,6	23,4	28,0	28,1	+8,2	+0,3
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	26,1	31,1	31,0	36,3	+19,1	+17,1
Maladies du système nerveux et des organes des sens	154,2	176,0	108,1	139,5	+14,1	+29,0
Troubles mentaux	102,7	135,3	82,2	136,5	+31,8	+66,2

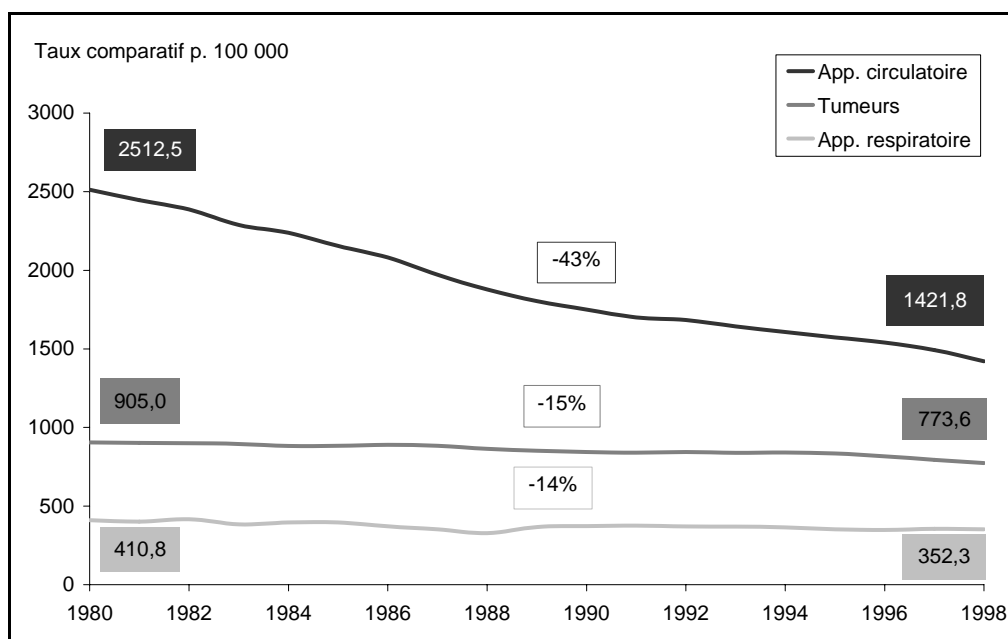
Graphique 23 : Evolution de la mortalité des 65 ans et plus pour les 3 premières causes de décès selon le sexe, Rhône-Alpes, 1980-1998 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A – Hommes



B - Femmes



La surmortalité masculine

Les risques de décès des hommes de plus de 65 ans sont plus élevés que ceux des femmes pour la quasi-totalité des pathologies. Cependant cette surmortalité¹¹ est plus ou moins importante selon les causes : 2,3 pour les tumeurs, 2 pour les maladies de l'appareil respiratoire, 1,5 pour les morts violentes et 1,4 pour les maladies de l'appareil circulatoire (Tableau 30).

Tableau 30 : Taux comparatifs de mortalité selon le sexe et surmortalité masculine, Rhône-Alpes, 1997-1999 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement ORS Rhône-Alpes

<i>Grandes causes de mortalité : Chapitre de la CIM 9</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Rapport Hommes/ Femmes</i>
Maladies de l'appareil circulatoire	2028,2	1421,8	1,4
Tumeurs	1764,9	773,6	2,3
Maladies de l'appareil respiratoire	709,1	352,3	2,0
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	326,7	219,7	1,5
Maladies de l'appareil digestif	260,5	168,6	1,5
Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires	161,7	149,4	1,1
Maladies du système nerveux et des organes des sens	176,0	139,5	1,3
Troubles mentaux	135,3	136,5	1,0
Maladies des organes génito-urinaires	114,2	67,3	1,7
Maladies infectieuses et parasitaires	98,7	62,2	1,6
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	31,1	36,3	0,9
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	23,4	28,1	0,8
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	41,4	22,8	1,8
Symptômes, signes et états morbides mal définis	267,3	237,6	1,1
Total toutes causes	6140,2	3817,5	1,6

¹¹ La **surmortalité masculine** est le terme utilisé pour désigner l'excès de la mortalité des hommes par rapport aux femmes. Pour un âge ou un groupe d'âge donné, on la mesure habituellement par le rapport du taux de mortalité masculine au taux de mortalité féminine

Une sous-mortalité de la région Rhône-Alpes par rapport à la France

Les taux de mortalité générale des personnes de plus de 65 ans en Rhône-Alpes se situent en sous-mortalité par rapport à la France. Les taux comparatifs sont de 6 140 décès pour 100 000 hommes et 3 818 décès pour 100 000 femmes en Rhône-Alpes, contre respectivement 6 266 et 3 937 au niveau national.

Le Rhône et la Drôme sont les seuls départements où l'on observe une sous-mortalité générale¹², par rapport à la France, pour les hommes comme pour les femmes de plus de 65 ans (Carte 13).

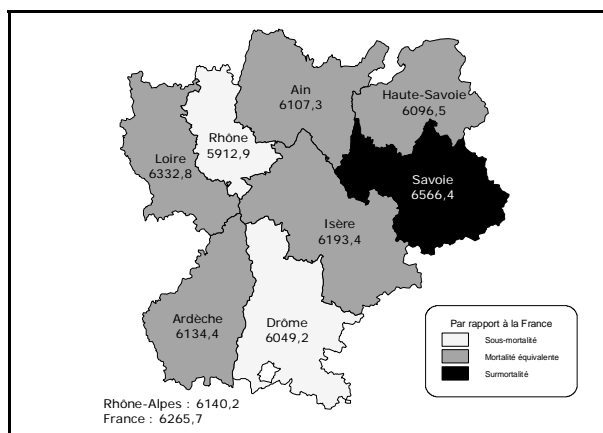
On observe aussi une sous-mortalité générale chez les femmes des départements de la Loire, de la Savoie et de la Haute-Savoie.

Un seul département présente une surmortalité par rapport à la France : la Savoie chez les hommes.

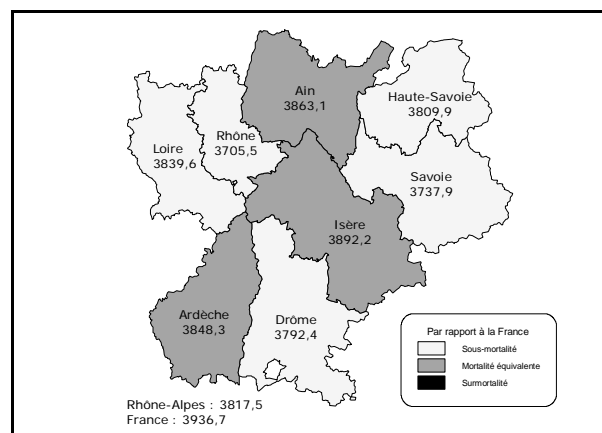
Carte 13 : Taux comparatifs de mortalité toutes causes confondues selon le sexe à l'échelle départementale. Rhône-Alpes, 1997-1999 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A – Hommes



B - Femmes



¹² La surmortalité (ou sous-mortalité) dans les départements par rapport au niveau national dépend du niveau de population du département en question. Il est possible, dans certains cas, de mettre en évidence une surmortalité (ou sous-mortalité) pour un département et non pour un autre qui a pourtant un taux comparatif de mortalité supérieur (ou inférieur), mais dont la population est moindre.

Des variations au niveau local

La situation en Rhône-Alpes est dans l'ensemble favorable. Cependant, à un niveau d'analyse géographique plus fin, certaines zones apparaissent en sur ou en sous mortalité, soit de manière homogène pour les deux sexes soit de manière dissociée (Cartes 14).

La cartographie met ainsi en évidence deux zones de surmortalité (masculine et féminine), une constituée du plateau du Haut-Bugey (Ain) et du plateau de Crémieu (nord Isère) et une autour de Saint-Étienne et des monts du Forez.

D'autres zones de surmortalité apparaissent au niveau des Bauges, du Beaufortain et de la Vanoise (Savoie) pour les hommes, au sud de la Bresse et des Dombes (Ain) et au nord-ouest du Vercors (Isère) pour les femmes.

A l'inverse une sous-mortalité est observée pour les deux sexes sur les cantons de la périphérie grenobloise.

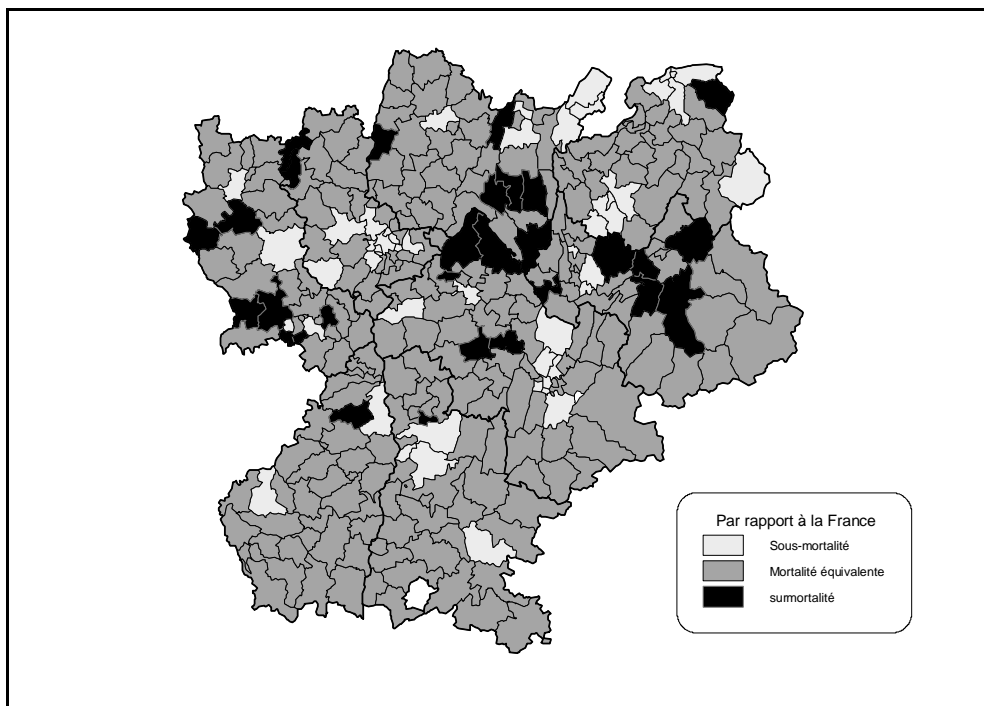
Une sous-mortalité s'observe pour les hommes à Lyon et dans sa périphérie, autour de Thonon-les-Bains ainsi que dans le pays de Gex. Pour les femmes, des zones de sous-mortalité se présentent au nord d'Annecy, à Bourg-en-Bresse et dans sa périphérie, dans la région d'Aubenas, ainsi qu'à Roanne.

Enfin, dans les villes d'Annecy et d'Oyonnax, la situation sanitaire n'est pas favorable pour les femmes (surmortalité), alors qu'elle l'est pour les hommes (sous mortalité).

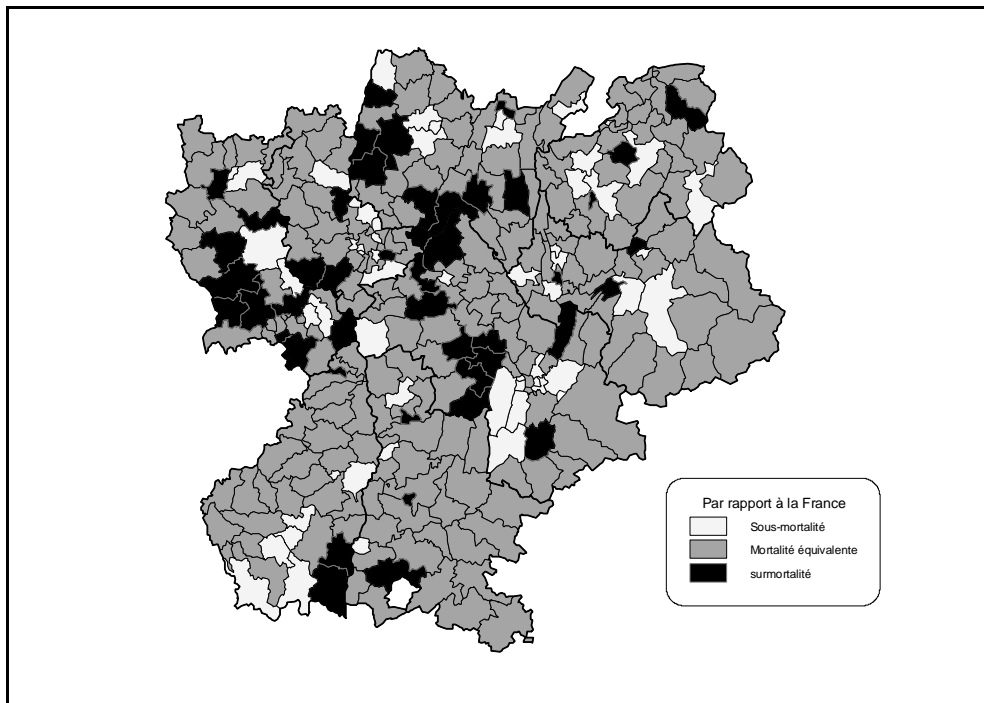
Cartes 14 : Zone de sous et surmortalité générale selon le sexe à l'échelle cantonale, Rhône-Alpes, 1995-1999

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement ORS Rhône-Alpes

A - Hommes



B - Femmes



3. La morbidité

- Près de trois hospitalisations sur dix concernent les plus de 65 ans dans la région Rhône-Alpes
- Les motifs de recours à l'hospitalisation
- Un taux global de recours à l'hospitalisation qui augmente avec l'âge
- Les affections de longue durée (ALD)

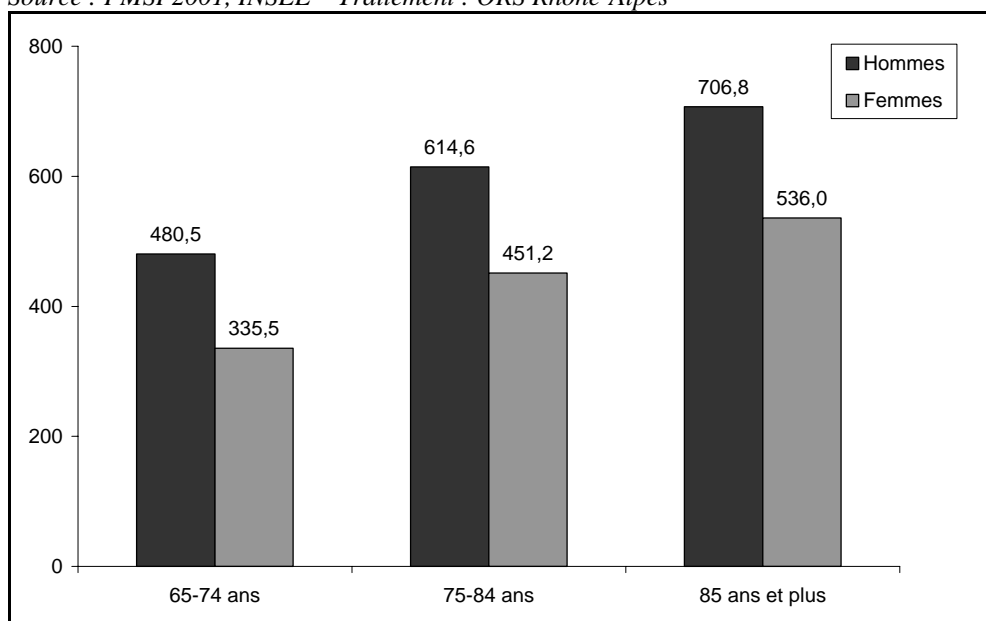
Près de trois hospitalisations sur dix concernent les plus de 65 ans dans la région Rhône-Alpes

Les hospitalisations chez les personnes âgées de plus de 65 ans sont fréquentes : 30% des courts séjours hospitaliers les concernent. En 2001, on dénombre près de 400 000 séjours¹³, soit un taux d'hospitalisation pour les personnes de plus de 65 ans de 461 pour 1 000 (contre un taux d'hospitalisation pour la population totale de la région de 233 pour 1 000).

Les taux de recours à l'hospitalisation¹⁴ sont plus élevés pour les hommes que pour les femmes. On compte 542 séjours pour 1 000 hommes de plus de 65 ans et plus contre 406 séjours pour 1 000 femmes de la même tranche d'âge en 2001. La fréquence d'hospitalisation augmente avec l'âge, quel que soit le sexe (Graphique 24).

Graphique 24 : Taux de recours à l'hospitalisation des personnes âgées selon le groupe d'âge et le sexe, Rhône-Alpes, 2001 (Taux pour 1 000 personnes)

Source : PMSI 2001, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes



¹³ Dans toute cette partie, il s'agit de nombre de séjours et non de nombre de patients. Sont pris en compte le nombre de séjours dans les services de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique) des établissements de santé publics et privés concernant les personnes âgées de 65 ans ou plus. Il s'agit de données domiciliées (comptabilisées au lieu de domicile du patient, ici la région Rhône-Alpes). Les pathologies sont issues de la classification CIM10.

¹⁴ Le **taux de recours à l'hospitalisation** des personnes de plus de 65 ans est égal au nombre de séjours hospitaliers de cette tranche d'âge pour 1 000 personnes de cette même tranche d'âge.

Les motifs de recours à l'hospitalisation

Les maladies de l'appareil circulatoire constituent le premier motif d'hospitalisation des personnes âgées de plus de 65 ans (le deuxième pour la population générale). Elles sont responsables de 18,2% des séjours masculins et de 14,9% des séjours féminins (Tableau 31).

Pour les hommes, les tumeurs sont la deuxième cause d'hospitalisation (13,6% des séjours). Les maladies de l'appareil digestif viennent ensuite avec une fréquence de 9,9%, puis les maladies de l'œil (6,8%) et les maladies génito-urinaires (6,0%).

Pour les femmes, quatre groupes de pathologies viennent ensuite avec une fréquence de l'ordre de 10% : les maladies de l'œil, les maladies de l'appareil digestif, les traumatismes et les tumeurs.

Tableau 31 : Répartition des séjours hospitaliers annuels selon les pathologies traitées et le sexe pour les personnes de plus de 65 ans, Rhône-Alpes, 2001

Source : PMSI 2001 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

<i>Personnes âgées de 65 ans et plus</i>	<i>Nombre de séjours annuels</i>		<i>Répartition des séjours selon la cause (%)</i>	
	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
<i>Pathologies : Chapitres de le CIM 10</i>				
Maladies de l'appareil circulatoire	34 873	31 046	18,2	14,9
Tumeurs	26 089	19 303	13,6	9,3
Maladies de l'appareil digestif	18 997	20 943	9,9	10,0
Maladies de l'œil et de ses annexes	13 032	21 882	6,8	10,5
Maladies de l'appareil génito-urinaire	11 463	8 859	6,0	4,3
Maladies de l'appareil respiratoire	10 413	7 805	5,4	3,7
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	9 040	15 646	4,7	7,5
Lésions traumatiques, empoisonnements	8 889	19 418	4,6	9,3
Maladies du système nerveux	5 886	6 555	3,1	3,1
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	3 939	5 800	2,1	2,8
Troubles mentaux et du comportement	2 151	4 062	1,1	1,9
Maladies infectieuses et parasitaires	1 995	2 391	1,0	1,1
Maladies du sang et certains troubles immunitaires	1 593	2 134	0,8	1,0
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1 768	1 942	0,9	0,9
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	530	768	0,3	0,4
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	249	325	0,1	0,2
Symptômes, signes et résultats anormaux	12 831	13 575	6,7	6,5
Autres motifs de recours aux soins	27 542	25 986	14,4	12,5
Total	191 280	208 440	100,0	100,0

En ce qui concerne les pathologies non détaillées dans les chapitres suivants, on peut relever certains éléments, en particulier concernant les maladies de l'appareil digestif et les maladies de l'œil.

Les maladies de l'appareil digestif comptent pour 10% des hospitalisations aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Les pathologies les plus fréquentes sont les hernies¹⁵ (hernies inguinales, abdominales, diaphragmatiques...) en particulier chez les hommes, les diverticuloses intestinales¹⁶, les lithiases biliaires¹⁷ et les occlusions¹⁸.

Les pathologies oculaires ont un poids important dans les motifs d'hospitalisation des personnes âgées qui s'explique par la fréquence des séjours pour cataracte¹⁹ (7,6% de l'ensemble des hospitalisations des plus de 65 ans, toutes causes confondues). Cette maladie oculaire incapacitante, qui résulte d'une altération du cristallin, peut être traitée par une opération chirurgicale simple et permettre aux personnes âgées de retrouver une bonne acuité visuelle. Ce motif d'hospitalisation est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes (respectivement 9,3% contre 5,7% des hospitalisations totales toutes causes confondues).

¹⁵ Catégories K40 à K46 de la CIM10

¹⁶ Catégorie K57 de la CIM10

¹⁷ Catégorie K80 de la CIM10

¹⁸ Catégorie K56 de la CIM10

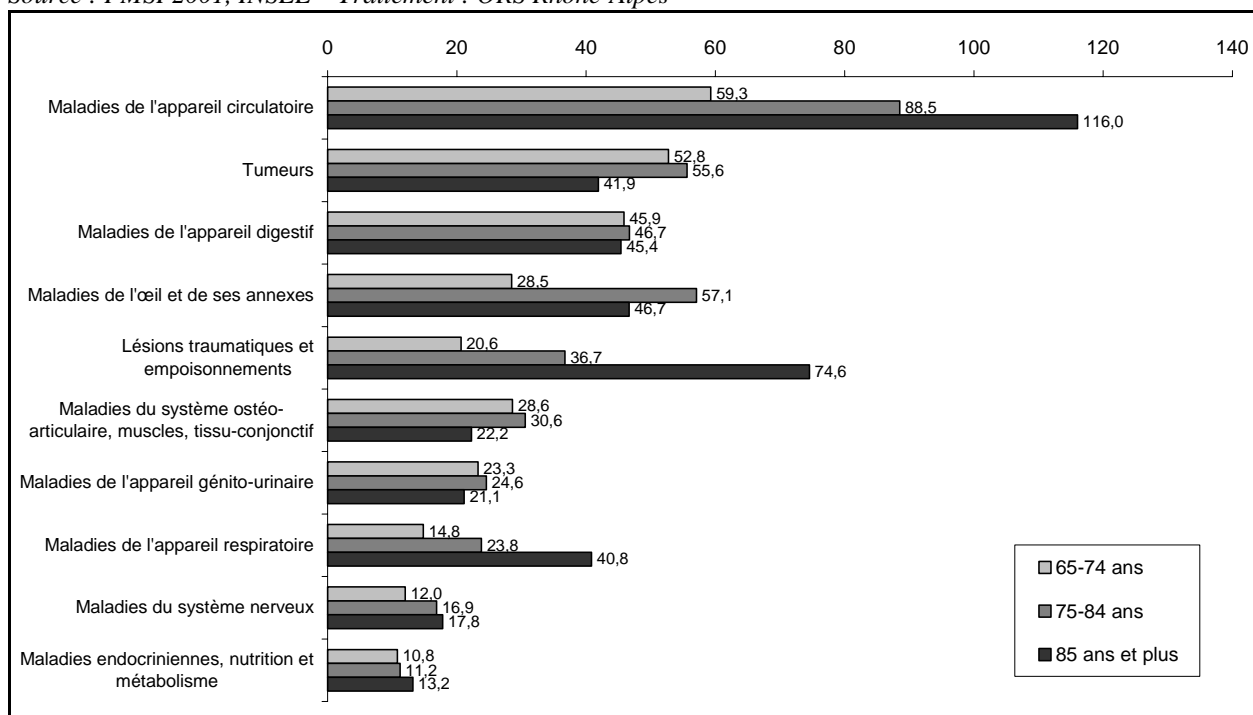
¹⁹ Catégorie H25, H26 et H28 de la CIM10

Un taux global de recours à l'hospitalisation qui augmente avec l'âge

L'évolution des taux de recours varie selon les pathologies. Les taux d'hospitalisation augmentent régulièrement et fortement avec l'âge pour les maladies des appareils respiratoire et circulatoire ainsi que pour les lésions traumatiques et les empoisonnements (Graphique 25). Les taux d'hospitalisation liés aux maladies de l'appareil digestif restent constants quel que soit l'âge. Pour les maladies de l'œil, le taux d'hospitalisation est beaucoup plus élevé après 75 ans. Enfin, pour les tumeurs, il diminue dans la tranche des 85 ans et plus.

Graphique 25 : Taux de recours à l'hospitalisation selon le groupe d'âge, Rhône-Alpes, 2001 (Taux pour 1 000 personnes)

Source : PMSI 2001, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes



Les Affections de Longue Durée (ALD)

Les **Affections de Longue Durée** constituent une liste de 30 maladies donnant lieu à l'exonération du ticket modérateur. Du fait d'un traitement prolongé et d'une thérapeutique particulièrement coûteuse des maladies de cette liste, le malade peut bénéficier de la prise en charge à 100% des soins par l'Assurance Maladie. La liste des ALD est établie par décret après avis du Haut Conseil Médical.

Près de 39 000 personnes de plus de 65 ans relevant d'un des trois régimes principaux d'Assurance Maladie ont été admises en Affection Longue Durée en 1999. Cela représente environ 50% de l'ensemble des admissions pour une tranche d'âge qui regroupe 15,6% de la population. Les admissions en Affection Longue Durée (ALD) concernent quasiment autant d'hommes de plus de 65 ans que de femmes (respectivement 19 200 et 19 600 admissions).

Les maladies cardio-vasculaires représentent le motif le plus fréquent d'entrée en ALD quel que soit le sexe. En 1999, 7 400 femmes et 7 300 hommes ont été admis en ALD pour ces affections, soit près de 4 admissions sur 10 pour les femmes comme pour les hommes (Graphique 26).

En 1999, les tumeurs représentent un tiers des admissions chez les hommes et un quart chez les femmes (6 450 admissions chez les hommes et 5 000 admissions chez les femmes).

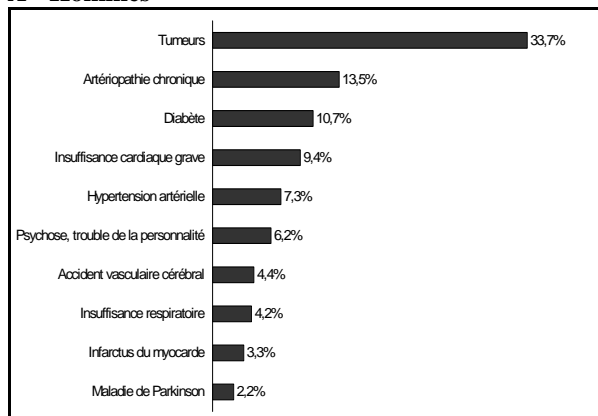
Les psychoses et les troubles de la personnalité sont à l'origine de 3 000 entrées chez les femmes et 1 200 chez les hommes. La part de cette pathologie dans l'ensemble des admissions est deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes (15,3% des entrées de femmes de plus de 65 ans contre 6,2% d'entrées d'hommes) et cela en fait le 2^e motif d'admission en ALD chez les femmes.

Il est enfin important de noter la part que représente le diabète dans les ALD car cette pathologie peut entraîner de nombreux problèmes incapacitants (complications ophtalmologiques, retentissement cardiaque, dialyse rénale, artériopathie et neuropathie des membres inférieurs...). Le diabète entraîne 11% des admissions en ALD quel que soit le sexe, soit 2 000 admissions environ pour chaque sexe.

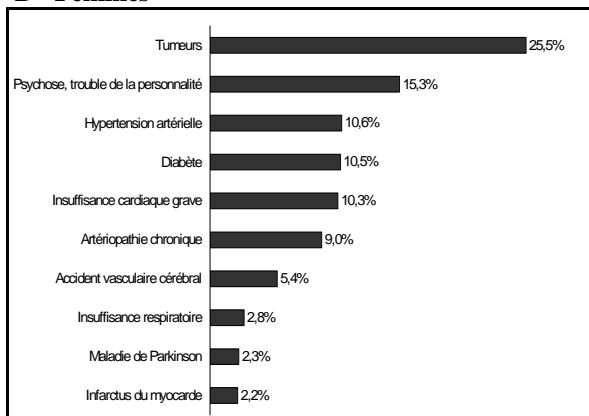
Graphique 26 : Répartition des admissions en Affections de Longue Durée pour les personnes de plus de 65 ans selon les principaux motifs et le sexe, Rhône-Alpes, 1999 (en pourcentage des motifs d'admission)

Source : CNAM, CANAM, CCMSA – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A - Hommes



B - Femmes



4. Les maladies de l'appareil circulatoire

- Les maladies cardio-vasculaires restent la première cause de mortalité chez les personnes âgées
- Les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux représentent la moitié des décès par maladies de l'appareil circulatoire
- Une baisse de la mortalité plus forte pour les maladies vasculaires cérébrales
- Une sous-mortalité régionale et des situations départementales variables
- Un séjour hospitalier sur six concerne les maladies de l'appareil circulatoire
- Premier motif d'admission en ALD chez les personnes de plus de 65 ans

Les maladies cardio-vasculaires restent la première cause de mortalité chez les personnes âgées

Tableau 32 : Caractéristiques et évolution de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire chez les personnes âgées de plus de 65 ans, Rhône-Alpes, 1979-1981 et 1997-1999

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	<i>HOMMES</i>			<i>FEMMES</i>		
	<i>1979-1981</i>	<i>1997-1999</i>	<i>Evolution</i>	<i>1979-1981</i>	<i>1997-1999</i>	<i>Evolution</i>
Taux comparatif de mortalité (p 100 000)	3 457,7	2 028,2	↘	2 512,5	1 421,8	↘
Nombre de décès	6 142	5 442	↘	8 420	7 419	↘
Part dans l'ensemble des décès (%)	38,6	32,1	↘	45,5	37,5	↘

En 1998, le nombre moyen annuel de décès²⁰ par maladies de l'appareil circulatoire s'élève à 12 800 décès chez les personnes de plus de 65 ans, soit un tiers de l'ensemble des décès de cette tranche d'âge. En 1980, le nombre moyen annuel de décès par maladie de l'appareil circulatoire était de 14 500 et cette pathologie représentait 42% de l'ensemble des décès.

Au cours des deux dernières décennies, la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a diminué de plus de 40% pour les hommes comme pour les femmes (Graphique 27). Cette diminution a été plus prononcée chez les personnes de moins de 85 ans (une baisse de moitié pour les personnes de 65-84 ans contre une baisse d'un tiers après 85 ans) (Tableau 33). Malgré cette forte diminution, les maladies cardio-vasculaires demeurent la première cause de mortalité chez les personnes de plus de 65 ans.

Les taux comparatifs de mortalité par maladies cardio-vasculaires sont 1,4 fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes (respectivement 2028 et 1422 décès pour 100 000 personnes en 1998). Cependant, étant donné la plus forte proportion des femmes aux âges élevés, le nombre de décès des femmes est plus élevé (Tableau 32).

²⁰ Le nombre de décès pour une année donnée x correspond à la moyenne des décès survenus au cours des années x-1, x et x+1. Par exemple, le nombre de décès en 1998 correspond au nombre moyen des décès de la période 1997-1999.

