

La santé des seniors

Etude pour la FNAR : Jean François Cornet ARP (Association des retraités Philips)

Ce document présente les composantes de « la santé des seniors ». Il rassemble les données et éléments auxquels nous avons pu accéder, le plus souvent publics. L'objectif est de mettre à disposition de chacun des bénévoles et représentants FNAR les éléments d'analyse dont il pourrait avoir besoin dans l'exercice de ses mandats. Les résultats sont, dans un premier temps, fournis à l'état brut. Nous compléterons et analyserons progressivement. Certaines fiches sont encore à rédiger.

Table des matières

1	L'état de santé des seniors.....	5
1.1	Identification de la population	5
1.2	Mode de vie des seniors.....	6
1.3	Perception de l'état de santé	7
1.3.1	Vision par département.....	7
1.3.2	Entre 2008 et 2015, la santé des plus de 65 ans à domicile s'est améliorée.	8
1.3.3	Analyse par pathologie	8
1.3.4	Les limitations physiques, sensorielles, ou cognitives	10
1.3.5	Les ALD : En nette hausse, 43 % des seniors à domicile, 75 % en institution sont en ALD 11	
1.3.6	Les soins de longue durée	12
1.3.7	Bien être psychologique et consommation de médicaments psychotropes	12
1.4	Les causes de décès des seniors.....	15
2	La Prévention.....	16
2.1	Le recours à la prévention	17
2.1.1	Inégalité selon le niveau de revenu.....	17
2.2	Le renoncement aux soins de prévention	17
2.3	Le renoncement aux soins.....	17
2.4	Les actes de prévention chez les seniors.....	18
2.4.1	Vaccin contre la grippe	18
2.4.2	Dépistage du cancer du sein.....	18
2.4.3	Dépistage du cancer colorectal	21
2.4.4	Lutte contre le tabagisme.....	21

2.4.5	Prévention de l'accident vasculaire cérébral	21
2.4.6	Prévention des chutes	21
3	L'accès aux soins.....	22
3.1	Déserts médicaux	22
3.1.1	La proximité géographique.....	23
3.1.2	La disponibilité des soins pour les personnes âgées	24
3.1.3	L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL).....	29
3.2	Difficulté d'accès aux soins : la couverture complémentaire	30
3.2.1	Cas général	30
3.2.2	Personnes couvertes par la CMU-C.....	30
4	Le Reste à Charge	32
4.1	La consommation de soins selon l'âge	32
4.2	Les dépassements par spécialité	32
4.3	Les coûts de santé pour les âgés	32
4.3.1	Des données anciennes mais toujours valables	32
4.3.2	Les personnes âgées sont plus souvent en ALD	34
4.4	Le reste à charge des personnes âgées « en perte d'autonomie ».....	35
5	Les réformes du système de santé récentes et en cours : leurs conséquences pour les personnes âgées et retraitées.....	36
6	Les sources d'information	37
6.1	Les données et rapports publiés	37
6.1.1	Le ministère de la Santé	37
6.1.2	L'Assurance Maladie.....	37
6.1.3	Le cabinet du Premier ministre	37
6.1.4	Le site SCORE-Santé.....	37
6.1.5	L'irdes	38
6.1.6	La Cour des Comptes.....	38
6.1.7	L'OCDE	38
6.1.8	L'INSEE	38
6.1.9	Le Ministère de la cohésion des territoires	38
6.1.10	L'Institut Montaigne	38
6.1.11	L'INSERM	39
6.1.12	Le sénat.....	39
6.1.13	Statista.....	39

Au 1^{er} janvier 2018, la France comptait 67 millions d'habitants : un quart avait 60 ans et plus.

