

**L'évolution paradoxale de l'état de santé
des personnes âgées en France :
amélioration du pronostic vital,
diminution de l'incapacité
et augmentation du nombre de maladies***

An Mizrahi
Ar Mizrahi

Biblio n° 1027

Août 1994

* *Communication présentée à Sitges (Espagne), Conférence "Economics of Aging" organisée par la "European Science Foundation", du 25 au 29 juin 1994.*

Toute reproduction de textes, graphiques ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.
En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le Directeur du CREDES devra être informé préalablement.

Plan

- Augmentation de l'espérance de vie aux âges avancés
- Augmentation du nombre de maladies
- Un indicateur de morbidité :
 - le pronostic vital
 - l'invalidité
- Amélioration de l'état de santé des personnes âgées à domicile
- Les personnes âgées en institution
- Amélioration globale de l'état de santé des personnes âgées

L'augmentation du nombre de personnes âgées et surtout très âgées est souvent perçue comme devant inexorablement accroître le nombre de personnes dépendantes, infirmes ou handicapées. Or, l'âge n'est pas, en soi, une mesure de l'état de santé.

Les liens entre âge et état de santé sont propres à une période et à une société et sont fonction des connaissances et techniques médicales, des possibilités d'y recourir, des modes de vie, etc.

Au cours de la dernière période, les personnes âgées ont bénéficié plus que les autres groupes démographiques de la diffusion des soins, leur protection sociale s'est améliorée et leur niveau de vie a progressé plus rapidement que celui des personnes plus jeunes. L'ensemble de ces éléments a eu des répercussions favorables sur leur état de santé qui se sont traduites tant par une augmentation de leur espérance de vie que par une amélioration de leur état de santé.

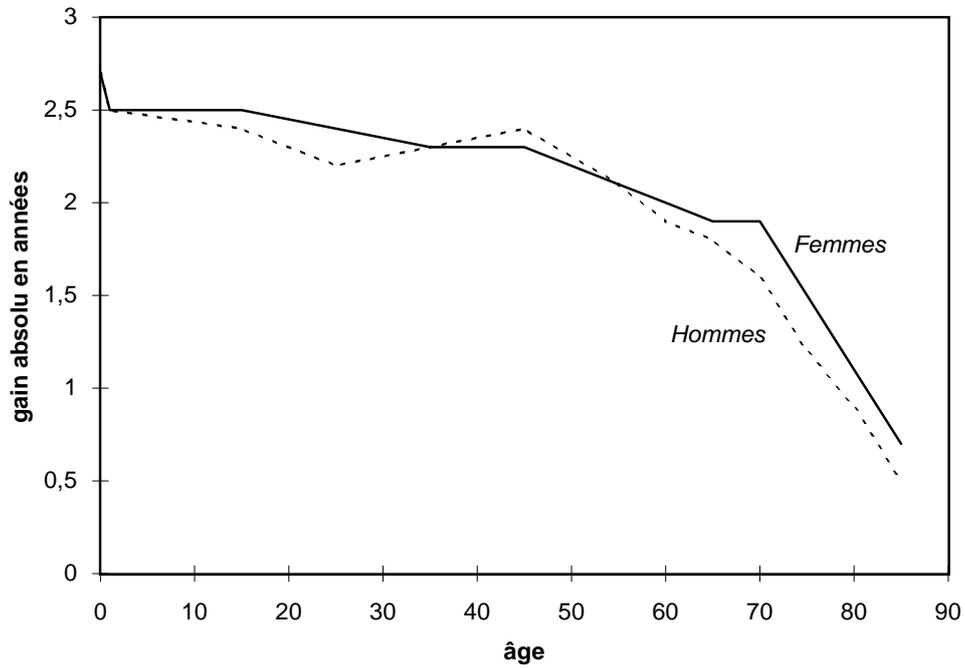
Nous analyserons successivement les évolutions en France, entre 1980 et 1991, de l'espérance de vie, du nombre de maladies et de l'indicateur de morbidité à deux dimensions (risque vital et invalidité) que l'équipe de recherche du CREDES a mis au point.

Augmentation de l'espérance de vie aux âges avancés

Pendant cette période, l'espérance de vie a augmenté à tous les âges. Le gain est à la naissance de 2,7 ans aussi bien pour les femmes que pour les hommes. Même à 85 ans, l'espérance de vie s'est allongée de manière non négligeable : 6 mois pour les hommes et 8,4 mois pour les femmes. A partir de 60 ans, le gain d'espérance de vie des femmes est supérieur à celui des hommes (cf. graphique 1).

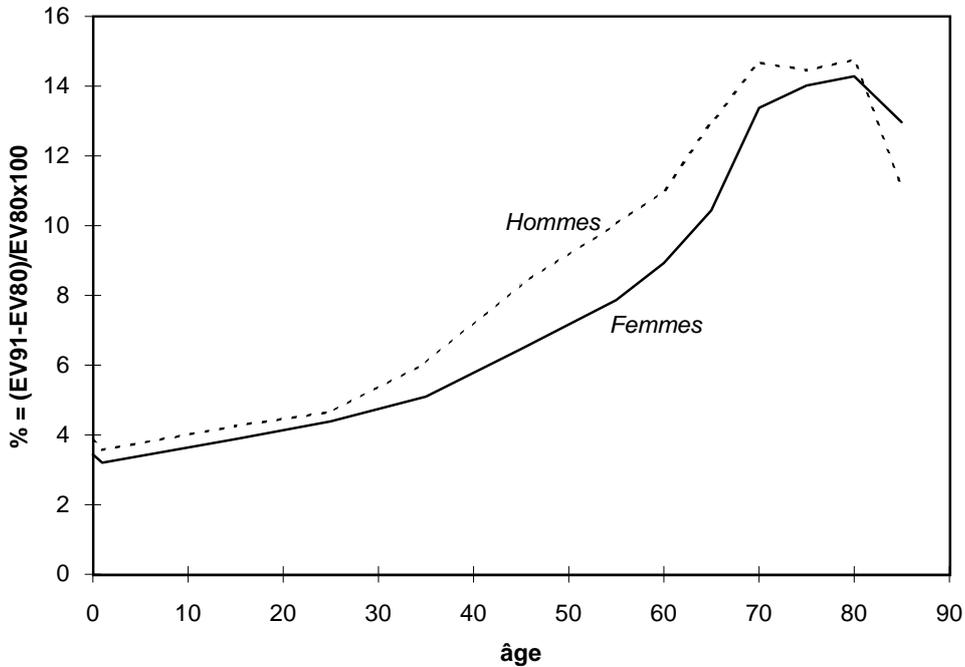
En valeurs relatives, c'est à dire en pourcentage de l'espérance de vie en 1980, le gain est nettement plus important à 85 ans (de l'ordre de 13 %) qu'à la naissance (inférieur à 4 %). A l'exclusion des âges extrêmes, le gain relatif d'espérance de vie augmente avec l'âge et il est maximum entre 70 et 80 ans. Le gain relatif d'espérance de vie des femmes n'est supérieur à celui des hommes qu'à 85 ans et plus (cf. graphique 2).

