

# **Démographie, santé et soins des personnes âgées**

## ***état des lieux et perspectives***

**Catherine Sermet,  
Directrice de recherches  
Credes, Paris (France)**

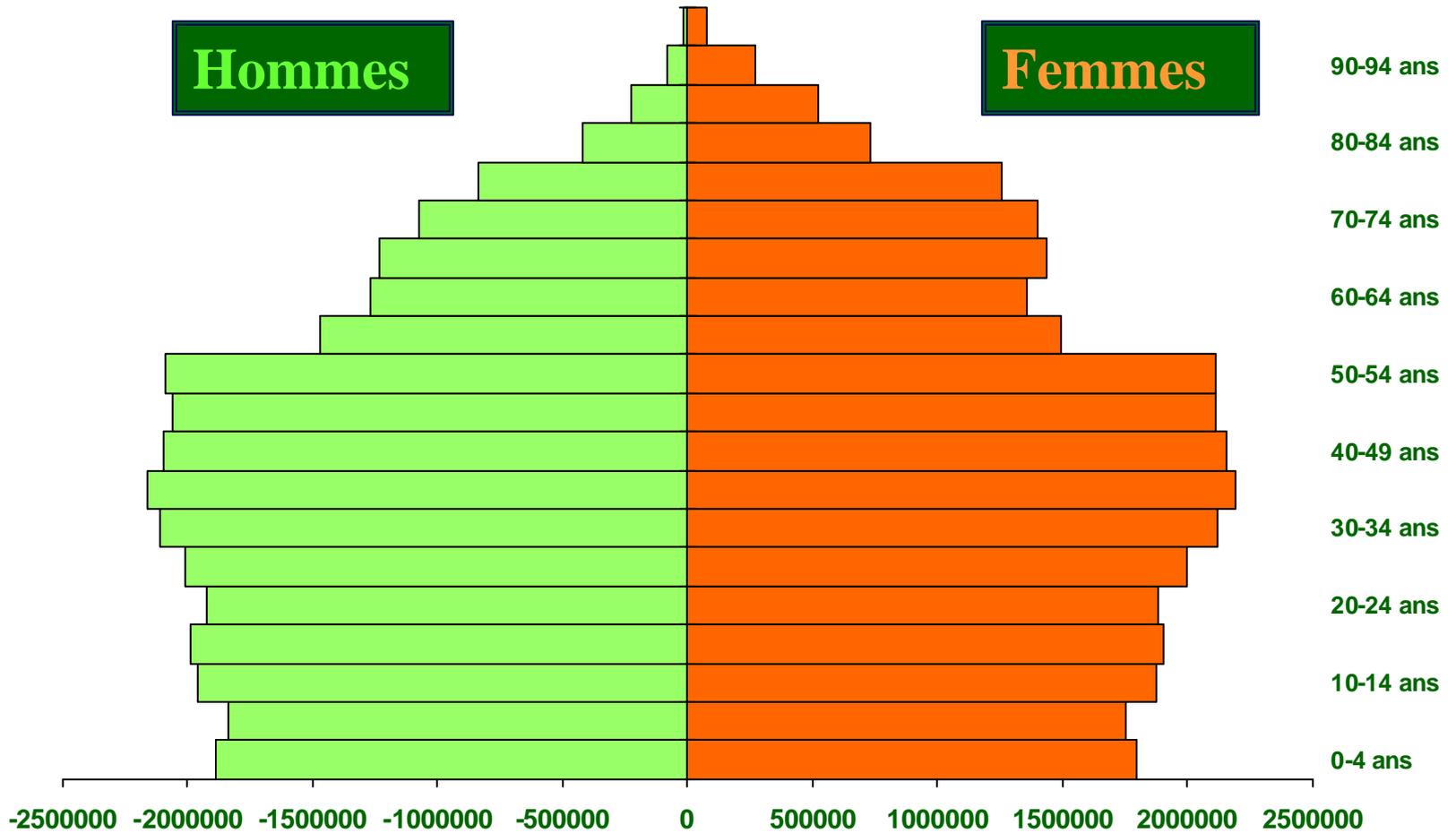
**Medec  
11 mars 2002**

**Partie 1.**

**La situation démographique  
de la France et son évolution**

# Pyramide des âges au 1er janvier 2001

source Insee



# Le vieillissement inéluctable de la population

- Au début de l'année 2001, on comptait 12,1 millions de personnes de 60 ans et plus soit 20,6 % de la population française et 4,4 millions de personnes de 75 ans et plus, soit 7,4 % de la population. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes 58% des 60 ans et plus sont des femmes (64% des 75 ans et plus).
- Les conditions démographiques du siècle dernier, les progrès de l'espérance de vie, combinés avec la stagnation du nombre des naissances et de l'immigration vont contribuer au vieillissement inéluctable de la population.

# Deux, trois, quatre fois plus..

- Au cours des 50 prochaines années, le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera de 9 millions (mortalité haute) à 12 millions (mortalité basse).  
L'effectif des plus de 60 ans se situera entre 21 et 24 millions
- L'effectifs des plus de 75 ans passera de 4,2 millions en 2000 (hypothèse centrale) à 11 millions en 2050 et celui des 85 ans et plus de 1,3 à 4,8 millions.
- En 2050 : deux fois plus de 'plus de 60 ans', trois fois plus de 'plus de 75 ans' et quatre fois plus de 'plus de 85 ans'.

# Une personne sur trois aura plus de 60 ans en 2050

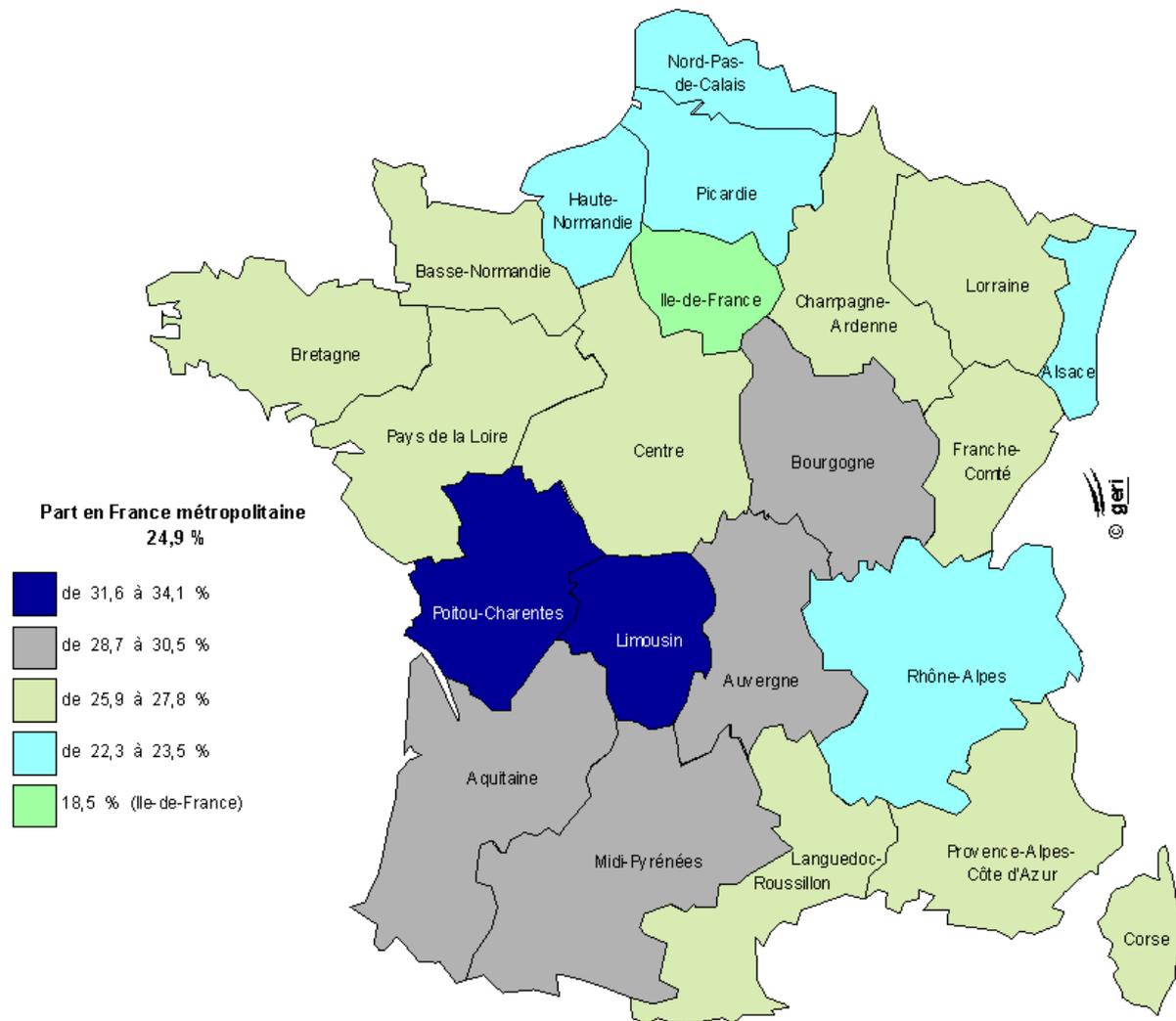
- Le poids des 60 ans et plus dans la population française dépend des hypothèses de fécondité et de migration
- De 20,6 en 2000 à 35 % en 2050 (fécondité 1,8) à 37,6% et 33,2% (1,5 et 2,1)
- Doublement du solde migratoire :  $\frac{1}{2}$  point