Répartition de la population française par tranche d'âge



<http://observatoire-des-seniors.com/insee-2017-la-population-francaise-vieillit/>

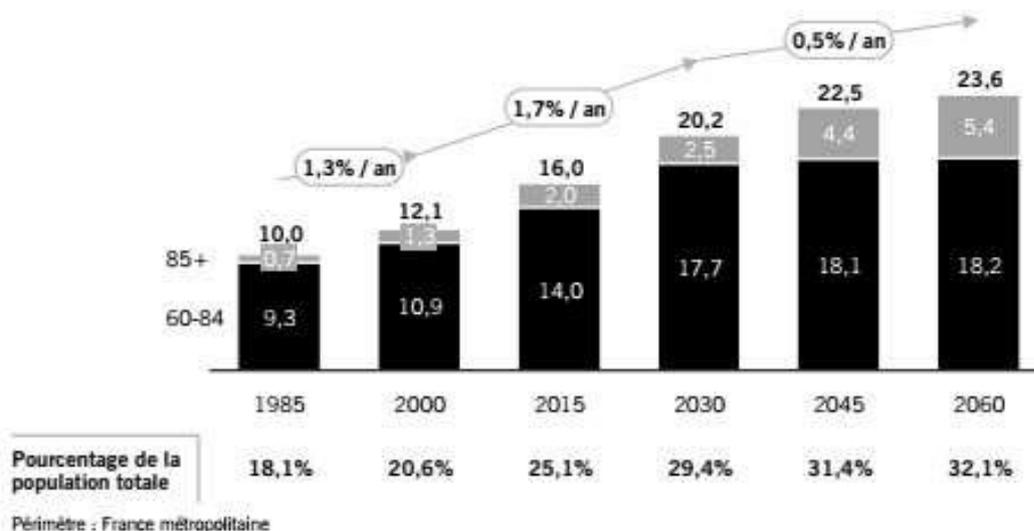
La France entre en effet dans une phase nouvelle d'un point de vue démographique : le nombre de seniors de 60 ans et plus va croître de 1,7 % par an entre 2000 et 2030, passant ainsi de 20,6 % à 29,4 % de la population. En 2060 la médiane de la pyramide des âges s'établira ainsi à 50 ans.

Trois principaux groupes de facteurs expliquent l'amplitude de ce phénomène :

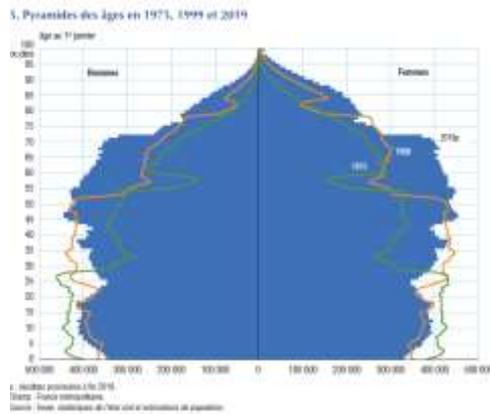
- l'arrivée aux âges de la retraite de la génération des baby-boomers,
- le prolongement de l'espérance de vie, l'évolution des conditions de vie et l'amélioration de l'état de santé
- le maintien du taux de fécondité à environ deux enfants par femme.

Évolution du nombre de seniors (+60 ans) (en millions, 1985-2060)

Source : INSEE.



Au 1^{er} janvier 2016, les plus de 65 ans représentent 18,8 % de la population (contre 15 % vingt ans auparavant) et les plus de 75 ans représentent 9,1 % de la population (7,2 % chez les hommes, 10,9 % chez les femmes).



Ces évolutions se marquent dans la transformation de la pyramide des âges : les traces des deux guerres mondiales ont pratiquement disparu et la diminution de la mortalité aux différents âges de la vie donnent aujourd'hui une pyramide de plus en plus rectangulaire.

Selon le document « [l'état de santé de la population en France](#) » dans son rapport 2017, l'essentiel de la mortalité se concentre désormais aux âges élevés, avec en 2015 une espérance de vie à 65 ans de 23.5 ans pour les femmes et 19.7 ans pour les hommes, en tête du classement des pays européens. De plus, l'espérance de vie sans limitation d'activité à 65 ans est de 9,7 ans pour les hommes et pour les femmes, elle est de 10,6 ans.

Ainsi, les dépenses de santé de cette tranche de population est proportionnellement plus importante (accroissement de multi-pathologies, montée de la dépendance...)