Graphique 1
Gain d'espérance de vie par âge et sexe : accroissements absolus
France 1980-1991



Source : CREDES n° 1027 - Annuaire statistique INSEE

Graphique 2
Gain d'espérance de vie par âge et sexe : accroissements relatifs
France 1980-1991



Source : CREDES n° 1027 - Annuaire statistique INSEE

Augmentation du nombre de maladies

Pour décrire la morbidité d'une population dans une optique épidémiologique, on estime le nombre de personnes souffrant des différentes affections. En admettant que la probabilité de dégradation de l'état de santé s'accroît lorsque le nombre de maladies augmente, le nombre de maladies devrait permettre d'approcher la notion plus générale de morbidité. Quoique cette hypothèse soit insatisfaisante, car elle consiste à agréger des troubles de nature et de gravité différentes, on observe bien, à un instant donné, une relation positive entre nombre de maladies et dégradation de l'état de santé.

De telles mesures posent cependant au cours du temps le problème de l'identification des maladies : deux troubles distincts sont-ils la conséquence d'une seule et même maladie ou sont-ils les symptômes de deux maladies différentes (fièvre et insomnie par exemple) ? Quand commence et quand se termine une maladie ? En particulier, à quel moment l'aggravation d'une maladie peut-elle être considérée comme une entité distincte (complications de l'HTA) ? La réponse à ces questions dépend de l'état des connaissances médicales, et le même tableau clinique pourra donner lieu, au cours du temps, à des variations dans les évaluations du nombre de maladies.

Le nombre d'affections a été estimé pour toutes les personnes appartenant aux échantillons des enquêtes nationales sur la santé et les soins médicaux soit, pour les personnes de 65 ans et plus résidant à leur domicile, 2 668 en 1980 et 2 616 en 1991. On a distingué les maladies de longue durée ou chroniques qui sont estimées au dernier jour de l'enquête et les maladies aiguës dont l'incidence est calculée pendant une période de 12 semaines.

Parallèlement à l'augmentation de l'espérance de vie aux âges avancés, le nombre d'affections de longue durée dont sont atteintes les personnes de 65 ans et plus un jour donné (morbidité prévalente) a augmenté d'environ 20 % entre 1980 et 1991 passant de 6,20 à 7,50 (cf. tableau 1). Le nombre de maladies incidentes aiguës en 12 semaines a moins augmenté, passant de 0,52 par personne en 1980 à 0,55 en 1991.

Tableau 1
Nombre de maladies de longue durée prévalentes et aiguës incidentes
des personnes âgées de 65 ans et plus résidant à leur domicile, selon le sexe
 France 1980 - 1991

Personnes âgées résidant à leur domicile	Nb de maladies de longue durée prévalentes (existantes un jour donné) <i>par personne</i>		Nb de maladies aiguës incidentes (apparues en 12 semaines) <i>par personne</i>	
	1980	1991	1980	1991
Hommes				
65 à 79 ans	5,65	6,57	0,44	0,48
80 ans et plus	5,71	7,66	0,49	0,57
65 ans et plus	5,66	6,77	0,45	0,50
Femmes				
65 à 79 ans	6,55	7,89	0,55	0,57
80 ans et plus	6,77	8,59	0,63	0,65
65 ans et plus	6,59	8,07	0,57	0,57
Ensemble				
65 à 79 ans	6,17	7,29	0,51	0,53
80 ans et plus	6,37	8,25	0,57	0,62
65 ans et plus	6,20	7,50	0,52	0,55

Source : CREDES n° 1027 - Enquêtes nationales sur la santé et les soins médicaux 1980-1991

Au cours du temps, le nombre moyen de maladies par personne¹ augmente du fait essentiellement d'une détection plus précoce, d'une meilleure identification, et de traitements plus efficaces. Simultanément, l'état de santé (pronostic vital, invalidité, espérance de vie) s'améliore². Cet apparent paradoxe est le résultat d'un double phénomène :

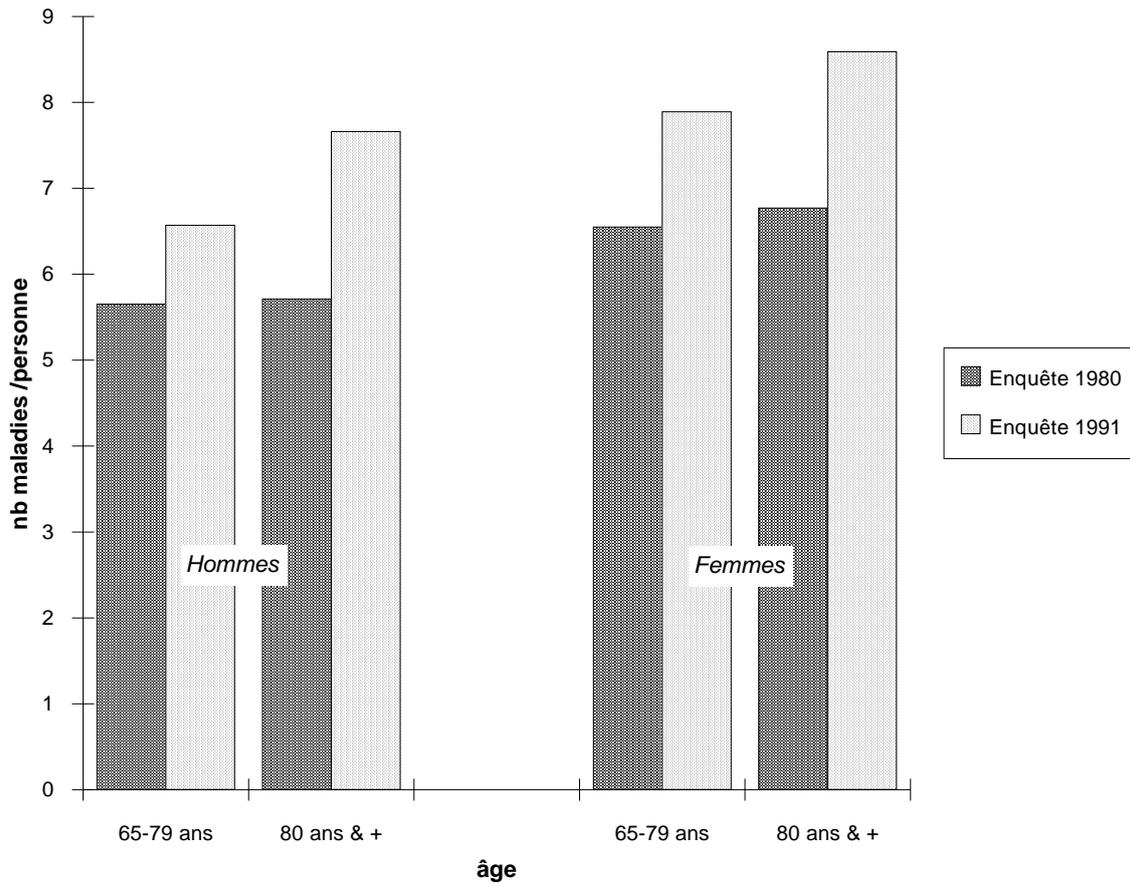
- les soins médicaux, en même temps qu'ils préviennent ou retardent l'apparition des maladies et ralentissent leur évolution, en diminuent le risque mortel,
- une même maladie, à un même degré d'évolution, devient moins grave dès lors qu'un traitement efficace est disponible.