- Avec l'arrivée à l'âge de 60 ans en 2006 de la première génération du baby-boom (1946), ce sont d'abord, les plus jeunes dont la part va augmenter.
- Entre 2035 et 2050, la croissance de cette classe d'âge ralentira puisqu'elle arrivera aux âges de forte mortalité

## Un vieillissement plus marqué pour certaines régions

- En 2030 près d'un habitant sur trois aurait au moins 60 ans et l'âge moyen, de 38 ans 1/2 actuellement, passerait à 44 ans
- Toutes les régions devraient être concernées par ce vieillissement, mais à des degrés différents :
  - L'Île de France serait la moins touchée avec une moyenne d'âge de moins de 40 ans, suivie par le Nord (42 ans), puis Rhône Alpes et Alsace
  - A l'opposé, le Limousin, avec une moyenne d'âge de 49 ans resterait la région la plus âgée, mais serait rattrapée par l'Auvergne, Poitou-Charentes, Aquitaine et Midi Pyrénées

# Part de la population âgée de plus de 60 ans au sein de chaque région en 2015



# Les progrès de l'espérance de vie se poursuivent

- En 2001, l'espérance de vie à la naissance est de **83** ans pour les femmes et de **75,5** ans pour les hommes
- Depuis 1950, la croissance de l'espérance de vie est linéaire chez les hommes comme chez les femmes. L'écart entre hommes et femmes après s'être creusé jusqu'en 1995, se réduit à nouveau depuis)

<b>Espérance de vie à la naissance</b>	<b>1970</b>	<b>1975</b>	<b>1980</b>	<b>1985</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
<b>Femmes</b>	75,9	76,9	78,4	79,4	81	81,9	82,7	83
<b>Hommes</b>	68,4	69	70,2	71,3	72,8	73,9	75,2	75,5
<b>Ecart hommes femmes</b>	7,5	7,9	8,2	8,1	8,2	8	7,5	7,5

## A 65 ans, il reste encore à vivre...

Espérance de vie à 65 ans	Ecart		
	Femmes	Hommes	Hommes / Femmes
1970	16,8	13	3,8
1975	17,2	13,2	4
1980	18,2	14	4,2
1985	18,8	14,5	4,3
1990	19,9	15,6	4,3
1995	20,6	16,1	4,5
1999	21	16,5	4,5

### ➤ Pour les femmes en 1999

- A 65 ans, 21 ans
- A 75 ans, 12,9 ans
- A 85 ans, 6,6 ans

### ➤ Pour les hommes en 1999

- A 65 ans, 16,5 ans
- A 75 ans, 10,1 ans
- A 85 ans, 5,3 ans

**Partie 2.**

**Quel état de santé pour les  
personnes âgées demain ?**

# Trois indicateurs pour mesurer l'état de santé d'une population

- **La morbidité** (*les maladies*)
- **L'incapacité et la dépendance**
- **L'espérance de vie sans incapacité**

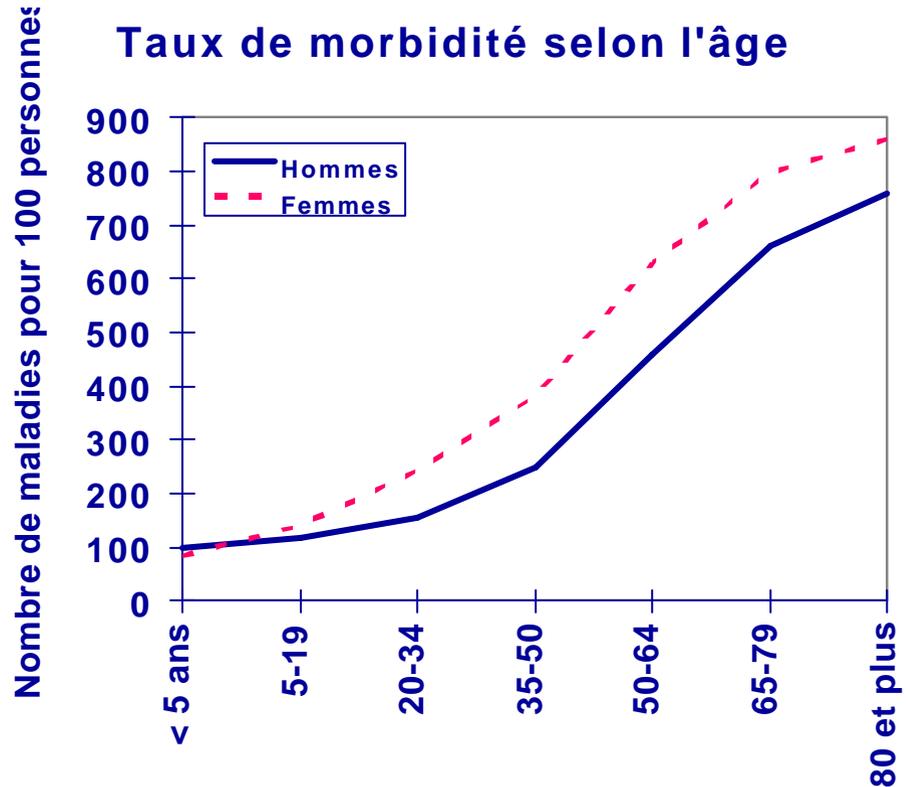
La morbidité

# Les difficultés de la mesure

- La **mesure de la morbidité réelle** : une utopie
  - Qu'est ce qu'une maladie ? Quand commence la maladie et quand finit elle ?
  - Qui interroger ? l'individu ? son médecin ?
- Les **différents types** de morbidité
  - morbidité *diagnostiquée*
  - morbidité *mesurée*
  - morbidité *ressentie* dont une partie va constituer la morbidité déclarée

# Le nombre de maladies augmente avec l'âge

- En moyenne, chaque personne âgée déclare 7,6 maladies un jour donné : 6,8 pour les hommes et 8,1 pour les femmes
- La progression avec l'âge très rapide chez les adultes, se ralentit chez les octogénaires