Graphique 27 : Evolution des taux comparatifs de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire selon le sexe, Rhône-Alpes, 1980-1998 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

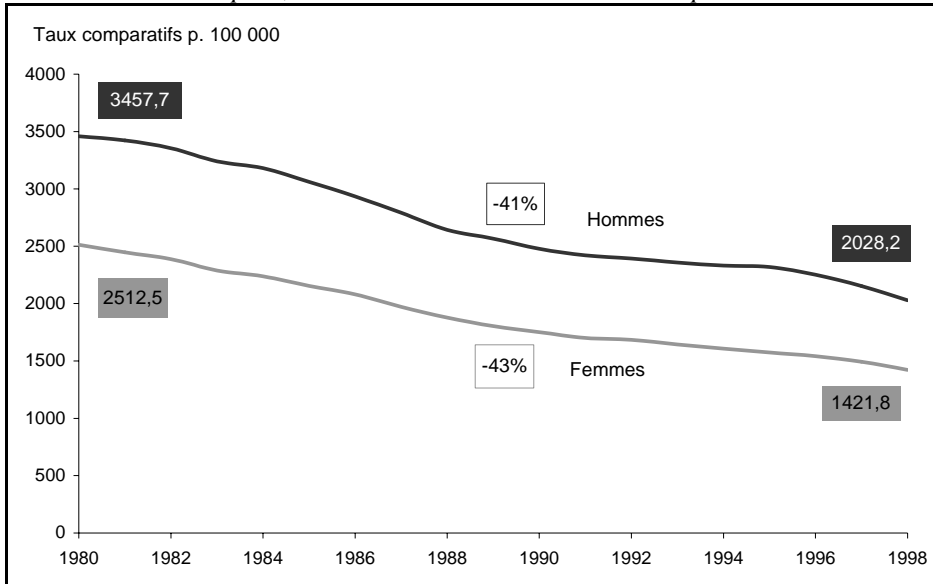


Tableau 33 : Taux bruts de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire selon le groupe d'âge et le sexe, Rhône-Alpes, 1979-1981 et 1997-1999 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

1979-1981	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	1997-1999	65-74	75-84	85 ans et plus
Hommes	1 331,2	3 972,5	10 181,5	Hommes	695,3	2 143,0	6 692,5
Femmes	636,1	2 715,3	8 989,6	Femmes	275,5	1 289,5	5 933,5
Ensemble	931,4	3 148,7	9 271,7	Ensemble	463,0	1 617,5	6 134,9

Les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux représentent la moitié des décès par maladies de l'appareil circulatoire

Pour les décès d'origine cardio-vasculaire, les pathologies les plus fréquentes sont les cardiopathies ischémiques (infarctus du myocarde essentiellement), les maladies vasculaires cérébrales ainsi que les insuffisances cardiaques (Tableau 34). Les deux premières représentent, chacune, un quart des décès de ce groupe de pathologies alors que les insuffisances cardiaques comptent pour un cinquième des décès.

Tableau 34 : Nombre moyen annuel et répartition des décès par maladies de l'appareil circulatoire selon les causes et le sexe, Rhône-Alpes, 1997-1999

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

<i>Causes de décès : Chapitre de la CIM 9</i>	<i>Nombre de décès</i>			<i>Part des décès (%)</i>		
	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Ensemble</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Ensemble</i>
Cardiopathies ischémiques	1 687	1 596	3 283	31,0	21,5	25,5
Maladies vasculaires cérébrales	1 146	1 922	3 068	21,1	25,9	23,9
Insuffisance cardiaque et maladies cardiaques mal définies	907	1 530	2 437	16,7	20,6	18,9
Autres formes de cardiopathies	554	695	1 249	10,2	9,4	9,7
Autres maladies de l'appareil circulatoire	557	638	1 195	10,2	8,6	9,3
Troubles du rythme	364	543	907	6,7	7,3	7,1
Maladies hypertensives	200	429	629	3,7	5,8	4,9
Cardiopathies rhumatismales	27	67	94	0,5	0,9	0,7
Maladies de l'appareil circulatoire	5 442	7 419	12 861	100,0	100,0	100,0

Une baisse de la mortalité plus forte pour les maladies vasculaires cérébrales

La mortalité liée aux principales affections cardio-vasculaires a fortement reculé entre 1980 et 1998 (Graphique 28). La diminution des taux de mortalité a été pratiquement de même intensité pour les hommes et les femmes quelle que soit la cause considérée. Ainsi les taux de mortalité se sont réduits de près d'un tiers pour les cardiopathies ischémiques²¹ et de plus de la moitié pour les maladies vasculaires cérébrales²² et les insuffisances cardiaques²³, entraînant une diminution de l'ensemble de la mortalité cardio-vasculaire.

Cette évolution semble liée à un meilleur contrôle de certains facteurs de risque (hypertension artérielle notamment) mais également et surtout à des évolutions thérapeutiques majeures (traitement des pathologies ischémiques et de l'infarctus en premier lieu). Cependant, du fait notamment de l'amélioration du pronostic vital de l'infarctus et du vieillissement de la population, on peut penser que la morbi-mortalité par insuffisance cardiaque va s'accroître dans les prochaines années.

La différence entre la mortalité masculine et féminine est particulièrement importante pour les cardiopathies ischémiques où le taux de mortalité est quasiment deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Pour les maladies vasculaires cérébrales cette différence entre les sexes s'atténue légèrement.

²¹ Catégories 410 à 414 de la CIM9

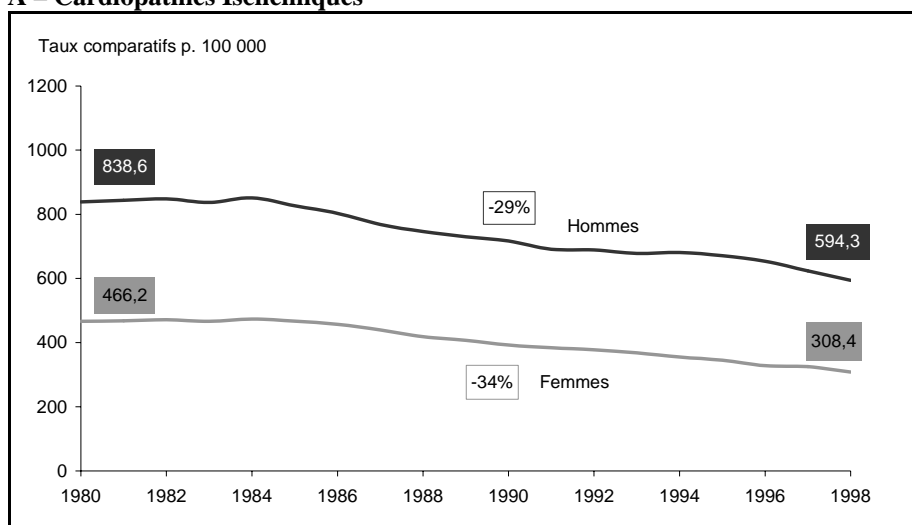
²² Catégories 430 à 438 de la CIM9

²³ Catégories 428 et 429 de la CIM9

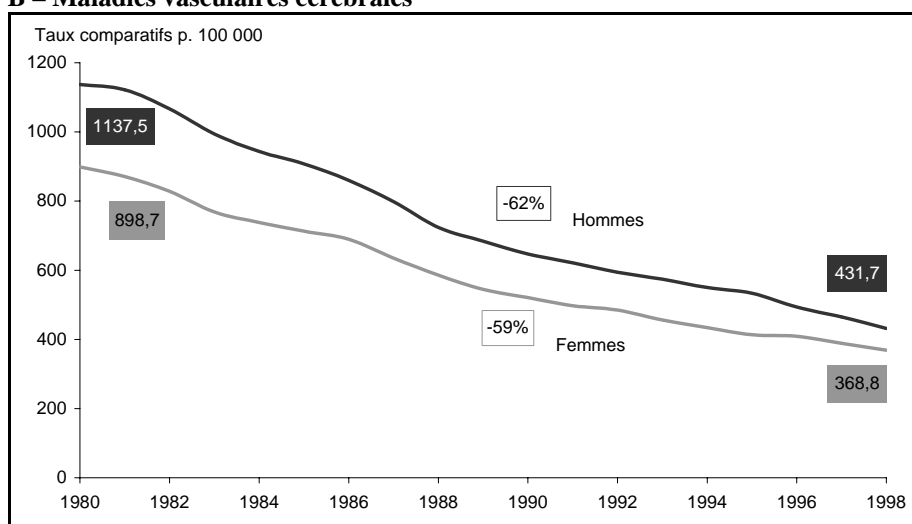
Graphique 28 : Evolution de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire pour les causes principales selon le sexe chez les personnes de plus de 65 ans, Rhône-Alpes, 1980-1998 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

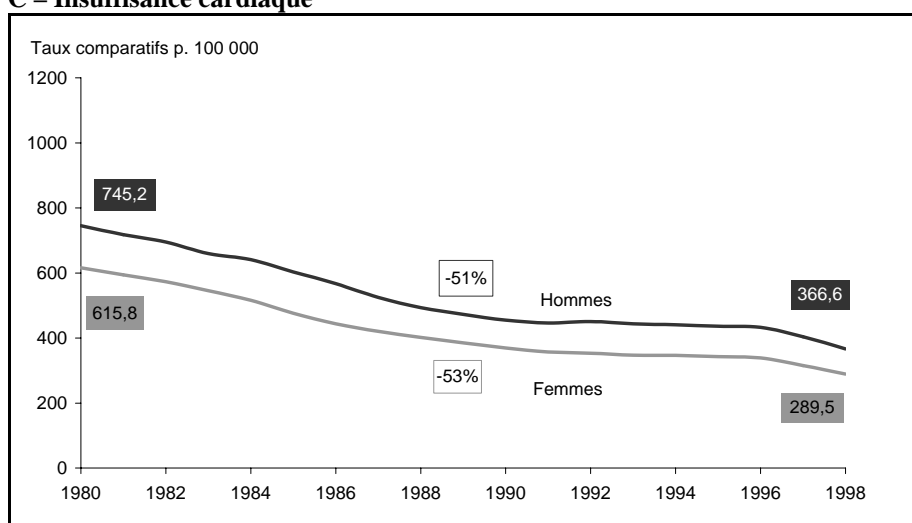
A – Cardiopathies Ischémiques



B – Maladies vasculaires cérébrales



C – Insuffisance cardiaque



Une sous-mortalité régionale et des situations départementales variables

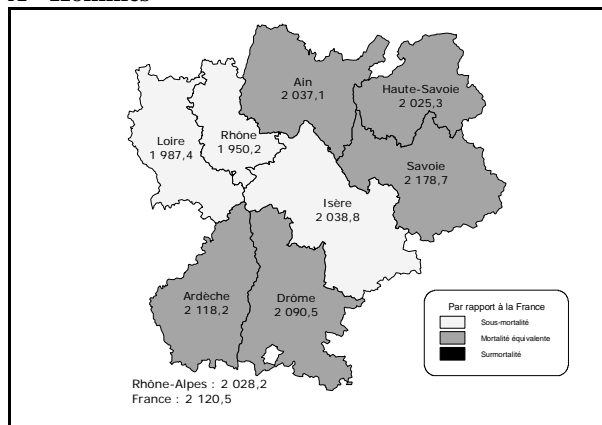
La région Rhône-Alpes est en sous-mortalité par rapport à la France pour les décès liés aux maladies de l'appareil circulatoire pour les hommes comme pour les femmes.

Les taux de mortalité pour ce groupe de pathologies reflètent une sous-mortalité dans plusieurs départements (Carte 15). La Loire et le Rhône sont les deux seuls départements où l'on observe une sous-mortalité, par rapport à la France, quel que soit le sexe. L'Isère présente une sous-mortalité uniquement chez les hommes, alors que la Drôme et la Savoie enregistrent une sous-mortalité chez les femmes.

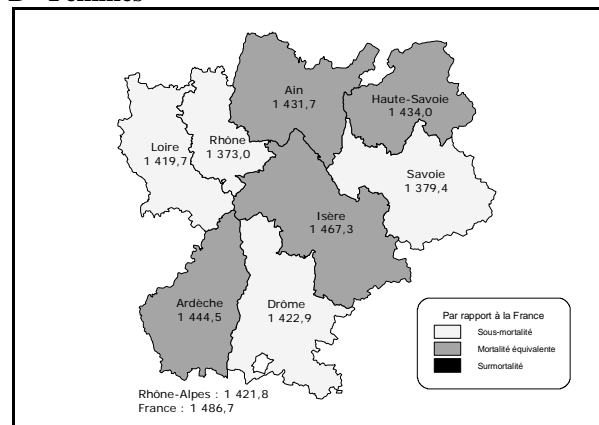
Carte 15 : Taux comparatifs de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire selon le sexe à l'échelle départementale. Rhône-Alpes, 1997-1999 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A - Hommes



B - Femmes



Cette sous-mortalité régionale s'observe pour les cardiopathies ischémiques, les maladies vasculaires cérébrales et les troubles du rythme, pour les deux sexes.

L'analyse par département de ces taux de mortalité spécifique fait ressortir différents départements en sous-mortalité par rapport à la France selon la cause de décès considérée.

Les taux de mortalité par cardiopathies ischémiques reflètent une sous-mortalité en Ardèche et en Haute-Savoie chez les hommes. Les quatre départements de l'est de la région (Haute-Savoie, Savoie, Isère et Drôme) sont en sous-mortalité par rapport à la France chez les femmes (Carte 16).

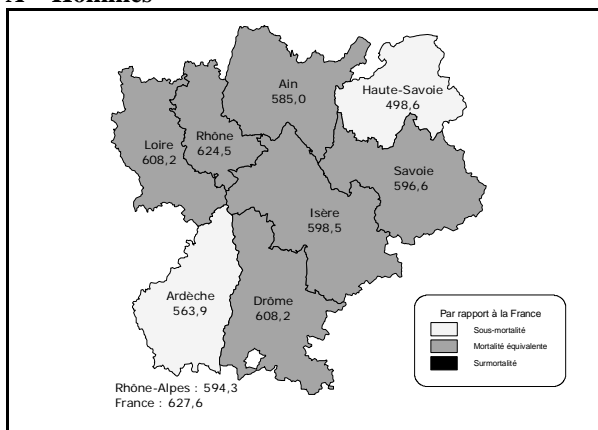
Concernant la mortalité par maladies vasculaires cérébrales, l'Isère, la Loire et le Rhône présentent une sous-mortalité par rapport à la France pour les deux sexes. En Ardèche, la sous-mortalité ne concerne que les hommes (Carte 17).

Pour les troubles du rythme, la Savoie est le seul département qui enregistre une surmortalité, chez les hommes, par rapport au niveau national. On observe une sous-mortalité pour la Loire et le Rhône pour les deux sexes, ainsi qu'une sous-mortalité pour l'Ain, la Drôme et l'Isère chez les femmes (Carte 18).

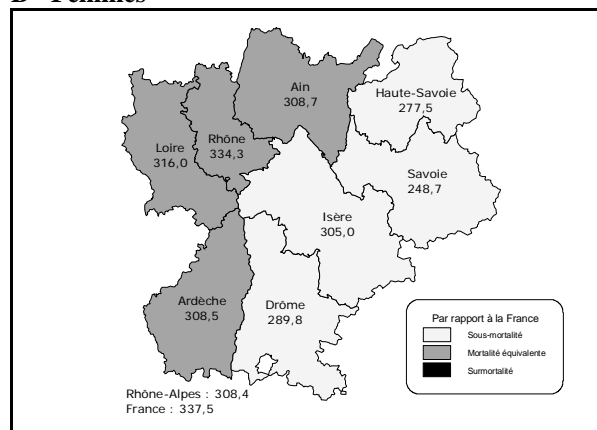
Carte 16 : Taux comparatifs de mortalité par cardiopathies ischémiques selon le sexe à l'échelle départementale, Rhône-Alpes, 1997-1999 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A – Hommes



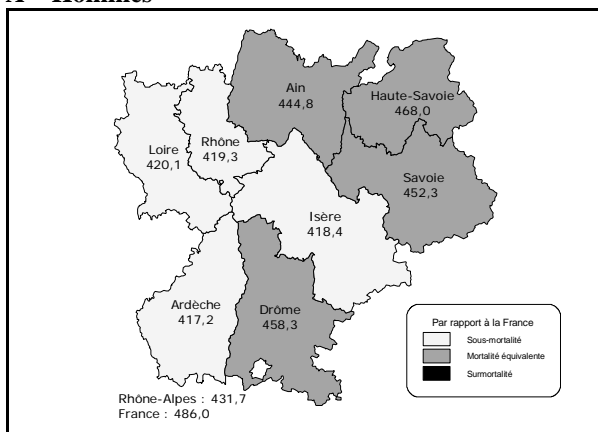
B - Femmes



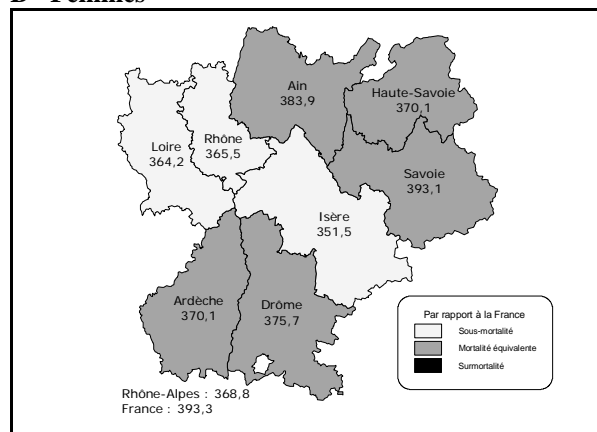
Carte 17 : Taux comparatifs de mortalité par maladies vasculaires cérébrales selon le sexe à l'échelle départementale, Rhône-Alpes, 1997-1999 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A – Hommes



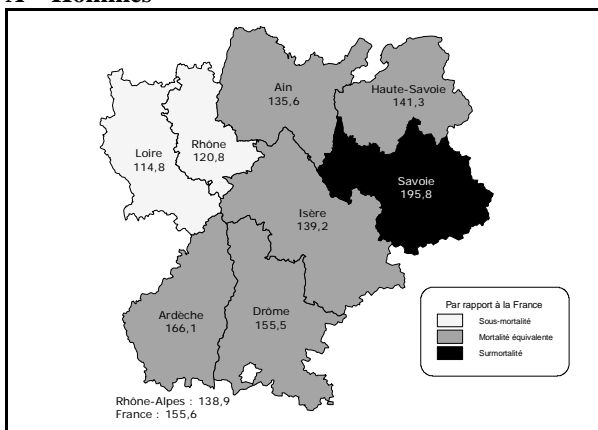
B - Femmes



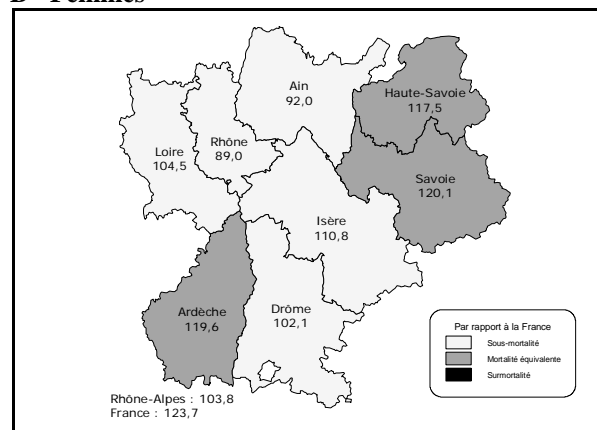
Carte 18 : Taux comparatifs de mortalité par troubles du rythme cardiaque selon le sexe à l'échelle départementale, Rhône-Alpes, 1997-1999 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A – Hommes



B - Femmes



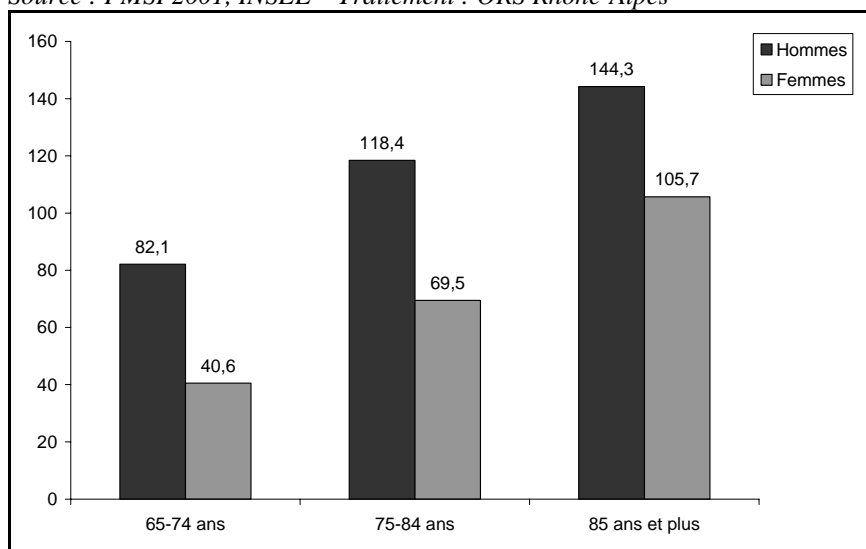
Un séjour hospitalier sur six concerne les maladies de l'appareil circulatoire

Les maladies de l'appareil circulatoire constituent le groupe de pathologies le plus souvent à l'origine d'hospitalisations que ce soit chez les hommes ou les femmes de plus de 65 ans. En 2001, elles sont responsables de 66 000 séjours, soit un séjour sur six.

Les taux d'hospitalisation pour les maladies d'origine cardio-vasculaire sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes (99 séjours par an pour 1 000 hommes de plus de 65 ans contre 60 pour 1 000 femmes de plus de 65 ans). La fréquence d'hospitalisation augmente avec l'âge quel que soit le sexe, et reste plus élevée chez les hommes, quel que soit l'âge (Graphique 29).

Graphique 29 : Taux de recours à l'hospitalisation pour les maladies de l'appareil circulatoire selon le groupe d'âge et le sexe, Rhône-Alpes, 2001 (Taux pour 1 000 personnes)

Source : PMSI 2001, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes



Les cardiopathies ischémiques²⁴, l'insuffisance cardiaque²⁵ (source de séjours itératifs), les maladies vasculaires cérébrales²⁶ et les troubles du rythme²⁷ sont les principales pathologies en cause. Les taux d'hospitalisation sont plus élevés chez les hommes, en particulier pour les cardiopathies ischémiques. Les hommes sont hospitalisés 2,5 fois plus que les femmes pour cette pathologie (Tableau 35).

Tableau 35 : Nombre de séjours et taux de recours à l'hospitalisation pour les principales pathologies de l'appareil circulatoire chez les personnes de plus de 65 ans, Rhône-Alpes, 2001.

Source : PMSI 2001, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Pathologies : Chapitre de la CIM 10	Nombre de séjours		Taux de recours (p 1 000)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cardiopathies ischémiques	9 528	5 651	27,0	11,0
Insuffisance cardiaque	5 326	5 727	15,1	11,2
Maladies vasculaires cérébrales	4 160	4 087	11,8	8,0
Troubles de conduction et du rythme cardiaque	4 066	3 537	11,5	6,9
Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire	34 873	31 046	98,7	60,5

²⁴ Catégories I20 à I25 de la CIM10

²⁵ Catégorie I50 de la CIM10

²⁶ Catégorie I60 à I69 de la CIM10

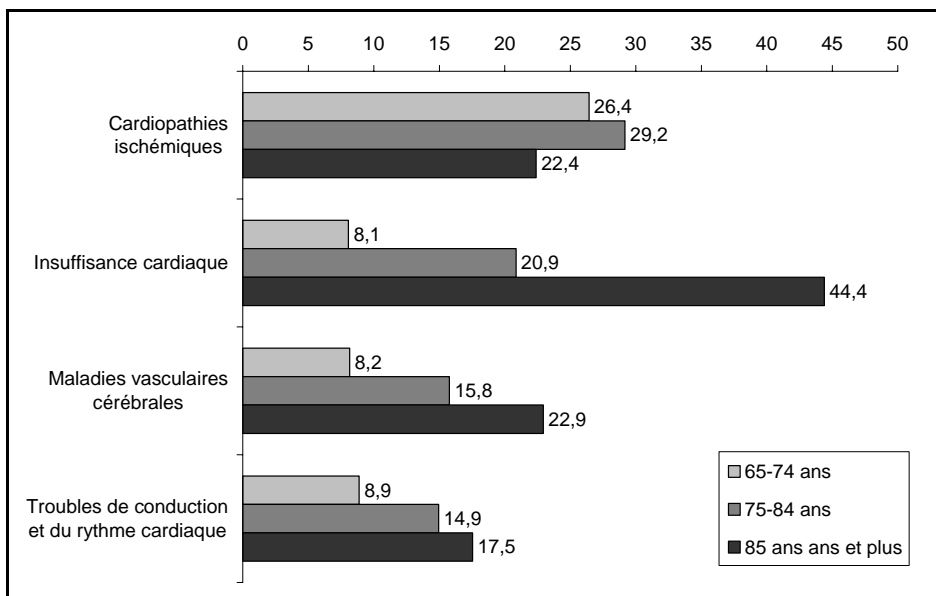
²⁷ Catégorie I44, I45, I47, I48 et I49 de la CIM10

La part des séjours liés à une insuffisance cardiaque croît fortement avec l'âge et représente nettement le premier motif d'hospitalisation pour maladies de l'appareil circulatoire pour les plus de 85 ans (Graphique 30). Le vieillissement de la population et l'amélioration du pronostic vital de l'infarctus du myocarde peuvent notamment laisser penser que la morbi-mortalité par insuffisance cardiaque va s'accroître dans les prochaines années.

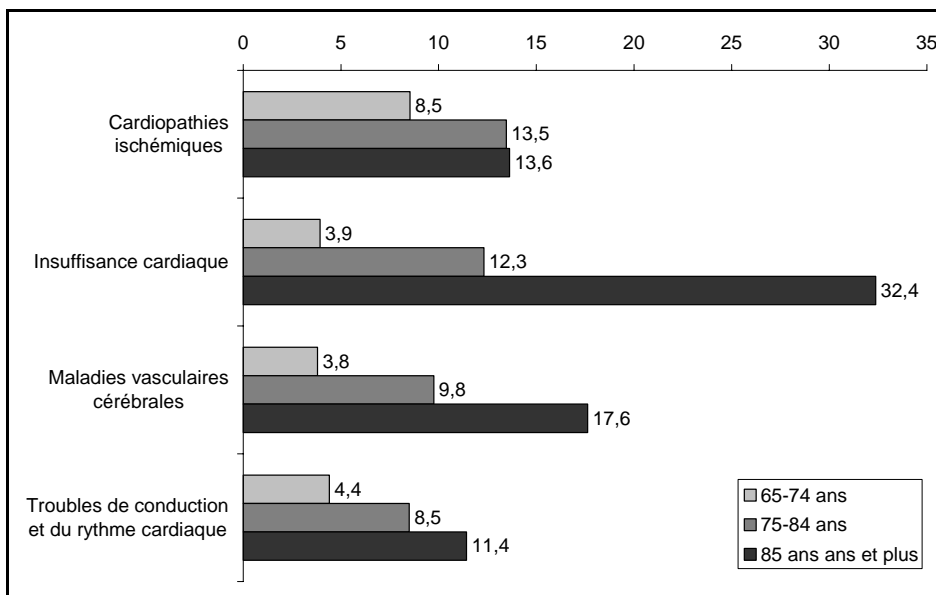
Graphique 30 : Taux de recours à l'hospitalisation pour les principales pathologies de l'appareil circulatoire selon le groupe d'âge et le sexe, Rhône-Alpes, 2001 (Taux pour 1 000 personnes)

Source : PMSI 2001, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A – Hommes



B - Femmes



Premier motif d'admission en ALD chez les personnes de plus de 65 ans

Les maladies cardio-vasculaires sont les motifs les plus fréquents d'entrée en ALD, quel que soit le sexe. En 1999, en Rhône-Alpes, près de 15 000 personnes de plus de 65 ans ont été admises en Affections de Longue Durée pour une pathologie cardio-vasculaire, soit près de 38% des admissions totales concernant cette tranche d'âge.

Ces admissions représentent par ailleurs un peu plus de la moitié des admissions pour maladies cardio-vasculaires tous âges confondus chez les hommes et trois quarts chez les femmes (Tableau 36).

Tableau 36 : Admissions en ALD pour maladies cardio-vasculaires, Rhône-Alpes, 1999.

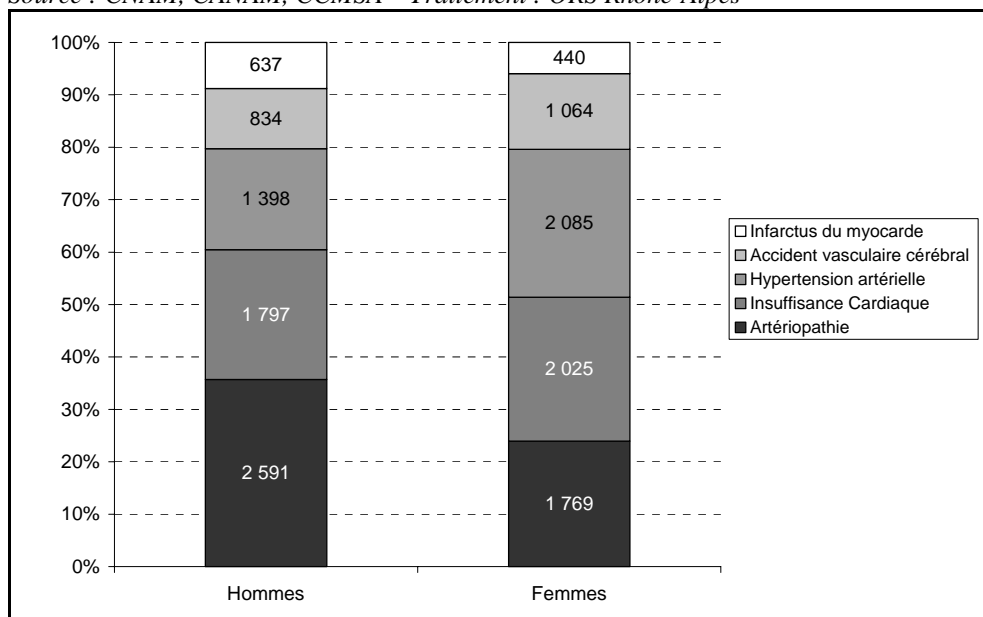
Source : CNAM, CANAM, CCMSA – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	Admissions en ALD pour maladies cardio-vasculaires		
	Hommes	Femmes	Ensemble
Effectif :			
Personnes de plus de 65 ans	7 267	7 383	14 650
Ensemble de la population	13 473	9 811	23 284
Pourcentage (%) :			
Personnes de plus de 65 ans	53,9	75,3	62,9
Ensemble de la population	100,0	100,0	100,0

Les artériopathies chroniques, les insuffisances cardiaques et l'hypertension artérielle sont, au sein des maladies cardio-vasculaires, les trois motifs les plus souvent à l'origine d'une ALD. Ces trois pathologies représentent 80% des admissions liées à une maladie cardio-vasculaire (Graphique 31).

Graphique 31 : Répartition et nombre d'Admissions Longue Durée liées à une maladie cardio-vasculaire, selon le sexe, Rhône-Alpes, 1999.

Source : CNAM, CANAM, CCMSA – Traitement : ORS Rhône-Alpes



5. Les tumeurs

- Un taux de mortalité par tumeurs en baisse, mais un nombre croissant de décès
- Les tumeurs du poumon chez l'homme et les tumeurs du sein chez la femme entraînent le plus grand nombre de décès
- Des évolutions contrastées selon les localisations
- Une mortalité par tumeurs contrastée selon les départements
- Les tumeurs : 2^e motif d'hospitalisation des personnes âgées
- Les tumeurs : 2^e motif d'admission en ALD

Un taux de mortalité par tumeurs en baisse mais un nombre croissant de décès

Tableau 37 : Caractéristiques et évolution de la mortalité par tumeurs chez les personnes âgées de plus de 65 ans, Rhône-Alpes, 1979-1981 et 1997-1999

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	<i>HOMMES</i>			<i>FEMMES</i>		
	<i>1979-1981</i>	<i>1997-1999</i>	<i>Evolution</i>	<i>1979-1981</i>	<i>1997-1999</i>	<i>Evolution</i>
Taux comparatif de mortalité (p 100 000)	1 982,8	1 764,9	↘	905,0	773,6	↘
Nombre de décès	4 156	5 352	↗	3 319	3 900	↗
Part dans l'ensemble des décès (%)	26,1	31,5	↗	17,9	19,7	↗

En 1998, le nombre annuel moyen de décès²⁸ par tumeurs s'élève à près de 9 300 chez les personnes âgées de plus de 65 ans, soit un quart de l'ensemble des décès, ce qui en fait la deuxième cause de mortalité. En 1980, les décès par tumeurs étaient au nombre de 7 500 et représentaient 22% des décès.

Les taux de mortalité par tumeurs ont diminué plus faiblement que les taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (Graphique 32). La baisse a été un peu plus prononcée chez les femmes (-15%) que chez les hommes (-11%) et chez les moins de 75 ans. Mais cette tendance générale cache des évolutions différentes selon les localisations considérées.

Les taux comparatifs de mortalité sont plus élevés pour les hommes que pour les femmes (respectivement 1765 et 774 décès pour 100 000 personnes de plus de 65 ans). Les hommes meurent 2,3 fois plus de tumeurs que les femmes (Tableau 37).

²⁸ Le nombre de décès pour une année donnée x correspond à la moyenne des décès survenus au cours des années x-1, x et x+1. Par exemple, le nombre de décès en 1998 correspond au nombre moyen des décès de la période 1997-1999.