¹ Cf. Th LECOMTE, "Evolution de la morbidité déclarée. France 1970-1980" CREDOC, 1984, n° 630.
 C. SERMET, "De quoi souffre-t-on ? Description et évolution de la morbidité déclarée. 1980-1991" Solidarité Santé n° 1. 1994.

² Cf. An MIZRAHI, Ar MIZRAHI, "Evolution de l'état de santé - Risque vital et invalidité - France 1980-1988" CREDES, 1989, n° 814.

Le nombre de maladies prévalentes par personne augmente avec l'âge et est plus élevé pour les femmes que pour les hommes. Entre 1980 et 1991, les maladies prévalentes ont augmenté, tant pour les hommes que pour les femmes, pour les personnes de 65 à 79 ans comme pour celles de 80 ans et plus. (cf. graphique 3).

Graphique 3
Evolution des maladies de longue durée prévalentes
des personnes âgées de 65 ans et plus résidant à leur domicile, par sexe
France 1980 - 1991



Source : CREDES n° 1027 - Enquêtes nationales sur la santé et les soins médicaux 1980-1991

Un indicateur de morbidité

On peut donc conclure à une contradiction apparente entre l'augmentation du nombre de maladies, plus précocement et mieux identifiées en 1991 qu'en 1980, et la diminution des taux de mortalités (augmentation générale des espérances de vie).

Pour tenter de contourner ces difficultés (identification des maladies, somme simple d'entités de nature très différente), nous avons utilisé l'indicateur de morbidité du CREDES.

Dès les années 60, sous l'impulsion de Georges Rösch, l'équipe du CREDES a expérimenté des indicateurs individuels de morbidité, basés sur des informations obtenues au cours d'enquêtes détaillées, auprès des ménages, sur la santé et les soins médicaux.

Après diverses tentatives³, on a retenu un indicateur à deux dimensions : le risque vital et l'invalidité. C'est une synthèse pronostique des différentes maladies, infirmités et déficiences, complétée éventuellement des traitements suivis, de chaque enquêté. Ce pronostic, effectué par un médecin, tient compte des connaissances médicales et des traitements disponibles au moment où il est établi. Il est donc daté et situé : pour une observation de 1980, il s'agit du risque vital et de l'invalidité des patients observés en 1980, du fait de leur état de santé, et compte tenu des thérapeutiques disponibles en 1980. Il en est de même pour les patients observés en 1991.

L'indicateur de morbidité du CREDES ne mesure donc pas un état de santé "intrinsèque" hors du temps et de l'espace : les améliorations constatées doivent être interprétées comme une diminution du risque vital et de l'invalidité des personnes âgées, entre 1980 et 1991, non comme une diminution du nombre de maladies, une amélioration des paramètres biologiques, ...

Cet indicateur a été appliqué à l'ensemble de l'échantillon des enquêtes décennales de 1980 et 1991, donc 2 668 personnes de 65 ans ou plus résidant à leur domicile en 1980 et 2 616 en 1991⁴.

³ Cf. M. MAGDELAINE, An MIZRAHI, Ar MIZRAHI, G. RÖSCH, "Un indicateur de morbidité appliqué aux données d'une enquête sur la consommation médicale" *Consommation* n° 2, 1967, n° 137.

⁴ L'indicateur n'a pas pu être estimé pour 112 personnes (102 en 1980 et 10 en 1991) car les informations recueillies ont été jugées insuffisantes par les médecins codeurs.

Le pronostic vital

Selon la même procédure dans les deux enquêtes, un médecin positionne chaque enquêté dans une des 6 classes de pronostic vital, au vu de l'ensemble des informations sur ses affections, déficiences et handicaps, ses consommations médicales et les traitements qu'il suit. Les 6 classes de pronostic vital sont de gravité strictement croissante⁵ :

- 0 - pas d'affection
- 1 - pas de pronostic péjoratif
- 2 - pronostic péjoratif très faible
- 3 - risque possible sur le plan vital
- 4 - pronostic probablement mauvais
- 5 - pronostic sûrement mauvais

Le pronostic vital des personnes âgées s'est amélioré

L'amélioration est surtout sensible pour les risques graves puisque le pourcentage de personnes de 65 ans et plus ayant un pronostic probablement ou sûrement mauvais (classes 4 et 5) est passé de 17,9 % en 1980 à 10,2 % en 1991. Par contre, le pourcentage de personnes de 65 ans et plus, pour lesquelles aucun pronostic péjoratif ne peut être porté ou ayant un pronostic péjoratif très faible (classes 0 et 1), est passé de 16,5 % en 1980 à 17 % en 1991 (cf. tableau 2).

Tableau 2
Risque vital des personnes de 65 ans et plus résidant à domicile
France 1980 - 1991

Risque vital	1980		1991	
	Effectif	%	Effectif	%
0. pas d'affection	161	6,3	239	9,2
1. pas de pronostic péjoratif	263	10,2	202	7,8
2. pronostic péjoratif très faible	665	25,9	664	25,5
3. risque possible sur le plan vital	1 020	39,7	1 235	47,4
4. pronostic probablement mauvais	410	15,9	232	8,9
5. pronostic sûrement mauvais	52	2,0	34	1,3
Ensemble	2 571	100,0	2 606	100,0

Source : CREDES n° 1027 - Enquêtes nationales sur la santé et les soins médicaux 1980-1991

⁵ Pour des précisions sur la méthode de recueil et le chiffrage, cf. An MIZRAHI, Ar MIZRAHI, "Indicateurs de morbidité et facteurs socio-démographiques" CREDES 1985, n° 657.

Le pronostic vital s'est amélioré aussi bien pour les hommes que pour les femmes

Les personnes de 65 ans et plus ne forment pas un groupe homogène, et l'état sanitaire se modifie continûment lorsque l'âge augmente.