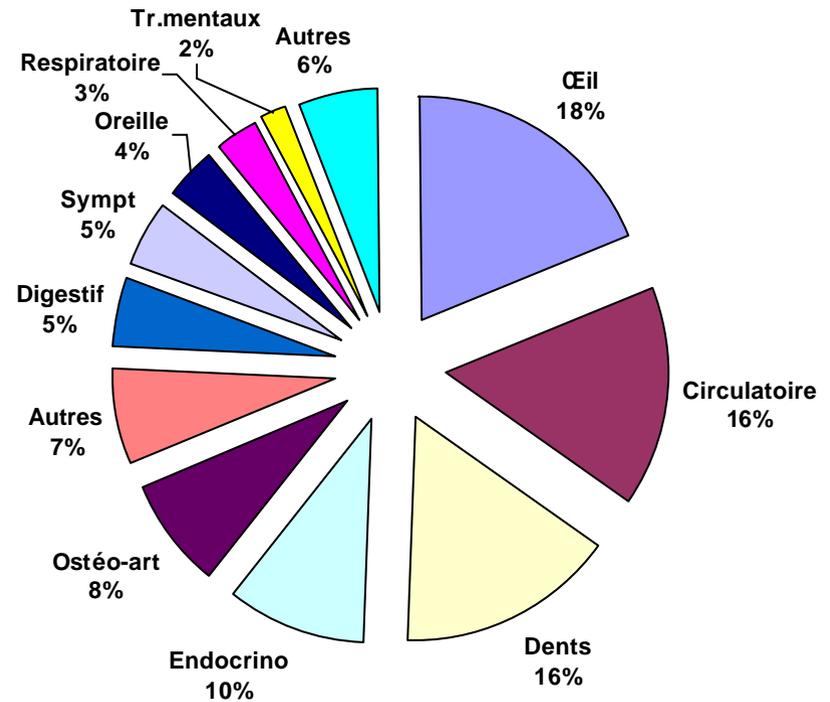


# Morbidité par grands groupes pathologiques

## ➤ Prévalence décroissante:

- maladies ophtalmologiques
- maladies cardiovasculaires
- maladies de la bouche et des dents
- maladies endocriniennes
- maladies ostéo-articulaires
- appareil digestif
- maladies de l'oreille
- Maladies de l'appareil respiratoire
- troubles mentaux et du sommeil

## ➤ importance des maladies chroniques



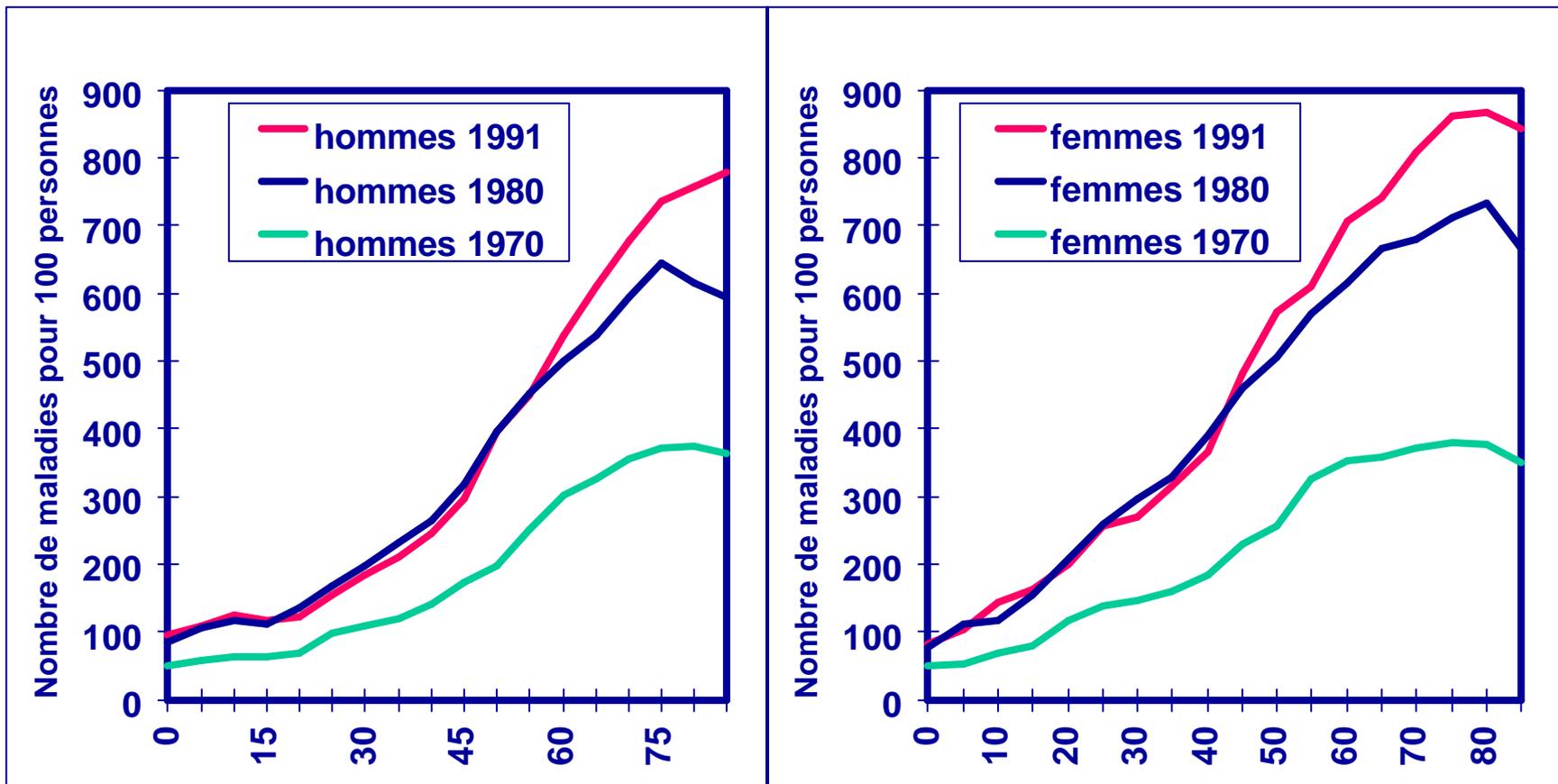
**La pathologie des 65 ans et plus r ésidant en m énages ordinaires**

**Enqu ˆte SPS/CREDES 1995**

# Evolution avec l'âge

- Progression avec l'âge des maladies cardiovasculaires
- Les maladies ostéo-articulaires n'augmentent pas après 80 ans
- Le taux des maladies endocriniennes diminue
- Les maladies digestives progressent
- Les troubles mentaux et du sommeil augmentent chez les 80+ ans (ORL aussi)

# Évolution des maladies déclarées de 1970 à 1991



# Les problèmes de santé des personnes âgées

- Les principaux problèmes de santé  
(d'après J. Ankri)
  - Les troubles psycho intellectuels
  - Les troubles de la marche et de l'équilibre
  - Les troubles sphinctériens
  - La iatrogénie en particulier médicamenteuse

# Démences

- La prévalence globale de la maladie d'Alzheimer est de 4,3%
- Elle augmente avec l'âge avec un doublement tous les 5 ans (1,4 à 22,7% chez les hommes entre 65-70 ans et 90 ans et plus, 0,6 à 27,5% chez les femmes du même âge)
- Incidence : 110 000 nouveaux cas par an

# Dépression

- En 1991 (population 65 ans +)
  - l'anxiété est déclarée
    - 5,9 fois pour 100 hommes
    - 11,1 fois pour 100 femmes
  - la dépression
    - 5,1 fois pour 100 hommes
    - 10,6 fois pour 100 femmes
- augmentation de la prévalence depuis 1980

# Psychotropes

	Ensemble	Tranquillisants	Antidépresseurs	Hypnotiques
<b>Hommes</b>				
60-69	17,8	11,7	2,5	5,8
70-79	19,9	11,4	1,5	7,2
80+	31,7	15,8	3,7	10,8
<b>Total H</b>	<b>8,6</b>	<b>5,3</b>	<b>1,4</b>	<b>2,8</b>
<b>Femmes</b>				
60-69	29,0	20,3	5,3	9,2
70-79	32,3	22,2	1,9	12,2
80+	34,1	20,4	3,3	14,7
<b>Total F</b>	<b>11,3</b>	<b>7,3</b>	<b>2,0</b>	<b>3,6</b>

Enquête INSEE 1991-92 (Mormiche, 1994)

# Psychotropes

## ➤ Etude EVA (Paterniti, 1998)

- parmi les consommateurs de médicaments
- 33.2% des femmes et 19.5% des hommes ont consommé au moins 1 psychotrope dans le mois précédent.