Graphique 32 : Evolution des taux comparatifs de mortalité par tumeurs selon le sexe chez les personnes de plus de 65 ans, Rhône-Alpes, 1980-1998

Taux comparatifs pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

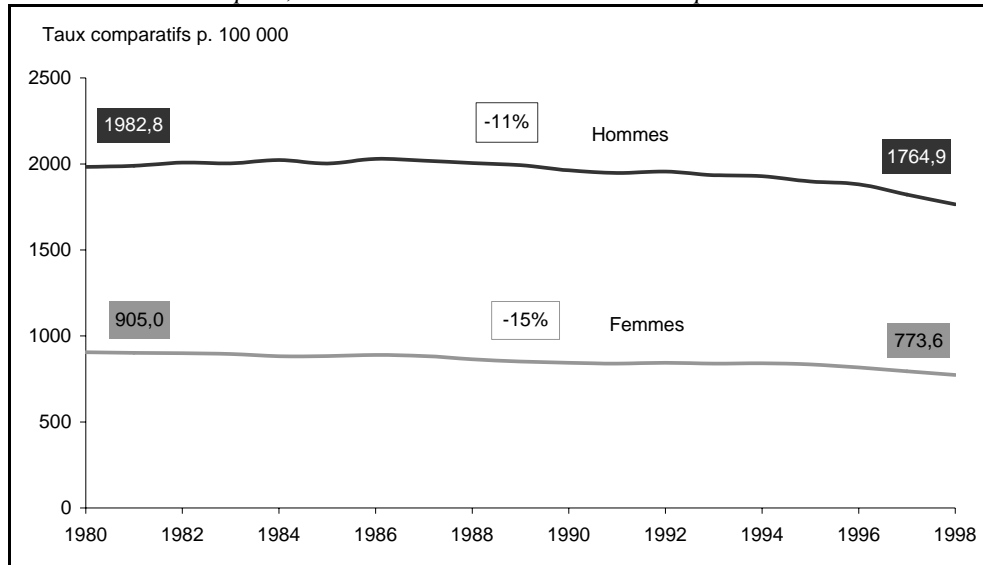


Tableau 38 : Taux de mortalité par tumeurs selon le groupe d'âge et le sexe, Rhône-Alpes, 1979-1981 et 1997-1999.

Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	1979-1981	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	1997-1999	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus
Hommens		1 292,5	2 355,4	3 720,6		1 157,2	2 001,0	3 494,0
Femmes		546,8	1 057,2	1 895,9		458,6	891,8	1 679,1
Ensemble		863,6	1 504,8	2 327,9		770,7	1 318,0	2 160,7

Les tumeurs du poumon chez l'homme et les tumeurs du sein chez la femme entraînent le plus grand nombre de décès

Chez les personnes de plus de 65 ans, les cancers à l'origine du plus grand nombre de décès sont les cancers du poumon et de la prostate chez les hommes, du sein pour les femmes et de l'intestin pour les deux sexes (Tableau 39).

Tableau 39 : Nombre annuel moyen et répartition des décès par tumeurs pour les principales localisations selon le sexe, Rhône-Alpes, 1997-1999.

Source : INSERM CépiDc – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Localisation	Nombre de décès		Part des décès (%)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Tumeurs	5 352	3 900	100,0	100,0
Tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon	1 122	247	21,0	6,3
Tumeur maligne de l'intestin	603	584	11,3	15,0
Tumeur maligne de la prostate	776	-	14,5	-
Tumeur maligne du sein	-	596	-	15,3
Tumeur maligne du pancréas	234	272	4,4	7,0
Tumeur maligne de l'estomac	238	176	4,5	4,5
Tumeur maligne de la vessie	243	94	4,5	2,4
Leucémies	160	157	3,0	4,0
Tumeur maligne de l'ovaire et des autres annexes de l'utérus	-	201	-	5,2
Tumeur maligne de l'œsophage	167	31	3,1	0,8
Tumeur maligne de l'utérus	-	185	-	4,7

Des évolutions contrastées selon les localisations

Entre 1980 et 1998, la mortalité a régressé pour les tumeurs de l'utérus (-29%), ainsi que pour les tumeurs de l'intestin (-11% pour les hommes, -20% pour les femmes). La mortalité liée aux tumeurs de l'intestin²⁹ est quasiment deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Pour les cancers du poumon³⁰, la mortalité s'est fortement accrue chez les femmes (+63%), notamment du fait de l'augmentation du tabagisme féminin, mais elle est restée stable chez les hommes. Malgré cette évolution la surmortalité masculine reste toujours très élevée : les hommes meurent sept fois plus d'un cancer du poumon que les femmes (Graphique 33).

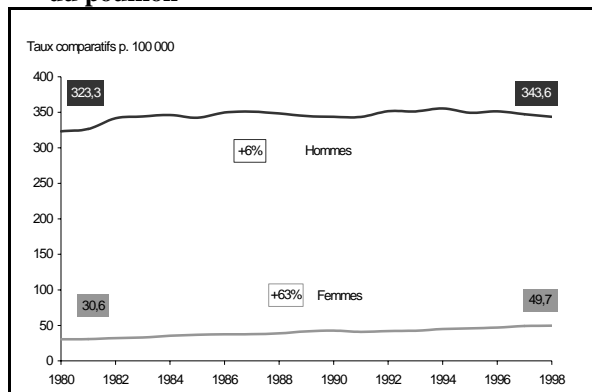
La mortalité par cancer du sein³¹ chez les femmes est restée stable sur les 18 dernières années. Pour les décès par tumeur de la prostate³², le niveau de 1998 est quasiment identique au niveau de 1980, mais le taux de mortalité pour cette pathologie a augmenté de 18% au cours des années 80, pour diminuer de 20% au cours des années 90.

Graphique 33 : Evolution de la mortalité par tumeurs pour les principales localisations chez les personnes de plus de 65 ans, Rhône-Alpes, 1980-1998

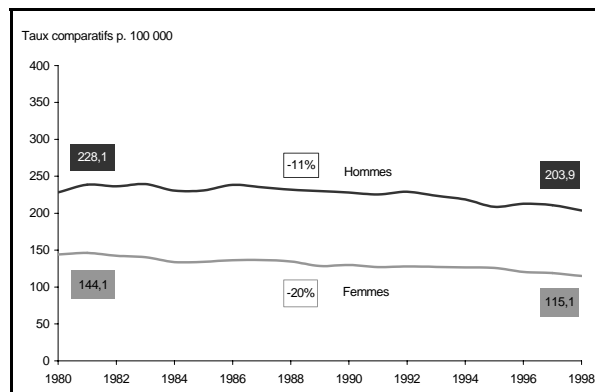
Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

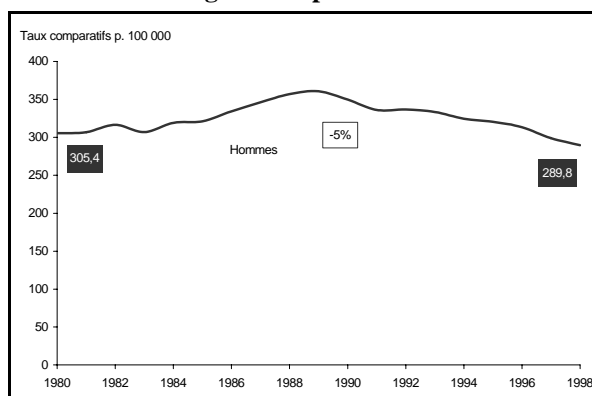
A – Tumeur maligne de la trachée des bronches et du poumon



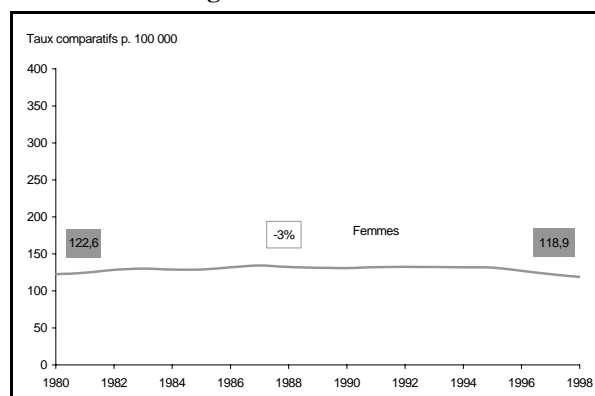
B – Tumeur maligne de l'intestin



C – Tumeur maligne de la prostate



D – Tumeur maligne du sein



²⁹ Catégories 152 à 154 de la CIM9

³⁰ Catégorie 162 de la CIM9

³¹ Catégorie 174 de la CIM9

³² Catégorie 185 de la CIM9

Une mortalité par tumeurs contrastée selon les départements

La région Rhône-Alpes observe une mortalité par tumeurs équivalente à celle de la France, chez les hommes comme chez les femmes. La situation est beaucoup plus contrastée à l'échelle départementale.

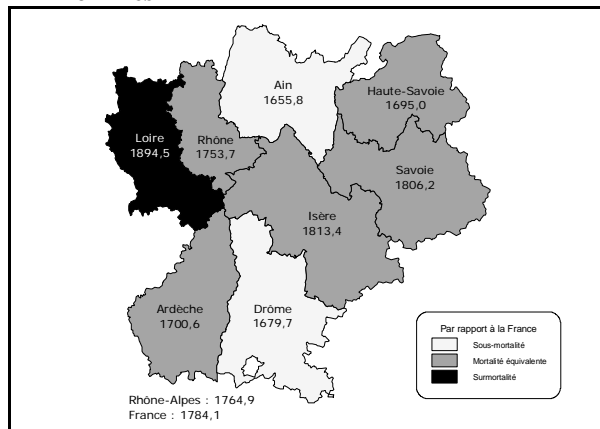
Deux départements enregistrent une surmortalité par tumeurs : la Loire chez les hommes et le Rhône chez les femmes (Carte 19).

On observe une sous-mortalité par tumeurs par rapport à la France pour les deux sexes dans deux départements de la région : l'Ain et la Drôme. L'Ardèche et la Savoie présentent aussi une sous-mortalité par tumeurs, mais chez les femmes uniquement.

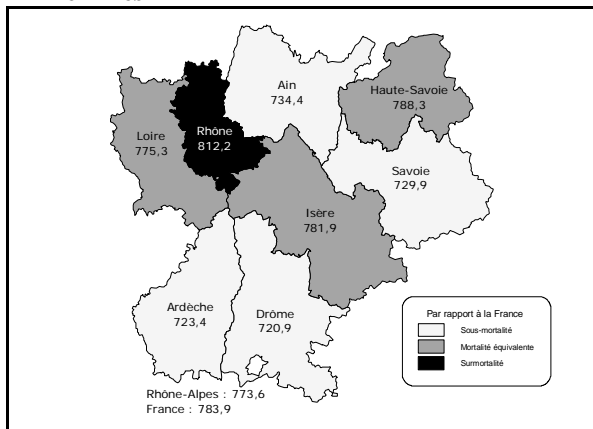
Carte 19 : Taux comparatifs de mortalité par tumeurs selon le sexe à l'échelle départementale, Rhône-Alpes, 1997-1999 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépIdc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A – Hommes



B - Femmes



La région Rhône-Alpes enregistre une mortalité équivalente au niveau national pour les tumeurs de l'intestin, du poumon, de la prostate et du sein. Cependant, selon le type de tumeur et le sexe, quelques départements ont une mortalité supérieure ou inférieure par rapport à celle de la France.

Pour les tumeurs de l'intestin, on observe une mortalité équivalente dans tous les départements sauf en Haute-Savoie chez les hommes et en Savoie chez les femmes (Carte 20).

Les taux de mortalité par tumeur du poumon reflètent une surmortalité dans le Rhône aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Seuls les départements de l'Ain et de l'Ardèche observent une sous-mortalité masculine pour cette localisation (Carte 21).

Concernant les décès par tumeur de la prostate, la Loire est le seul département où l'on observe une surmortalité. Les sept autres départements de la région présentent une mortalité équivalente à celle de la France (Carte 22).

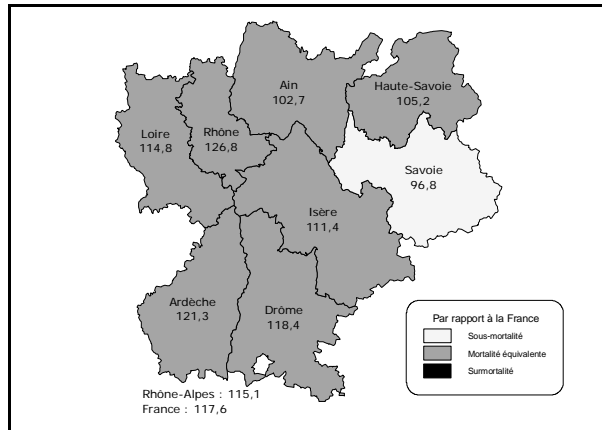
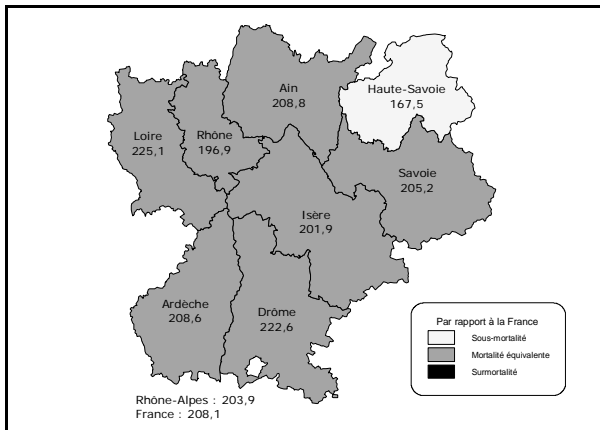
La mortalité par tumeur du sein est équivalente à celle de la France dans les huit départements de la région (Carte 23).

Carte 20 : Taux comparatifs de mortalité par tumeurs de l'intestin selon le sexe à l'échelle départementale, Rhône-Alpes, 1997-1999 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A – Hommes

B - Femmes

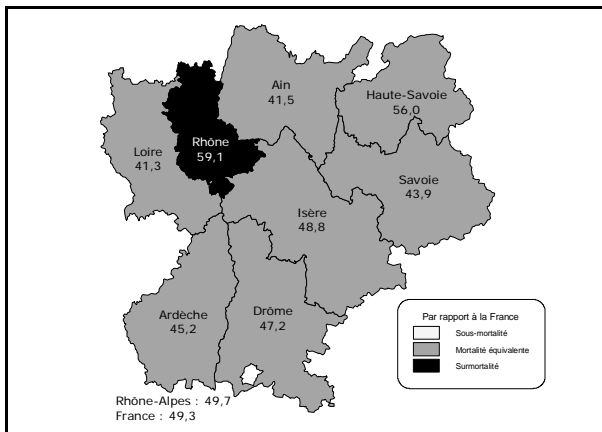
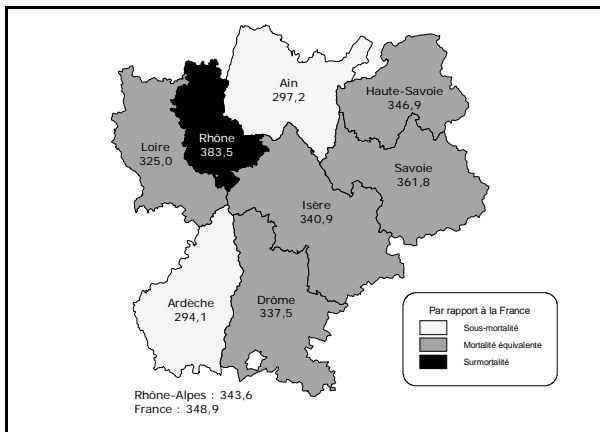


Carte 21 : Taux comparatifs de mortalité par tumeurs du poumon selon le sexe à l'échelle départementale, Rhône-Alpes, 1997-1999 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A – Hommes

B - Femmes

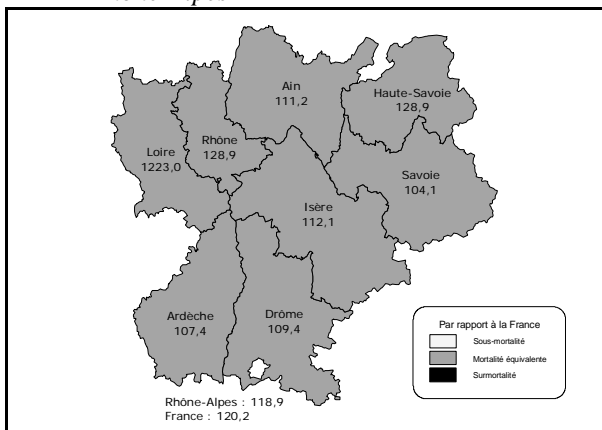
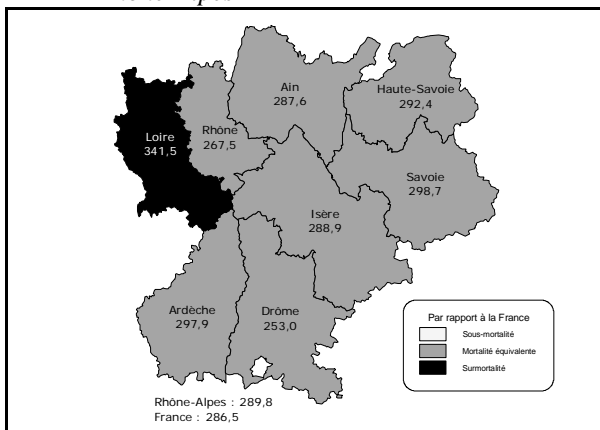


Carte 22 : Taux comparatifs de mortalité par tumeurs de la prostate à l'échelle départementale, Rhône-Alpes, 1997-1999 (Taux pour 100 000 personnes, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Carte 23 : Taux comparatifs de mortalité par tumeurs du sein à l'échelle départementale, Rhône-Alpes, 1997-1999 (Taux pour 100 000 personnes, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes



Les tumeurs : 2^e motif d'hospitalisation des personnes âgées

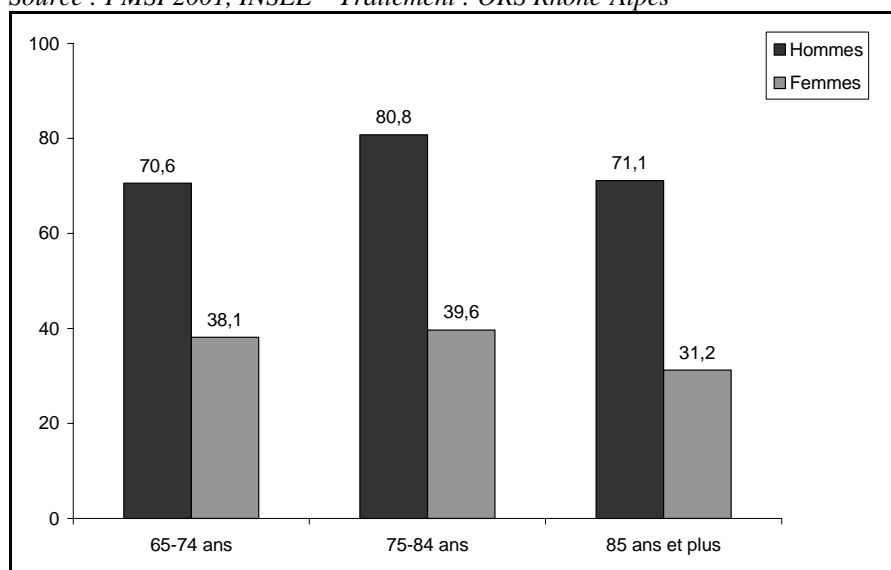
Les tumeurs représentent le 2^e motif d'hospitalisation pour l'ensemble des personnes âgées de plus de 65 ans. En 1998, elles comptent pour 11,4% de l'ensemble des séjours, soit environ 45 400 séjours.

Le taux de recours à l'hospitalisation pour tumeurs est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le taux de recours masculin est de 74 séjours par an pour 1 000 personnes, alors que le taux de recours féminin est de 38 séjours pour 1 000.

La fréquence d'hospitalisation augmente entre les tranches d'âge 65-74 ans et 75-84 ans pour diminuer ensuite (Graphique 34). Cependant, cette évolution en fonction de l'âge est très variable selon les localisations. Les taux d'hospitalisation pour tumeurs du sein et du poumon diminuent alors que celui des tumeurs de la prostate croît fortement avec l'âge (Graphique 35). Le cancer de la prostate touche particulièrement le sujet âgé et l'on estime actuellement que près de la moitié des nouveaux cas sont diagnostiqués après 75 ans. L'augmentation générale de l'espérance de vie aux âges élevés tend ainsi à accroître le nombre de nouveaux cas de cancers de la prostate.

Graphique 34 : Evolution du taux de recours à l'hospitalisation pour les tumeurs selon le groupe d'âge et le sexe, Rhône-Alpes, 2001 (Taux pour 1 000 personnes)

Source : PMSI 2001, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes



Les tumeurs de la prostate³³ représentent le premier motif d'hospitalisation pour tumeurs chez les hommes de plus de 65 ans. Chez les femmes, les premiers motifs d'hospitalisation sont les tumeurs du sein³⁴. Apparaissent ensuite, pour les deux sexes, les tumeurs de l'intestin et pulmonaires.

Le taux d'hospitalisation concernant les tumeurs de la trachée, des bronches et des poumons³⁵ est 6,9 fois plus important chez les hommes que chez les femmes. Celui concernant les tumeurs de l'intestin³⁶ est 1,6 fois plus élevé pour les hommes.

³³ Catégorie C61 de la CIM10

³⁴ Catégorie C50 de la CIM10

³⁵ Catégories C33 et C34 de la CIM10

Tableau 40 : Nombre de séjours et taux de recours à l'hospitalisation pour les principales localisations de tumeurs chez les personnes de plus de 65 ans, Rhône-Alpes, 2001.

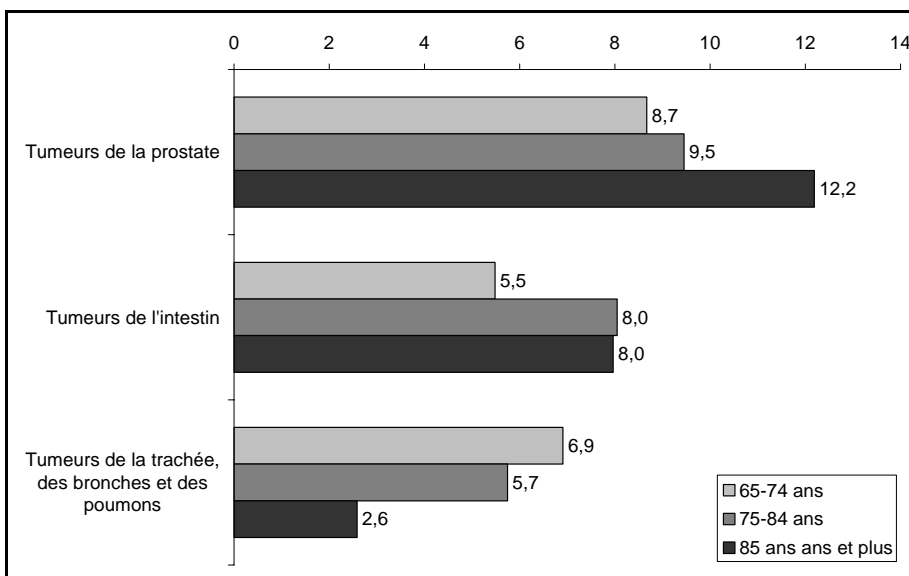
Source : PMSI 2001, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Pathologies : Chapitre de la CIM 10	Nombre de séjours		Taux de recours (p.1 000)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Tumeur de la prostate	3 251	-	9,2	-
Tumeurs du sein	-	2 249	-	4,4
Tumeur de l'intestin	2 296	2 010	6,5	3,9
Tumeur de la trachée, des bronches et des poumons	2 186	458	6,2	0,9
Ensemble des tumeurs	26 089	19 303	73,9	37,6

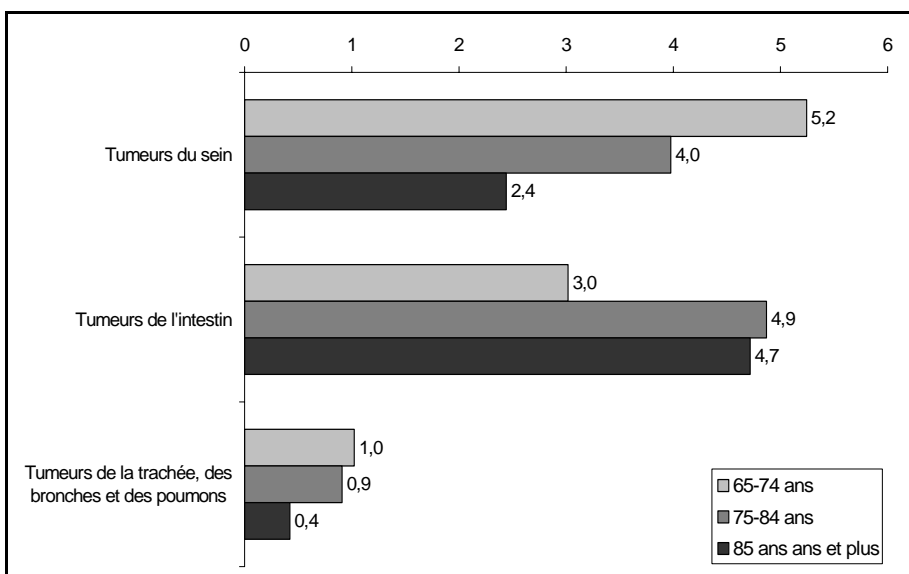
Graphique 35 : Taux de recours à l'hospitalisation pour les principales localisations de tumeurs selon le groupe d'âge et le sexe, Rhône-Alpes, 2001. (Taux pour 1 000 personnes).

Source : PMSI 2001, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A - Hommes



B - Femmes



³⁶ Catégories C17 à C21

Les tumeurs : 2^e motif d'admission en ALD

Les tumeurs représentent le deuxième motif d'entrée en ALD chez les personnes de plus de 65 ans avec 11 450 admissions en 1999, soit 30% des admissions totales concernant cette tranche d'âge.

Les admissions en ALD pour tumeurs des personnes âgées de plus de 65 ans représentent 58% des admissions totales des hommes et 49% de celles des femmes (Tableau 41).

Tableau 41 : Admissions en ALD pour tumeurs, Rhône-Alpes, 1999.

Source : CNAM, CANAM, CCMSA – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	<i>Admissions en ALD pour tumeurs</i>		
	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Ensemble</i>
Effectif :			
Personnes de plus de 65 ans	6 450	5 002	11 452
Ensemble de la population	11 083	10 219	21 302
Pourcentage :			
Personnes de plus de 65 ans	58,2	48,9	53,8
Ensemble de la population	100,0	100,0	100,0

Les localisations les plus souvent concernées sont le sein et l'intestin chez les femmes, la prostate, l'intestin et le poumon chez les hommes.

6. Les maladies de l'appareil respiratoire

- Les décès par maladies de l'appareil respiratoire représentent 10% de l'ensemble des décès
- Près de la moitié des décès par maladies de l'appareil respiratoire sont dus à des pneumonies et broncho-pneumonies
- Progression de la mortalité par pneumonie et broncho-pneumonie chez les femmes, entre 1980 et 1998
- Une surmortalité masculine de la région Rhône-Alpes par rapport à la France
- Les hospitalisations pour maladies de l'appareil respiratoire augmentent fortement après 85 ans
- 1 300 personnes de plus de 65 ans admises en ALD pour insuffisance respiratoire

Outre les cancers broncho-pulmonaires, les **maladies respiratoires** regroupent des affections très différentes et difficiles à classer, en particulier chez le sujet âgé. Elles peuvent être aiguës, essentiellement d'origine infectieuse (bronchite aiguë, pneumonie, pathologie des voies respiratoires supérieures) ou d'évolution chronique comme la bronchite chronique, pathologie du sujet âgé fortement liée au tabagisme ou encore l'asthme, pathologie prévalente à tout âge faisant appel à des mécanismes pathogènes complexes (rôle de l'atopie, facteurs adjuvants environnementaux multiples, facteurs génétiques, ...).

Les décès par maladies de l'appareil respiratoire représentent 10% de l'ensemble des décès

Tableau 42 : Caractéristiques et évolution de la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire chez les personnes âgées de plus de 65 ans, Rhône-Alpes, 1979-1981 et 1997-1999

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	<i>HOMMES</i>			<i>FEMMES</i>		
	<i>1979-1981</i>	<i>1997-1999</i>	<i>Evolution</i>	<i>1979-1981</i>	<i>1997-1999</i>	<i>Evolution</i>
Taux comparatif de mortalité (p. 100 000)	871,6	709,1	↘	410,8	352,3	↘
Nombre de décès	1 397	1 799	↗	1 303	1 851	↗
Part dans l'ensemble des décès (%)	8,8	10,6	↗	7,0	9,4	↗

En 1998, le nombre de décès annuel moyen³⁷ par maladies de l'appareil respiratoire est de 3 650, soit un décès sur 10. En 1980, ce nombre était de 2 700 et les décès liés à cette pathologie représentaient 8% de l'ensemble des décès des personnes de plus de 65 ans.

L'augmentation du nombre de décès est liée à l'accroissement de la prévalence de certains facteurs de risque, tabagisme notamment et surtout vieillissement de la population. Le taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (709 décès pour 100 000 personnes contre 352) (Tableau 42). Cependant étant donné la plus forte proportion de femmes aux âges élevés, le nombre de décès est équivalent pour les deux sexes.

Entre 1980 et 1998, les taux comparatifs de mortalité ont diminué de 19% pour les hommes et de 14% pour les femmes. Cette baisse porte principalement sur la mortalité avant 85 ans (Graphique 36) et s'est produite au cours de la décennie 1980. Depuis la fin des années 80, ce taux est resté quasiment stable.

³⁷ Le nombre de décès pour une année donnée x correspond à la moyenne des décès survenus au cours des années x-1, x et x+1. Par exemple, le nombre de décès en 1998 correspond au nombre moyen des décès de la période 1997-1999.

Graphique 36 : Evolution des taux comparatifs de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire selon le sexe chez les personnes de plus de 65 ans, Rhône-Alpes, 1980-1998 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

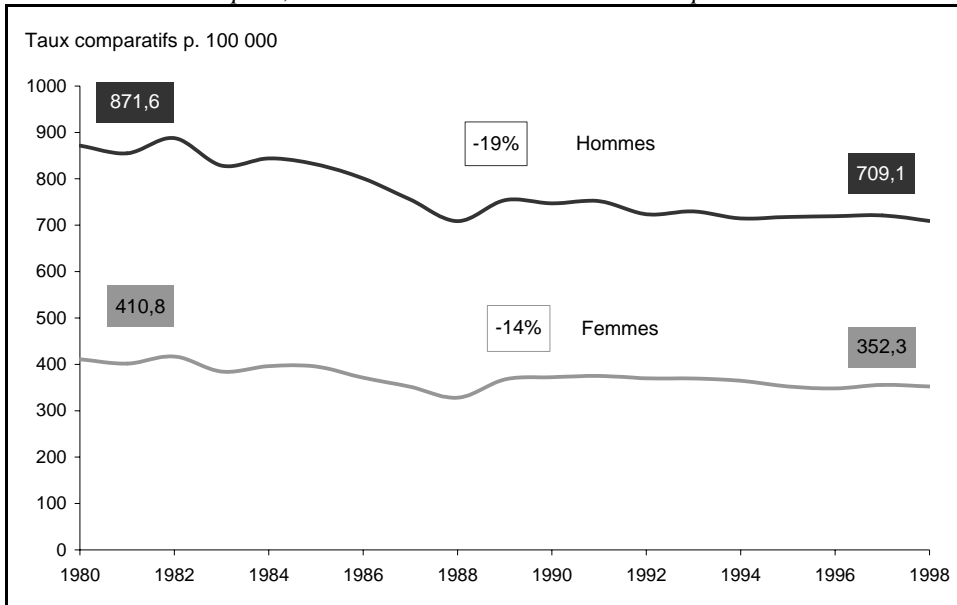


Tableau 43 : Taux bruts de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire selon le groupe d'âge et le sexe, Rhône-Alpes, 1979-1981 et 1997-1999 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	1979-1981			1997-1999		
	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus
Hommes	240,1	913,0	3109,4	172,8	659,1	2793,8
Femmes	74,1	361,5	1758,5	52,2	275,8	1623,7
Ensemble	144,6	551,6	2078,3	106,1	423,1	1934,2

Près de la moitié des décès par maladies de l'appareil respiratoire sont dus à des pneumonies et broncho-pneumonies

En terme de mortalité, les maladies de l'appareil respiratoire sont dominées par deux types de pathologies : les affections aiguës de mode infectieux (pneumonie, broncho-pneumonie, grippe...) et les affections chroniques de type obstructives (bronchite chronique et emphysème principalement). Ces deux catégories représentent plus de 80% des décès par maladies de l'appareil respiratoire (respectivement 46% et 35%) (Tableau 44).

Tableau 44 : Nombre annuel moyen et répartition des décès par maladies de l'appareil respiratoire selon le sexe, Rhône-Alpes, 1997-1999.