Comme dans les études antérieures, le pronostic vital s'aggrave avec l'âge, et de même que les taux de mortalité, il est, pour un âge donné, moins bon pour les hommes que pour les femmes.

Pour chaque groupe d'âge, les hommes aussi bien que les femmes ont, en moyenne, un meilleur pronostic vital en 1991 qu'en 1980 (cf. tableau 3).

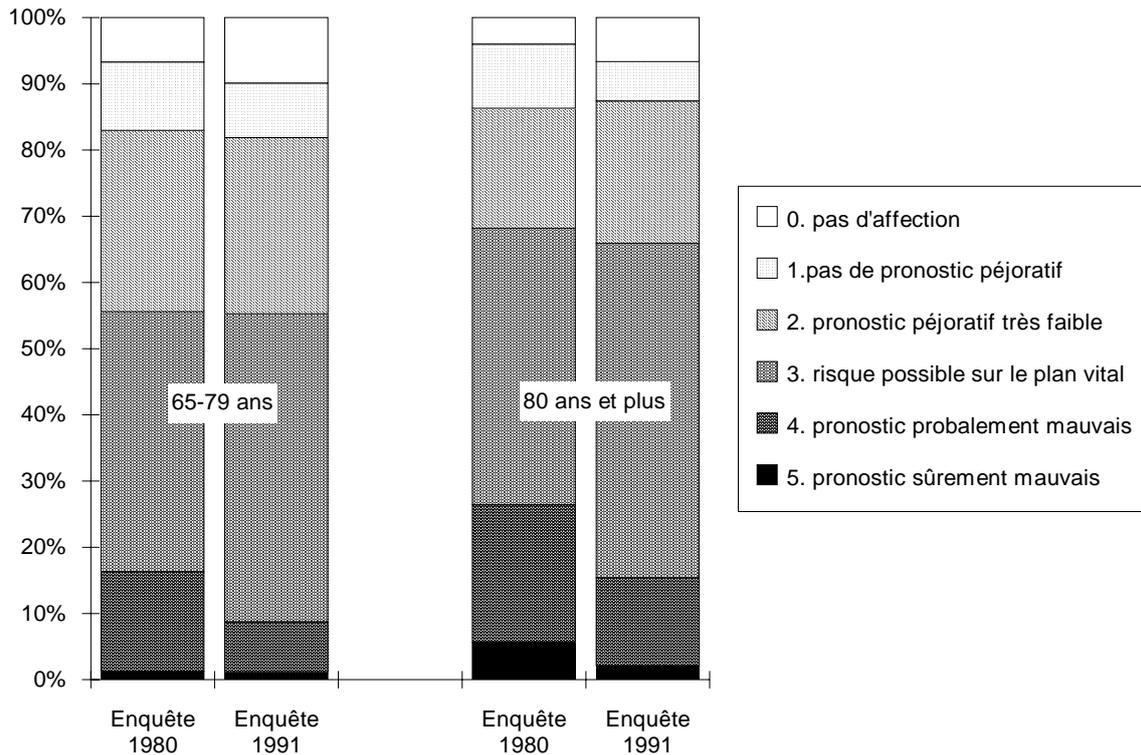
Tableau 3
Pronostic vital des personnes âgées résidant à leur domicile, selon l'âge et le sexe
1980 - 1991

Personnes âgées résidant à leur domicile	Pronostic vital non altéré (classes 0 et 1)		Risque probablement ou sûrement mauvais (classes 4 et 5)	
	1980	1991	1980	1991
Hommes				
65 à 79 ans	15,8	16,0	21,0	11,4
80 ans et plus	12,3	14,9	24,2	16,8
65 ans et plus	15,3	15,8	21,4	12,4
Femmes				
65 à 79 ans	18,1	19,9	12,8	6,5
80 ans et plus	14,0	11,3	27,7	14,6
65 ans et plus	17,3	17,8	15,5	8,5
Ensemble				
65 à 79 ans	17,1	18,1	16,3	8,8
80 ans et plus	13,4	12,6	26,4	15,4
65 ans et plus	16,5	16,9	18,0	10,2

Source : CREDES n° 1027 - Enquêtes nationales sur la santé et les soins médicaux 1980-1991

Le graphique 4 présente les distributions cumulées de risque vital, c'est à dire les pourcentages de personnes ayant un pronostic vital inférieur à un certain niveau, par tranche d'âge, en 1980 et 1991. L'amélioration du pronostic vital est sensible pour les deux groupes d'âge.

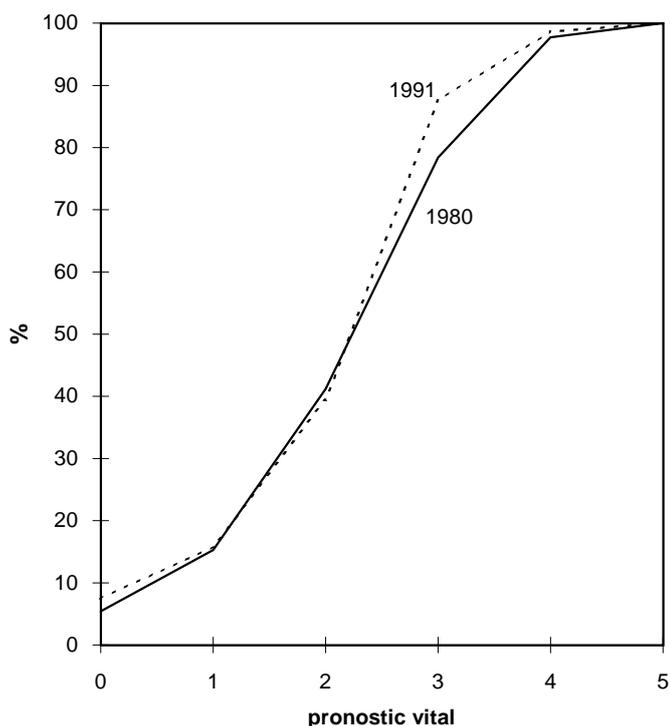
Graphique 4
Evolution du pronostic vital des personnes âgées par groupe d'âge
France 1980 - 1991



Source : CREDES n° 1027 - Enquêtes nationales sur la santé et les soins médicaux 1980-1991