## ➤ Paquid (Fourier, 1996)

- 39.1% des sujets vivant à domicile utilise au moins un psychotrope
  - » 31,9% des BZD, 5.3% des ATD et 3.5% des NL
- 66.4% des sujets vivant en institution (43%/15%/21%)

# Suicides

Taux de suicide en fonction de l'âge  
(1994)

	<b>60-64 ans</b>	<b>65-74 ans</b>	<b>75-84 ans</b>	<b>85+ ans</b>
<b>Hommes</b>	0,7	1,0	1,0	3,2
<b>Femmes</b>	1,2	0,8	1,5	1,7
<b>Ensemble</b>	0,9	0,9	1,3	2,1

# Fracture du col fémoral

- 1.1/1000 personnes à 65 ans
- 32.2/1000 personnes à 85 ans
- 1F/3 , 1H/6 vivant jusqu 'à 90 ans
- hospitalisation 3 semaines
- mortalité 12 à 20% dans l 'année
- perte sévère de l'autonomie 25-35%

# Chutes

- 30 à 40% des plus de 60 ans chutent au moins un fois/an
- excès de risque de mortalité?
  - 1 chute OR= 1.5 [1.1-2.0]
  - plusieurs chutes OR= 2.2 [1.7-2.8]
  - ajustement sur nombre maladies et incapacités initiales--> OR = ns
- excès de morbidité

# Déficiences visuelles

- Cataracte :
  - 15/100 hommes, 24/100 femmes
- Glaucome
  - 5/100 hommes, 12/100 femmes
- DMLA? (35% pour les 75-84 ans)
- Les incapacités dues aux maladies oculaires ont progressé entre 1980 et 1990

# Déficiences auditives

- Prévalence des hypoacousies et surdité (population 65 ans +)
  - 24,7% pour les hommes
  - 15,8% pour les femmes
- Augmentation continue de fréquence dans cette population depuis 1970

# Dépendance et incapacité

## Le nombre de personnes dépendantes de 60 ans et plus selon l'indicateur de Colvez

- La grille de Colvez (indicateur EHPA) (4 niveaux)
  - 1: confiné au lit et au fauteuil 225 000 (1,9%)
  - 2: besoin d'aide pour la toilette et l'habillage 403 000 (3,3%)  
**Total dépendance lourde 628 000 ( 5,2%)**
  - 3: besoin d'aide pour sortir 789 000 (6,5%)  
**Total dépendance 1 417 000 ( 11,7 %)**
  - 4 : non dépendant

***Total 60 ans et plus 12 084 000***

Source : Enquête  
HID 1998-1999

## Dépendance physique et psychique souvent associées

- A domicile, la moitié des personnes confinées au lit et au fauteuil sont dépendantes psychiques. C'est le cas des deux tiers des personnes en institution.
- 24 % des personnes à domicile ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillage sont dépendantes psychiques et 62 % des personnes en institution.
- Au total, on estime à 269 000 le nombre de dépendants psychique, soit 2,2% des 60 ans et plus

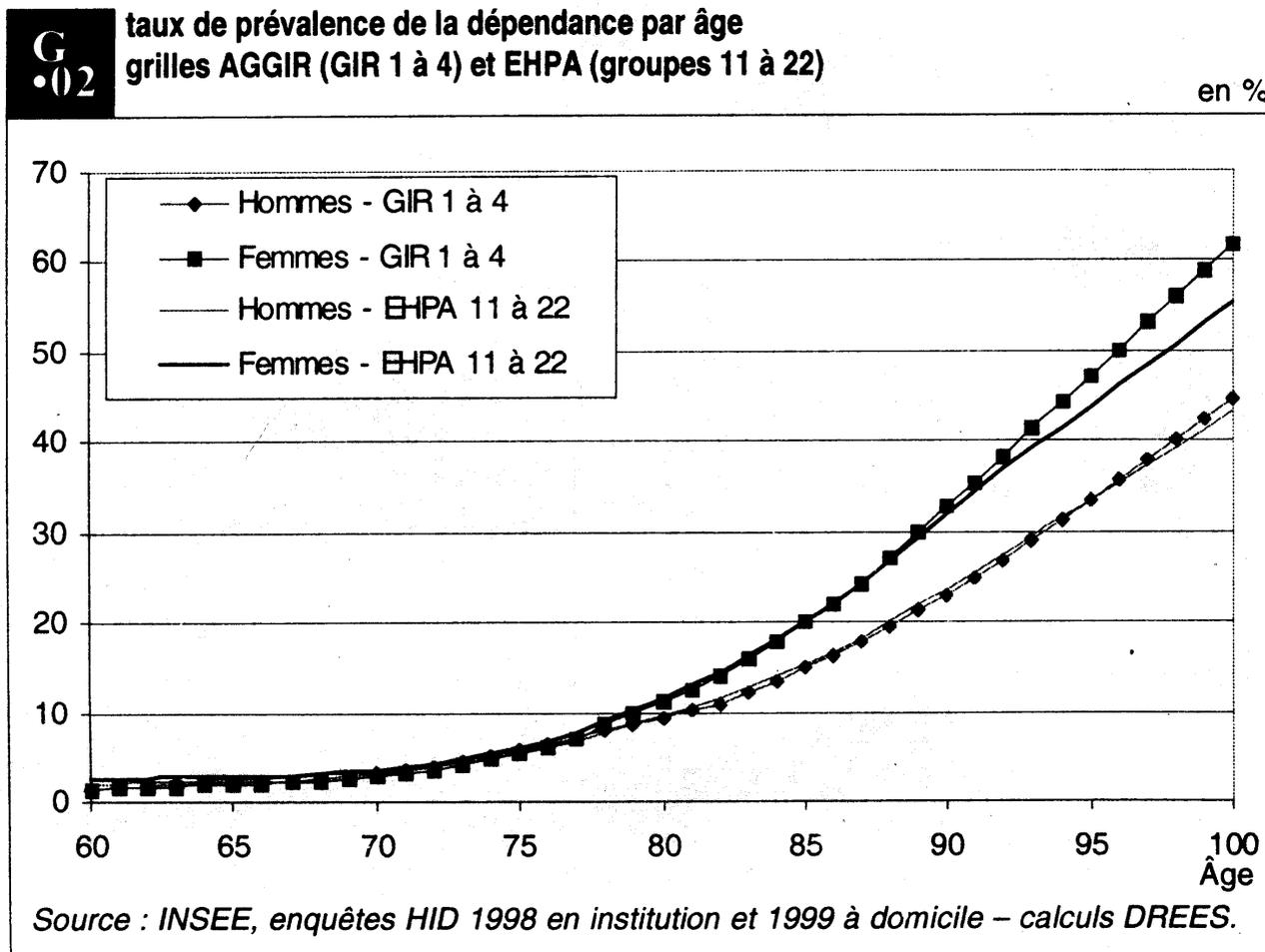
## Le nombre de personnes dépendantes de 60 ans et plus selon l'outil AGGIR

- L'indicateur GIR comprend 6 niveaux : seules les personnes du niveau 6 sont indépendantes, les personnes du niveau 5 ont besoin d'une aide ponctuelle
  - **GIR1 : 69 000 (0,5%)**
  - **GIR2 : 262 000 (2,2%)**
  - **GIR3 : 201 000 (1,7 %)**
  - Total GIR1-3 : 532 000 (4,4%)**
  - **GIR4 : 264 000 (2,2%)**
  - Total GIR1-4 : 796 000 (6,6%)**