L'objectif de cette étude est d'analyser la question de la santé des seniors sous différents aspects

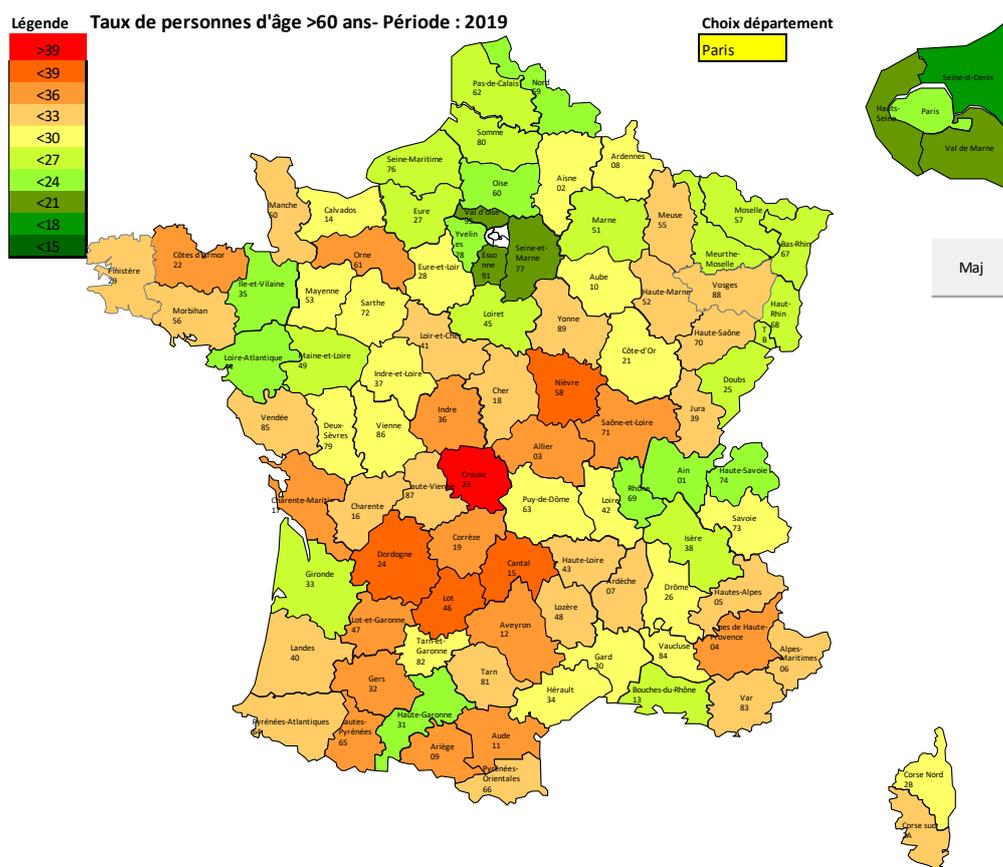
- L'état de santé
- La prévention :
- L'accès aux soins
- Le reste à charge

1 L'état de santé des seniors

1.1 Identification de la population

Chaque année, l'Insee estime [la population des régions et des départements](#) (France métropolitaine et DOM) à la date du 1^{er} janvier. Ces estimations annuelles de population sont déclinées par sexe et par âge (quinquennal, classes d'âge).

Pour l'INSEE, lorsqu'on s'intéresse aux seniors on parle des personnes d'âge >60 ans (et des grands seniors pour les plus de 75 ans) ; l'INSEE nous donne [la part des plus de 60 ans au 1^{er} janvier 2019](#) par département (en rouge, le département de la Creuse où la part est la plus importante, en vert foncé, le département de la Seine St Denis où elle est la plus faible).



On voit donc une grande dispersion d'un département à l'autre (les chiffres précis donnent une distribution de 17 % à 39 % soit plus du double entre mini et maxi).

Ces chiffres devront être affinés en tenant compte

- des espérances de vie dans les régions,
- de la mobilité des retraités qui quittent (fréquemment ?) leur région d'origine vers des lieux plus ensoleillés.