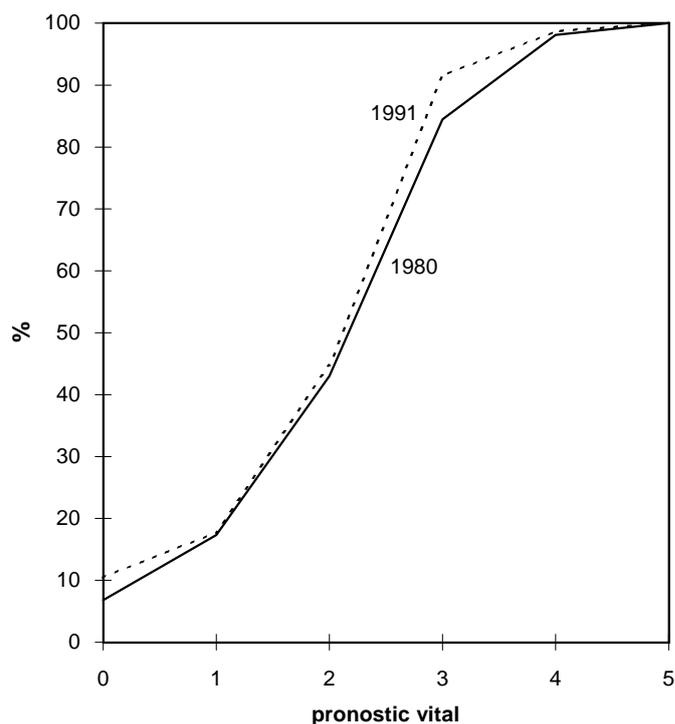
En 11 ans, le risque vital s'est amélioré aussi bien pour les hommes que pour les femmes et ce, pratiquement pour tous les niveaux de risque, l'amélioration du risque vital se traduisant par la position plus élevée des courbes de 1991 que celles de 1980 (cf. graphiques 5 et 6).

Graphique 5
Distribution du pronostic vital
des hommes de 65 ans et plus
France 1980 - 1991



Source : CREDES n° 1027 - Enquêtes nationales sur la santé et les soins médicaux 1980-1991

Graphique 6
Distribution du pronostic vital
des femmes de 65 ans et plus
France 1980 - 1991



Source : CREDES n° 1027 - Enquêtes nationales sur la santé et les soins médicaux 1980-1991

L'invalidité

La procédure de chiffrage est la même que pour le risque vital : 8 classes d'invalidité strictement ordonnées sont définies :

- 0 - pas de gêne
- 1 - gêné de façon infime
- 2 - très peu gêné
- 3 - gêné mais mène une vie normale
- 4 - activité professionnelle ou domestique restreinte
- 5 - activité professionnelle ou domestique très ralentie
- 6 - pas ou très peu d'activité domestique
- 7 - grabataire, alitement permanent

Diminution des niveaux graves d'invalidité

L'amélioration de l'invalidité des personnes âgées porte sur les niveaux importants d'invalidité. Les personnes les plus invalides, celles ayant dû au moins ralentir fortement, si ce n'est arrêter, leurs activités professionnelles ou domestiques, pour raisons de santé (classes 5 à 7) ont largement diminué entre 1980 et 1991, respectivement 14,9 % et 7,5 % (cf. tableau 4).

Par contre, les pourcentages de personnes gênées mais menant une vie normale (classe 3) ont augmenté, passant de 40,3 % en 1980 à 45,7 % en 1991.

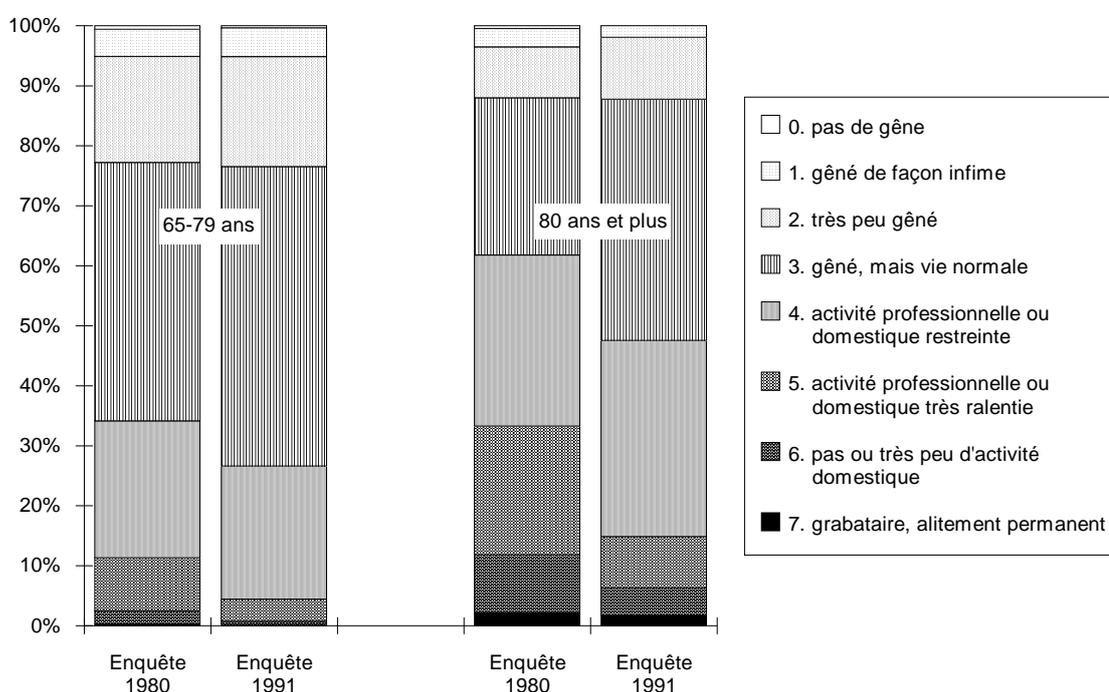
Tableau 4
Invalidité des personnes de 65 ans et plus résidant à domicile
France 1980 - 1991

Invalidité	1980		1991	
	Effectif	%	Effectif	%
0. pas de gêne	15	0,6	10	0,4
1. gêné de façon infime	110	4,3	125	4,8
2. très peu gêné	415	16,1	438	16,8
3. gêné mais mène une vie normale	1 036	40,3	1 192	45,7
4. activité professionnelle ou domestique restreinte	611	23,8	649	24,9
5. activité professionnelle ou domestique très ralentie	280	10,9	138	5,3
6. pas ou très peu d'activité domestique	88	3,4	42	1,6
7. grabataire, alitement permanent	16	0,6	15	0,6
Ensemble	2 571	100,0	2 607	100,0

L'invalidité des femmes a plus diminué que celle des hommes

De même que le pronostic vital, l'invalidité augmente avec l'âge. Le graphique 7 présente les distributions cumulées de l'invalidité par classes d'âge, en 1980 et 1991. La diminution de l'invalidité a porté sur les niveaux graves d'invalidité et surtout pour les personnes de 80 ans et plus.