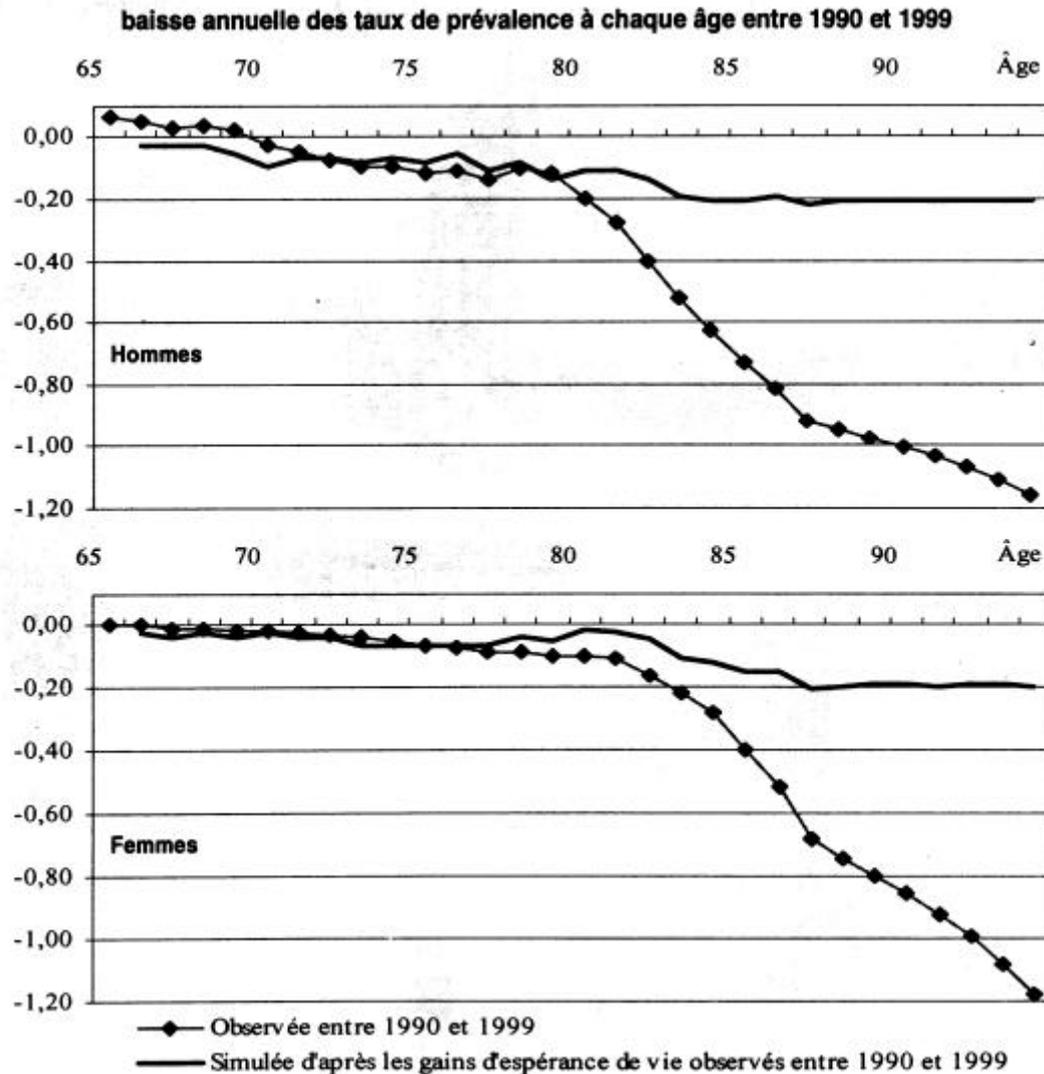
Source : Enquête  
HID 1998-1999

# Les taux de dépendance selon le sexe et l'âge

## Estimations selon les grilles AGGIR et EHPA



# Baisse des taux de prévalence par âge entre 1990 et 1999



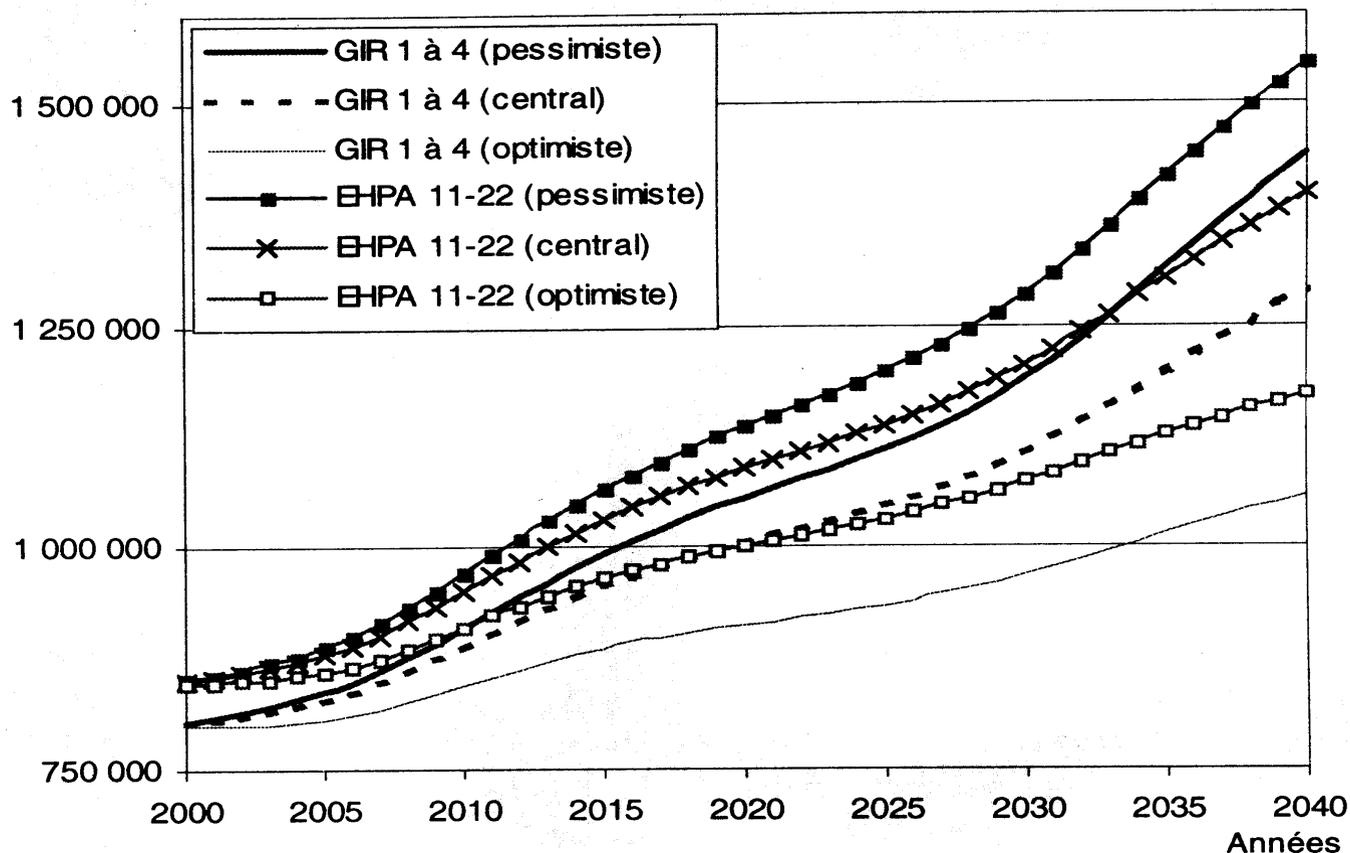
# Projections du nombre de personnes dépendantes à l'horizon 2040

- Hypothèse pessimiste : les gains d'espérance de vie sans dépendance évoluent en parallèle à l'espérance de vie générale
- Hypothèse optimiste : les taux de prévalence vont continuer à baisser à un rythme comparable à celui observé dans les années 90 (+ rapide pour les 80 ans et plus)
- Hypothèse centrale : les taux de prévalence baissent moins vite que dans l'hypothèse précédente

# Nombre de personnes dépendantes de 60 ans et plus pour différents scénarios

G  
03

nombre de personnes dépendantes de 60 ans ou plus  
pour différents scénarios



Sources : INSEE, enquêtes HID 1998 et 1999 et Projections démographiques 2001 – calculs DREES.