Nota

- Les seniors seront quelquefois séparés en 2 classes car la tranche d'âge au-delà de l'espérance de vie moyenne (plutôt située vers 80 ans) est la plus concernée par les problèmes de dépendance et de multi-pathologie alors que les personnes du 3^{ème} âge sont plus particulièrement concernées par les actions de prévention pour une meilleure hygiène de vie.
- Ce qui signifie qu'en analyse « macro » on aura 4 classes de population

- Les enfants 0-19 ans
- Les « actifs » : 20-59 ans
- Le 3^{ème} âge : 60-79ans
- Le 4^{ème} âge : >=80 ans

Selon les sources et les enquêtes, les tranches d'âges pourront différer, mais le plus fréquent reste : un démarrage du 3^{ème} âge à 60 ou 65 ans et celui du 4^{ème} âge à 75 ou 80 ans.

1.2 Mode de vie des seniors

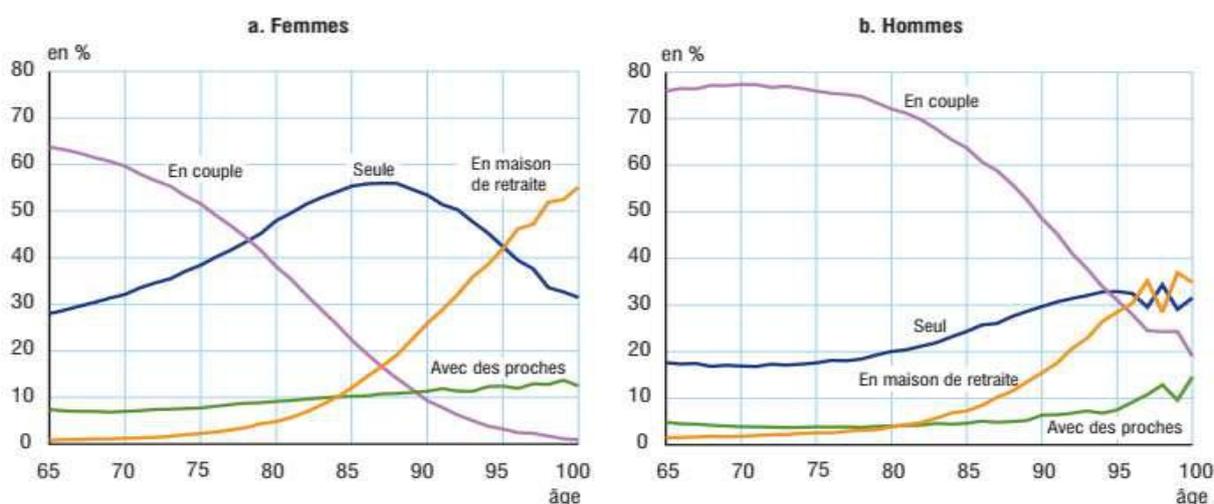
À 80 ans, presque tous les seniors vivent à domicile. Au-delà de 80 ans, la part des personnes vivant à domicile décroît progressivement avec l'âge, mais lentement. À 90 ans, encore trois personnes sur quatre résident à domicile. La vie en institution ne devient plus fréquente que la vie à domicile qu'à partir de 100 ans.

À domicile, la vie seul ou en couple a progressé depuis 50 ans, tandis que la proportion de seniors vivant avec un proche (le plus souvent un enfant) a considérablement baissé.

Les personnes qui résident à domicile sont en meilleure santé et sont donc davantage susceptibles d'atteindre un âge élevé. A l'inverse, la dégradation de l'état de santé et la perte d'autonomie sont de forts déterminants de l'entrée en institution. Un séjour en Ehpad dure en moyenne deux ans et demi en 2015 et se termine, dans deux cas sur trois, par le décès de la personne.

Les modes de vie diffèrent pour les femmes et les hommes.