Graphique 7
Evolution de l'invalidité des personnes âgées par groupe d'âge
France 1980 - 1991



Source : CREDES n° 1027 - Enquêtes nationales sur la santé et les soins médicaux 1980-1991

En 11 ans, l'invalidité s'est améliorée, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, cette amélioration se traduisant par la position plus élevée des courbes de distribution cumulée de l'invalidité de 1991 que celles de 1980 (cf. graphiques 8 et 9).

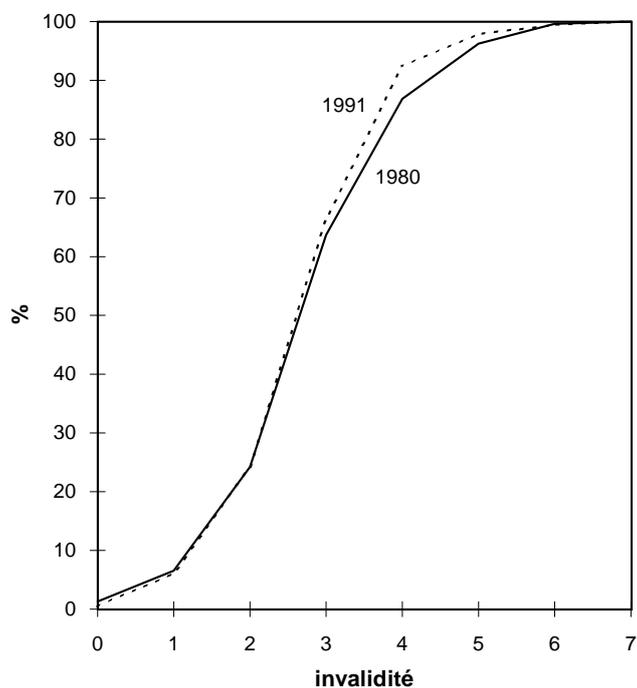
De 1980 à 1991, l'invalidité des hommes a nettement diminué, aussi bien entre 65 et 79 ans qu'au-delà, surtout par la diminution des pourcentages de ceux ayant dû au moins fortement ralentir leurs activités pour raisons de santé (classes 5 à 7).

Pour les femmes, l'invalidité diminue pour les deux groupes d'âge et l'amélioration est déjà sensible pour les faibles niveaux d'invalidité.

La position respective des hommes et des femmes âgés s'est modifiée, en matière d'invalidité, au cours de la période étudiée : l'invalidité des femmes était supérieure à celle des hommes en 1980, ce n'est plus le cas en 1991 (cf. tableau 5).

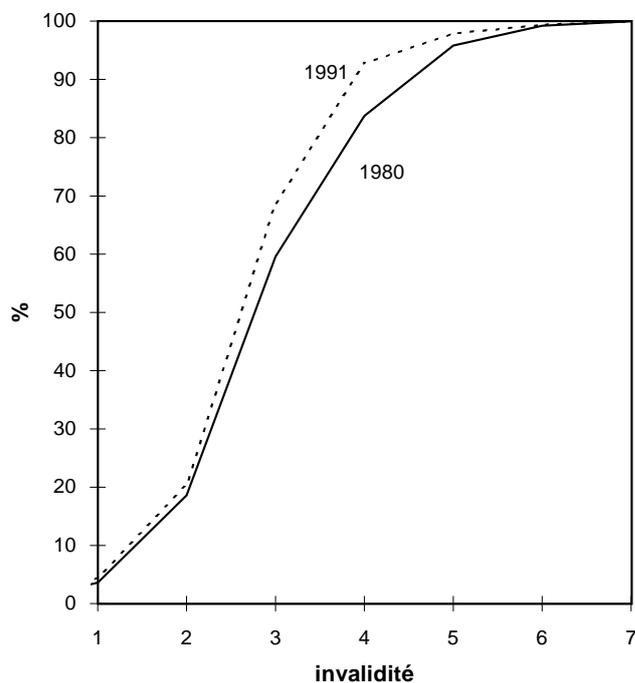
Graphique 8

Distribution de l'invalidité : hommes de 65 ans et plus
France 1980 - 1991



Graphique 9

Distribution de l'invalidité : femmes de 65 ans et plus
France 1980 - 1991



Source : CREDES n° 1027 - Enquêtes nationales sur la santé et les soins médicaux 1980-1991

Tableau 5

Invalidité des personnes âgées résidant à leur domicile, selon l'âge et le sexe
France 1980 - 1991

Personnes âgées résidant à domicile	Pas de gêne ou très faible (classes 0 à 2)		Activité très ralentie (classes 5 à 7)	
	1980	1991	1980	1991
Hommes				
65 à 79 ans	25,7	26,2	10,4	6,4
80 ans et plus	15,5	14,9	29,4	13,0
65 ans et plus	24,2	24,1	13,1	7,6
Femmes				
65 à 79 ans	20,5	23,5	12,0	4,4
80 ans et plus	10,0	10,7	35,4	15,9
65 ans et plus	18,6	20,3	16,2	7,3
Ensemble				
65 à 79 ans	22,7	24,7	11,3	5,3
80 ans et plus	12,0	12,2	33,3	14,9
65 ans et plus	20,9	22,0	14,9	7,4

Source : CREDES n° 1027 - Enquêtes nationales sur la santé et les soins médicaux 1980-1991

Amélioration de l'état de santé des personnes âgées à domicile

Pour résumer chaque distribution de risque vital et d'invalidité par un paramètre unique, nous avons quantifié chacune de leurs classes par référence aux taux de pension d'invalidité octroyés par l'Assurance maladie pour les niveaux élevés d'invalidité⁶.

Ces valeurs numériques n'ont pas en soi de signification très précise, mais leur utilisation permet de comparer, de manière simple, deux ou plusieurs échantillons⁷.

L'amélioration est sensible aussi bien pour le risque vital qui passe de 24,8 en 1980 à 22,8 en 1991 (ensemble des échantillons), que pour l'invalidité qui passe de 21,2 à 17,5.

Amélioration de l'état de santé plus sensible pour les personnes de 80 ans et plus et pour les femmes

Aussi bien pour l'invalidité que pour le risque vital, l'amélioration est plus marquée pour les personnes de 80 ans et plus que pour celles de 65 à 79 ans, et pour les femmes que pour les hommes. Plus précisément, il semble que ce soit pour les femmes de 80 ans et plus que l'amélioration de l'état de santé, en 11 ans, soit la plus nette, et pour les hommes de 65 à 79 ans, qu'elle soit la moins marquée (cf. tableaux 6 et 7).