Source : INSERM CépiDc – Traitement : ORS Rhône-Alpes

<i>Causes de décès</i>	<i>Nombre de décès</i>			<i>Part des décès (%)</i>		
	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Ensemble</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Ensemble</i>
Pneumonie et broncho-pneumonie	656	818	1 474	36,5	44,2	40,4
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	749	529	1 278	41,6	28,6	35,0
Asthme et alvéolite allergique	50	75	125	2,8	4,0	3,4
Grippe	67	153	220	3,7	8,3	6,0
Autres maladies de l'appareil respiratoire	277	276	553	15,4	14,9	15,2
Maladies de l'appareil respiratoire	1 799	1 851	3 650	100,0	100,0	100,0

Progression de la mortalité par bronchite chronique chez les femmes entre 1980 et 1998

Depuis 1980, la mortalité par bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives³⁸ a fortement progressé chez les femmes (+34%), mais elle est restée stable chez les hommes réduisant ainsi l'écart des taux comparatifs de mortalité pour cette cause entre les femmes et les hommes (Graphique 37). Toutefois, la mortalité par bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives reste toujours plus élevée chez les hommes que chez les femmes (la surmortalité masculine pour cette pathologie est de 2,8 en 1998 contre 3,8 en 1980).

Cette évolution illustre notamment la progression du tabagisme dans la population féminine. Compte tenu d'un temps de latence de l'ordre de 20 ans entre habitudes tabagiques et apparition de l'insuffisance respiratoire chronique, on peut prévoir pour les années à venir une augmentation de la mortalité par bronchite chronique et une augmentation de la prévalence des insuffisances respiratoires chroniques chez les femmes.

En ce qui concerne les pneumonies et les broncho-pneumonies³⁹, le taux comparatif de mortalité a peu fluctué pour les femmes et a légèrement diminué pour les hommes (-5%) entre 1986 et 1998⁴⁰.

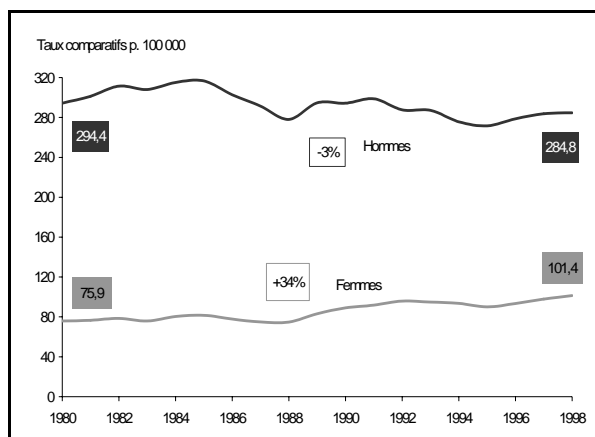
Graphique 37 : Evolution de la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire pour les principales causes, selon le sexe chez les personnes de plus de 65 ans, Rhône-Alpes, 1980-1998

Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années

Source : INSERM CépiDc, INSEE –Traitement : ORS Rhône-Alpes

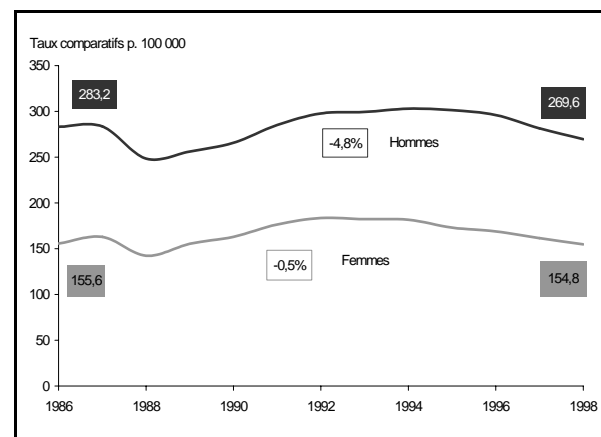
A – Bronchite Chronique

Evolution entre 1980 et 1998



B – Pneumonie et Broncho-pneumonie

Evolution entre 1986 et 1998



³⁸ Catégories 490-492, 494 et 496 de la CIM9

³⁹ Catégories 480 à 486 de la CIM9

⁴⁰ Seuls les taux de mortalité par pneumonie et broncho-pneumonie des années 1986 à 1998 ont été pris en compte du fait d'une modification de codification ayant eu lieu au cours des années 1980 pour cette catégorie de décès. En effet, les décès classés dans la catégorie 518 (inclus dans les décès autres de l'appareil respiratoire) ont été recodés dans la catégorie 486 (inclus dans les décès par pneumonie et broncho-pneumonie) à partir de 1983. Ce changement ne permet pas d'obtenir une évolution cohérente des taux de mortalité par pneumonie et broncho-pneumonie entre 1980 et 1986.

Une surmortalité masculine de la région Rhône-Alpes par rapport à la France

Pour les maladies de l'appareil respiratoire, la région Rhône-Alpes observe une surmortalité masculine par rapport à la France, mais une mortalité féminine équivalente.

A un niveau infra-régional, on observe une surmortalité par rapport à la France pour trois départements : la Loire et la Savoie chez les hommes, l'Ardèche chez les femmes (Carte 24). Seul le département du Rhône enregistre une sous-mortalité par rapport à la France chez les femmes.

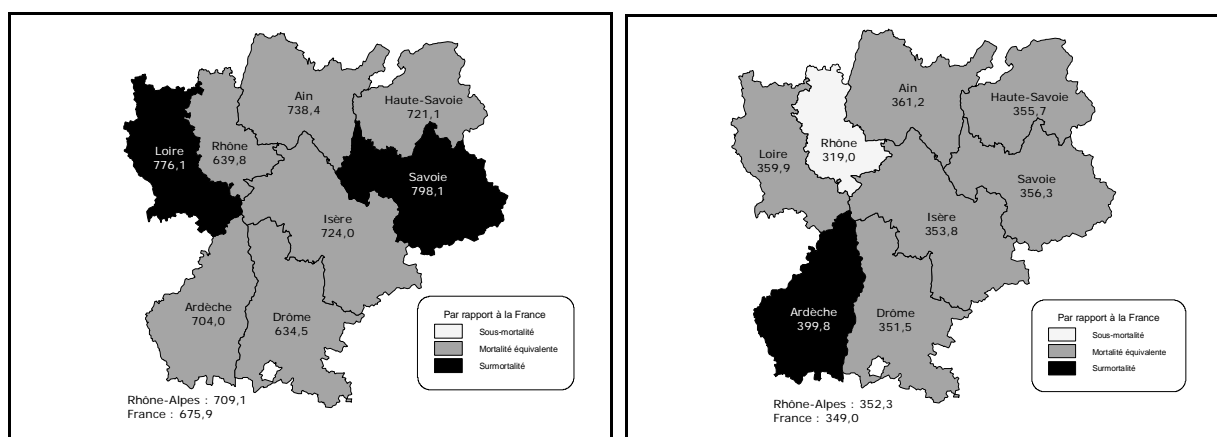
Les taux de mortalité masculins varient de 634 décès pour 100 000 dans la Drôme à 798 en Savoie. Pour les femmes, les taux varient de 319 dans le Rhône à 400 en Ardèche.

Carte 24 : Taux comparatifs de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire selon le sexe à l'échelle départementale, Rhône-Alpes, 1997-1999 (Taux annuels pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A - Hommes

B – Femmes



Les taux de mortalité régionaux par pneumonie reflètent, par rapport au niveau national, une surmortalité masculine et une mortalité féminine équivalente. Chez les hommes, la Loire présente une surmortalité et la Drôme une sous-mortalité. Chez les femmes, on observe une surmortalité en Ardèche (Carte 25).

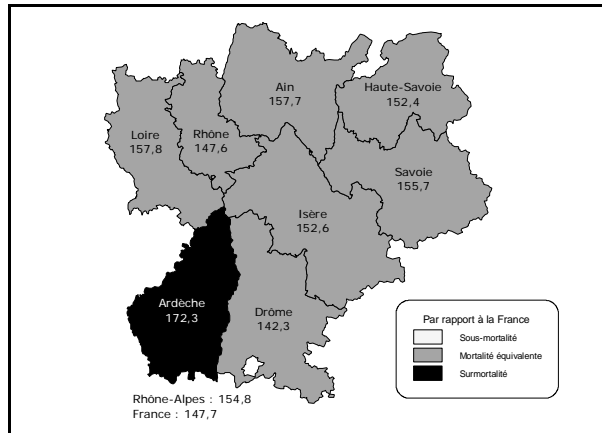
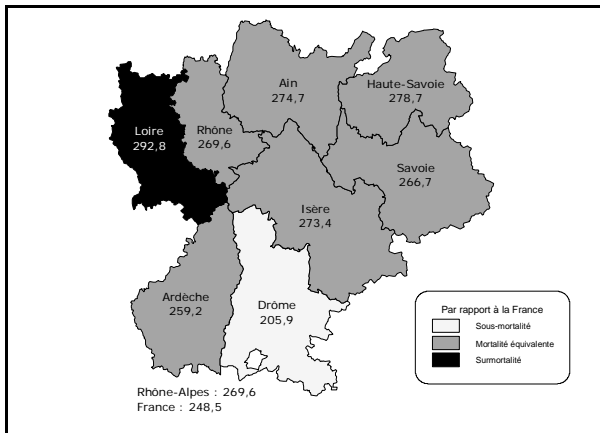
Concernant les bronchites chroniques, on observe une sous-mortalité féminine par rapport au niveau national et une mortalité masculine équivalente. Le Rhône est le seul département présentant une sous-mortalité pour les deux sexes. Un seul département enregistre une surmortalité : la Savoie chez les hommes (Carte 26).

Carte 25 : Taux comparatifs de mortalité par pneumonie selon le sexe à l'échelle départementale, Rhône-Alpes, 1997-1999 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A - Hommes

B – Femmes

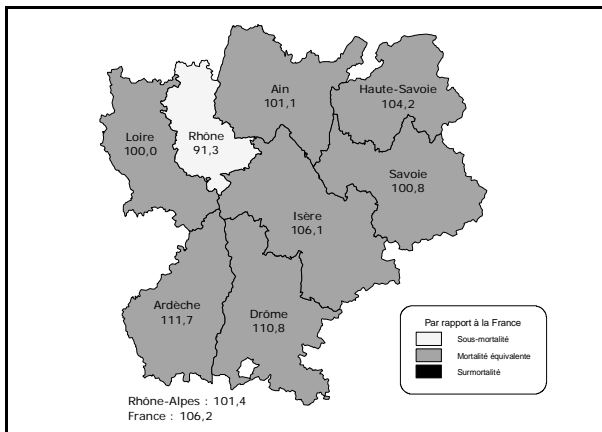
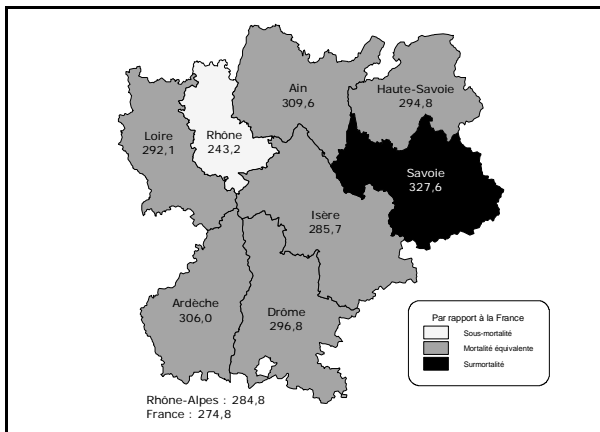


Carte 26 : Taux comparatifs de mortalité par bronchite chronique selon le sexe à l'échelle départementale, Rhône-Alpes, 1997-1999 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A - Hommes

B – Femmes



Les hospitalisations pour maladies de l'appareil respiratoire augmentent fortement après 85 ans

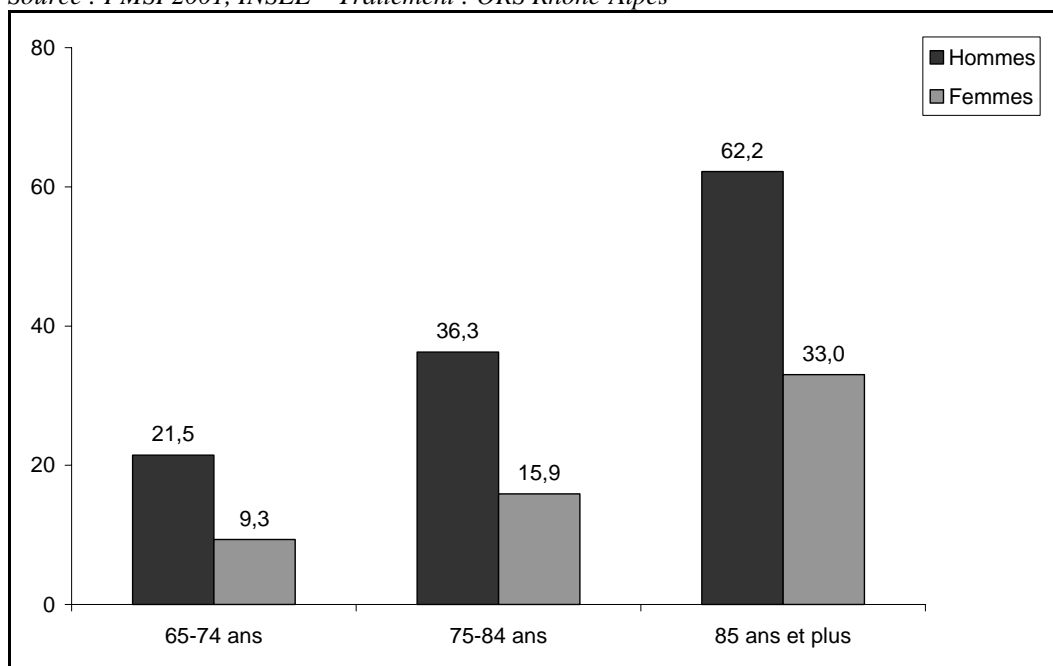
Les maladies de l'appareil respiratoire représentent un vingtième des séjours à l'hôpital des personnes âgées de plus de 65 ans, soit un peu plus de 18 200 séjours. Elles représentent le 8^e motif d'hospitalisation pour l'ensemble des personnes âgées de plus de 65 ans.

Les hospitalisations pour maladies de l'appareil respiratoire sont deux fois plus importantes chez les hommes que chez les femmes. Le taux de recours masculin est de 29 séjours pour 1 000, alors que le taux féminin est de 15 pour 1 000.

L'hospitalisation augmente fortement avec l'âge (Graphique 38). Pour les hommes, le taux de recours est multiplié par 2,9 entre 65-74 ans et 85 ans et plus ; chez les femmes, il est multiplié par 3,5. Les maladies respiratoires concernent surtout les personnes très âgées.

Graphique 38 : Taux de recours à l'hospitalisation pour les maladies de l'appareil respiratoire selon le groupe d'âge et le sexe, Rhône-Alpes, 2001 (Taux pour 1 000 personnes)

Source : PMSI 2001, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes



Plus de la moitié des hospitalisations pour maladies de l'appareil respiratoire le sont pour des pneumonies⁴¹, des bronchites chroniques⁴² ou des bronchites aiguës⁴³. Les taux de recours à l'hospitalisation sont plus importants pour les hommes quel que soit le motif (Tableau 45). C'est au niveau des pneumonies que l'effet âge est le plus important, le taux d'hospitalisation étant respectivement 6 et 7 fois plus élevé pour les hommes et les femmes de 85 ans et plus par rapport aux personnes de 65-74 ans (Graphique 39).

⁴¹ Catégories J10 à J18 de la CIM10

⁴² Catégories J40 à J44 et J47 de la CIM10

⁴³ Catégorie J20 de la CIM10

Tableau 45 : Nombre de séjours et taux de recours à l'hospitalisation pour les principales pathologies de l'appareil respiratoire chez les personnes de plus de 65 ans, Rhône-Alpes, 2001

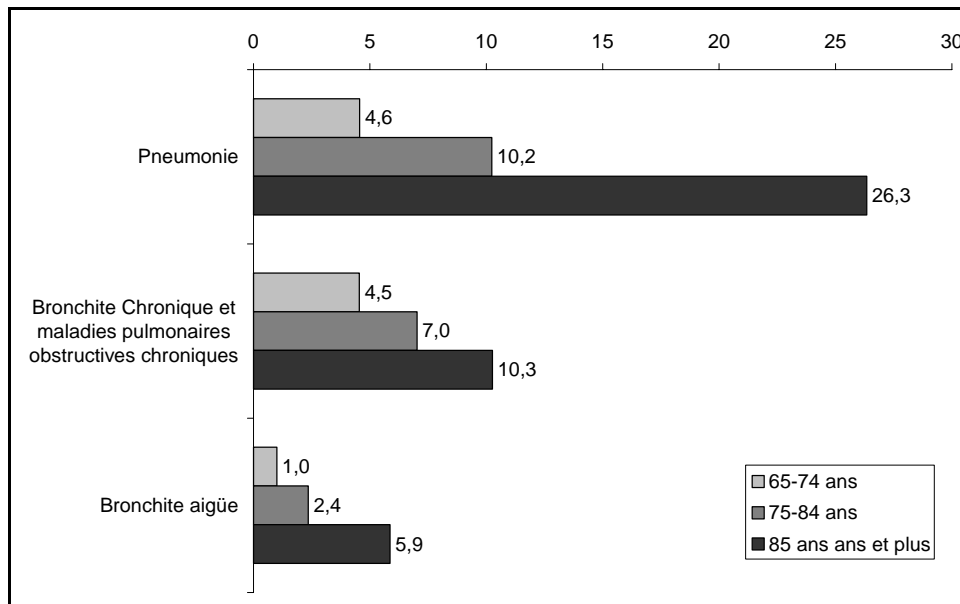
Source : PMSI 2001, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Pathologies : Chapitre de la CIM 10	Nombre de séjours		Taux de recours (p 1 000)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Pneumonie	2 873	2 487	8,1	4,8
Bronchite chronique, maladies pulmonaires obstructives chroniques	2 048	1 030	5,8	2,0
Bronchite aiguë	646	689	1,8	1,3
Ensemble des maladies de l'appareil respiratoire	10 413	7 805	29,5	15,2

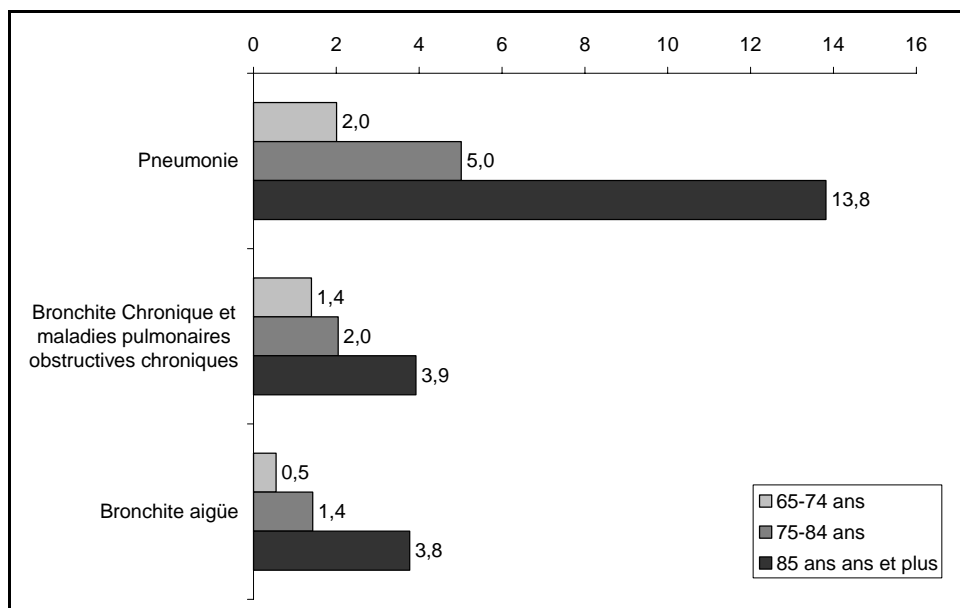
Graphique 39 : Taux de recours à l'hospitalisation pour les principales pathologies de l'appareil respiratoire selon le sexe et le groupe d'âge, Rhône-Alpes, 2001. (Taux pour 1 000)

Source : PMSI 2001, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A – Hommes



B - Femmes



1 300 personnes de plus de 65 ans admises en ALD pour insuffisance respiratoire

L'insuffisance respiratoire chronique correspond au stade évolutif ultime et commun à toute pathologie respiratoire chronique. En 1999, 1 300 personnes de plus de 65 ans ont été admises en ALD pour ce motif, soit 3% des admissions totales en ALD de cette tranche d'âge.

Les admissions en ALD pour insuffisance respiratoire des personnes âgées de plus de 65 ans représentent 54% des admissions totales des hommes et 50% de celles des femmes (Tableau 46).

Tableau 46 : Admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chez les personnes de plus de 65 ans, Rhône-Alpes, 1999.

Source : CNAM, CANAM, CCMSA – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	<i>Admissions en ALD pour insuffisance respiratoire</i>		
	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Ensemble</i>
Effectif			
Personnes de plus de 65 ans	796	541	1 337
Ensemble de la population	1 476	1 072	2 548
Pourcentage			
Personnes de plus de 65 ans	53,9	50,5	52,5
Ensemble de la population	100,0	100,0	100,0

7. Les traumatismes, empoisonnements et morts violentes

- Des taux de mortalité en baisse au cours des deux dernières décennies
- Une baisse de la mortalité par chute plus prononcée chez les femmes que chez les hommes
- Un taux de mortalité par suicide élevé aux grands âges, en particulier chez les hommes
- Une surmortalité féminine de la région Rhône-Alpes par rapport à la France
- Les traumatismes : 2^e motif d'hospitalisation chez les personnes de plus de 85 ans.

Les pathologies abordées dans ce chapitre sont représentées par celles engendrées par des causes externes directes. Cela comprend l'ensemble des traumatismes (chutes, accidents de la circulation, agressions, brûlures,...) et des empoisonnements, survenus de manière accidentelle ou volontaire (suicide).

Des taux de mortalité en baisse au cours des deux dernières décennies

Tableau 47 : Caractéristiques et évolution de la mortalité par mort violente chez les personnes âgées de plus de 65 ans, Rhône-Alpes, 1979-1981 et 1997-1999

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	Hommes			Femmes		
	1979-1981	1997-1999	Evolution	1979-1981	1997-1999	Evolution
Taux comparatif de mortalité (p. 100 000)	448,0	326,7	↘	340,0	219,7	↘
Nombre de décès	828	896	↗	1 110	1 141	↗
Part des décès (%)	5,2	4,8	↘	6,5	5,8	↘

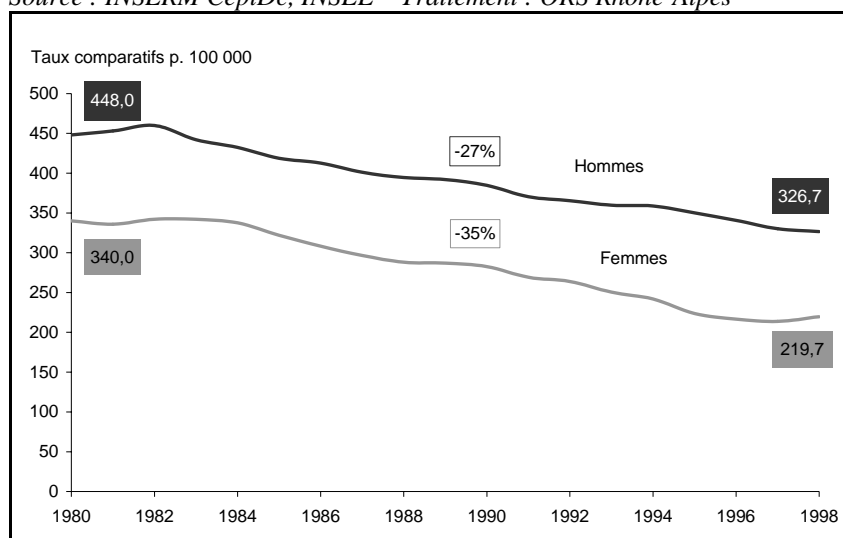
En 1998, le nombre annuel moyen de décès⁴⁴ par mort violente s'élève à un peu plus de 2 000 chez les personnes âgées de plus de 65 ans, soit 5,5 % de l'ensemble des décès. Ce nombre de décès est équivalent à celui de 1980 alors que la population âgée a crû tout au long de ces deux décennies (Tableau 47).

La mortalité par mort violente a ainsi régulièrement diminué depuis le début des années 1980, baisse un peu plus marquée chez les femmes (-35%) que chez les hommes (-27%) (Graphique 40).

Les taux comparatifs de mortalité sont une fois et demi plus élevés pour les hommes que pour les femmes (respectivement 327 et 220 décès pour 100 000 personnes de plus de 65 ans).

Graphique 40 : Evolution des taux comparatifs de mortalité par mort violente selon le sexe chez les personnes de plus de 65 ans, Rhône-Alpes, 1980-1998 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes



⁴⁴ Le nombre de décès pour une année donnée x correspond à la moyenne des décès survenus au cours des années x-1, x et x+1. Par exemple, le nombre de décès en 1998 correspond au nombre moyen des décès de la période 1997-1999.

Tableau 48 : Taux de mortalité par mort violente selon le groupe d'âge et le sexe, Rhône-Alpes, 1979-1981 et 1997-1999 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS RHÔNE-ALPES

1979-1981	<i>65-74 ans</i>	<i>75-84 ans</i>	<i>85 ans et plus</i>	1997-1999	<i>65-74 ans</i>	<i>75-84 ans</i>	<i>85 ans et plus</i>
Hommes	224,9	460,6	1243,2	Hommes	143,1	308,7	1042,1
Femmes	83,0	322,9	1324,4	Femmes	59,6	197,6	857,4
Ensemble	143,3	370,3	1305,2	Ensemble	96,9	240,3	906,4

Les causes de décès par traumatismes sont nombreuses et de modalités variées. On peut cependant souligner la part importante des chutes accidentelles qui représentent près du tiers des décès masculins et plus de la moitié des décès féminins (Tableau 49).

Tableau 49 : Nombre moyen annuel et répartition des décès par mort violente selon le sexe, Rhône-Alpes, 1997-1999

Source : INSERM CépiDc – Traitement : ORS Rhône-Alpes

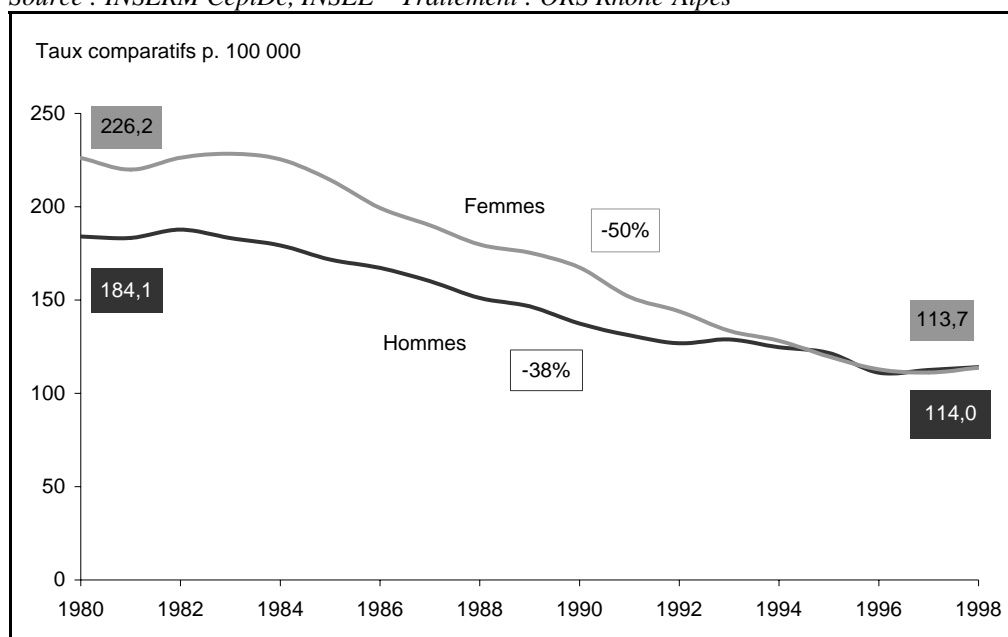
<i>Causes de décès</i>	<i>Nombre de décès</i>		<i>Part des décès (%)</i>	
	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
Chutes accidentelles	279	601	31,2	52,7
Suicides	156	66	17,4	5,8
Accidents de la circulation	77	58	8,6	5,1
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	896	1 141	100,0	100,0

Une baisse de la mortalité par chute plus prononcée chez les femmes que chez les hommes

Le nombre de décès par chute⁴⁵ est deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes, mais depuis les années 1995 le taux comparatif de mortalité est identique pour les deux sexes. Entre 1980 et 1998, la mortalité par chute s'est réduite de moitié chez les femmes et de près de 40% chez les hommes (Graphique 41). Cette baisse est probablement d'origine multifactorielle, liée à l'amélioration des conditions de vie générales des personnes âgées comme aux progrès effectués dans la prévention et la prise en charge des chutes.

Graphique 41 : Evolution des taux comparatifs de la mortalité liée aux chutes accidentelles selon le sexe chez les personnes de plus de 65 ans, Rhône-Alpes, 1980-1998 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes



On parle ici de la mortalité directement liée à une chute et non pas à la mortalité observée chez les personnes hospitalisées pour une chute. Les Dr Stephen Roberts et Michael Goldacre, médecins de l'Université d'Oxford⁴⁶, ont réalisé une étude longitudinale (1968-1998) auprès de 32 000 personnes hospitalisées de plus de 65 ans vivant dans le sud de l'Angleterre, dans le but de savoir quelles répercussions avaient les chutes en post-opératoire pour des fractures du col du fémur. Ces médecins ont montré que la mortalité post-fracturaire est très élevée chez les personnes âgées : le risque de décès en post-fracture (après 30 jours d'hospitalisation) chez les personnes de plus de 65 ans est multiplié par 12 chez la femme et par 16 chez l'homme par rapport à la population générale.

⁴⁵ Catégories E880 à E888 de la CIM9

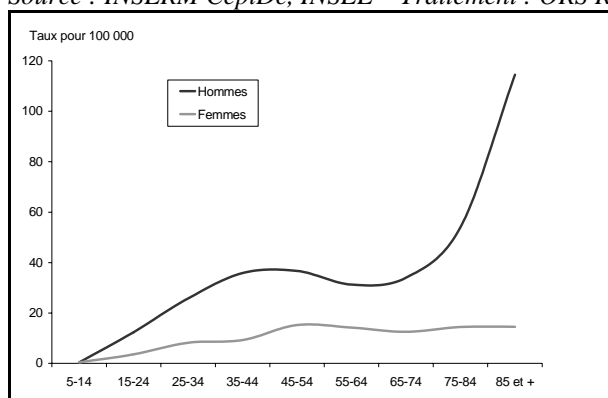
⁴⁶ Roberts SE, Goldacre MJ. *Time trends and demography of mortality after fractured neck of femur in an English population, 1968-98 : database study.* BMJ. 2003 oct. 4 ; 327 (7418) : 771-5.

Un taux de mortalité par suicide élevé aux grands âges, en particulier chez les hommes

En 1998, on a enregistré, chez les personnes âgées de plus de 65 ans, 222 décès par suicide⁴⁷, nombre probablement sous-estimé en raison d'un défaut de déclaration et de suicides cachés. La mortalité par suicide représente 0,6% de l'ensemble des décès (1% pour les hommes et 0,3% pour les femmes). La part des décès par suicide est faible aux grands âges, mais c'est à ces âges-là que les taux de mortalité sont les plus élevés. Le taux de mortalité par suicide des plus de 65 ans est trois fois plus élevé que celui des 15-24 ans et il croît de manière exponentielle au-delà de 70 ans (Graphique 42).

Graphique 42 : Taux de mortalité par suicide selon le groupe d'âge et le sexe, Rhône-Alpes, 1997-1999 (Taux pour 100 000 personnes, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes



Aux âges élevés, le suicide est une cause de décès majoritairement masculine puisqu'il concerne les hommes dans près de trois quarts des cas (Tableau 50). Le taux comparatif de mortalité par suicide est 3,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes au-delà de 65 ans (52 pour 100 000 contre 13).