- Les hommes de 65 ans ou plus vivent moins souvent en maison de retraite que les femmes du même âge. À 90 ans, seulement 15 % des hommes vivent en institution, contre 26 % des femmes.
- De plus, à tout âge, ils résident moins souvent que les femmes avec un proche (le plus souvent un enfant) : c'est le cas de 6 % d'entre eux à 90 ans, contre 11 % des femmes de cet âge.
- Ainsi, les hommes résident majoritairement chez eux, seuls mais surtout en couple. Tout d'abord, comme leurs conjointes ont une espérance de vie plus élevée et sont en moyenne plus jeunes, les hommes de 65 ans ou plus vivent plus fréquemment en couple que les femmes du même âge, ce qui favorise le maintien à leur domicile.
- Par exemple, à 90 ans, 49 % des hommes vivent en couple, alors que ce n'est le cas que de 9 % des femmes du même âge.



Champ : France hors Mayotte.

Lecture : en France, 64 % des femmes âgées de 65 ans vivaient en couple en 2015.

Source : Insee, recensement de la population 2015.

Par ailleurs, les hommes restent plus longtemps autonomes que les femmes. À tout âge, ils sont moins fréquemment en situation de dépendance reconnue : ils perçoivent moins souvent que les femmes l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), versée en cas de perte d'autonomie.

Enfin, le mouvement de dé-cohabitation des générations pourrait notamment s'expliquer par un désir accru d'indépendance et par l'accès à des pensions de retraite suffisamment élevées pour garantir cette indépendance. De plus, des politiques visant à diminuer le coût des services à domicile ont été mises en place (par exemple, une réduction d'impôt). Le taux de recours à ces services a augmenté depuis le milieu des années 1990 : pour les 70-79 ans, il est par exemple passé de 10 % à 17 % entre 1996 et 2005.

Il existe des données scientifiques très robustes qui mettent en évidence l'influence du lien social sur la santé. Leur analyse aboutit à trois conclusions importantes :

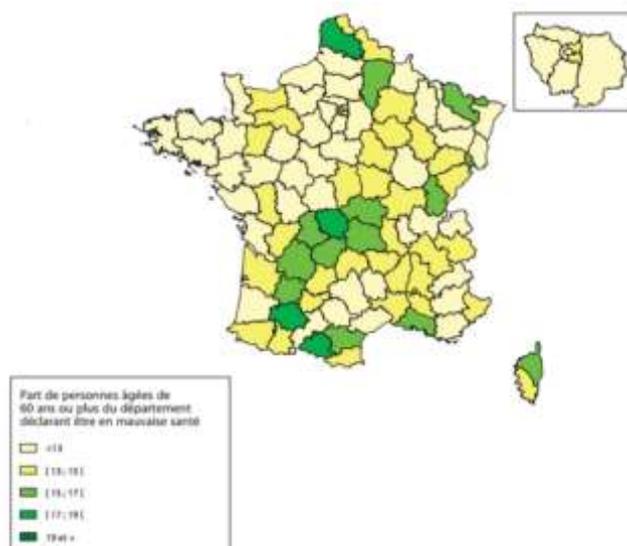
- **La solitude est un important facteur de risque de maladies.**
- **Quel que soit leur caractère - affectif, physique, économique ou autre - les supports sociaux ont un effet directement positif sur la santé et la qualité de l'avance en âge ;**
- **Toutefois, à mesure du vieillissement, pour être bénéfique, le soutien social doit être adapté.**

1.3 Perception de l'état de santé

1.3.1 Vision par département

Pilotée par la DREES et publiée en 2016, [l'enquête « Vie Quotidienne et Santé » \(VQS\)](#) a été menée à la fin de l'année 2014 et au début de l'année 2015 auprès de 166 800 personnes **vivant à domicile** en métropole et dans les départements d'outre-mer

Part de la population >65 ans se déclarant en mauvais ou très mauvais état de santé (%) (source DREES)