⁶ **Pondérations de l'invalidité :**

0 - pas de gêne : 0	4 - activité professionnelle ou domestique restreinte : 30
1 - gêné de façon infime : 2	5 - activité professionnelle ou domestique très ralentie : 50
2 - très peu gêné : 5	6 - pas ou très peu d'activité domestique : 90
3 - gêné mais mène une vie normale : 10	7 - grabataire, alitement permanent : 95

Pour le risque vital, les pondérations ont été prises par référence à celles de l'invalidité :

0 - pas d'affection : 0	3 - risque possible sur le plan vital : 30
1 - pas de pronostic péjoratif : 5	4 - pronostic probablement mauvais : 50
2 - pronostic péjoratif très faible : 10	5 - pronostic sûrement mauvais : 90

⁷ Ainsi, trois séries de pondérations, linéaires, logarithmiques, exponentielles, conduisent aux mêmes conclusions que la pondération retenue.

Tableau 6
Risque vital moyen selon l'âge et le sexe des personnes âgées résidant à leur domicile
France 1980 - 1991

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	1980	1991	1980	1991	1980	1991
65 à 79 ans	25,3	23,4	22,6	20,5	23,8	21,8
80 ans et plus	29,5	26,4	30,6	26,0	30,2	26,1
Ensemble	25,9	24,0	24,1	21,9	24,8	22,8

Source : CREDES n° 1027 - Enquêtes nationales sur la santé et les soins médicaux 1980-1991

Tableau 7
Invalidité moyenne selon l'âge et le sexe des personnes âgées résidant à leur domicile
France 1980 - 1991

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	1980	1991	1980	1991	1980	1991
65 à 79 ans	18,3	16,1	19,3	15,2	18,9	15,6
80 ans et plus	29,9	24,6	34,2	24,3	32,6	24,4
Ensemble	20,0	17,6	22,0	17,4	21,2	17,5

Source : CREDES n° 1027 - Enquêtes nationales sur la santé et les soins médicaux 1980-1991

Enquêtes sur la santé et les soins médicaux

Les méthodes des enquêtes sur la santé et les soins médicaux de 1980 et 1991 sont proches de manière à permettre l'analyse des évolutions. Elles portent chacune sur plus de 20 000 personnes et sont représentatives de la population résidant dans les ménages ordinaires. Les informations portent essentiellement sur les caractéristiques socio-démographiques, la morbidité et les consommations médicales (carnet de compte) sur trois mois, relevées au cours de 5 visites d'enquêteurs. Les renseignements, pour tous les membres du ménage, sont fournis par la (les) personne(s) volontaire(s).

Les personnes âgées en institution

D'après le recensement de 1990 en France, 17,1 % des personnes de 80 ans et plus résident en institution (services hospitaliers de long séjour, maisons de retraite et hospices), et 1,6 % de celles de 60 à 79 ans, soit 3,8 % des personnes de 60 ans et plus. Cette proportion est stable depuis 1975 (3,9 % en 1975 et en 1982).

Le CREDES a réalisé, en 1988, une enquête nationale représentative auprès des personnels des institutions pour personnes âgées, relative aux moyens en personnel et en équipement des institutions et aux populations prises en charge. Plus spécifiquement, des informations très précises sur la morbidité, les déficiences et les consommations médicales ont été relevées pour 1 680 personnes de 80 ans et plus, et les indicateurs d'invalidité et de pronostic vital ont été estimés pour elles selon la même méthodologie que dans les enquêtes auprès des ménages⁸.

L'état de santé des personnes âgées résidant en institution est en moyenne moins bon que celui des personnes résidant à domicile. Ceci se manifeste aussi bien sur l'indicateur de risque vital que sur celui d'invalidité (cf. tableaux 8 et 9).

Tableau 8
Risque vital des personnes de 80 ans et plus résidant en institution et à domicile
France 1988 - 1991

Risque vital	Personnes de 80 ans et plus	
	En institution % 1988	Au domicile % 1991
0. pas d'affection	1,0	6,6
1. pas de pronostic péjoratif	0,4	5,9
2. pronostic péjoratif très faible	7,0	21,5
3. risque possible sur le plan vital	52,9	50,5
4. pronostic probablement mauvais	36,0	13,3
5. pronostic sûrement mauvais	2,7	2,1
Ensemble	100,0	100,0

Source : CREDES n° 1027 - Enquêtes nationales sur la santé et les soins médicaux 1991 et sur les personnes âgées en institution 1987-1988

⁸ Cf. C. Sermet, *Incapacité et dépendance en France*. CREDES n° 1004. Décembre 1993.

Tableau 9
Invalidité des personnes de 80 ans et plus résidant en institution et à domicile
 France 1988 - 1991

Invalidité	Personnes de 80 ans et plus	
	En institution % 1988	Au domicile % 1991
0. pas de gêne	0,0	0,0
1. gêné de façon infime	0,4	1,9
2. très peu gêné	0,5	10,3
3. gêné mais mène une vie normale	3,4	40,2
4. activité professionnelle ou domestique restreinte	18,0	32,7
5. activité professionnelle ou domestique très ralentie	32,9	8,6
6. pas ou très peu d'activité domestique	24,9	4,6
7. grabataire, alitement permanent	20,0	1,8
Ensemble	100,0	100,0

Source : CREDES n° 1027 - Enquêtes nationales sur la santé et les soins médicaux 1991 et sur les personnes âgées en institution 1987-1988

Evolution de l'état de santé des personnes âgées en institution

Une enquête représentative des personnes âgées résidant en institution a été effectuée par le CREDES en 1977, mais avec une méthodologie légèrement différente (en particulier dans le recueil beaucoup plus succinct des pathologies) de celle de 1988. Deux échantillons comparables, de 1 431 personnes de 80 ans et plus en 1977 et de 1 473 en 1988, ont été constitués. La comparaison issue de ces échantillons montre que si le niveau global de déficience semble stable, les évolutions par type de déficience sont contrastées. Ainsi, la période 1977-88 est marquée par une nette amélioration de la motricité des personnes âgées de 80 ans et plus, accompagnée d'une forte progression de l'incontinence.

Sur le plan de la marche, malgré une légère augmentation de la proportion de personnes se trouvant dans l'incapacité de marcher (de 16,8 % à 17,3 %), on constate une nette augmentation du pourcentage de personnes pouvant marcher de manière autonome (de 37,8 % à 49,5 %), ce qui implique une importante diminution des personnes marchant avec une aide humaine ou un appareil (de 45,4 % à 33,3 %).

L'amélioration de la mobilité est confirmée par une forte baisse du pourcentage de personnes incapables de monter ou descendre les escaliers (de 36 % à 28 %).

En 11 ans, l'audition des personnes âgées de 80 ans et plus en institution s'est améliorée. Le pourcentage de personnes sourdes ou ayant de graves difficultés d'audition a diminué, passant de 17,5 % en 1977 à 12,6 % en 1988. En revanche, la vision s'est dégradée, le pourcentage des personnes aveugles, ou souffrant de difficultés très graves de vision, est passé de 8,4 % en 1977 à 21,8 % en 1988.