Tableau 50 : Caractéristiques et évolution de la mortalité par suicide chez les personnes de plus de 65 ans, Rhône-Alpes, 1979-1981 et 1997-1999

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	HOMMES			FEMMES		
	1979-1981	1997-1999	Evolution	1979-1981	1997-1998	Evolution
Taux comparatif de mortalité (p. 100000)	67,4	51,9	↘	16,9	13,4	↘
Nombre de décès	153	156	↗	66	66	=
Part dans l'ensemble des décès (%)	1,0	0,9	=	0,4	0,3	=

Au cours des deux dernières décennies, les taux comparatifs de mortalité par suicide ont diminué de 23%. En Rhône-Alpes, ils ne diffèrent pas significativement des taux nationaux, excepté chez les hommes de plus de 75 ans où la mortalité est plus basse en Rhône-Alpes (72 pour 100 000 contre 91 en France Métropolitaine).

La prévention des suicides fait l'objet, en Rhône-Alpes, d'un Programme Régional de Santé (PRS) depuis 1998.

⁴⁷ Catégories E950 à E959 de la CIM9

Une surmortalité féminine de la région Rhône-Alpes par rapport à la France

La région Rhône-Alpes observe une surmortalité féminine par mort violente par rapport au niveau national et une mortalité masculine équivalente.

Quatre départements présentent une surmortalité : la Loire et la Savoie chez les hommes, la Drôme et l'Isère chez les femmes.

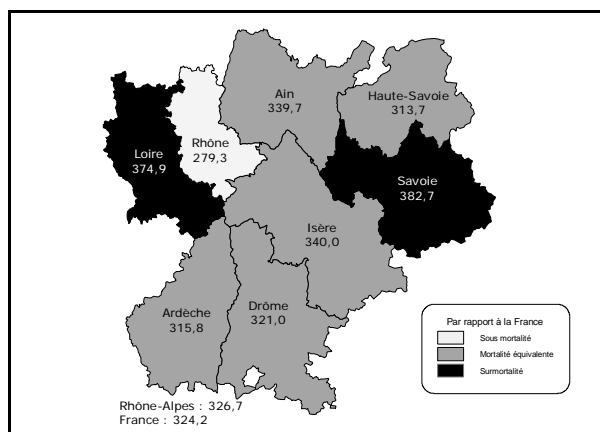
On observe une sous-mortalité par rapport à la France pour les hommes dans le département du Rhône (Carte 27).

Les taux de mortalité par mort violente varient de 280 décès pour 100 000 personnes de plus de 65 ans dans le Rhône à 383 en Savoie pour les hommes et de 201 dans le Rhône à 238 dans la Drôme pour les femmes.

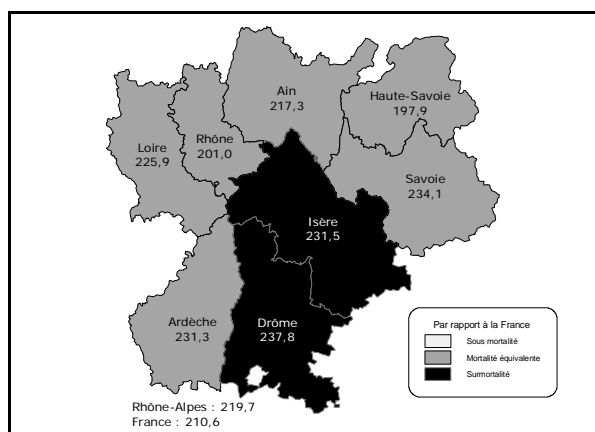
Carte 27 : Taux comparatifs de mortalité par mort violente selon le sexe à l'échelle départementale, Rhône-Alpes, 1997-1999 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A - Hommes



B - Femmes



Les niveaux de mortalité sont différents selon l'origine des décès.

Les taux de mortalité par chute reflètent une surmortalité régionale par rapport à la France chez les hommes comme chez les femmes. Au niveau départemental, la Loire observe une surmortalité pour les deux sexes. On observe une surmortalité féminine dans les départements de la Savoie et de la Drôme (Carte 28).

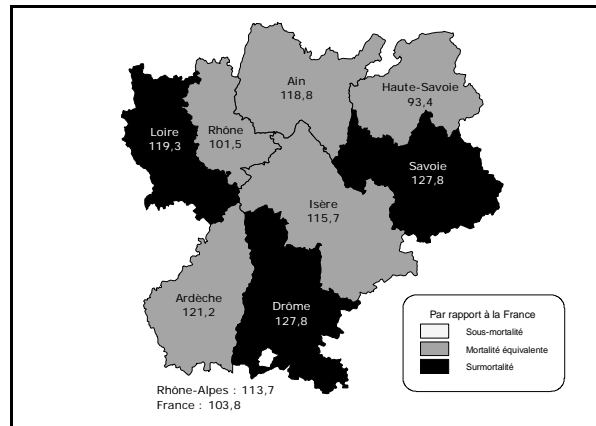
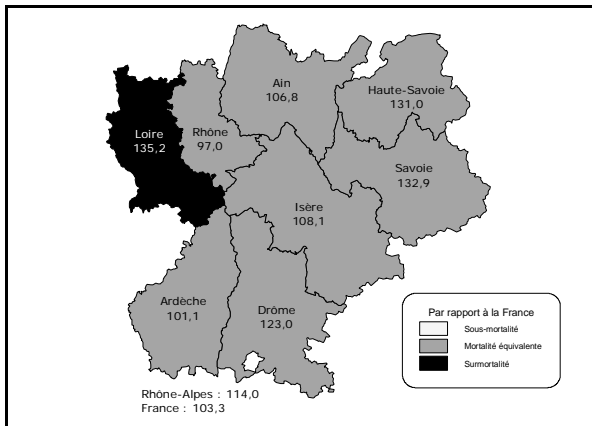
La mortalité par suicide en Rhône-Alpes est inférieure au niveau national pour les deux sexes. Quatre départements observent une sous-mortalité : le Rhône et la Drôme chez les hommes, l'Isère et la Savoie chez les femmes (Carte 29).

Carte 28 : Taux comparatifs de mortalité par chute accidentelle selon le sexe à l'échelle départementale, Rhône-Alpes, 1997-1999 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A - Hommes

B - Femmes

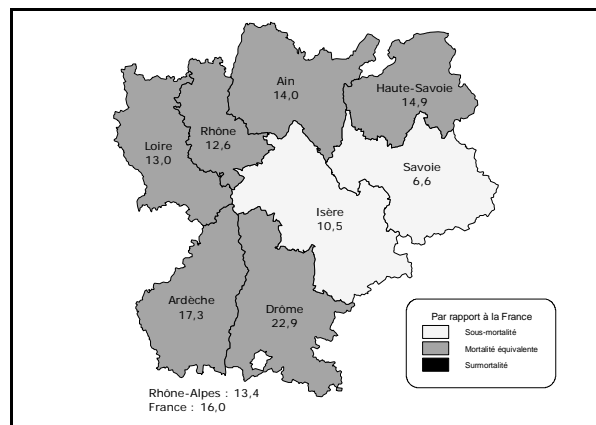
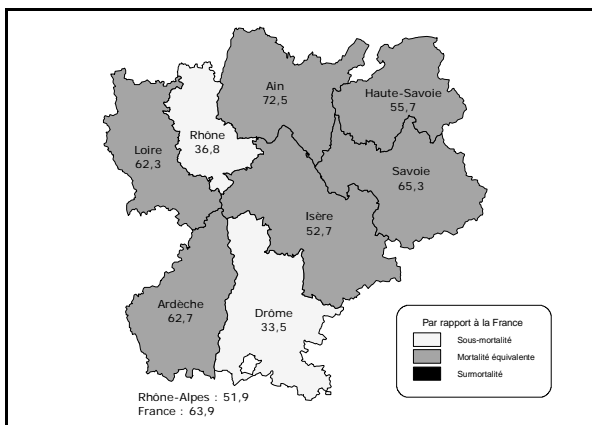


Carte 29 : Taux comparatifs de mortalité par suicide selon le sexe à l'échelle départementale, Rhône-Alpes, 1997-1999 (Taux pour 100 000 personnes de plus de 65 ans, lissés sur 3 années)

Source : INSERM CépiDc, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A - Hommes

B - Femmes



Les traumatismes et empoisonnements : 2^e motif d'hospitalisation chez les personnes de plus de 85 ans

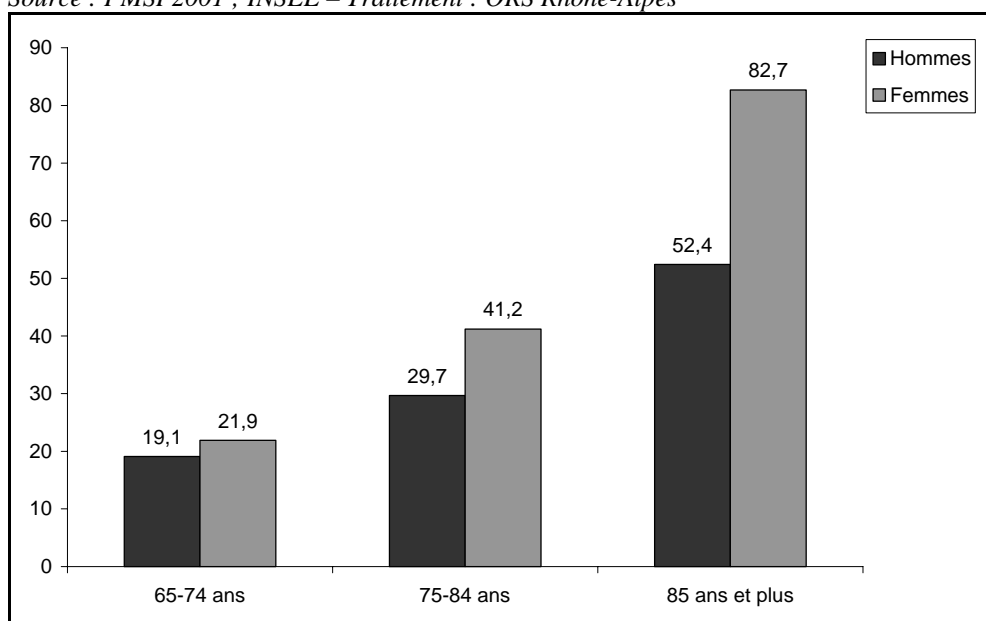
Les traumatismes et les empoisonnements représentent 7% des hospitalisations des personnes âgées de plus de 65 ans, soit 28 300 séjours. Ils représentent le 5^e motif d'hospitalisation pour l'ensemble des personnes âgées de plus de 65 ans, mais le 2^e motif chez les personnes de plus de 85 ans. Les hospitalisations pour traumatisme sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes : 70% d'entre elles concernent les femmes.

Les taux d'hospitalisations pour traumatisme et empoisonnement sont 1,5 fois plus importants chez les femmes que chez les hommes. Le taux de recours féminin est de 38 séjours pour 1 000, alors que le taux masculin est de 25 pour 1 000.

L'hospitalisation augmente fortement avec l'âge. Pour les femmes, le taux de recours est multiplié par 3,8 entre 65-74 ans et 85 ans et plus ; pour les hommes il est multiplié par 2,7 (Graphique 43).

Graphique 43 : Taux de recours à l'hospitalisation pour traumatisme et empoisonnement selon le groupe d'âge et le sexe, Rhône-Alpes, 2001 (Taux pour 1 000 personnes)

Source : PMSI 2001 ; INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes



Les hospitalisations pour ce type de pathologies sont essentiellement liées aux traumatismes : fractures du col du fémur⁴⁸, fractures du membre supérieur⁴⁹ ou traumatismes crâniens⁵⁰ (pour les hommes) (Tableau 51).

Les hospitalisations pour fracture du col du fémur sont fortement liées à l'âge : les taux d'hospitalisation sont multipliés par 13 pour les hommes comme pour les femmes entre les groupes d'âge 65-74 ans et 85 ans et plus (Graphique 44).

⁴⁸ Catégorie S72 de la CIM10

⁴⁹ Catégories S40 à S69 de la CIM10

⁵⁰ Catégories S00 à S09 de la CIM10

Tableau 51 : Nombre de séjours et taux de recours à l'hospitalisation pour les principaux traumatismes chez les personnes âgées de plus de 65 ans, Rhône-Alpes, 2001.

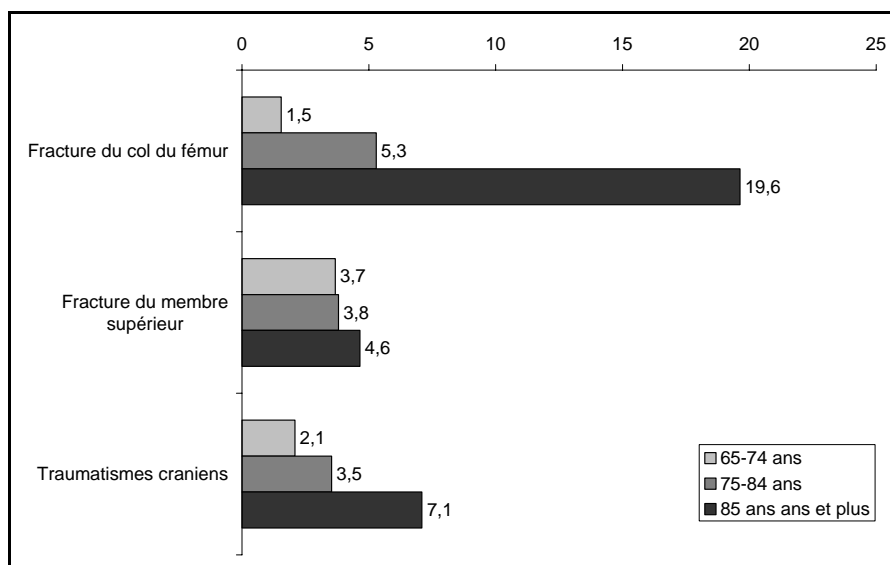
Source : PMSI 2001, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Pathologies : Chapitre de la CIM10	Nombre de séjours		Taux de recours (p. 1 000)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Fracture du col du fémur	1 486	5 690	4,2	11,1
Fracture du membre supérieur	1 341	4 626	3,8	9,0
Traumatisme crânien	1 042	1 171	3,0	2,3

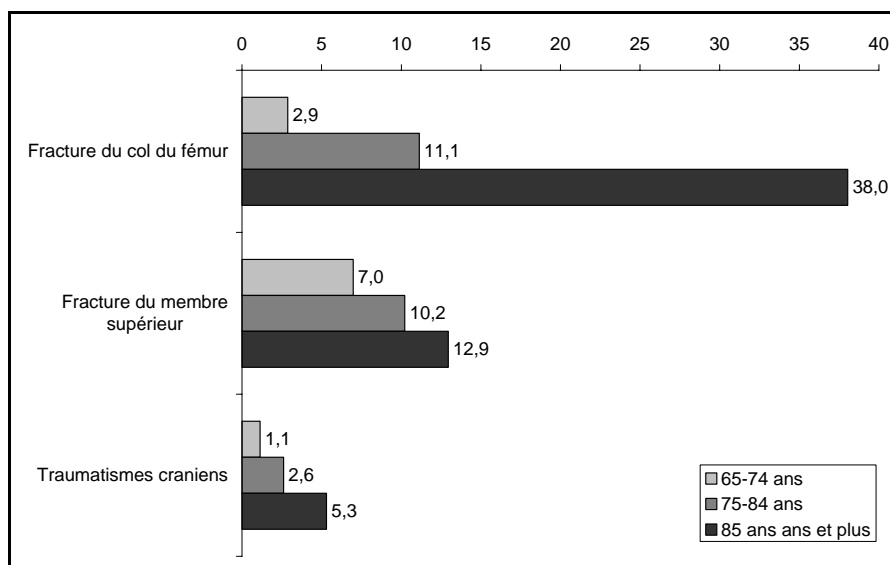
Graphique 44 : Taux de recours à l'hospitalisation selon les causes principales de traumatisme, Rhône-Alpes, 2001 (Taux pour 1 000 personnes)

Source : PMSI 2001, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A - Hommes



B - Femmes



8. La maladie d'Alzheimer

- 39 000 personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en Rhône-Alpes
- 10 000 nouveaux cas par an en Rhône-Alpes

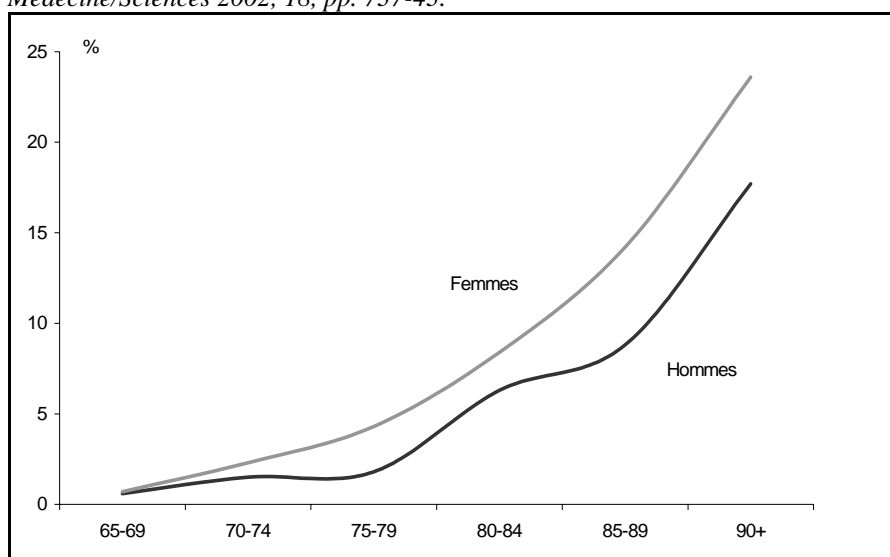
39 000 personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en Rhône-Alpes

La **maladie d'Alzheimer** est une maladie neurodégénérative conduisant à la perte de la mémoire et des fonctions cognitives (trouble du langage, de la motricité et de la reconnaissance). On peut différencier les maladies d'Alzheimer précoces, d'origine génétique essentiellement, des formes sporadiques, plus tardives. Les premières surviennent bien avant 65 ans, mais sont rares et représentent moins de 5% des cas. Les secondes sont beaucoup plus fréquentes mais apparaissent après 65 ans.

La démence, et en particulier la maladie d'Alzheimer, est un problème majeur de santé publique du fait du vieillissement de la population. Selon une étude européenne⁵¹ menée en 1990, la prévalence⁵² de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de plus de 65 ans est de 4,4%. Cette prévalence augmente avec l'âge : elle varie de 0,6% entre 65 et 69 ans à 22,2% après 90 ans. La prévalence de cette pathologie est plus élevée chez les femmes quelle que soit la tranche d'âge considérée (Graphique 45).

Graphique 45 : Prévalence de la maladie d'Alzheimer selon le sexe et le groupe d'âge (%)

Source : Dartigues J-F., Berr C., Helmer C., Letenneur L., « Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer », *Médecine/Sciences* 2002, 18, pp. 737-43.



⁵¹ Dartigues J-F., Berr C., Helmer C., Letenneur L., "Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer", *Médecine/Sciences* 2002, 18 pp. 737-743.

⁵² Prévalence : nombre total de malades dans une population donnée, à un instant donné.

A partir de ces données et des données du recensement de la population de 1999, il est possible d'estimer la prévalence des démences et de la maladie d'Alzheimer dans la région Rhône-Alpes. Ainsi on peut évaluer à environ 39 000 le nombre de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en 1999 en Rhône-Alpes (Tableau 52).

Tableau 52 : Nombre de personnes de plus de 65 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer selon le département, 1999.

Source : ORS Rhône-Alpes

	<i>Effectif</i>
Ain	3 383
Ardèche	2 707
Drôme	3 425
Isère	6 651
Loire	6 094
Rhône	10 319
Savoie	2 674
Haute-Savoie	3 613
Rhône-Alpes	38 867

10 000 nouveaux cas par an en Rhône-Alpes

Selon la même étude, l'incidence⁵³ de la maladie d'Alzheimer augmente avec l'âge passant de 1,2 à 53,5 pour 1 000 personnes par an entre les tranches d'âge des 65-69 ans et des 90 ans et plus (Tableau 53). L'incidence reste plus élevée chez les femmes quel que soit l'âge. Dans la région Rhône-Alpes, le nombre annuel de nouveaux cas de maladie d'Alzheimer serait d'environ 10 000, dont 60% chez les femmes de plus de 80 ans (Tableau 53).

Tableau 53 : Taux d'incidence de la maladie d'Alzheimer selon le sexe et le groupe d'âge. Nombre de nouveaux cas pour 1 000 personnes années

Source : Dartigues J-F., Berr C., Helmer C., Letenneur L., « Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer », *Médecine/Sciences* 2002 18, pp. 737-43.

<i>Age</i>	<i>65-69</i>	<i>70-74</i>	<i>75-79</i>	<i>80-84</i>	<i>85-89</i>	<i>90 et plus</i>
Hommes	0,9	3,0	6,9	14,8	24,2	20,0
Femmes	2,2	3,8	10,3	27,3	41,5	69,7

Tableau 54 : Nombre annuel de nouveaux cas de la maladie d'Alzheimer selon le groupe d'âge, Rhône-Alpes, 1999.

Source : ORS Rhône-Alpes

<i>Age</i>	<i>65-69</i>	<i>70-74</i>	<i>75-79</i>	<i>80-84</i>	<i>85-89</i>	<i>90+</i>	<i>Total</i>
Hommes	105	297	542	434	605	198	2 181
Femmes	296	481	1177	1409	2368	2439	8 171

⁵³ Incidence : nombre de nouveaux dans une population non-malade donnée, pendant une période donnée.

Partie III :

LA DEPENDANCE

Pouvoir estimer le nombre de personnes âgées dépendantes, décrire cette population, évaluer leurs besoins au niveau local est nécessaire pour apprécier et mettre en place les modes de prises en charge de cette population.

Connaître avec précision le nombre de personnes handicapées en France est une tâche difficile tant les formes du handicap varient d'une personne à l'autre ou d'une situation à l'autre. Les problèmes de définition du handicap et le manque d'information concernant cette population sont aussi des facteurs ne permettant pas de dénombrer avec exactitude les personnes handicapées.

L'enquête sur les handicaps, les incapacités et la dépendance (enquête HID), réalisée par l'INSEE entre 1998 et 2001, a été conduite afin de combler ce déficit. Cette enquête a permis d'établir, pour la première fois en France, une estimation du nombre de personnes touchées par les divers types de handicaps et de dépendances, y compris ceux liés à l'âge. Cette enquête donne la possibilité de chiffrer l'importance du phénomène, mais donne aussi une description détaillée de la diversité des situations, de l'ampleur des aides existantes ainsi que des besoins non satisfaits.

Elle comporte quatre volets de collecte : les première et troisième vagues (1998 et 2000) concernent les personnes en institutions socio-sanitaires ou psychiatriques. Les deuxième et dernière vagues (1999 et 2001) concernent les personnes vivant en domicile ordinaire.

L'enquête HID couvre les trois dimensions du handicap : les déficiences, les incapacités et les désavantages (*voir encadré p.144*).

Elle repose sur l'interrogation des personnes ou de leurs aidants, et non sur des évaluations par des équipes médicales ou médico-sociales. Cette enquête a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population française. Elle ne s'adresse pas uniquement aux personnes concernées par un handicap, mais couvre l'ensemble de la population, de tous les âges et de tous les lieux d'habitats (domicile ou institution), ce qui lui permet d'apporter des informations sur l'ensemble de la population française.

Pour le deuxième volet de l'enquête HID (1999, à domicile), huit zones géographiques (sept départements et une région) ont bénéficié d'une extension d'échantillon. Des estimations locales sont ainsi disponibles pour ces huit zones, dont fait partie le département de la Loire.

Le handicap

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) analyse de la façon suivante les relations entre maladie et handicap :

1. Les **maladies** sont à l'origine de la chaîne ; ce terme doit être compris dans un sens large, incluant les accidents et les autres traumatismes moraux ou physiques, ainsi que les conséquences des complications de grossesse ou d'accouchement et les malformations congénitales.
2. Les **déficiences** sont les pertes ou dysfonctionnements des diverses parties du corps ou du cerveau. Elles résultent en général d'une maladie (au sens large précédent). Une notion voisine plus couramment utilisée est celle d'invalidité.
3. Les **incapacités** sont les difficultés ou impossibilités de réaliser des actes élémentaires comme se tenir debout, s'habiller, parler... Elles résultent en général d'une ou plusieurs déficiences.
4. Les **désavantages** désignent les difficultés ou impossibilités que rencontre une personne à remplir les rôles sociaux auxquels elle peut aspirer, ou que la société attend d'elle.

Le handicap regroupe les trois derniers domaines. Dans chacun d'entre eux, l'atteinte peut être minime ou conséquente. Evaluer le nombre des personnes handicapées exige que l'on fixe un seuil minimal d'atteinte, décision arbitraire, susceptible de points de vue divers.

1. Evaluation du nombre de personnes âgées dépendantes en France

- Des taux de prévalence qui augmentent fortement à partir de 80 ans
- 766 000 personnes âgées dépendantes de plus de 65 ans en France

Des taux de prévalence qui augmentent fortement à partir de 80 ans

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé (DREES) a développé, pour la France, une méthode permettant d'évaluer les effectifs de personnes âgées dépendantes et leur évolution à partir des données de l'enquête HID⁵⁴.

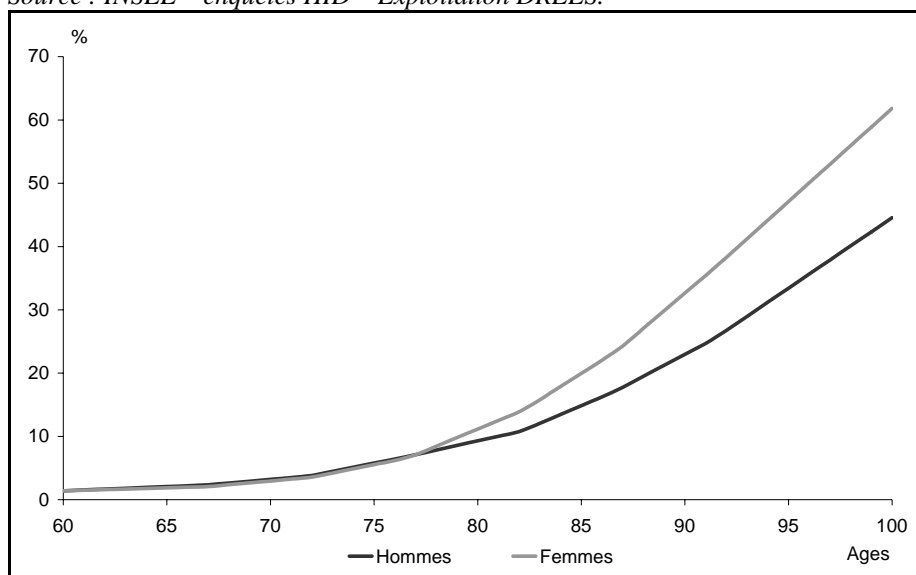
La DREES a établi des taux de prévalence de la dépendance par sexe et âge selon différents indicateurs de la dépendance, en particulier selon la grille AGGIR (*voir encadré*).

Les taux de prévalence estimés par la DREES montrent une augmentation de la dépendance avec l'âge, une prévalence équivalente chez les hommes et les femmes entre 60 et 77 ans et une dépendance toujours plus élevée chez les femmes après 77 ans (Graphique 46).

La fréquence du handicap devient supérieure à 10% à partir de 80 ans et croît fortement au-delà.

Graphique 46 : Taux de prévalence de la dépendance chez les personnes âgées, selon le sexe et l'âge Pourcentage de personnes classées en équivalent GIR 1 à 4

Source : INSEE – enquêtes HID – Exploitation DREES.



L'outil AGGIR, utilisé pour l'attribution d'Aides aux Personnes Agées (APA), est un indicateur qui répartit l'ensemble des individus en six groupes homogènes, relativement à la mesure de leur perte d'autonomie. Ces six groupes iso-ressources (GIR) correspondent à six profils différents de perte d'autonomie mentale, corporelle, locomotrice ou sociale. Les personnes les plus dépendantes sont classées en GIR I à III, celles classées en GIR IV sont moins dépendantes mais doivent être aidées dans des tâches ménagères de la vie quotidienne. Les personnes classées en GIR V et VI sont autonomes, cependant les personnes en GIR V peuvent nécessiter d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Pour un descriptif plus détaillé de la grille AGGIR, voir p.165

⁵⁴ Bontout O., Colin C., Kerjousse R., « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », DREES, *Etudes et Résultats*, n°160, février 2002.

767 000 personnes âgées dépendantes de plus de 65 ans en France

En appliquant les taux de prévalence élaborés par la DREES à la population française, on peut, pour l'an 2000, estimer à 767 000 le nombre de personnes âgées dépendantes⁵⁵ de plus de 65 ans, dont 457 000 pour les plus de 80 ans (Tableau 55).

Tableau 55 : Nombre de personnes âgées dépendantes selon le sexe et le groupe d'âge, France Métropolitaine, 2000

Source : INSEE, enquêtes HID 98 et 99, projections de population modèle OMPHALE 2000, DREES – Exploitation : ORS Rhône-Alpes

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
65-79	132 766	56,0	178 283	33,6	311 049	40,5
80 ans et plus	104 467	44,0	352 272	66,4	456 739	59,5
Ensemble	237 233	100,0	530 555	100,0	766 788	100,0

Afin d'appréhender l'effet de la démographie sur le nombre de personnes âgées dépendantes, la DREES a envisagé trois scénarios possibles d'évolution de la dépendance aux âges élevés, entre 2000 et 2040 (voir encadré ci-dessous).

Selon le scénario central, le nombre de personnes âgées dépendantes de plus de 65 ans passerait de 767 000 à 937 000 entre 2000 et 2020, soit une hausse de 22%. Le nombre de personnes âgées dépendantes de plus de 80 ans augmenterait deux fois plus sur la même période (+45%), passant de 457 000 à 662 000.

La DREES a établi trois hypothèses d'évolution de la dépendance entre 2000 et 2040 :

- Le **scénario pessimiste** fait l'hypothèse que le temps passé en dépendance est globalement stable. Ainsi, les gains d'espérance de vie se traduisent par des gains d'espérance de vie sans dépendance.
- Le **scénario optimiste** considère que le temps passé en dépendance diminue. Dans ce scénario l'amélioration de l'hygiène de vie et les progrès de la médecine (en particulier la prévention des maladies à forte prévalence comme les maladies cardio-vasculaires ou ostéo-articulaires) permettent des gains d'espérance de vie sans dépendance plus rapides que les gains d'espérance de vie projetés.
- Le **scénario central**, moyenne des deux précédents scénarios, repose sur l'hypothèse que les taux de prévalence de la dépendance vont baisser à un rythme un peu moins rapide que dans l'hypothèse optimiste.

Les trois scénarios de projections : tous les dix ans, les taux de prévalence de la dépendance sont décalés de :

	Scénario pessimiste		Scénario central		Scénario optimiste	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
De 60 à 79 ans	1,3 an	1,4 an	1,3 an	1,4 an	1,3 an	1,4 an
80 ans et plus	0,6 an	0,7 an	1,1 an	1,3 an	1,7 an	2,0 ans

Lecture : dans le scénario pessimiste, on fait l'hypothèse que le taux de prévalence de la dépendance pour les hommes de 60 à 79 ans à un âge X donné est le même que celui qu'il était à l'âge de [X-(1,3 an)] dix ans plus tôt.

Source : Bontout O., Colin C., Kerjosse R., « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : Une projection à l'horizon 2040 » in DREES, *Etudes et Résultats*, n°160, février 2002.

⁵⁵ Dans ce chapitre, les **personnes âgées dépendantes** sont les personnes relevant des GIR 1 à 4

2. Evaluation et évolution du nombre de personnes âgées dépendantes en Rhône-Alpes

- 67 000 personnes âgées dépendantes de plus de 65 ans dans la région Rhône-Alpes
- Une progression de 29% du nombre de personnes âgées dépendantes au cours des vingt prochaines années
- Une forte hausse du nombre de personnes âgées dépendantes de plus de 80 ans

67 000 personnes âgées dépendantes de plus de 65 ans dans la région Rhône-Alpes

En utilisant la méthode développée par la DREES, il a été possible d'évaluer le nombre de personnes âgées dépendantes en Rhône-Alpes en 2000 et de déterminer son évolution à l'horizon 2020.

En 2000, on estime à près de 67 000 le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans dépendantes en Rhône-Alpes, dont 40 000 ont plus de 80 ans (Tableau 56).