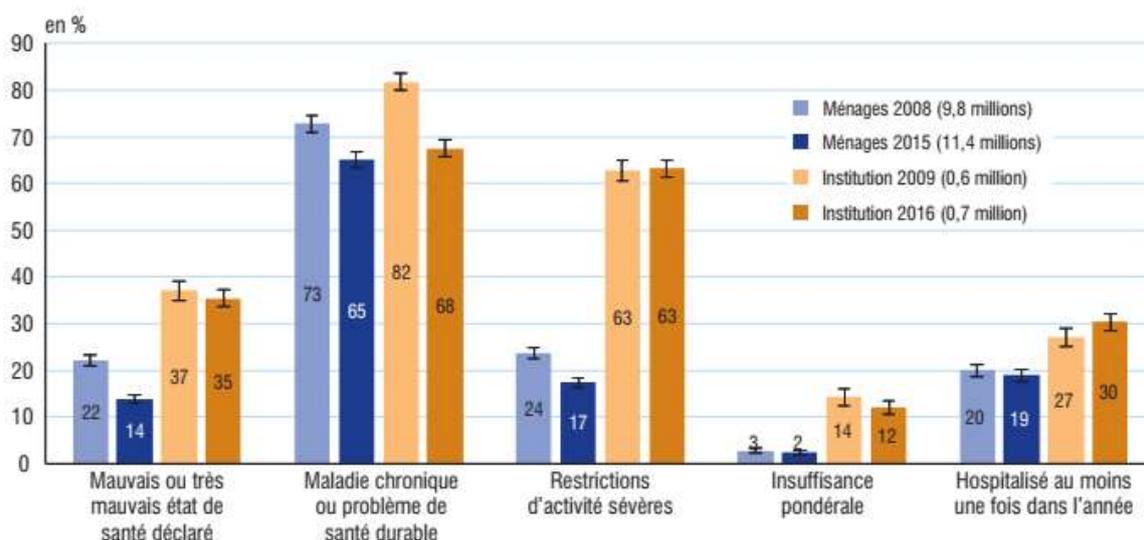
Il est assez frappant de constater qu'à part le département du Nord, les départements du Sud-Ouest sont ceux où les taux de seniors sont les plus élevés (cf §1.1) et ceux dans lesquels le plus de seniors se sentent en mauvaise santé.

1.3.2 Entre 2008 et 2015, la santé des plus de 65 ans à domicile s’est améliorée.

C’est important : [entre 2008 et 2015, la santé déclarée par les 65 ans](#) ou plus vivant à domicile s’est améliorée, et ce pour toutes les tranches d’âge

D’après l’enquête Handicap-Santé de 2008 auprès de personnes vivant à domicile (HSM), 22 % des personnes de 65 ans ou plus vivant à domicile déclaraient alors se sentir en mauvaise ou très mauvaise santé, soit 8 points de plus qu’en 2015. La prévalence déclarée de maladies chroniques (73 %) et la sensation d’avoir été sévèrement limité au cours des six derniers mois (24 %) étaient aussi plus fréquentes en 2008, respectivement supérieures de 8 points et 7 points à celles de 2015. Cette tendance à l’amélioration de la santé perçue sur les sept dernières années se vérifie pour chacune des tranches d’âge et pour les deux sexes, et n’est donc pas liée à l’évolution de la structure démographique des 65 ans ou plus.

Évolution des indicateurs de santé déclarée selon le lieu de vie entre 2008-2009 et 2015-2016



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 65 ans ou plus résidant à domicile et en institution.

Lecture : en 2008, 24 % des 65 ans ou plus résidant à domicile déclaraient s’être sentis sévèrement limités depuis au moins six mois dans les activités que les gens font habituellement contre 17 % en 2015. En institution, la proportion n’a pas varié entre 2009 et 2016, à hauteur de 63 % des 65 ans ou plus.

Note : les intervalles de confiance ont été calculés au seuil de 5 %.

Sources : Insee-Drees, enquête Handicap-Santé, volet ménages, 2008, et volet institutions, 2009 ; Drees, enquêtes Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) ménages, volet seniors, 2015, et Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) institutions, volet seniors, 2016.

1.3.3 Analyse par pathologie

[Le rapport 2018 de l’INSEE sur la santé des seniors](#) présente les pathologies des seniors. Celles-ci sont établies à partir des données de la DREES et d’enquêtes spécifiques.