L'évolution des troubles psychiques est marquée par deux mouvements de sens contraire : la dégradation de la mémoire et de la compréhension, l'amélioration du comportement avec une baisse de l'agressivité.

L'incontinence des personnes de 80 ans et plus en institution a fortement augmenté entre 1977 et 1988. Au cours de la période, on note simultanément une forte augmentation des incontinenes les plus graves (de 8,8 % à 21,9 %) et une diminution de la proportion de personnes n'ayant aucun problème d'incontinence (de 77,3 % à 59,4 %).

En utilisant les pondérations établies en 1977, l'indicateur global de déficience est relativement stable (29,2 en 1977, 28,5 en 1988). Mais la stabilité de cet indicateur, face aux évolutions discordantes de ses composantes, pose le problème de la validité des pondérations retenues en 1977 (qui donne un poids important à la motricité et un poids faible à l'incontinence). Pour rendre compte de ce problème, plusieurs jeux de pondérations ont été utilisés, montrant que l'évolution de l'indicateur global varie fortement selon le poids que l'on attribue à chaque type de déficience. Ainsi, ce score global de déficience augmente de plus de 30 % entre 1977 et 1988, si l'on double le poids de l'incontinence.

Enquêtes sur les personnes âgées en institution

L'enquête sur les personnes âgées en institution de 1977 porte sur un échantillon de 2 800 personnes représentatives de l'ensemble des personnes âgées résidant en institution (dont plus de 1 600 de 80 ans ou plus). Les informations, recueillies auprès du personnel portent sur les institutions d'accueil et les conditions d'hébergement, sur les caractéristiques socio-démographiques des résidents, leur morbidité, leurs déficiences et leurs consommations médicales.

L'enquête de 1988 porte sur un échantillon de plus de 1 600 personnes de 80 ans et plus, représentatif de l'ensemble des personnes de ce groupe d'âge résidant en institution. En plus des informations recueillies en 1977, une fiche "incapacité" a été remplie pour toute les personnes résidant dans les institutions enquêtées. Les informations sur la morbidité sont plus détaillées que dans l'enquête précédente.

Amélioration globale de l'état de santé des personnes âgées

L'amélioration de l'état de santé des personnes âgées résidant à domicile, observée entre 1980 et 1991, et la quasi stabilité de l'état de santé de celles résidant en institution permettent de conclure qu'en dépit d'une augmentation du nombre de maladies par personne, l'état de santé de l'ensemble des personnes âgées, quel que soit leur lieu de résidence, s'est amélioré en France, entre 1980 et 1991.

Cette amélioration de l'état de santé, accompagnant la diminution des taux de mortalité, prolonge des résultats déjà trouvés sur de plus petits échantillons, pour la période 1965-1980. Elle est confortée par la diminution des incapacités au cours de la décennie.

Bibliographie succincte

Mizrahi An, Mizrahi Ar, Moyses D., Les personnes âgées vivant en institution, caractères socio-démographiques, autonomie et handicaps. *Consommation n°4*, 1977, pp. 1-56.

Mizrahi An, Mizrahi Ar, Evaluation de l'état de santé des personnes âgées en France, à l'aide de plusieurs indicateurs, dont les procédures de l'OCDE. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 1981, Vol 29, n° 4, pp. 441-450.

Mizrahi An, Mizrahi Ar., *L'état de santé s'est-il amélioré ou dégradé en 15 ans ? Une analyse des indicateurs de morbidité au niveau individuel. Intervention au "Xème colloque International d'Econométrie Appliquée : Econométrie de la Santé"* Lyon, CREDOC, 1983/2, pp. 1-5.

Colvez A., B. Morel, S. Lelaidier, Robine J.-M., Incapacités et handicap dans la population française vivant à domicile. *Solidarité Santé n° 3* 1984.

Mizrahi An, Sermet C., *Personnes âgées en institution : démographie et dépendance - France 1987-1988*. CREDES n° 809. 1989.

Mizrahi An, Sermet C., *Pathologie et dépendance des personnes âgées en institution. Intervention présentée au "Congrès International d'Epidémiologie."* Bordeaux, CREDES n° 813. 1989.

Lecomte Th, Sermet C., La morbidité des personnes âgées. *"Gérontologie"*, 1990, n° 73, pp. 41-44.

Mizrahi An, Mizrahi Ar., Une meilleure santé ou une vie prolongée ? : une alternative contestable. *"Futuribles"*, 1991, n° 155, pp. 67-71.

Sermet C., *La pathologie des personnes âgées de 80 ans et plus en institution : Enquête Nationale France 1987-1988*. CREDES n° 926. 1992.

Mizrahi An, Mizrahi Ar. *Evolution des déficiences et des soins aux personnes âgées en institution : France 1977 - 1988*. CREDES n° 966. 1993/04.

Sermet C., *Diverses mesures de l'état de santé des personnes âgées*. CREDES n° 1004. 1993/03.

Robine J.-M., Mormiche P., L'espérance de vie sans incapacité augmente. *INSEE Première*. Octobre 1993.

Sermet C., De quoi souffre-t-on ? Description et évolution de la morbidité déclarée. 1980-1991. *Solidarité Santé n° 1*. 1994.

Lepeupin A., Les incapacités permanentes des personnes âgées. *Solidarité Santé n° 1* 1994.

ANNEXE

Tableau 10
Effectifs selon le risque vital, le sexe et l'âge
France 1980 - 1991

Risque vital	Enquête 1991				Enquête 1980			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	65-79 ans	80 ans et plus						
0	72	13	129	25	54	4	90	13
1	76	18	92	16	90	15	132	26
2	232	36	309	87	248	31	340	46
3	440	106	506	183	332	66	511	111
4	94	32	62	44	176	29	146	59
5	12	3	10	9	16	8	12	16
Ensemble	926	208	1 108	364	916	153	1 231	271

Source : CREDES n° 1027 - Enquêtes nationales sur la santé et les soins médicaux 1980-1991

Tableau 11
Effectifs selon l'invalidité, le sexe et l'âge
France 1980 - 1991

Invalidité	Enquête 1991				Enquête 1980			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	65-79 ans	80 ans et plus						
0	6	0	4	0	13	1	0	1
1	61	2	53	9	50	6	47	7
2	176	29	203	30	172	17	207	19
3	409	71	553	159	378	45	547	66
4	216	79	246	108	208	39	282	82
5	48	14	41	35	71	29	118	62
6	8	10	6	16	21	15	26	26
7	3	3	2	7	3	1	4	8
Ensemble	927	208	1 108	364	916	153	1 231	271

Source : CREDES n° 1027 - Enquêtes nationales sur la santé et les soins médicaux 1980-1991