Tableau 56 : Nombre de personnes âgées dépendantes selon le sexe et le groupe d'âge, Rhône-Alpes, 2000

Source : INSEE, enquêtes HID 98 et 99, projections de population modèle OMPHALE 2000, DREES –
Exploitation : ORS Rhône-Alpes

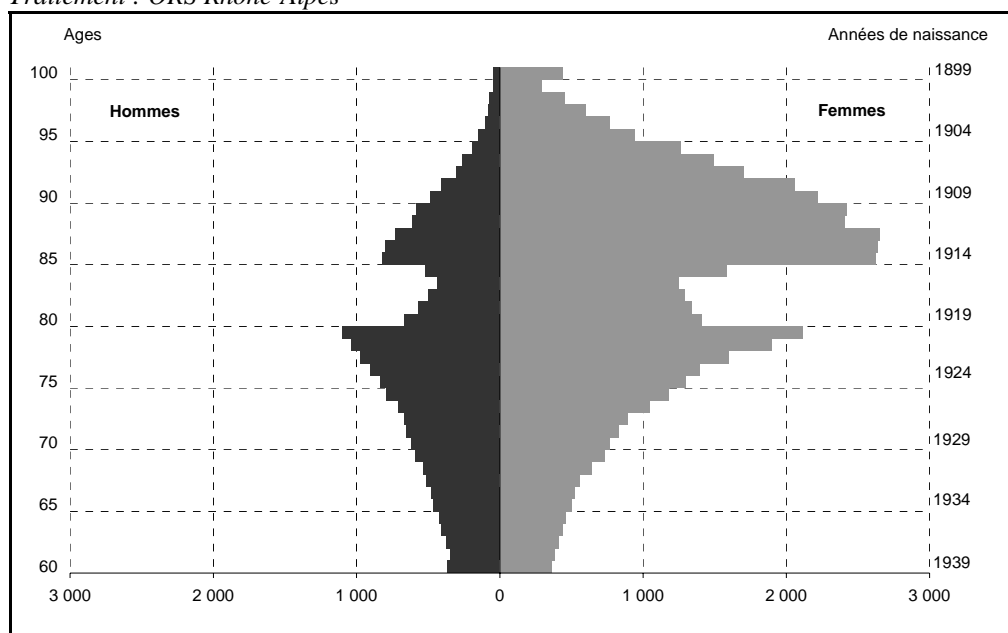
	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
65-74 ans	10 863	56,5	15 957	33,4	26 820	40,0
80 ans et plus	8 367	43,5	31 820	66,6	40 187	60,0
65 ans et plus	19 230	100,0	47 777	100,0	67 007	100,0

La population des personnes âgées dépendantes de plus de 65 ans est une population largement féminisée et très âgée. En effet, les femmes représentent 71% des personnes âgées dépendantes (contre 59% dans la population totale des personnes âgées) et les personnes de plus de 80 ans sont 60% parmi les personnes âgées dépendantes (contre 24% dans la population totale des personnes âgées).

La pyramide des âges (Graphique 47) met en évidence d'une part le faible effectif de personnes dépendantes du groupe d'âge des 80-84 ans du fait de la présence des classes d'âge creuses de la première guerre mondiale dans ce groupe d'âge, d'autre part la forte présence des femmes âgées de plus de 85 ans.

Graphique 47 : Pyramide des âges des personnes âgées dépendantes en Rhône-Alpes, 2000

Source : INSEE, enquêtes HID 98 et 99, projections de population modèle OMPHALE 2000, DREES -
Traitement : ORS Rhône-Alpes



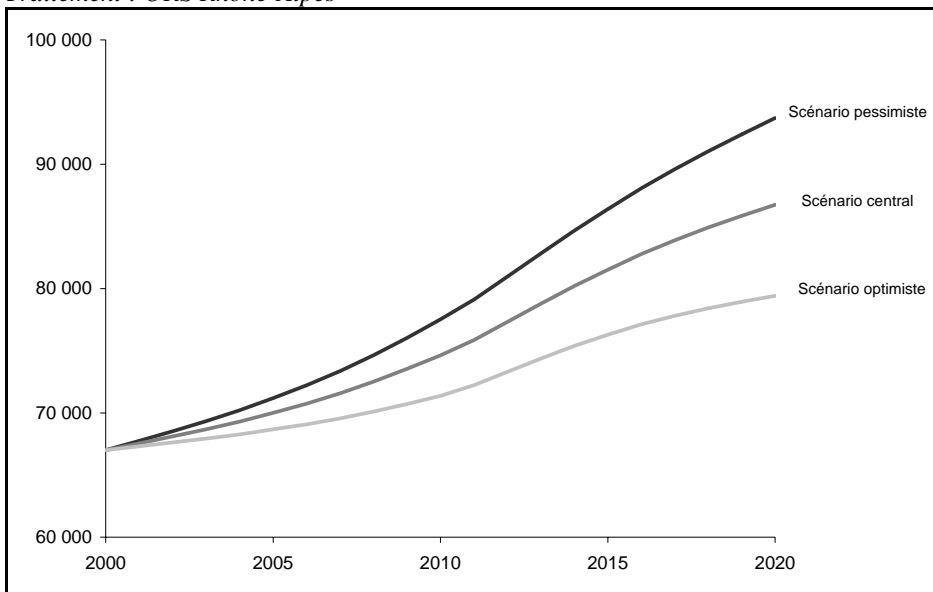
Une progression de 29% du nombre de personnes âgées dépendantes au cours des vingt prochaines années

Selon le scénario central, la population dépendante des 65 ans et plus passerait de 67 000 à 87 000 entre 2000 et 2020, soit une progression de 29% sur l'ensemble de la période (Tableau 57).

En considérant le scénario pessimiste, cette progression serait de 40%, alors qu'elle ne serait que de 19% dans le cas du scénario optimiste.

Graphique 48 : Evolution du nombre de rhônalpins dépendants de plus de 65 ans entre 2000 et 2020, selon trois scénarios

Source : INSEE, enquêtes HID 1998 et 1999, projections de population modèle OMPHALE 2000, DREES – Traitement : ORS Rhône-Alpes



Quel que soit le scénario considéré, le nombre de personnes âgées dépendantes de plus de 65 ans augmenterait au cours des vingt prochaines années (Graphique 48).

La région Rhône-Alpes devrait connaître une progression du nombre de ses personnes âgées dépendantes plus prononcée que celle observée au niveau national.

Tableau 57 : Evolution du nombre de personnes âgées dépendantes selon le groupe d'âge entre 2000 et 2020 en Rhône-Alpes et en France

Source : INSEE, enquêtes HID 1998 et 1999, projections de population modèle OMPHALE 2000, DREES – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	Rhône-Alpes			France		
	Scénario pessimiste	Scénario central	Scénario optimiste	Scénario pessimiste	Scénario central	Scénario optimiste
65 ans et plus						
2000	67 007	67 007	67 007	767 788	767 788	767 788
2020	93 721	86 739	79 414	1 013 792	937 181	856 740
Progression (%)	+39,9	+29,4	+18,5	+32,0	+22,1	+11,6
80 ans et plus						
2000	40 187	40 187	40 187	456 739	456 739	456 739
2020	67 769	60 787	53 461	738 120	661 508	581 067
Progression (%)	+68,6	+51,3	+33,0	+61,6	+44,8	+27,2

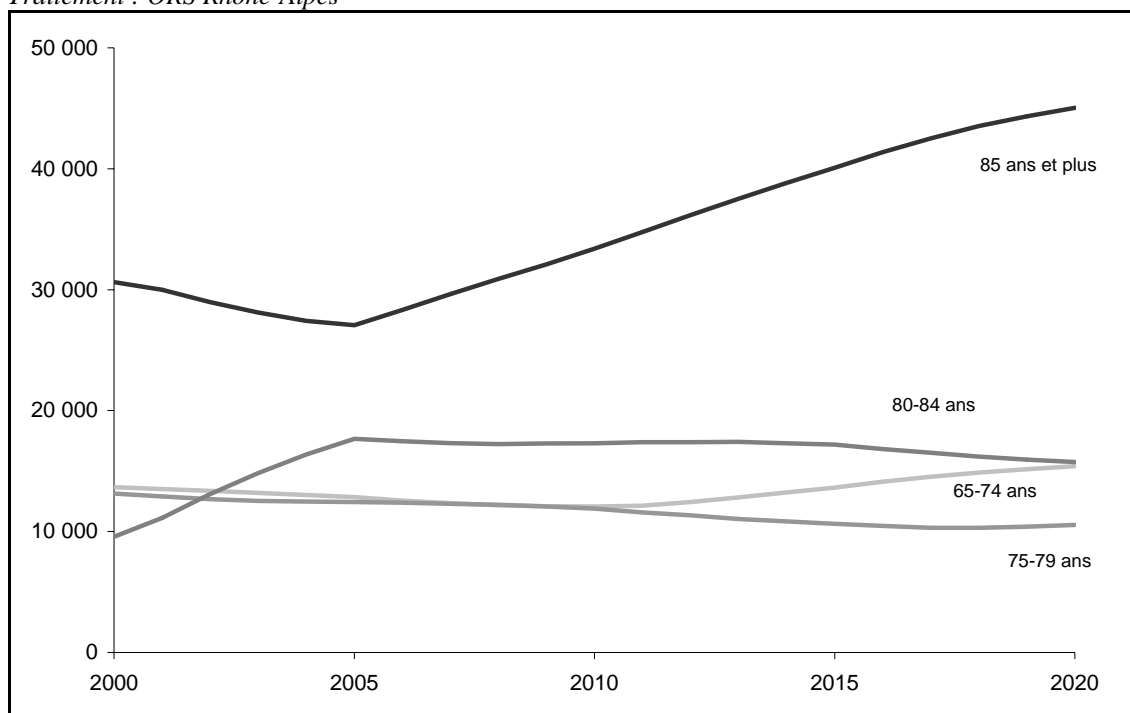
Une forte hausse du nombre de personnes dépendantes de plus de 80 ans

Les personnes de plus de 80 ans devraient contribuer en grande majorité à la hausse du nombre de personnes âgées dépendantes entre 2000 et 2020 du fait de plusieurs facteurs. D'une part, les taux de prévalence de la dépendance sont plus élevés aux grands âges, d'autre part l'effectif des personnes âgées de plus de 80 ans va connaître une forte augmentation (+93%) dans les vingt prochaines années (disparition progressive des classes d'âge creuses nées durant la première guerre mondiale et arrivée des classes d'âges de l'entre-deux-guerres, plus nombreuses).

Ainsi, le nombre de personnes dépendantes de 80-84 ans augmenterait de près de 65%, celui des 85 ans et plus de 47%, alors que l'effectif des personnes dépendantes de 65-74 ans augmenterait faiblement (+13%) et celui des 75-79 ans diminuerait de 20% (Graphique 49).

Graphique 49 : Evolution du nombre de personnes âgées dépendantes par groupe d'âge, selon le scénario central, Rhône-Alpes, 2000-2020

Source : INSEE, enquêtes HID 1998 et 1999, projections de population modèle OMPHALE 2000, DREES -
Traitement : ORS Rhône-Alpes



L'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes de plus de 65 ans ne serait due qu'à l'augmentation de celui des 80 ans et plus (Tableau 58). En effet, l'effectif des personnes dépendantes de 80 ans et plus augmenterait de

20 600 personnes (de 40 187 à 60 787 entre 2000 et 2020), alors que celui des 65-79 ans baisserait légèrement (passant de 26 820 à 25 952 en 20 ans).

Tableau 58 : Répartition et évolution du nombre de personnes âgées dépendantes par groupe d'âge, selon le scénario central, Rhône-Alpes, 2000-2020

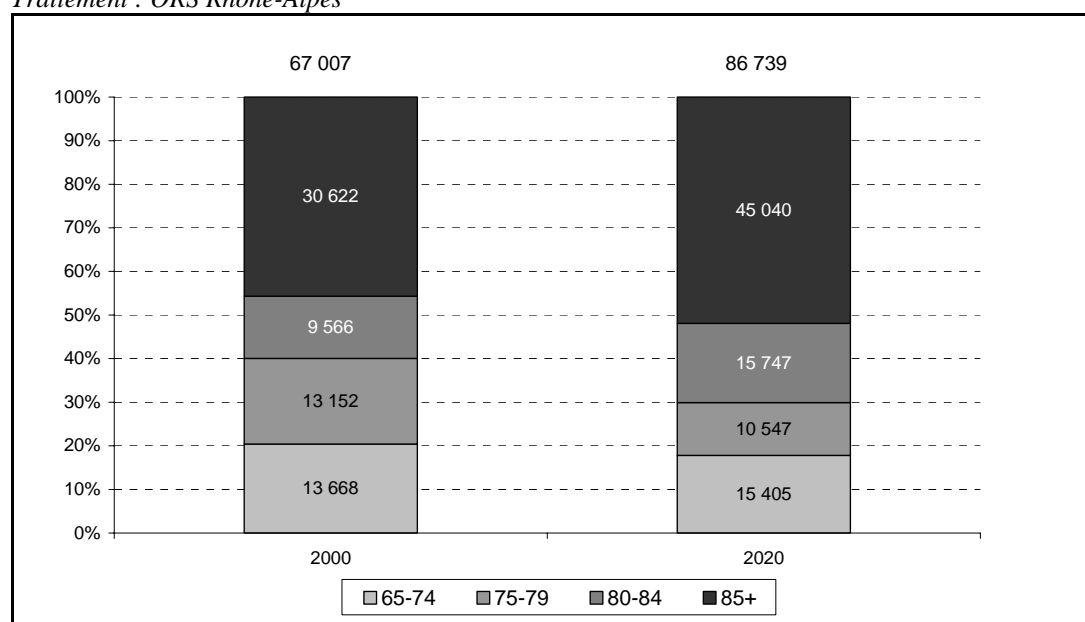
Source : INSEE, enquêtes HID 1998 et 1999, projections de population modèle OMPHALE 2000, DREES -
Traitement : ORS Rhône-Alpes

	2000	2020	Evolution 00-20
65-74	13 668	15 405	+12,7 %
75-79	13 152	10 547	-19,8 %
80-84	9 566	15 747	+64,6 %
85+	30 622	45 040	+47,1 %

Entre 2000 et 2020, la population dépendante vieillirait : la part des 80 ans et plus dépendants passerait de 60% en 2000 à 70% en 2020 (Graphique 50).

Graphique 50 : Evolution de la répartition selon le groupe d'âge des personnes âgées dépendantes, Rhône-Alpes, 2000-2020

Source : INSEE, enquêtes HID 1998 et 1999, projections de population modèle OMPHALE 2000, DREES -
Traitement : ORS Rhône-Alpes



3. Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile dans le département de la Loire

- 73% des personnes de plus de 60 ans vivant à domicile souffrent d'au moins une déficience
- Près de 40% des plus de 60 ans souffrent d'une déficience motrice
- La mobilité : un problème majeur chez les plus de 60 ans
- Un peu plus de 6 000 personnes âgées vivant à domicile sont dépendantes, selon la grille AGGIR
- Une forte utilisation d'aides techniques pour le déplacement
- 41 000 personnes âgées bénéficient d'une aide humaine régulière
- Près des deux tiers des personnes aidées le sont par un proche

La dépendance dans la Loire

Le Conseil Général de la Loire a financé une extension de l'enquête « Vie Quotidienne et Santé » (enquête de filtrage réalisée auprès des ménages au cours du recensement de la population 1999, correspondant à la phase préliminaire de l'enquête HID). Cette extension a permis d'obtenir des estimations sur les personnes handicapées vivant en domicile ordinaire pour ce département⁵⁶.

Les résultats de l'enquête HID (déficiences et incapacité) ont permis de cerner les contours de la population âgée vivant à domicile en situation de handicap dans le département de la Loire.

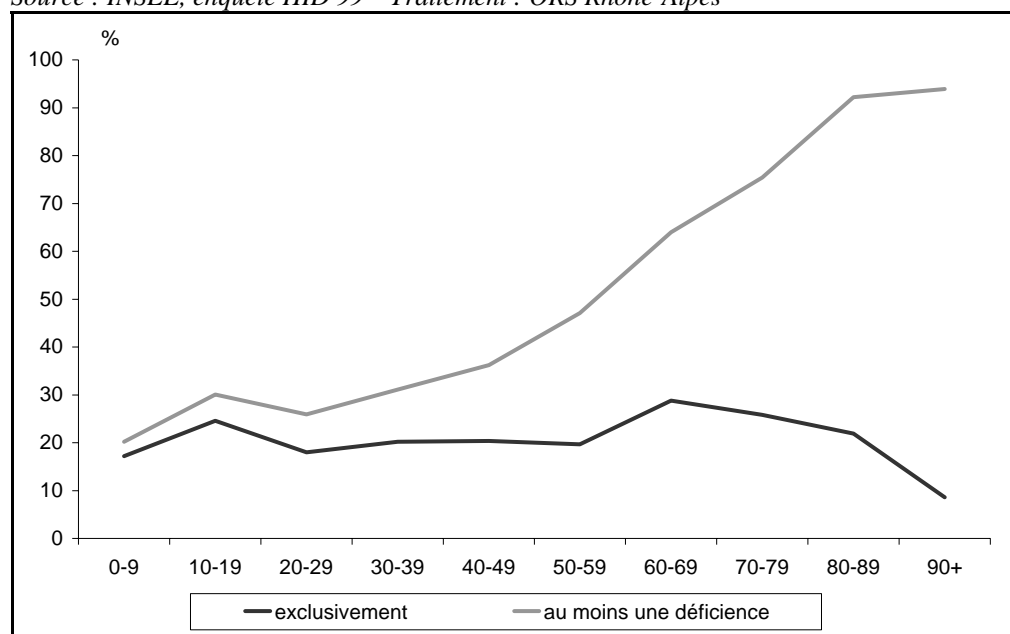
73% des personnes de plus de 60 ans souffrent d'au moins une déficience

Le nombre de personnes de plus de 60 ans vivant en domicile ordinaire dans la Loire et souffrant d'au moins une déficience⁵⁷ s'élève à 113 000 personnes, soit près de 3 personnes sur 4.

Plus on avance en âge, plus les personnes sont atteintes d'au moins une déficience (Graphique 51). Ainsi, après 80 ans, 9 personnes sur 10 souffrent d'une déficience au minimum. La part des personnes déclarant ne souffrir que d'une seule déficience demeure assez stable au cours de la vie.

Graphique 51 : Part des personnes vivant à domicile atteintes d'une déficience exclusivement ou d'au moins une déficience selon le groupe d'âge. Département de la Loire

Source : INSEE, enquête HID 99 – Traitement : ORS Rhône-Alpes



⁵⁶ Enquête HID 1999 – Résultats détaillés. Couet C., « Estimations locales sur les personnes handicapées vivant en domicile ordinaire », *INSEE Résultats*, Société n°12, novembre 2002.

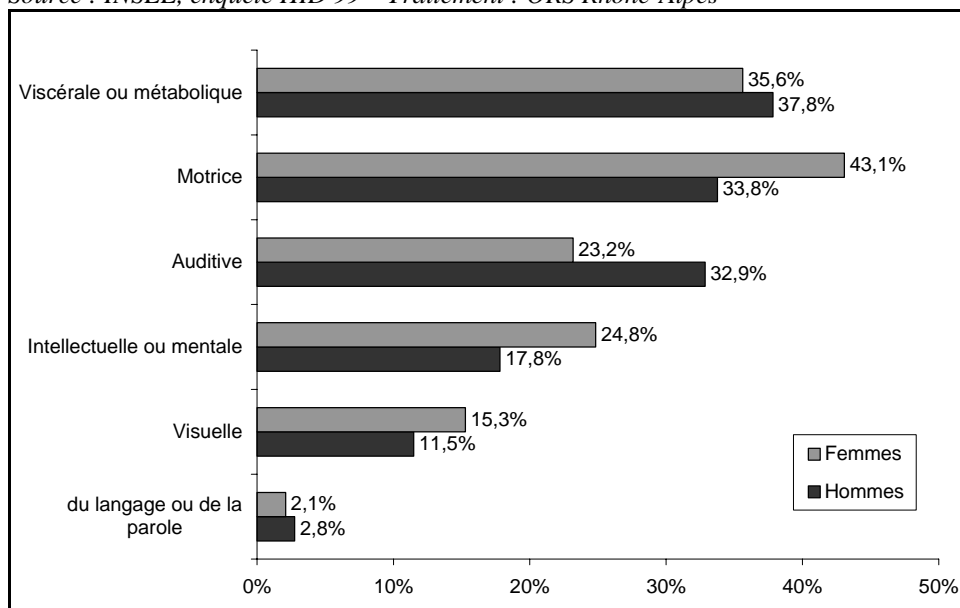
⁵⁷ Les **déficiences** sont des anomalies fonctionnelles qui se classent en six grands thèmes : déficiences motrices, visuelles, auditives, du langage ou de la parole, viscérales ou métaboliques, des fonctions intellectuelles ou mentales.

Près de 40% des plus de 60 ans souffrent d'une déficience motrice

Près de 40% des habitants de la Loire âgés de plus de 60 ans vivant à domicile déclarent souffrir de problèmes moteurs. Les personnes âgées souffrant de déficiences organiques (respiratoires, digestifs, cardio-vasculaires...) ou métaboliques représentent 36,6%, celles ayant des problèmes auditifs 27,3% et celles souffrant de déficiences concernant les fonctions intellectuelles ou mentales 21,8% (Graphique 52).

Graphique 52 : Fréquence des déficiences par grands thèmes pour les personnes de plus de 60 ans, selon le sexe. Département de la Loire

Source : INSEE, enquête HID 99 – Traitement : ORS Rhône-Alpes



Chez les personnes de plus de 60 ans, la cause première des déficiences est la maladie (56%), suivie de la vieillesse. Celle-ci est d'ailleurs plus souvent évoquée par les femmes que par les hommes (45% contre 36%) du fait de leur plus grande longévité.

La mobilité : un problème majeur chez les plus de 60 ans

Les informations sur la déficience permettent rarement d'évaluer la gravité du handicap. Pour ce faire, il est nécessaire de prendre en compte les incapacités, c'est-à-dire les difficultés ou impossibilités de réaliser des actes élémentaires comme se tenir debout, s'habiller, parler, ... Ces incapacités résultent en général d'une ou plusieurs déficiences.

Trois groupes d'incapacités⁵⁸ prédominent chez les personnes de plus de 60 ans vivant à domicile. Les problèmes de mobilité (23,3%), les incapacités pour effectuer des tâches ménagères et de gestion (20,1%), les incapacités dues à un manque de souplesse ou résultant de difficultés de manipulation (18,7%) (Tableau 59).

Les femmes de plus de 60 ans sont plus nombreuses à ne pas pouvoir réaliser seules des gestes de la vie quotidienne. L'écart entre hommes et femmes est particulièrement marqué pour les incapacités liées à la mobilité. En effet, la part des femmes déclarant rencontrer des problèmes de ce type est deux fois élevée que celle des hommes.

Tableau 59 : Pourcentages de personnes âgées de plus de 60 ans ne pouvant sans aide réaliser au moins une activité dans chacun des sept domaines de la vie quotidienne selon le sexe. Département de la Loire
Source : INSEE, enquête HID 99 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

%	Hommes	Femmes	Ensemble
Mobilité et déplacements	14,8	29,6	23,3
Tâches ménagères et de gestion	16,4	22,8	20,1
Faire preuve de souplesse et aptitude à se servir de ses mains	13,9	22,2	18,7
Faire sa toilette, s'habiller ou s'alimenter	5,9	6,3	6,1
Maîtrise de la vue, de l'ouïe et de la parole	4,8	5,6	5,2
Communication à distance, cohérence et orientation	3,6	4,0	3,8
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire ou fécale	1,4	1,7	1,6

⁵⁸ Dans l'enquête HID, les **incapacités** se regroupent en sept grands domaines d'activités liés à la vie quotidienne et permettent ainsi une meilleure évaluation des besoins d'aide en retour. Les groupes définis portent sur la mobilité, l'autonomie dans la réalisation des gestes de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation ou hygiène), l'aptitude à réaliser des tâches ménagères, à manipuler ou à communiquer et sur la gêne occasionnée par des problèmes sensoriels (vue, ouïe, parole).

Un peu plus de 6 000 personnes âgées vivant à domicile sont dépendantes, selon la grille AGGIR

Différentes grilles d'évaluation du handicap ont été élaborées et permettent de donner une image synthétique de la population dépendante. Le nombre de personnes dépendantes de 60 ans et plus est ici estimé à partir de la grille AGGIR (*voir p.165*).

Dans la Loire, 6 100 personnes de plus de 60 ans vivant à domicile se classent en GIR I à IV, soit 3,9% de cette population (Tableau 60).

Tableau 60 : Répartition des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans vivant à domicile selon la grille AGGIR, Loire, 1999

Source : INSEE , enquête HID 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	Loire		France
	Effectif	Pourcentage	Pourcentage
GIR 1	244	0,2	0,2
GIR 2	1 657	1,1	1,2
GIR 3	1 573	1,0	1,2
GIR 1 à 3	3 474	2,2	2,5
GIR 4	2 619	1,7	2,0
GIR 1 à 4	6 093	3,9	4,5
GIR 5	4 588	2,9	3,3
GIR 6	145 046	93,1	92,1
Ensemble des 60 ans et plus	155 727	100,0	100,0

L'aide apportée aux personnes âgées dépendantes, ainsi que les besoins satisfaits et non satisfaits, sont des éléments importants à prendre en compte dans l'étude des incapacités et des déficiences. Les aides techniques et humaines conditionnent la participation sociale des personnes présentant des incapacités.

Les thèmes concernant le recours aux aides, humaines et techniques, restent peu explorés. L'enquête HID permet d'aborder ces questions grâce aux informations recueillies auprès des personnes handicapées, mais aussi auprès de celles qui les aident à domicile et qui ont répondu à un court questionnaire spécifique.

L'enquête HID permet de répondre en particulier aux questions suivantes : Qui a recours à quel type d'aide technique ? Qui sont, selon l'âge des personnes aidées, les aidants et sur quels liens de parenté repose l'entraide familiale ? Quelle est l'importance de l'aide informelle par rapport à l'aide professionnelle ?

Les données de l'enquête HID offrent la possibilité de faire un bilan des aides humaines et techniques et de mieux cerner les manques et besoins non satisfaits.

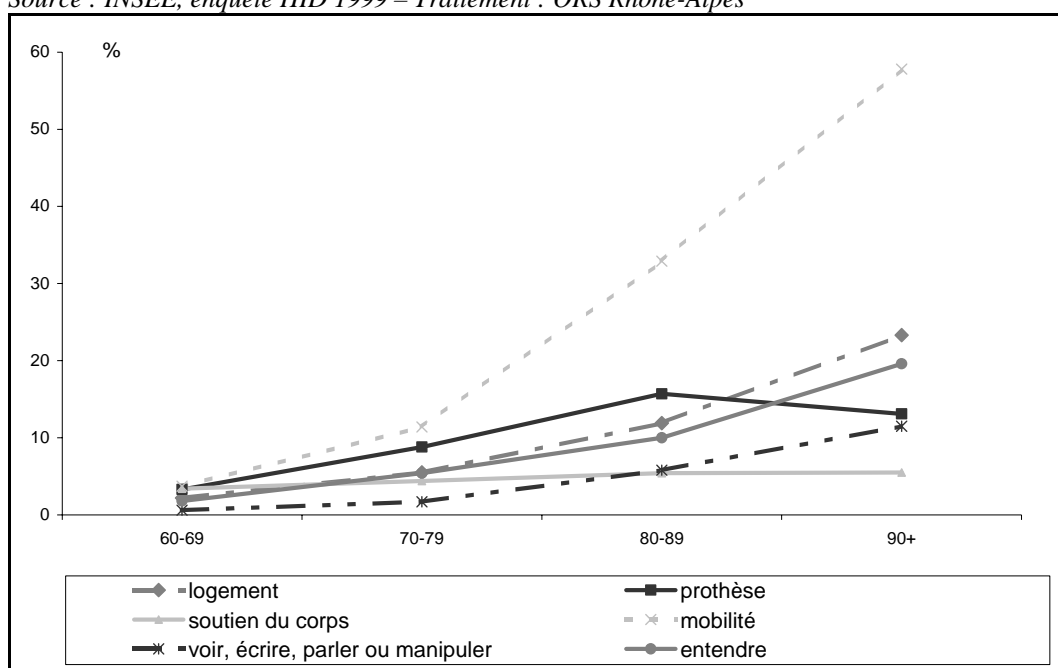
Une forte utilisation d'aides techniques pour le déplacement

L'enquête HID renseigne sur le recours à diverses aides techniques utilisées pour surmonter les difficultés liées à un handicap physique ou pour pallier des défaillances de la vue, du maniement, de la parole ou de l'audition.

Le graphique concernant l'utilisation des aides techniques souligne l'importance des difficultés que rencontrent les personnes âgées dans leurs déplacements (Graphique 53). Ce domaine nécessite le plus grand besoin d'aide à tous les âges, en particulier après 80 ans. Ce sont un peu plus d'un tiers des personnes de 80-89 ans qui font l'usage d'une aide technique pour marcher ou se déplacer, et près des deux tiers des personnes de plus de 90 ans.

Graphique 53 : Fréquence de l'utilisation des aides techniques selon le domaine concerné et la tranche d'âge. Département de la Loire

Source : INSEE, enquête HID 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes



Les personnes âgées disposent d'aides techniques leur permettant de pouvoir vivre plus longtemps de manière indépendante, mais d'importants besoins d'aide restent encore à satisfaire et cela s'amplifie fortement avec l'âge.

La mobilité est un problème majeur chez les 60 ans et plus, mais apparemment mieux pris en charge que d'autres puisque le besoin d'aide non satisfait dans ce domaine ne s'élève qu'à 1,5%. L'utilisation d'aides techniques permettant de réduire des problèmes sensoriels ne concerne qu'une minorité d'individus, mais les besoins non satisfaits dans ce domaine-là sont importants, en particulier chez les hommes. Ainsi 9,3% des besoins d'aides liées à la vue, l'écriture, la parole ou le maniement ne sont pas satisfaits chez les hommes de plus de 60 ans.

41 000 personnes âgées bénéficient d'une aide humaine régulière

Dans la Loire, près de 74 000 personnes interviennent pour aider 41 000 personnes de plus de 60 ans qui ne peuvent plus réaliser seules certains gestes de la vie quotidienne. C'est ainsi un quart des personnes de plus de 60 ans qui bénéficient d'une aide régulière en raison d'un handicap ou d'un problème de santé. Deux tiers des personnes aidées sont des femmes (Tableau 61).

Tableau 61 : Répartition des personnes aidées de plus de 60 ans selon le sexe, département de la Loire.

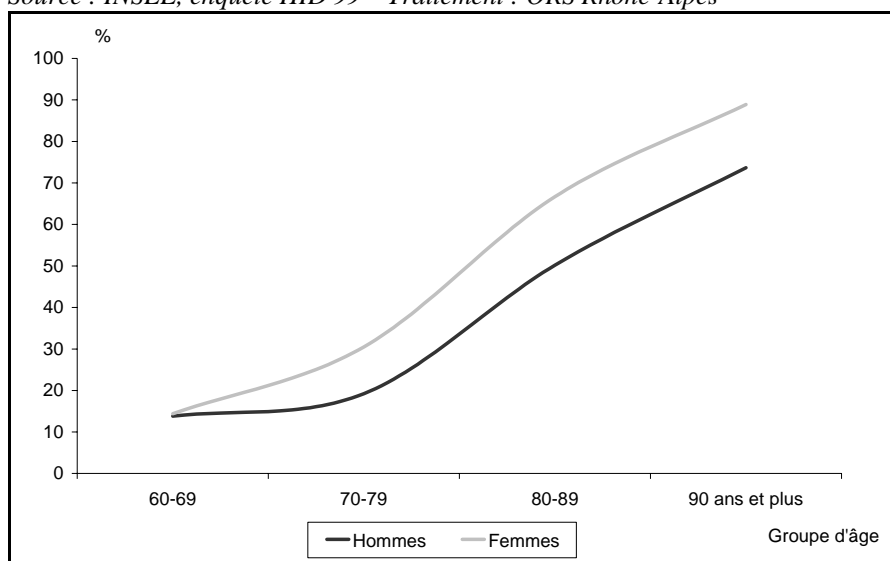
Source : INSEE, enquête HID 99 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Aidés	Effectif	Part (%)
Hommes	13 395	32,8
Femmes	27 451	67,2
Ensemble	40 846	100,0

Le recours à l'aide augmente fortement avec l'âge (Graphique 54) : 14% pour les 60-69 ans, mais 85% pour les 90 ans et plus. Les femmes sont plus nombreuses à déclarer bénéficier d'une aide humaine (près de 3 femmes de plus de 60 ans sur 10, contre 2 hommes sur 10).

Graphique 54 : Part des personnes âgées déclarant avoir recours à au moins un aidant selon le sexe et le groupe d'âge. Département de la Loire

Source : INSEE, enquête HID 99 – Traitement : ORS Rhône-Alpes



Près de deux tiers des personnes aidées le sont par un proche

Parmi les 74 000 aidants, les non-professionnels sont majoritaires et représentent 63% des aidants (soit 47 000 personnes) (Tableau 62).