*Part des personnes déclarant des maladies ou problèmes de santé chroniques
selon le lieu de vie et le sexe en %*

âge >65 ans	Personnes vivant à domicile (11,4 millions)				Personnes vivant en institution (0,7 million)			
	Ensemble	Femmes	Hommes	Écarts	Ensemble	Femmes	Hommes	Écarts
Maladies ou problèmes de santé chroniques déclarés								
Maladies ou problèmes cardiovasculaires	43	40	46	-7	37	37	37	
Infarctus du myocarde (crise cardiaque) ou séquelles	3	1	4	-3	2	2	3	
Maladie des artères coronaires, angine de poitrine, angor	7	4	10	-6	6	5	7	
Hypertension artérielle	34	34	33		21	22	17	
Accident vasculaire cérébral (AVC), attaque cérébrale ou séquelles	3	3	4		8	8	10	
Insuffisance cardiaque	9	8	11	-3	13	12	13	
Cancers	6	5	6		5	5	6	
Maladies ou problèmes concernant les os et les articulations	63	70	53	16	54	57	45	9
Douleur ou affection chronique du dos ou du bas du dos	35	37	32		27	28	24	
Douleur ou affection chronique de la nuque ou des cervicales	19	24	14	10	13	15	10	4
Arthrose, rhumatismes, polyarthrite	53	60	43	16	44	48	34	11
Ostéoporose	9	15	1	13	11	14	5	9
Diabète	15	12	18	-6	12	12	13	
Maladies ou problèmes neurologiques	2	3	2		39	41	34	8
Maladie de Parkinson	1	1	1	-1	5	4	6	
Maladie d'Alzheimer ou une autre démence	2	2	1		36	38	29	9
Maladies ou problèmes urinaires ou rénaux	15	16	15		47	49	44	
Incontinence urinaire	12	13	11		46	47	41	
Problèmes rénaux tels qu'insuffisance rénale, néphrite, calculs des reins	5	4	5	5	5	7		
Dépression	7	9	3	6	18	18	17	
Maladies ou problèmes oculaires	17	18	15		16	17	14	
Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)	4	5	3		7	8	5	
Cataracte	14	15	13		10	10	10	
Escarres	1	1	1		5	5	5	

À domicile comme en institution, les affections des os et articulations sont les problèmes de santé déclarés le plus fréquemment. Les femmes déclarent plus de problèmes des os et articulations et de dépression, les hommes davantage de maladies cardiovasculaires et de diabète

Part des personnes déclarant des symptômes de mauvaise santé ou accidents de santé selon le lieu de vie et le sexe en % (suite)

âge >65 ans	Personnes vivant à domicile (11,4 millions)				Personnes vivant en institution (0,7 million)			
	Ensemble	Femmes	Hommes	Écarts	Ensemble	Femmes	Hommes	Écarts
Symptômes déclarés								
Essoufflement, difficultés respiratoires	26	26	25		26	25	29	
Toux persistante	11	11	11		12	11	14	
Jambes enflées	22	27	16	9	29	30	26	
Problème de sommeil	30	36	23	13	31	31	31	
Vertiges, évanouissements, étourdissements ou syncopes	15	17	12	4	14	14	14	
Problèmes gastriques ou intestinaux, y compris constipation, flatulence, diarrhée	26	29	22	6	31	32	30	
Fatigue, lassitude, épuisement	34	38	28	8	50	51	48	
Manque d'appétit	8	9	6	2	27	29	22	6
Chute au cours des douze derniers mois	22	26	17	7	44	43	44	
Hospitalisation au cours des douze derniers mois	19	19	19		30	29	35	-7

1. Les écarts sont standardisés sur l'âge fin. Cela consiste à caler la structure par âge des hommes et celle des femmes sur celle de l'ensemble des seniors. Seuls les écarts significatifs sont reportés dans le tableau.

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 65 ans ou plus résidant à domicile ou en institution.

Lecture : 43 % des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant à domicile déclarent au moins une des maladies ou problèmes cardiovasculaires de la liste, contre 37 % en institution. À domicile, cela concerne 40 % des femmes et 46 % des hommes, et cet écart s'élève à sept points à structure d'âge identique.

Note : les symptômes retenus sont ceux dont la prévalence dépasse 10 % à domicile ou en institution.