# Un accroissement important du nombre de personnes dépendantes

- Entre 2000 et 2020, le nombre de personnes dépendantes augmenterait de 23 ou 26 % selon l'indicateur de dépendance retenu; la hausse serait limitée à 14 % ou 18% dans l'hypothèse optimiste, mais irait jusqu'à 31 ou 33% dans l'hypothèse pessimiste
- Groupes GIR 1-4 : on passe de 790000 personnes en 2000 à 910 000 en 2020 dans le scénario optimiste et 1 050 000 dans le scénario pessimiste
- Groupes EPHA 11 à 22 : on passe de 850 000 en 2000 à 1 000 000 dans le scénario optimiste et 1 140 000 dans le scénario pessimiste

Espérance de vie sans incapacité

# Variations de l'espérance de vie sans incapacité

	<i>Hommes</i>	<i>1981</i>	<i>1991</i>	<i>Evolution</i>
<b>espérance de vie totale</b>		<b>70,4</b>	<b>72,9</b>	<b>2,5</b>
<b>espérance de vie sans incapacité sévère</b>		<b>68,9</b>	<b>71,7</b>	<b>2,8</b>
<b>espérance de vie sans incapacité</b>		<b>60,8</b>	<b>63,8</b>	<b>3,0</b>
	<i>Femmes</i>	<i>1981</i>	<i>1991</i>	<i>Evolution</i>
<b>espérance de vie totale</b>		<b>78,6</b>	<b>81,1</b>	<b>2,5</b>
<b>espérance de vie sans incapacité sévère</b>		<b>76,3</b>	<b>78,8</b>	<b>2,5</b>
<b>espérance de vie sans incapacité</b>		<b>65,9</b>	<b>68,5</b>	<b>2,6</b>

# Evolution de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans

	<b>1981</b>	<b>1991</b>	<b>évolution</b>
<b>Femmes</b>			
espérance de vie	18,3	20,1	+1,8
espérance de vie sans incapacité sévère	16,5	18,1	+1,6
espérance de vie sans incapacité	9,8	12,1	+2,3
<b>Hommes</b>			
espérance de vie	14,1	15,7	+1,6
espérance de vie sans incapacité sévère	13,1	14,8	+1,7
espérance de vie sans incapacité	8,8	10,1	+1,3

## Evolution de l'espérance de vie sans incapacité à 85 ans

	<b>1981</b>	<b>1991</b>	<b>évolution</b>
<b>Femmes</b>			
espérance de vie	5,4	6,2	+0,8
espérance de vie sans incapacité sévère	3,8	4,3	+0,5
espérance de vie sans incapacité	1,5	1,8	+0,3
<b>Hommes</b>			
espérance de vie	4,4	5	+0,6
espérance de vie sans incapacité sévère	3,5	4,1	+0,6
espérance de vie sans incapacité	1,4	1,7	+0,3

# Évolution de l'influence des maladies sur l'incapacité

- L'influence de certaines maladies sur les incapacités **a diminué** :
  - maladies cérébro-vasculaires
  - maladies ostéo-articulaires
  - maladies cardiaques
  - maladies des artères et des veines
  - traumatismes
  - maladies du système nerveux
- Ceci signifie une **diminution de la gravité des maladies**

- Certaines maladies sont **plus souvent incapacitantes** :
  - les maladies mentales chez les femmes
  - les maladies des yeux
- et pour d'autres les variations ne sont pas significatives, par ex :
  - les maladies respiratoires
  - les cancers
  - les maladies auditives

Quel état de santé pour les  
personnes âgées demain ?

# Trois théories sur l'évolution de l'état de santé (1)

- La **pandémie** des troubles mentaux, des maladies chroniques et des incapacités (Gruenberg et Kramer 1980) : la date d'apparition des maladies reste identique, mais la durée de survie avec maladie augmente (diminution des taux de létalité). en repoussant le moment du décès, on fait de plus apparaître des états plus sévères.
- La **compression de la morbidité** (Fries 1980) : L'âge moyen d'apparition des maladies est retardé , alors que l'espérance de vie est relativement constante ; la morbidité est donc *compressée* dans une courte période de temps. La courbe de survie se rectangularise.

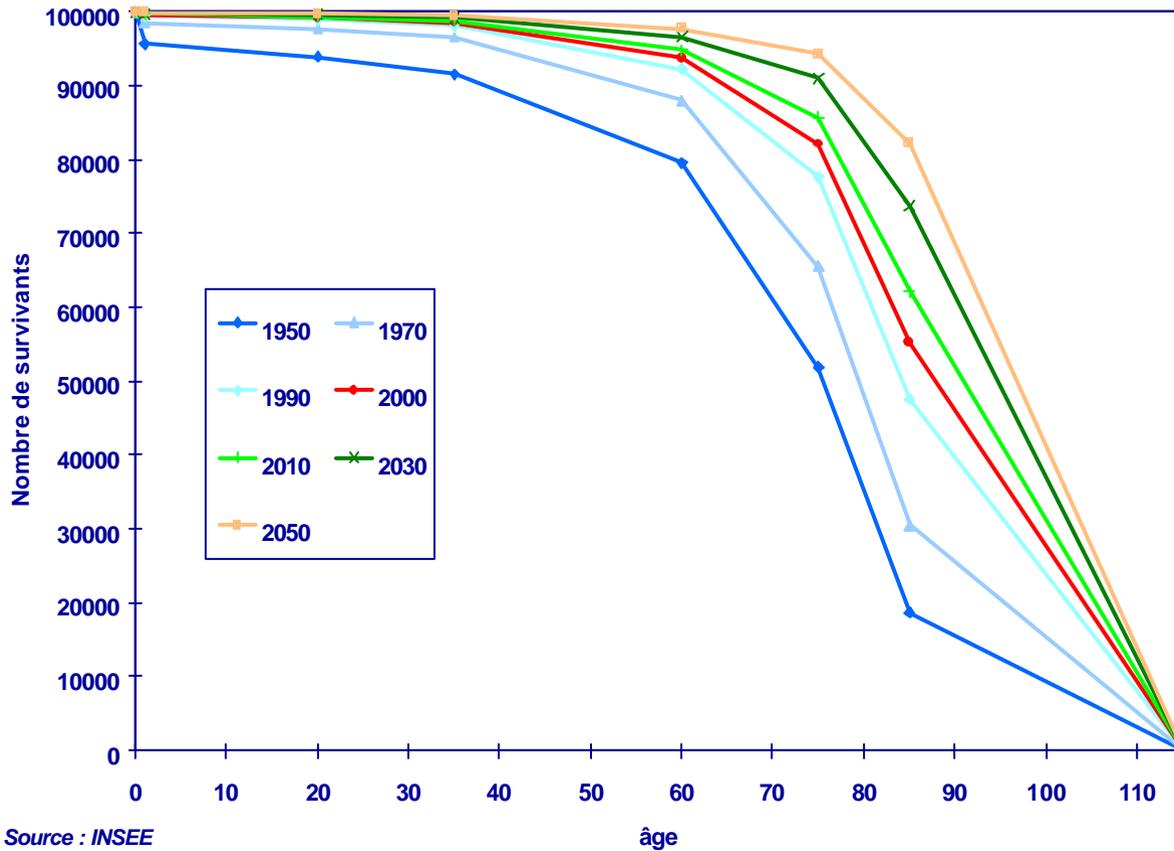
## Trois théories sur l'évolution de l'état de santé (2)

- **L'équilibre dynamique** (Manton 1992) : La hausse de l'espérance de vie est en partie expliquée par le ralentissement de développement des maladies chroniques. La prévalence des maladies augmente, mais les affections sont en moyenne moins sévères