Tableau 62 : Répartition des aidants selon le sexe et leur qualité, département de la Loire

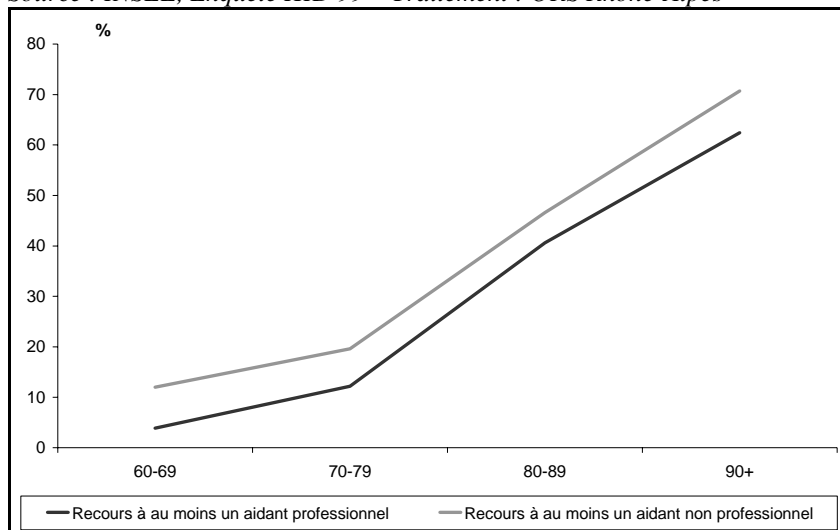
Source : INSEE, enquête HID 99 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	hommes	femmes	Ensemble	dont % de femmes
Aidants non professionnels	16 159	30 680	46 839	65,5
Aidants professionnels	3 270	24 206	27 476	88,1
Ensemble des aidants	19 429	54 886	74 315	73,9

Quel que soit l'âge, les personnes âgées ont plus souvent recours à leur entourage qu'à des professionnels pour se faire aider (Graphique 55).

Graphique 55 : Fréquence du recours à au moins une aide professionnelle ou non selon la tranche d'âge de la personne aidée. Département de la Loire

Source : INSEE, Enquête HID 99 – Traitement : ORS Rhône-Alpes



Les aidants non professionnels sont le plus souvent des membres de la famille (91% des aidants) et sont à 65% des femmes.

La qualité des aidants non professionnels varie fortement selon le sexe. Les femmes, lorsqu'elles ont recours à leur entourage, sont deux fois plus aidées par leur descendance que les hommes (59% contre 31%). Ces derniers se font davantage aider par leurs conjointes (53% contre 18%) étant donné, qu'aux âges élevés, les hommes sont plus souvent en couple que les femmes.

L'aide apportée par les professionnels n'est pas une aide fortement spécialisée. En effet, dans 73% des cas, les personnes âgées font appel à du personnel non médical (femme de ménage, aide familiale, auxiliaire de vie...), et dans 27% à du personnel des professions de santé. Parmi les aidants professionnels, 9 sur 10 sont des femmes.

La **grille AGGIR** (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) est un outil multi-dimensionnel destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie à travers l'évaluation des activités et des gestes qu'effectue seule la personne âgée.

L'évaluation se fait sur la base de dix variables discriminantes se rapportant à la perte d'autonomie physique et psychique (cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, hygiène de l'élimination, transferts - se lever, se coucher, s'asseoir -, déplacement à l'intérieur du logement ou de l'institution, déplacement à l'extérieur, communication à distance) et de sept variables illustratives concernant la perte d'autonomie domestique et sociale (gestion, cuisine, ménage, transports, achats, suivi du traitement, activités de temps libre).

Chaque variable possède trois modalités :

- A : la personne fait seule, habituellement et correctement les actes concernés ;
- B : la personne fait partiellement ou non habituellement ou non correctement ;
- C : la personne ne les fait pas.

A partir des réponses à huit variables discriminantes, un algorithme attribue des points, calcule un score qui attribue à chaque personne un groupe iso-ressources (GIR). Il existe six groupes iso-ressources rassemblant des personnes nécessitant des niveaux d'aides équivalents mais pouvant présenter des profils d'incapacités différents.

Cet outil s'est imposé comme grille nationale d'évaluation de la dépendance depuis la loi du 24 janvier 1997. Actuellement, elle est utilisée pour l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile et en établissement, et dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

La description des six groupes iso-ressources (GIR) n'a pas pour but de décrire tous les profils possibles des personnes d'un groupe donné, mais vise surtout à montrer la dégradation des niveaux de dépendance.

Le **GIR 1** comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil et ayant leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le **GIR 2** est composé de deux sous-groupes :

- D'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ;
- D'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou sont faits partiellement.

Le **GIR 3** regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement, et plusieurs fois par jour, des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou sont faits partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.

Le **GIR 4** comprend les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules ; ce groupe comprend aussi celles qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

Le **GIR 5** est composé des personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Le **GIR 6** regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

Partie IV :

**PRISE EN CHARGE ET SERVICES
AUX PERSONNES AGEES**

1. L'offre de soins

- Une offre de services de soins infirmiers à domicile en augmentation
- Un taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile équivalent au taux national
- Des taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile plus homogènes entre les départements
- 6,1% des personnes de plus de 65 ans bénéficient de l'aide ménagère à domicile en 2001
- Une part de bénéficiaires de l'aide ménagère à domicile plus importante en Ardèche

L'offre en services à domicile

Dans la région Rhône-Alpes, un peu plus de 356 000 personnes de plus de 75 ans vivent chez elles. C'est ainsi 89% de cette population qui peut être concernée par les prestations favorisant le maintien des personnes âgées à domicile. Différents dispositifs existent pour faciliter ce maintien et retarder l'admission en institution, en particulier les services d'aide ménagère et les services de soins infirmiers.

- Les Services de Soins Infirmiers à Domicile

Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) offrent aux personnes âgées une surveillance médicale, une assistance pour les soins de toilette et d'hygiène, ainsi qu'une aide spécifique pour accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne. Ces soins sont assurés par des professionnels infirmiers et aides-soignants. Ces services ont pour vocation de prendre en charge la dépendance des personnes âgées, d'éviter certaines hospitalisations, de faciliter le retour à domicile à la suite d'une hospitalisation, de prévenir et de retarder la dégradation de l'état de santé des personnes âgées et de retarder l'institutionnalisation.

- L'aide ménagère à domicile

Les services d'aide à domicile ne s'adressent pas exclusivement aux personnes âgées. Cependant les personnes de plus de 60 ans représentent 80% des bénéficiaires de services d'aide à domicile.

Les services d'aide ménagère se chargent d'apporter une aide matérielle, morale et sociale permettant un maintien à domicile de la personne âgée souffrant d'une incapacité, permanente ou passagère, ne lui permettant plus d'établir seule les actes essentiels de la vie quotidienne. L'aide ménagère accomplit des tâches telles que l'entretien du logement, les courses, la préparation du repas, le repassage, les soins d'hygiène sommaire. L'aide ménagère apporte une présence attentive à la personne âgée pour lui permettre de garder son autonomie et son indépendance, de conserver des relations sociales avec l'extérieur, de rompre son isolement.

Cette aide est prise en charge par les caisses de retraite, par l'aide sociale départementale, ainsi que par les personnes elles-mêmes. Le volume horaire est attribué en fonction des besoins de la personne et de ses revenus.

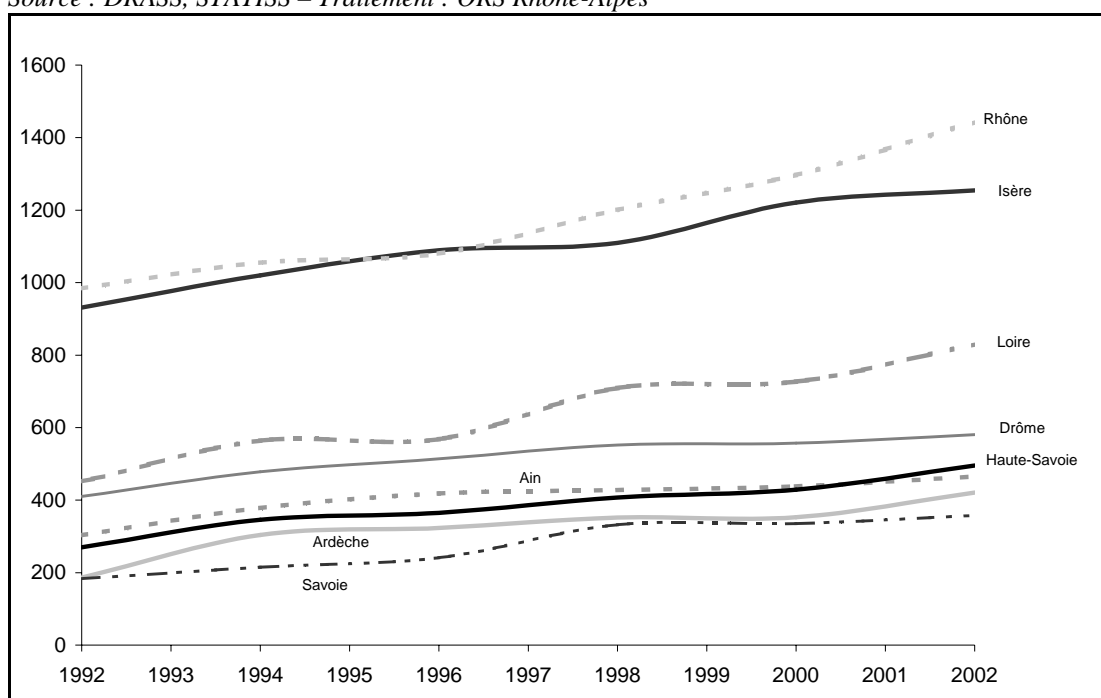
Une offre de services de soins infirmiers à domicile en augmentation

Au 1^{er} janvier 2002, 180 Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) pouvaient assurer la prise en charge de 5 847 personnes de plus de 75 ans dans la région, alors que l'on comptait 3 718 places en SSIAD en 1992. Le nombre de places a ainsi été multiplié par 1,6 en 10 ans.

C'est en Ardèche et en Savoie que le développement des SSIAD a été le plus important : les capacités d'accueil de ces deux départements ont été multipliées respectivement par 2,3 et 2 (Graphique 56).

Graphique 56 : Evolution du nombre de places en Services de Soins Infirmiers à Domicile, Rhône-Alpes, 1992-2002

Source : DRASS, STATISS – Traitement : ORS Rhône-Alpes



Un taux d'équipement en Services de Soins Infirmiers à Domicile équivalent au taux national

Le taux d'équipement⁵⁹ en Service de Soins Infirmiers à Domicile est de 14,5 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans au 1^{er} janvier 2002, soit un taux régional quasiment équivalent au niveau national (15,1 places pour 1 000 au 1^{er} janvier 2001).

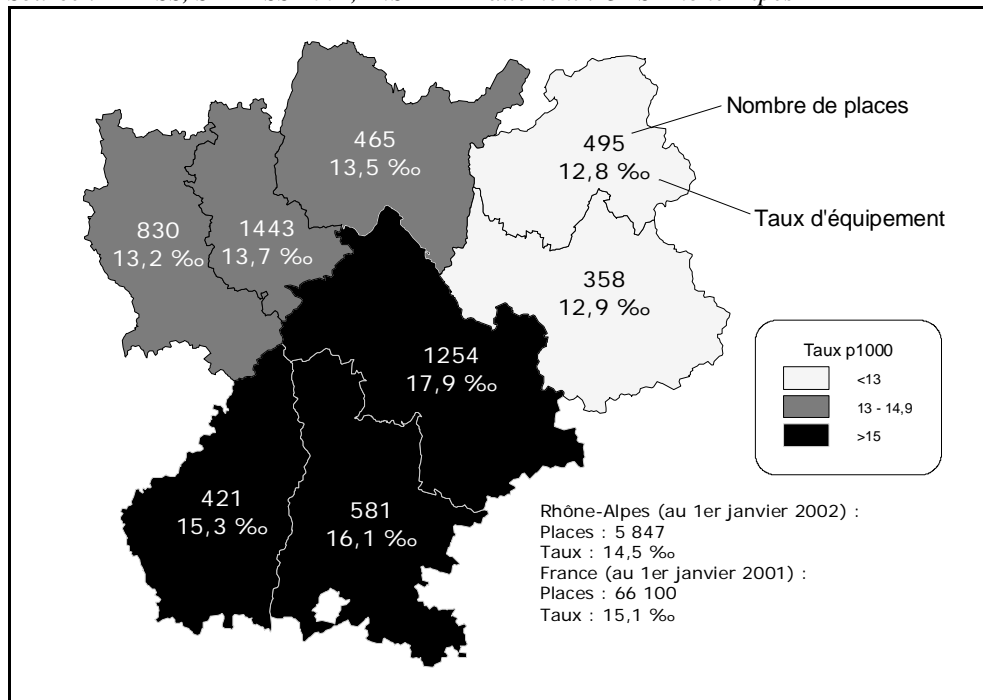
On observe des disparités entre les départements : les taux varient de 12,8 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus en Haute-Savoie à 17,9 en Isère (Carte 30).

Trois départements ont un taux supérieur ou égal au taux régional : l'Isère, la Drôme et l'Ardèche. Les cinq autres départements de la région ont un taux inférieur, en particulier la Savoie et la Haute-Savoie qui disposent de moins de 13 places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans.

Carte 30 : Nombre de places et taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile à l'échelle départementale au 1^{er} janvier 2002

Taux pour 1 000 personnes de plus de 75 ans

Source : DRASS, STATISS 2002, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes



⁵⁹ Le taux d'équipement en Services de Soins Infirmiers à Domicile a été calculé en rapportant le nombre de places en SSIAD au 1^{er} janvier 2002 au nombre de personnes âgées de plus de 75 ans au 1^{er} janvier 2002. Pour la France Métropolitaine, le taux d'équipement a été calculé au 1^{er} janvier 2001.

Des taux d'équipement en Services de Soins Infirmiers à Domicile plus homogènes entre les départements

Tableau 63 : Les Services de Soins Infirmiers à Domicile en Rhône-Alpes au 1^{er} janvier 2002

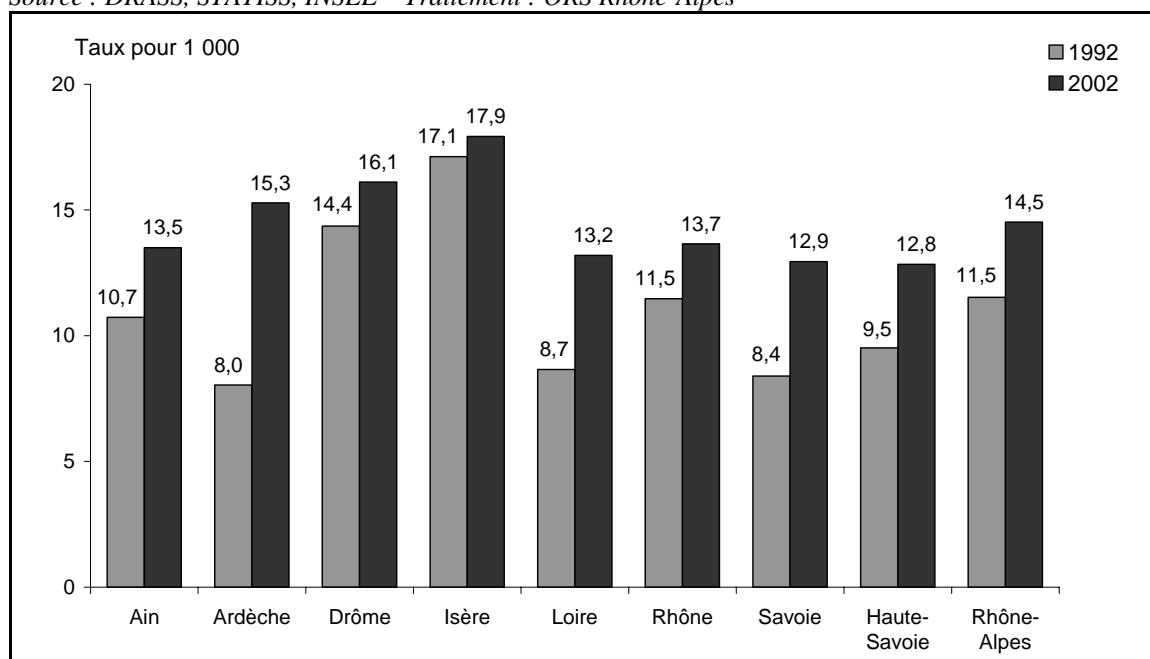
Source : DRASS, STATISS 2002, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie	Rhône-Alpes
Nombre de services	19	16	18	33	27	37	14	16	180
Nombre de places	465	421	581	1 254	830	1 443	358	495	5 847
Taux d'équipement pour 1 000 personnes de plus de 75 ans	13,5	15,3	16,1	17,9	13,2	13,7	12,9	12,8	14,5

Entre 1992 et 2002, le taux d'équipement en Services de Soins Infirmiers à Domicile est passé de 11,5 places à 14,5 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans. Les huit départements de la région ont vu leur taux d'équipement en SSIAD augmenter et les écarts entre départements se sont réduits. Les départements qui avaient le plus faible taux d'équipement ont rattrapé une partie de leur retard. Le taux d'équipement en SSIAD a été multiplié par 1,9 en Ardèche et par 1,5 en Savoie et dans la Loire. L'Ardèche, qui était le département ayant le taux d'équipement le plus faible, est maintenant un des 3 départements les mieux équipés de la région (Graphique 57).

Graphique 57 : Evolution du nombre de places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans en Services de Soins Infirmiers à Domicile, Rhône-Alpes, 1992-2002

Source : DRASS, STATISS, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes



6,1% des personnes de 65 ans et plus bénéficient de l'aide ménagère à domicile en 2001

Au 31 décembre 2001, près de 53 000 personnes de plus de 65 ans bénéficiaient d'une prestation d'aide ménagère à domicile en Rhône-Alpes, soit 6,1% de cette population, contre 5,1% en France Métropolitaine (Tableau 64).

Tableau 64 : Les bénéficiaires de l'aide ménagère à domicile au 31 décembre 2001 en Rhône-Alpes

Source : CRAM, MSA, DREES, INSEE - Traitement : ORS Rhône-Alpes

	Nombre de bénéficiaires	% de bénéficiaires*	
		Rhône-Alpes	France**
Régime général	39 424	4,5	3,5
Aide sociale	3 984	0,5	0,6
Régime agricole	9 444	1,1	1,0
Total	52 852	6,1	5,1

* Pourcentage de bénéficiaires dans la population des 65 ans et plus

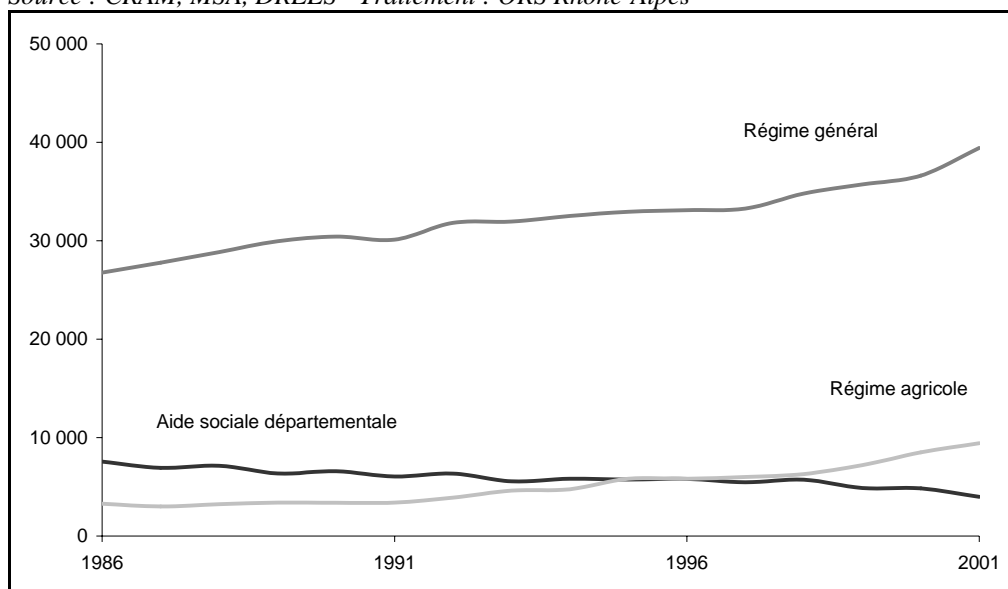
** France Métropolitaine

Entre 1986 et 2001, le nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère à domicile est passé de 37 613 à 52 852, soit une progression de 41% presque équivalente à l'accroissement de la population des plus de 65 ans (+37%). La part des bénéficiaires de l'aide ménagère est ainsi restée quasiment stable (Tableau 65).

Les bénéficiaires de l'aide ménagère du régime général d'assurance vieillesse ont connu une progression de 47%, ceux du régime agricole une progression de 187%. En revanche, le nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère relevant de la compétence du département a été divisé par deux en 15 ans (Graphique 58).

Graphique 58 : Evolution du nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère à domicile en Rhône-Alpes entre 1986 et 2001

Source : CRAM, MSA, DREES - Traitement : ORS Rhône-Alpes



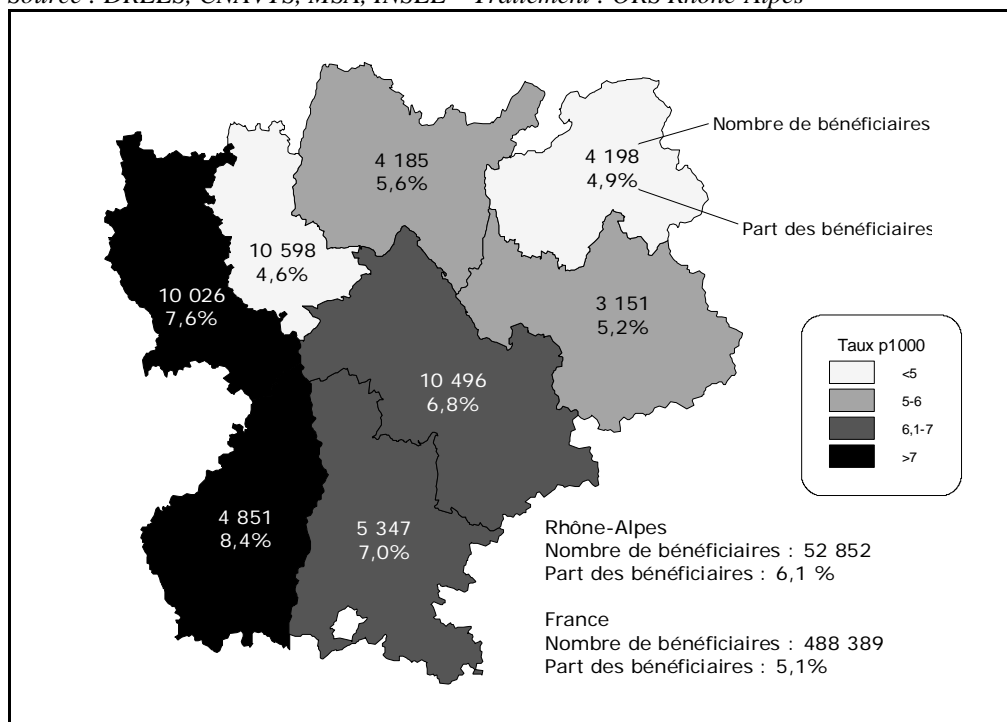
Une part de bénéficiaires de l'aide ménagère à domicile plus importante en Ardèche

La part des bénéficiaires de l'aide ménagère à domicile varie quasiment du simple au double au niveau départemental.

C'est dans le Rhône que la part est la plus faible (4,6%) et en Ardèche qu'elle est la plus élevée (8,4%) (Carte 31).

Carte 31 : Nombre et part des bénéficiaires (pour 1 000 personnes de plus de 65 ans) de l'aide ménagère à domicile au 31 décembre 2001 à l'échelle départementale

Source : DREES, CNAVTS, MSA, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes



En 15 ans, la part des bénéficiaires de l'aide ménagère est restée stable dans la Drôme et dans la Loire (Tableau 65). En revanche, elle a diminué de 11% en Isère et de 18% dans le Rhône. Dans les 4 autres départements de la région, la part des bénéficiaires a progressé, en particulier en Ardèche (+56%).

Tableau 65 : Evolution de la part des bénéficiaires (%) de l'aide ménagère à domicile, Rhône-Alpes, 1986-2001

Source : DREES, CNAVTS, MSA, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	1986	2001	Evolution 1986-2001 (%)
Ain	4,3	5,6	30,0
Ardèche	5,4	8,4	56,2
Drôme	6,7	7,0	4,7
Isère	7,6	6,8	-10,8
Loire	7,3	7,6	3,6
Rhône	5,6	4,6	-17,9
Savoie	4,2	5,2	23,9
Haute-Savoie	3,5	4,9	38,5
Rhône-Alpes	5,9	6,1	2,3
France	5,8	5,1	-12,6

2. L'offre en établissements

- Peu de structures d'hébergement dans l'est de la région Rhône-Alpes
- La capacité d'accueil a progressé de 16% en 10 ans
- Des taux d'équipements en structures d'hébergement en recul mais supérieurs à la moyenne nationale
- Des différences départementales plus ou moins marquées selon le type de structures

L'offre en établissements

Les personnes âgées ne pouvant plus rester à leur domicile ont recours à l'hébergement collectif. L'hébergement collectif regroupe trois catégories principales d'établissements : les logements-foyers et les maisons de retraite, qui relèvent du secteur social et médico-social, les unités de soins de longue durée rattachées aux établissements de santé. Une quatrième catégorie s'ajoute aux précédentes : les résidences d'hébergement temporaire (13 résidences autonomes recensées début 2002 dans la région Rhône-Alpes).

Les **maisons de retraite** sont des établissements d'hébergement collectif pour personnes âgées groupant des chambres autour de services et d'espaces collectifs. Elles assurent une prise en charge totale des personnes âgées. Une grande partie de ces établissements disposent de sections de cure médicale, qui permettent d'accueillir ou de garder des personnes qui ont perdu la capacité d'effectuer seules les actes ordinaires de la vie, et qui nécessitent une surveillance médicale.

Les **logements-foyers** se composent d'un ensemble de logements autonomes (du studio au 2 pièces) regroupés autour de services collectifs (restauration, buanderie, infirmerie...). Ces structures sont à mi-chemin entre l'hébergement collectif et le logement individuel. Elles accueillent des personnes indépendantes. Cependant, en raison du vieillissement de la population des résidents, les problèmes de dépendance ont tendance à s'accroître. Pour pallier cela, les logements-foyers se médicalisent progressivement.

Les **unités de soins de longue durée** hébergent des personnes âgées n'étant plus autonomes et dont l'état de santé nécessite une surveillance constante. Ces structures sont la plupart du temps rattachées à un établissement hospitalier.

Suite à la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la notion de médicalisation est appelée à disparaître et il ne devrait, au 31 décembre 2003, subsister que 2 types d'établissements : les **E.H.P.A** - Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées - et les **E.H.P.A.D** - Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes -.

Ce chapitre présente l'offre en établissements selon l'ancienne nomenclature encore en vigueur.

Peu de structures d'hébergements dans l'est de la région Rhône-Alpes

En 2002, on recense 1 065 établissements d'hébergement pour personnes âgées dans la région Rhône-Alpes : 585 maisons de retraite, 339 logements-foyers et 141 unités de soins longue durée. L'ensemble de ces structures offre 66 194 places. Les maisons de retraite sont les structures les plus importantes et représentent 57% de la capacité d'accueil de l'ensemble des établissements de la région.

Un peu plus du quart de ces établissements se concentrent dans le département du Rhône. Les deux départements de la Savoie disposent du nombre de structures d'hébergement pour personnes âgées le plus faible (Tableau 66).

La carte de la répartition des maisons de retraite et des unités de soins de longue durée laisse apparaître un déficit d'établissements dans l'est de la région (est de la Savoie et de la Haute-Savoie, partie alpine de l'Isère et de la Drôme) et une forte concentration d'établissements dans la région lyonnaise (Carte 32).

Carte 32 : Répartition des maisons de retraite et des unités de soins longue durée dans la région Rhône-Alpes en 2002

Source : ORS Rhône-Alpes

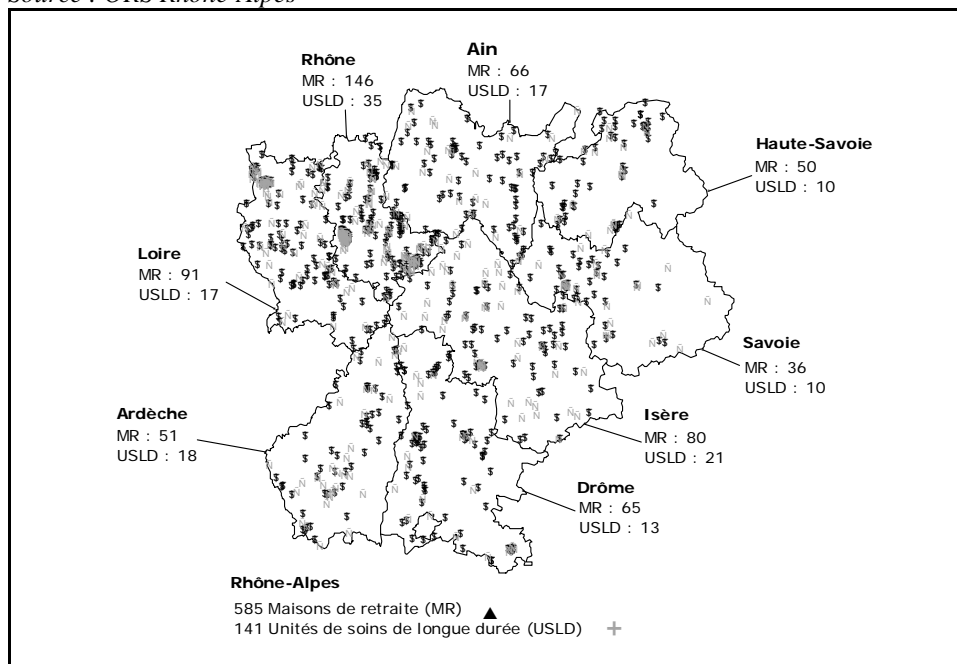


Tableau 66 : Répartition (%) des établissements* d'hébergement pour personnes âgées selon le département, Rhône-Alpes, 2002

Source : ORS Rhône-Alpes

	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie	Rhône-Alpes
%	10,3	9,2	9,3	14,4	15,5	27,2	6,9	7,2	100,0

* Maisons de retraite, logements-foyers, unités de soins longues durées

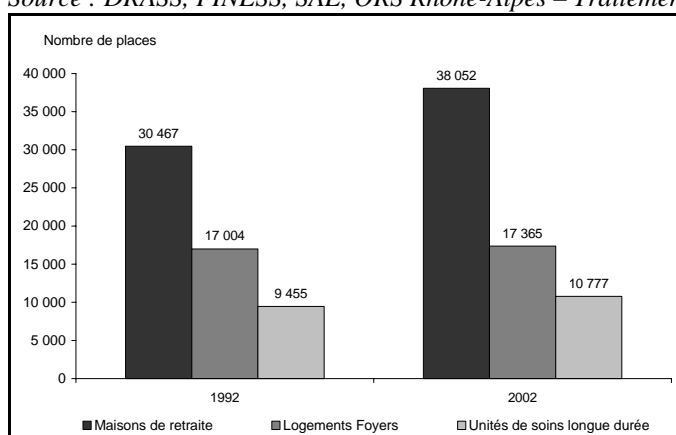
La capacité d'accueil a progressé de 16% en 10 ans

Le nombre de places d'hébergement pour personnes âgées a augmenté de 16% entre 1992 et 2002, passant de 56 926 places à 66 194 places.

L'évolution n'a pas été la même selon le type de structure. Les maisons de retraites ont augmenté leur capacité de 25%, les unités de soins longue durée de 14%. En revanche, le nombre de places en logements-foyers est resté quasiment stable au cours de la période (+2%) (Graphique 59).

Graphique 59 : Evolution du nombre de places en institutions selon le type de structure, Rhône-Alpes, 1992-2002

Source : DRASS, FINESS, SAE, ORS Rhône-Alpes – Traitement : ORS Rhône-Alpes.



En 10 ans, les huit départements de la région ont vu leur capacité d'accueil s'accroître, mais à des rythmes différents.

La progression la plus forte a été observée en Haute-Savoie (+26,5%). C'est essentiellement la création de places en maisons de retraite qui a contribué à l'accroissement de l'offre dans ce département. L'Isère et la Savoie ont connu la progression la plus faible de la région (respectivement 8,5% et 10,7%) (Tableau 67).