# La forme de la courbe de survie

- La rectangularisation de la courbe de survie (Fries, 1980) repose sur les arguments suivants
  - la durée de vie de l'espèce humaine est fixe
  - l'espérance de vie augmente en rectangularisant la courbe de survie
  - la courbe de survie limite correspond à une concentration des décès autour de 85 ans
  - de meilleures habitudes de vie vont repousser l'apparition des maladies chroniques et du handicap
- *Compression de la morbidité*

# Courbe de survie des femmes de 1950 à 2050 - Projections INSEE



Source : INSEE

# Combinaison de ces théories avec celles concernant la survie : 5 scénarios de base

- **compression absolue de l'incapacité** : l'espérance de vie avec incapacité (EVI), exprimée en année diminue
- **compression relative** : le ratio espérance de vie en incapacité/espérance de vie (EVI/EV) diminue, bien que le nombre d'années en incapacité augmente
- **équilibre** : le ratio espérance de vie en incapacité/espérance de vie (EVI/EV) est constant
- **expansion relative** : le ratio espérance de vie sans incapacité/espérance de vie (EVSI/EV) diminue, bien que le nombre d'années vécues sans incapacité augmente
- **expansion absolue** : l'espérance de vie sans incapacité (EVSI), exprimée en année diminue

## Les résultats pour la France semblent indiquer une compression de la morbidité

- entre 1980 et 1991, l'espérance de vie sans incapacité a augmenté de près de 3 ans :
  - 60,8 à 63,8 pour les hommes
  - 65,9 à 68,5 pour les femmes
- en même temps la durée moyenne de vie avec incapacité a diminué très légèrement (-0,5 pour les hommes, -0,1 pour les femmes)
- A partir de la cohorte PAQUID, il a été montré une hausse significative de l'autonomie des personnes de 75 à 84 ans entre les générations 1903-1912 et 1913-1922

Partie 3.

Les conséquences du vieillissement  
de la population sur les dépenses de  
santé

# Comment expliquer la croissance de la consommation médicale ?

- effet **vieillesse** qui se décompose en :
  - effet mécanique lié à l'augmentation des effectifs de personnes âgées (papy-boom et augmentation de la longévité)
  - effet génération lié au fait qu'au même âge des générations différentes consomment différemment
- effet **niveau de vie**
- effet **prix**
  - effet progrès technique
  - effet prix des services
- effet **offre de soins**

# L'effet mécanique : 2 actions antagonistes

- La **déformation de la structure** par âge
  - l'impact de la structure par âge sur les dépenses de soins était estimé à 0,4 % dans les années 80 et 0,5 % dans les années 90
  - il devrait augmenter entre 2000 et 2020 pour se situer aux alentours de **0,7%** par an
- L'évolution de **l'effectif total** de la population : la croissance de la population ralentit
- Au total, une croissance de l'ordre de **1%** par an

# **Ce seul effet mécanique entraînera**

- un doublement des fractures ostéoporotiques du col du fémur (50 000 cas en 1996 et 100 000 en 2050)
- un doublement du nombre de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer en 20 ans (270 000 à 360 000 aujourd'hui)
- une augmentation de 8% entre 2001 et 2005 de la population atteinte de Parkinson (118000 à 128000)

...

## ...et une forte croissance des séjours hospitaliers

- augmentation de **19 %** du nombre des séjours hospitaliers (à taux par âge constants) et en particulier :
  - +39 % pour affections oculaires
  - +37 % pour les maladies de l'appareil circulatoire
  - +34 % pour les maladies de l'appareil respiratoire
  - +30 % pour les affections endocriniennes ou métaboliques, pour les affections du rein et des voies urinaires, pour l'appareil génital masculin, pour les tumeurs

# L'effet génération

- comportements propres à chaque génération (niveau de vie, niveau d'instruction, milieu social, protection sociale, degré d'urbanisation, hygiène de vie)
- Pour certains cet effet, a été important dans les années 60 et 70 et aura disparu d'ici 2010
  - de 1970 à 1990, la consommation des personnes âgées a progressé plus vite que celle des jeunes adultes : les personnes âgées ont rattrapé leur retard
- Des études récentes posent la question de sa persistance (M.Grignon)

# L'effet «progrès technique»

- Cet effet a largement contribué à l'augmentation par le passé des consommations médicales (par ex : la chirurgie pour cataracte, les remplacements d'articulations et les pontages sont beaucoup plus courants qu'autrefois)
- On peut anticiper des avancées sur les cancers et sur les pathologies du vieillissement
- Cependant, il est difficile de prévoir si les progrès techniques toucheront relativement davantage les jeunes ou les personnes âgées

# L'effet «évolution du niveau de vie»

- le niveau de vie aurait une incidence sur la demande de services et sur leur financement
  - par le passé, le niveau de vie des retraités qui était inférieur à celui des actifs est devenu supérieur
  - cette constatation est vraie au niveau macro-économique (international par exemple), mais au niveau individuel, l'augmentation n'est pas proportionnelle
  - Cet effet a été par le passé également plus important que les autres effets

# Effet de l'offre de soins

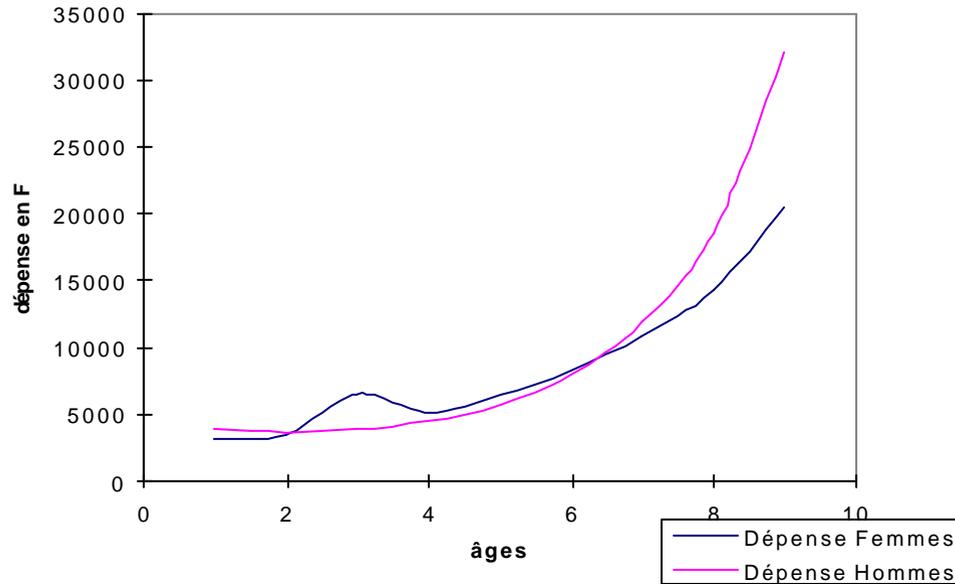
- démographie des professions de santé
- gains de productivité

Les résultats des études récentes :  
Michel Grignon, CreDES

# Partant du constat que la dépense augmente avec l'âge

Profil de dépense annuelle par âge (1997)

Source : CREDES



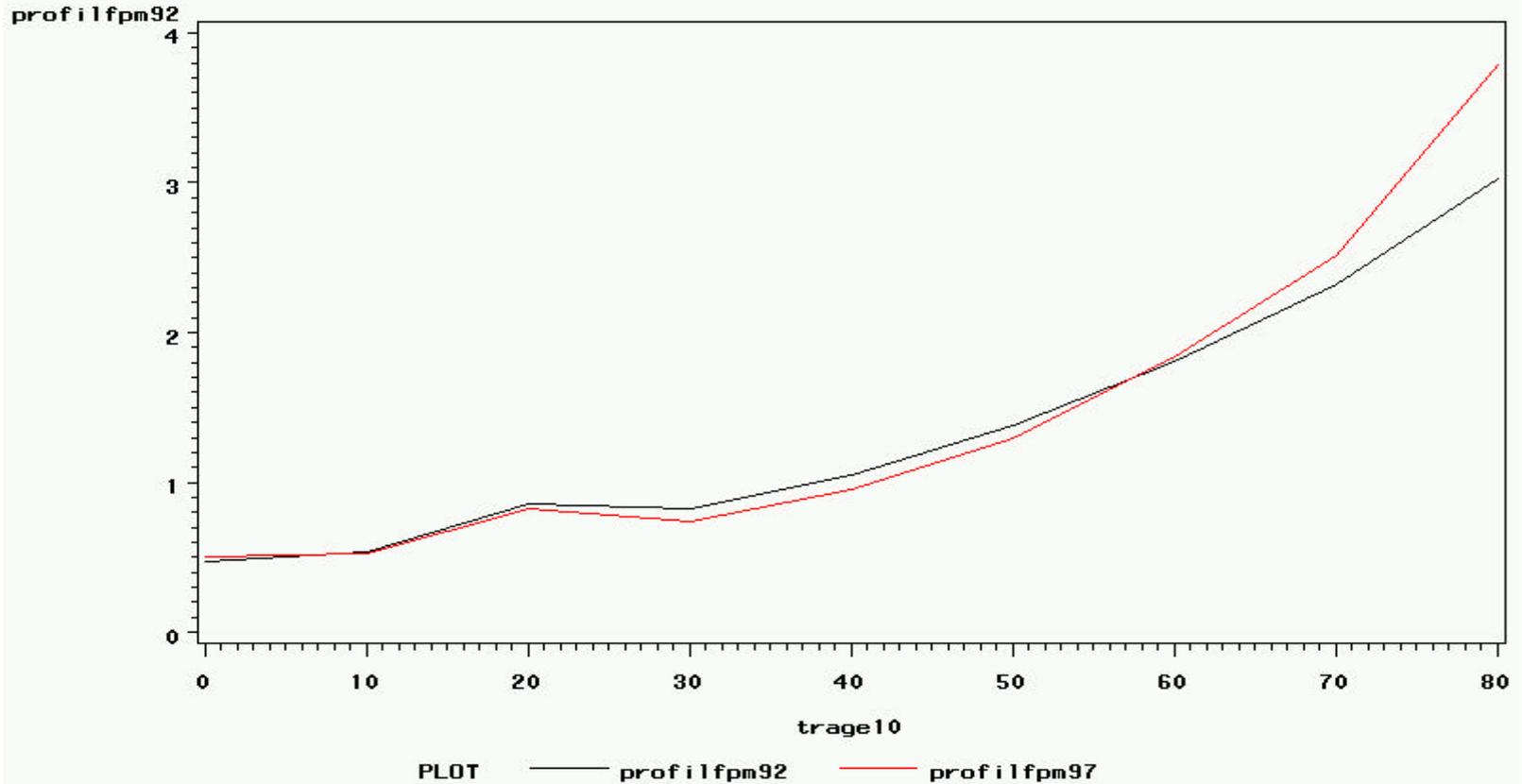
On estime d'abord l'impact mécanique du vieillissement,  
mais il faut aller plus loin

- une proportion plus importante de personnes âgées dans la population entraîne une dépense par tête plus forte
- Mais, le profil par âge se modifie : les plus âgés consomment de plus en plus par rapport aux plus jeunes. La courbe se « creuse »

# France, 1992-97 : le profil s'est modifié

profil d'apense totale FPM par age

1992 et 1997 RG seul non redresse  
Sexe en caractères=' '



# Ce qui peut contribuer à déformer le profil

- Le lien âge - dépense cache d'autres liens
  - Entre âge et état de santé : le vieillissement s'accompagne d'une dégradation de l'état de santé, génératrice de dépense
  - Entre âge et caractéristiques économiques : le revenu ou la détention de couverture complémentaire varient avec l'âge et influencent la demande de soins

# Analyse de la dépense

- L'état de santé, décrit par la morbidité, explique la croissance de la dépense avec l'âge : pour un homme de 65 ans, la première maladie ajoute 2400 F par an à la dépense, la deuxième 4100 F et la quatrième 12000F
- La possession d'une couverture complémentaire explique un recours plus fréquent et une dépense supérieure
- Niveau d'étude et revenu ont peu d'influence
- L'effet résiduel de l'âge est négatif : à 70 ans, une année de plus (à santé constante) conduit à -60F par an :
  - Rationnement de la part du système de soins ?
  - Renoncement volontaire aux soins de la part des plus âgés ?
  - Effet de génération ?

# Les scénarios possibles doivent prendre en compte

- L'évolution de la couverture complémentaire : la tendance est au rapprochement des taux de détention des plus âgés et des autres.
- La proximité du décès : des analyses ont montré qu'une fois prise en compte la proximité du décès, il n'y avait plus d'effet d'âge sur les dépenses médicales. Or l'augmentation de la longévité est synonyme de diminution de la proportion de personnes dans leur dernière année de vie à tout âge
- Les années de vie gagnées sont-elles en bonne santé ou en mauvaise santé ? L'approche actuelle est plutôt optimiste

# Effet de génération ou effet de rationnement ?

- La modélisation menée successivement sur les données de 1992 et 1997 montre que l'effet résiduel de l'âge est plus négatif en 1997 qu'en 1992
- Ceci contredit des résultats précédents, qui prédisaient un rattrapage, mais ne contrôlaient pas par les facteurs socio-économiques
- Interprétations : rationnement, renoncement ou médicalisation par générations successives ?

En conclusion

# Des prévisions périlleuses

- Comme toutes les prévisions, les estimations des conséquences du vieillissement des personnes âgées sur les dépenses de soins sont très périlleuses
- De multiples facteurs rentrent en ligne de compte : évolution démographique, de l'état de santé, de la protection sociale, les choix économiques et sociaux d'affectation des ressources, le type et nature des progrès médicaux, dont la plupart ne sont pas prévisibles,...

# Des informations limitées

- Les prévisions globales ont jusqu'à présent seulement pris en compte l'effet démographique
  - La croissance des dépenses de santé liée au vieillissement est ainsi estimée à 1% par an
  - Ce qui représente + 0.9 point de PIB en 20 ans

- Ou se sont limitées à combiner l'effet démographique avec des évolutions tendanciennes de certaines pathologies
- A partir des données du PMSI, on a estimé l'augmentation de certains actes chirurgicaux
- Sont aussi prévues (Leem):
  - une augmentation de la prise en charge et du dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire (obésité, diabète)
  - augmentation de la population à traiter pour l'ostéoporose
  - Une croissance du marché liée à la maladie d'Alzheimer, ou au Parkinson,
- Des recherches sont actuellement en cours pour affiner les prévisions

# Pour en savoir plus...

- Brutel Ch. **La population de la France métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable**, INSEE, Economie et Statistiques n°355-356, 2002
- Sermet C. , **Evolution de l'état de santé des personnes âgées**, Questions en santé publique, Inserm-CREDES, 1998
- Colin C., **Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicap-incapacités-dépendance**, Etudes et résultats, Drees, n°94, décembre 2000
- Olivier Bontout, Christel Colin et Roselyne Kerjosse, **Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels**, Etudes et résultats, Drees, n°160, février 2002
- Robine JM, Cambois E., Romieu I., **Construction de différents scénarios de l'évolution de l'état de santé de la population française à l'horizon 2020**, INSERM - Démographie et santé, rapport d'étude, mai 1998.
- Robine JM , Mormiche P. , Sermet C. , **Vie et santé s'allongent : un effet conjoint de meilleures conditions d'existences et des progrès médicaux**, in Données Sociales 1996, INSEE
- Robine J.M., Mormiche P., Cambois E. (1994), **L'évolution de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans**, gérontologie et société, 71 : 66-84.
- SNIP, LIR, **Évaluation des besoins médicaux en France liés à 18 pathologies majeures**, mai 2001