Tableau 67 : Répartition et évolution de la capacité d'accueil selon les départements de la région Rhône-Alpes, 1992-2002

Source : DRASS, FINESS, SAE, ORS Rhône-Alpes – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	Nombre de places* au 1er janvier 2002	Evolution 1992-2002 (%)
Ain	6 571	15,9
Ardèche	6 482	15,6
Drôme	4 876	17,2
Isère	9 841	8,5
Loire	11 677	17,6
Rhône	17 687	19,2
Savoie	4 342	10,7
Haute-Savoie	4 718	26,5
Rhône-Alpes	66 194	16,3

* nombre de lits en maisons de retraite, nombre de logements des logements-foyers et nombre de lits en unités de soins de longue durée

Des taux d'équipements en structures d'hébergement en recul mais supérieurs à la moyenne nationale

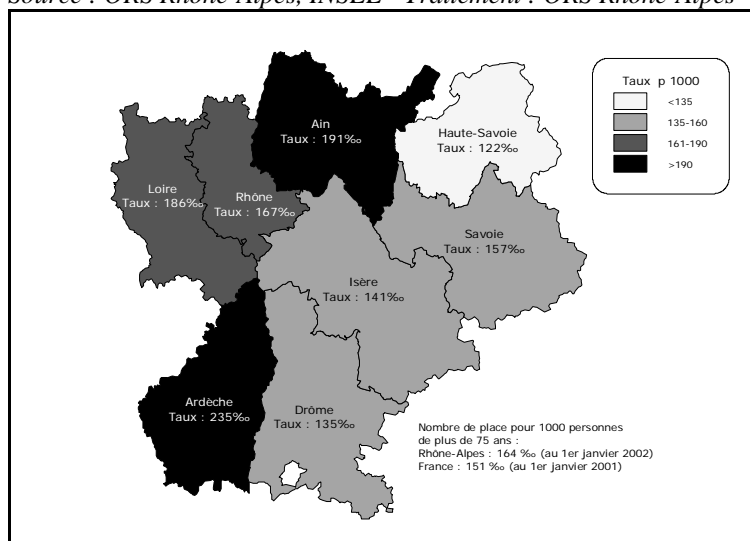
Entre 1992 et 2002, le nombre de places en hébergement pour personnes âgées a augmenté à un rythme plus lent que la population des personnes de plus de 75 ans (+16% pour le nombre de places contre +22% pour la population), aussi le taux d'équipement en structure⁶⁰ a légèrement diminué, passant de 177 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans en 1992 à 164 en 2002. La région Rhône-Alpes se situe au-dessus du niveau national, qui s'élève à 151 places d'hébergement pour 1 000 personnes de plus de 75 ans au 1^{er} janvier 2001.

L'évolution du taux d'équipement de la région Rhône-Alpes n'a pas été régulier au cours des dix dernières années. Entre 1992 et 1995, le taux d'équipement a augmenté (passant de 177 places pour 1 000 à 197 places pour 1 000) avant de diminuer après 1995. L'augmentation du taux d'équipement en structure pour personnes âgées entre 1992 et 1995 s'explique essentiellement par la diminution (durant cette période) de l'effectif des personnes de plus de 75 ans du fait de l'arrivée, dans cette tranche d'âge, des classes creuses de la première guerre mondiale.

Les différences entre départements sont très nettes. Les départements se situant à l'est de la région (Drôme, Isère, Savoie, Haute-Savoie) ont un taux d'équipement inférieur au taux régional (entre 122 et 157 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ou plus) (Carte 33). Les départements de l'ouest et du nord-ouest de la région (Ardèche, Loire, Rhône, Ain) ont un taux supérieur à la moyenne régionale, offrant de 167 à 235 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans. L'écart entre le département le mieux équipé de la région (Ardèche) et le département le plus faiblement équipé (Haute-Savoie) est de 113 places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans.

Carte 33 : Taux d'équipement en structures (logements-foyers, maisons de retraite, unités de soins longue durée) à l'échelle départementale au 1^{er} janvier 2002

Source : ORS Rhône-Alpes, INSEE - Traitement : ORS Rhône-Alpes



⁶⁰ Le taux d'équipement en structures a été calculé en rapportant le nombre de places en établissements d'hébergement pour personnes âgées au 1^{er} janvier 2002 (nombre de lits des maisons de retraites, nombre de logements des logements-foyers et lits des unités de soins longue durée) à la population âgée de 75 ans ou plus au 1^{er} janvier 2002. Pour la France Métropolitaine, le taux d'équipement a été calculé au 1^{er} janvier 2001.

Des différences départementales plus ou moins marquées selon le type de structures

Quel que soit le type de structures, l'Ardèche et la Haute-Savoie présentent des situations nettement opposées. L'Ardèche est un des départements les mieux équipés alors que la Haute-Savoie est faiblement équipée avec des taux souvent inférieurs à la moyenne nationale (Carte 34).

Avec un taux d'équipement en maisons de retraite de 94 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, la région Rhône-Alpes se situe au même niveau que la France Métropolitaine (96 places pour 1 000 au 1^{er} janvier 2001). Les taux départementaux montrent un sous-équipement de l'est de la région. Pour l'Isère et la Savoie, les taux sont inférieurs à 80 pour 1 000.

Le taux d'équipement en logements-foyers de la région Rhône-Alpes est supérieur au taux national : 43 places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans dans la région contre 36 en France. La Haute-Savoie, ainsi que l'Ain et la Drôme (entre 20 et 25 places pour 1 000) se situent sous la moyenne nationale.

Pour les unités de soins longue durée, les taux d'équipement des départements sont supérieurs à la moyenne nationale (19 places pour 1 000), en particulier en Ardèche (47 places pour 1 000). Pour les autres départements, les taux sont uniformes (entre 21 et 28 places pour 1 000 personnes).

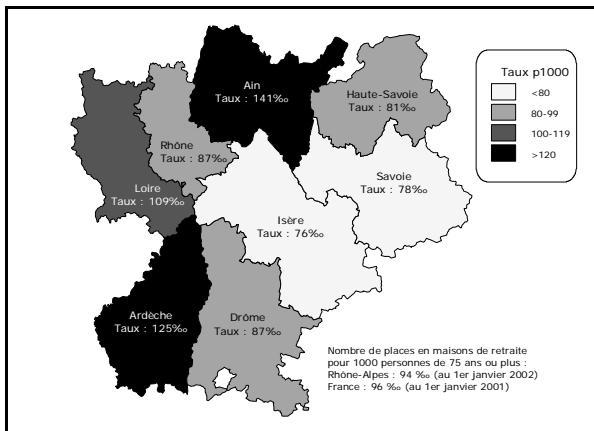
Au 1^{er} janvier 2002, on dénombrait 26 317 lits médicalisés⁶¹ dans les différentes structures d'hébergement pour personnes âgées de la région Rhône-Alpes. Les taux d'équipement en lits médicalisés sont supérieurs ou égaux à la moyenne nationale pour tous les départements, excepté la Haute-Savoie (56 pour 1 000 pour la France Métropolitaine contre 49 pour 1 000 en Haute-Savoie).

⁶¹ Les lits médicalisés des structures d'hébergement pour personnes âgées regroupent les lits des sections de cure médicale des maisons de retraite et des logements-foyers ainsi que les lits des unités de soins longue durée.

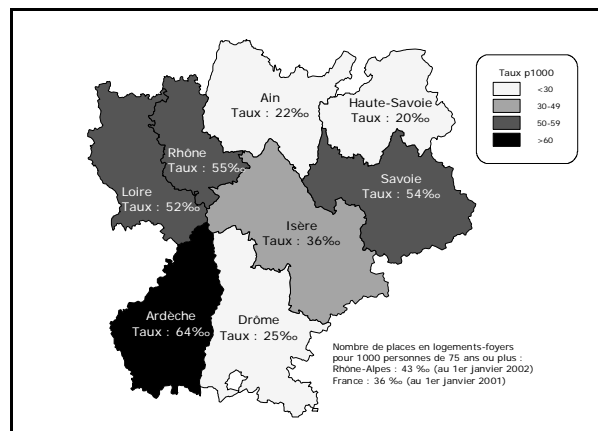
Carte 34 : Taux d'équipements pour 1 000 personnes de plus de 75 ans au 1^{er} janvier 2002 à l'échelle départementale

Source : ORS Rhône-Alpes, STATISS, INSEE – Traitement ORS Rhône-Alpes

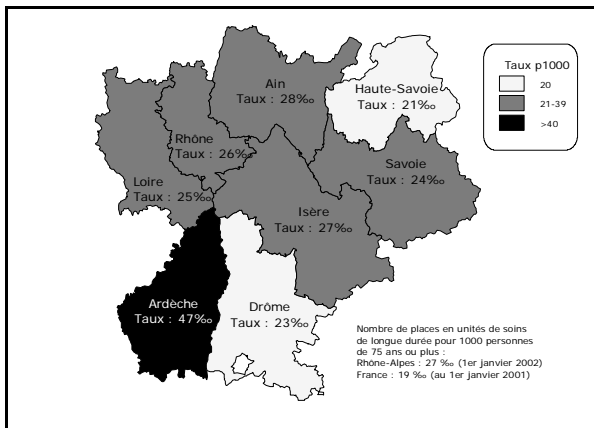
A – Maisons de retraite



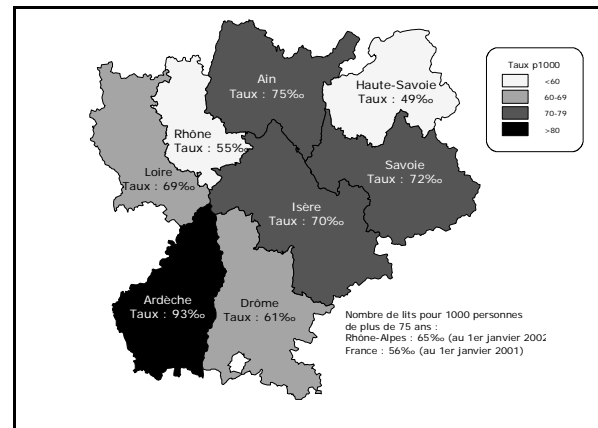
B – Logements-foyers



C – Unités de soins longue durée



D – Lits médicalisés



3. Les prestations pour les personnes âgées

- Une personne de plus de 65 sur vingt reçoit l'Allocation Supplémentaire Vieillesse
- 12 300 bénéficiaires de la PSD en Rhône-Alpes
- 46 000 bénéficiaires de l'APA à la fin de l'année 2002
- 42% des bénéficiaires de l'APA relèvent du GIR 4

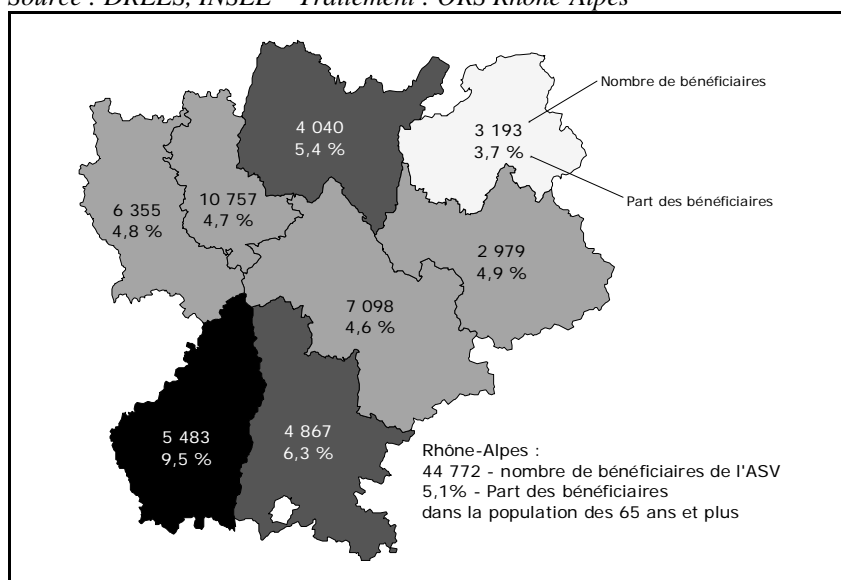
Une personne de plus de 65 ans sur vingt reçoit l'Allocation Supplémentaire de Vieillesse

L'Allocation Supplémentaire de Vieillesse (ASV) est destinée aux personnes ayant une faible retraite et des ressources insuffisantes. Elle leur permet de compléter leur niveau de vie et d'atteindre le niveau du minimum vieillesse.

Au 31 décembre 2001, près de 45 000 personnes de 65 ans et plus bénéficiaient de l'ASV, soit 5,1% de la population totale des 65 ans et plus de la région. La part des personnes âgées en situation financière précaire est la plus élevée en Ardèche et dans la Drôme (9,5% et 6,3% de bénéficiaires respectivement). C'est en Haute-Savoie qu'elle est la plus faible (3,7%) (Carte 35).

Carte 35 : Les bénéficiaires de l'Allocation Supplémentaire Vieillesse au 31 décembre 2001 à l'échelle départementale

Source : DREES, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes



La population des bénéficiaires du minimum vieillesse se caractérise par une majorité de femmes (63% contre 59% dans la population âgée totale) et une prépondérance de personnes non mariées (68% contre 44% dans la population âgée totale). De ce fait, la majorité des personnes touchant l'ASV sont des femmes non mariées (53%).

Entre 1997 et 2001, l'effectif des bénéficiaires de l'ASV a diminué de 16%. Tous les départements ont connu une baisse de cet effectif sauf le département du Rhône, où le nombre de bénéficiaires a augmenté de près de 10% en 5 ans. Cette diminution des bénéficiaires de l'ASV résulte d'une augmentation du montant des retraites et traduit une amélioration des conditions de vie des personnes âgées (Tableau 68).

Tableau 68 : Evolution du nombre de la part des bénéficiaires de l'ASV, Rhône-Alpes, 1997-2001

Source : DREES – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	1997		2001		Evolution des effectifs 1997-2001 (%)
	Nombre d'allocataires	Part des allocataires (%)	Nombre d'allocataires	Part des allocataires (%)	
Ain	5 547	8,0	4 040	5,4	-27,2
Ardèche	7 675	13,8	5 483	9,5	-28,6
Drôme	6 167	8,6	4 867	6,3	-21,1
Isère	8 395	5,9	7 098	4,6	-15,4
Loire	7 939	6,2	6 355	4,8	-20,0
Rhône	9 815	4,5	10 757	4,7	9,6
Savoie	3 760	6,7	2 979	4,9	-20,8
Haute-Savoie	3 991	5,2	3 193	3,7	-20,0
Rhône-Alpes	53 289	6,5	44 772	5,1	-16,0
France	804 213	8,8	642 661	6,7	-20,1

Prestation Spécifique Dépendance et Allocation Personnalisée d'Autonomie

La Prestation Spécifique Dépendance (PSD), instaurée par la loi du 24 janvier 1997, est destinée aux personnes âgées de plus de 60 ans lourdement dépendantes. C'est une prestation en nature permettant de prendre en charge les dépenses liées à la perte d'autonomie des personnes âgées dépendantes.

La personne âgée dépendante peut ainsi bénéficier de nombreux services de soutien à domicile.

La PSD a été remplacée au 1^{er} janvier 2002 par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). La PSD ne répondait que partiellement aux besoins réels des personnes âgées dépendantes. La création de l'APA a pour objectif d'étendre l'accès de l'allocation (l'APA est ouverte aux personnes évaluées en GIR 1 à 4, alors que la PSD n'était ouverte que pour les personnes évaluées en GIR 1 à 3) et de la rendre égalitaire au niveau national. L'APA n'est pas soumise à des conditions de ressources, mais son calcul tient compte du montant des revenus des personnes âgées ; de plus elle est attribuée dans les mêmes conditions sur tout le territoire et les tarifs et barèmes sont nationaux et uniformes. L'APA pourra, à terme, mieux prendre en charge la perte d'autonomie chez la personne âgée.

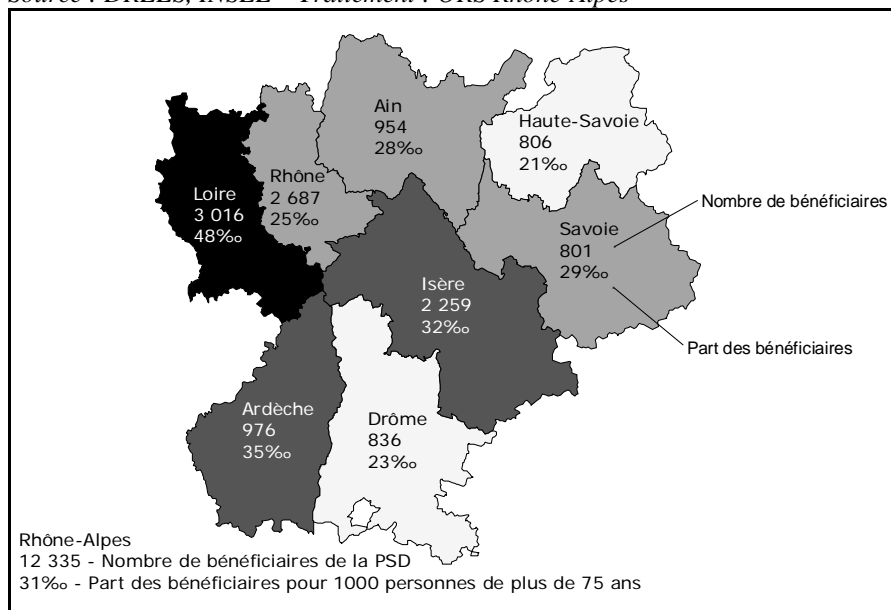
12 300 bénéficiaires de la PSD dans la région Rhône-Alpes

A la fin de l'année 2001, 12 300 personnes âgées bénéficiaient de la PSD dans la région Rhône-Alpes.

En Rhône-Alpes, le taux de bénéficiaires de la PSD s'élève à 30 pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans. Ce taux est inégal selon les départements : c'est en Haute-Savoie que le taux de bénéficiaires est le plus faible (21‰) et dans la Loire qu'il est le plus élevé (48‰) (Carte 36).

Carte 36 : Les bénéficiaires de la PSD au 31 décembre 2001 à l'échelle départementale

Source : DREES, INSEE – Traitement : ORS Rhône-Alpes



En Rhône-Alpes, un tiers des bénéficiaires de la PSD sont des personnes vivant à domicile, alors qu'au niveau national, ce sont la moitié des bénéficiaires de la PSD qui vivent à domicile (Tableau 70).

Seule la Haute-Savoie a une part de bénéficiaires vivant à domicile supérieure à la moyenne nationale.

Tableau 69 : Les bénéficiaires de la PSD selon le département et le lieu d'habitation au 31 décembre 2001

Source : DREES – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	A domicile	En établissement	Total	Part des bénéficiaires vivant à domicile (%)
Ain	298	656	954	31,2
Ardèche	251	725	976	25,7
Drôme	381	455	836	45,6
Isère	976	1283	2 259	43,2
Loire	863	2153	3 016	28,6
Rhône	799	1888	2 687	29,7
Savoie	359	442	801	44,8
Haute-Savoie	417	389	806	51,7
Rhône-Alpes	4344	7991	12 335	35,2
France	74 146	72 543	146 689	50,5

Les données départementales de l'APA sont sujettes à discussion. Des différences existent entre les données recueillies auprès de la DRASS, de la DREES et des Conseils Généraux. De plus, les données de certains départements ne sont pas disponibles pour tous les trimestres. Des extrapolations ont été effectuées pour obtenir des données complètes au niveau de la région. Les résultats obtenus sont donc à prendre avec précaution. Le nombre de bénéficiaires est sans doute sous évalué.

46 000 bénéficiaires de l'APA à la fin de l'année 2002

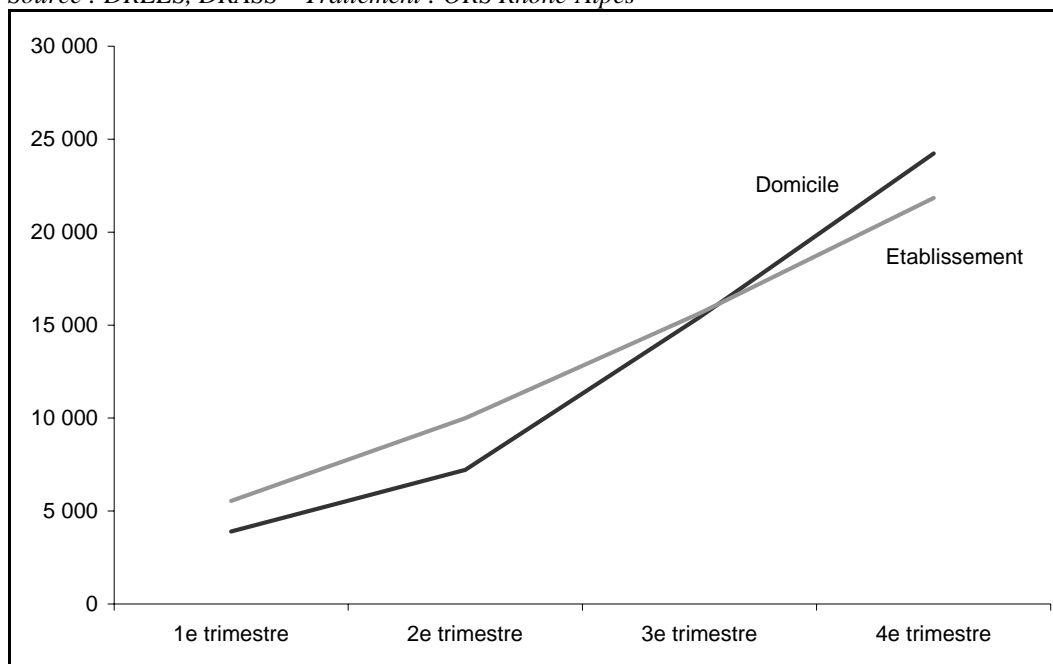
A la fin de l'année 2002, après un an de mise en œuvre, près de 46 000 personnes seraient bénéficiaires de l'APA dans la région Rhône-Alpes, soit plus de trois fois et demi le nombre de bénéficiaires de la PSD à la fin de l'année précédente. Le nombre de bénéficiaires de l'APA, en fin de chaque trimestre de l'année 2002, a été multiplié par 1,8 lors des 2^e et 3^e trimestres et par 1,5 lors du dernier trimestre.

En terme de taux de bénéficiaires, ce sont 114 personnes de plus de 75 ans sur 1 000 qui bénéficieraient de l'APA à la fin de l'année 2002.

Parmi l'ensemble des bénéficiaires, 53% vivent à domicile et 47% en établissement. Les proportions de bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement se sont rééquilibrées en fin d'année. A la fin du premier trimestre, dans la ligne de la PSD, les personnes âgées vivant en institutions étaient majoritaires parmi les bénéficiaires de l'APA (59% des bénéficiaires) (Graphique 59).

Graphique 60 : Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA selon le lieu d'habitation au cours de l'année 2002 en Rhône-Alpes

Source : DREES, DRASS – Traitement : ORS Rhône-Alpes



42% des bénéficiaires de l'APA relèvent du GIR 4

Avec la mise en place de l'APA, l'accès à l'allocation a été élargi aux personnes dont le niveau de dépendance correspond au GIR 4. Celles-ci représentent, au 31 décembre 2002, plus de la moitié (54%) des bénéficiaires vivant à domicile et un quart (24%) des bénéficiaires vivant en établissement. En revanche, près d'un bénéficiaire sur cinq vivant en établissement est en GIR 1, contre 3% de ceux qui vivent à domicile (Tableau 71). Cette différence de répartition illustre le rôle prépondérant joué par la perte d'autonomie dans l'entrée en établissement des personnes.

Tableau 70 : Répartition des bénéficiaires de l'APA selon le degré de dépendance au 31 décembre 2002

Source : DREES, DRASS – Traitement : ORS Rhône-Alpes

	<i>Domicile</i>	<i>Etablissement</i>	<i>Ensemble</i>
GIR 1	3,1	18,8	9,2
GIR 2	20,7	38,2	27,5
GIR 3	22,6	19,2	21,3
GIR 4	53,6	23,7	42,0
Total	100,0	100,0	100,0

Pour en savoir plus

Partie I

Arros P., « Rhône-Alpes : 6,6 millions d'habitants en 2030 ». *INSEE Rhône-Alpes Résultats*, n° 89, octobre 2001.

Arros P., Burel G., Leurs Y., Trupel C., « Les personnes âgées dans le département du Rhône » *Les dossiers de l'INSEE Rhône-Alpes n°145*, mars 2003.

Baccaïni B., « Les migrations en France entre 1990 et 1999 : Les régions de l'Ouest de plus en plus attractives », *INSEE Première*, n°758, février 2001.

Baccaïni B., « Rhône-Alpes moins attractive ». *La Lettre INSEE Rhône-Alpes*, n°69, novembre 2000.

Baccaïni B., « Les migrations internes en France de 1990 à 1999 : l'appel de l'Ouest », *INSEE, Economie et Statistique*, n°344, octobre 2001 – 4, pp.39-79.

Badeyan G., Colin C., « Les personnes âgées dans les années 90, perspectives démographiques, santé et modes d'accueil », *DREES, Etudes et Résultats*, n°40, novembre 1999.

Chaleix M., « Recensement de la population de 1999 : 7,4 millions de personnes vivent seules en 1999 ». *INSEE Première*, n°788, juillet 2001.

Dou C., « Horizon 2020. 500 000 habitants de plus en Rhône-Alpes ». *La Lettre INSEE Rhône-Alpes*, n°68, mai 2000.

Lincot L., Lutinier B., « Les évolutions démographiques départementales et régionales entre 1975 et 1994 », *INSEE Résultats, Démographie et société*, n°67-68, février 1998.

Partie II

Bourgoin N., Nizard F. « La survie des personnes âgées ». *Population et Sociétés*, n°302, Juin 1995.

Dartigues J.-F., Berr C., Helmer C., Letenneur L., « Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer », *Médecine/Sciences 2002*, 18, pp. 737-43.

Haut Comité de Santé Publique, « La santé en France 2002 », Paris : La Documentation Française, février 2002, 412 p.

Lobo A., Launer L.J., Fratiglioni L. et al., « Prevalence of dementia and major subtypes in Europe : A collaborative study of population-based cohorts », *NEUROLOGY 2000* ; 54 (Suppl 5) : S4-S9.

Mouquet M.-C., « Les motifs d'hospitalisation en 1998 », *DREES, Etudes et Résultats*, n°81, septembre 2000.

Robine J.-M., Mormiche P., – « L'espérance de vie sans incapacité augmente », *INSEE première*, n°281, 1993.

Robine J.-M., Romieu I., Cambois E., « Health expectancy indicators ». *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, vol. 77, n°2, pp. 181-185.

Salem G., Rican S., Jouglu E., « Atlas de la santé en France. Volume 1 : Les causes de décès ». *Ed. John Libbey*, Paris, 2000, 196 p.

Partie III

Bontout O., Colin C., Kerjosse R., « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », *DRESS, Etudes et Résultats*, n°160, février 2002.

Cambois E., Désesquelles A., Ravaud J.-F., « Femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap », *Population et Société*, n°386, janvier 2003.

Colin C., Coutton V., « Le nombre de personnes âgées dépendantes, d'après l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance », *DREES, Etudes et Résultats*, n°94, décembre 2000.

Couet C., « Estimations locales sur les personnes handicapées vivant en domicile ordinaire – Enquête HID 1999 – Résultats détaillés », *INSEE Résultats, Société*, n°12, novembre 2002.

Dutheil N., « Les aides et les aidants des personnes âgées », *DREES, Etudes et Résultats*, n°142, novembre 2001.

Mormiche P. et le groupe de projet HID, « Le handicap se conjugue au pluriel », *INSEE Première*, n°742, Octobre 2000.

Partie IV

Dutheil N., « Les services d'aide à domicile en 1998 et 1999 », *DREES, Etudes et Résultats*, n°91, novembre 2000.

Kerjosse R., « L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2002 », *DREES, Etudes et Résultats*, n°226, mars 2003

Kerjosse R., « La prestation spécifique dépendance au 31 décembre 2001 », *DREES, Etudes et Résultats*, n°159, février 2002.

Pour en savoir plus

Partie I

Arros P., « Rhône-Alpes : 6,6 millions d'habitants en 2030 ». *INSEE Rhône-Alpes Résultats*, n° 89, octobre 2001.

Arros P., Burel G., Leurs Y., Trupel C., « Les personnes âgées dans le département du Rhône » *Les dossiers de l'INSEE Rhône-Alpes n°145*, mars 2003.

Baccaïni B., « Les migrations en France entre 1990 et 1999 : Les régions de l'Ouest de plus en plus attractives », *INSEE Première*, n°758, février 2001.

Baccaïni B., « Rhône-Alpes moins attractive ». *La Lettre INSEE Rhône-Alpes*, n°69, novembre 2000.

Baccaïni B., « Les migrations internes en France de 1990 à 1999 : l'appel de l'Ouest », *INSEE, Economie et Statistique*, n°344, octobre 2001 – 4, pp.39-79.

Badeyan G., Colin C., « Les personnes âgées dans les années 90, perspectives démographiques, santé et modes d'accueil », *DREES, Etudes et Résultats*, n°40, novembre 1999.

Chaleix M., « Recensement de la population de 1999 : 7,4 millions de personnes vivent seules en 1999 ». *INSEE Première*, n°788, juillet 2001.

Dou C., « Horizon 2020. 500 000 habitants de plus en Rhône-Alpes ». *La Lettre INSEE Rhône-Alpes*, n°68, mai 2000.

Lincot L., Lutinié B., « Les évolutions démographiques départementales et régionales entre 1975 et 1994 », *INSEE Résultats, Démographie et société*, n°67-68, février 1998.

Partie II

Bourgoin N., Nizard F. « La survie des personnes âgées ». *Population et Sociétés*, n°302, Juin 1995.

Dartigues J.-F., Berr C., Helmer C., Letenneur L., « Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer », *Médecine/Sciences 2002*, 18, pp. 737-43.

Haut Comité de Santé Publique, « La santé en France 2002 », Paris : La Documentation Française, février 2002, 412 p.

Lobo A., Launer L.J., Fratiglioni L. et al., « Prevalence of dementia and major subtypes in Europe : A collaborative study of population-based cohorts », *NEUROLOGY 2000* ; 54 (Suppl 5) : S4-S9.

Mouquet M.-C., « Les motifs d'hospitalisation en 1998 », *DREES, Etudes et Résultats*, n°81, septembre 2000.

Robine J.-M., Mormiche P., – « L'espérance de vie sans incapacité augmente », *INSEE première*, n°281, 1993.

Robine J.-M., Romieu I., Cambois E., « Health expectancy indicators ». *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, vol. 77, n°2, pp. 181-185.

Salem G., Rican S., Jouglu E., « Atlas de la santé en France. Volume 1 : Les causes de décès ». Ed. *John Libbey*, Paris, 2000, 196 p.

Partie III

Bontout O., Colin C., Kerjosse R., « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », *DREES, Etudes et Résultats*, n°160, février 2002.

Cambois E., Désesquelles A., Ravaud J.-F., « Femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap », *Population et Société*, n°386, janvier 2003.

Colin C., Coutton V., « Le nombre de personnes âgées dépendantes, d'après l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance », *DREES, Etudes et Résultats*, n°94, décembre 2000.

Couet C., « Estimations locales sur les personnes handicapées vivant en domicile ordinaire – Enquête HID 1999 – Résultats détaillés », *INSEE Résultats, Société*, n°12, novembre 2002.

Dutheil N., « Les aides et les aidants des personnes âgées », *DREES, Etudes et Résultats*, n°142, novembre 2001.

Mormiche P. et le groupe de projet HID, « Le handicap se conjugue au pluriel », *INSEE Première*, n°742, Octobre 2000.

Partie IV

Dutheil N., « Les services d'aide à domicile en 1998 et 1999 », *DREES, Etudes et Résultats*, n°91, novembre 2000.

Kerjosse R., « L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2002 », *DREES, Etudes et Résultats*, n°226, mars 2003

Kerjosse R., « La prestation spécifique dépendance au 31 décembre 2001 », *DREES, Etudes et Résultats*, n°159, février 2002.

Site Internet :

- Recensement de la population 1999 :

<http://www.recensement.insee.fr>

- SCORE SANTE, le site commun d'observation régionale en santé :

<http://score-sante.atrium.rss.fr>

- Données STATISS :

<http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm>

- Données FINESS :

<http://finess.sante.gouv.fr/finess/>

- Site de l'INSERM sur données de mortalité, Inserm :

http://sc8.vesinet.inserm.fr:1080/accueil_fr.html

Baudier-Lorin C., Chastenet B., « Bénéficiaires de l'aide sociale des départements et de l'Etat en 2001 », *DREES, Document de travail*, Série Statistiques, n°43, décembre 2002.

Chaput Hélène, « L'allocation supplémentaire du minimum vieillesse – Bénéficiaires au 31 décembre 2001 », *DREES, Document de travail*, Série Statistiques, n°45, décembre 2002.