Source : Drees, enquêtes Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE) ménages, volet seniors, 2015, et Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE) institutions, volet seniors, 2016.

1.3.4 Les limitations physiques, sensorielles, ou cognitives

Comme nous le précise [l'INSEE, dans son volume France, Portrait social, édition 2018](#), :

- Un senior à domicile sur trois ressent de la fatigue, de la lassitude ou de l'épuisement, un sur deux en institution
- Les limitations physiques sont plus fréquentes que les limitations sensorielles ou cognitives, elles concernent 34 % des seniors à domicile et 91 % de ceux en institution

La nature des limitations fonctionnelles des seniors est évaluée à travers les difficultés qu'elles ressentent pour exécuter diverses actions de la vie quotidienne : par exemple, lire le journal, reconnaître quelqu'un dans la rue, entendre une conversation à plusieurs constituent des capacités sensorielles ; marcher 500m, monter descendre un escalier, lever le bras, se servir de ses mains et ses doigts, se baisser et s'agenouiller, porter un sac à provision de 5kg, des capacités physiques ; résoudre des problèmes de la vie quotidienne, ce concentrer plus de 10mn, comprendre ou se faire comprendre des autres, savoir quel est le moment de la journée, éviter des comportements mettant en danger : des capacités cognitives.

Les difficultés ne sont pas les mêmes selon les hommes ou les femmes :

- Pour les femmes, du fait notamment de troubles ostéoarticulaires plus fréquents, les limitations physiques sont plus fréquentes. Par ailleurs, en institution les femmes déclarent plus souvent des limitations cognitives ou de repères dans le temps de la journée.
- En revanche, pour les hommes, les difficultés seront plutôt sensorielles, notamment pour entendre une conversation de plusieurs personnes.

1.3.5 Les ALD : En nette hausse, 43 % des seniors à domicile, 75 % en institution sont en ALD

ALD chez les seniors selon motif médical et lieux de vie (2008-2009 et 2015)

Source [INSEE : Etat de santé et dépendance des seniors](#)

âge >65 ans	Personnes vivant à domicile			Personnes vivant en institution		
	2008	2015	Écarts	2009	2016	Écarts
Affection de longue durée (au moins une)	36	43	7	59	75	17
Diabète - Diabète de type 1 ou de type 2	8	12	4	9	13	4
Cancer - Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	10	11		8	11	
Maladie des artères coronaires	5	8	3	5	10	4
Insuffisance cardiaque - Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	4	8	3	8	15	7
Hypertension artérielle - Hypertension artérielle sévère	2	8	6	11	8	-3
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	4	3		5	5	
Affections psychiatriques de longue durée	1	3	2	11	11	
AVC - Accident vasculaire cérébral invalidant	2	2		5	8	3
Insuffisance respiratoire chronique grave	2	2		2	2	
Maladie d'Alzheimer ou une autre démence	2	1		18	27	9
Polyarthrite rhumatoïde évolutive	1	1	1	1	1	
Maladie de Parkinson	1	1		3	4	

1. Ces colonnes présentent les écarts des taux standardisés sur la structure d'âge fin et sexe de la population de 2015-2016 (taux 2015-2016 – taux standardisés- 2008-2009) prenant en compte les évolutions démographiques de la population de 65 ans ou plus. Seuls les écarts significatifs sont reportés dans le tableau.

2. En 2011, l'ALD pour hypertension artérielle sévère a été retirée de la liste des motifs d'entrée en ALD, hormis pour les personnes qui avaient déjà été admises pour ce motif, ce qui explique la diminution de prévalence sur la période.

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 65 ans ou plus résidant à domicile ou en institution.

Lecture : en 2008, 8 % des 65 ans ou plus résidant à domicile sont atteints d'une affection de longue durée au titre d'un diabète de type 1 ou de type 2, contre 12 % en 2015. En 2009, 9 % des 65 ans ou plus vivant en institution sont atteints d'une ALD au titre d'un diabète de type 1 ou de type 2, contre 13 % en 2016.

Sources : Insee-Drees, enquête Handicap-Santé, volet ménages, 2008, et volet institutions, 2009, et appariements avec les données Sniiram ; Drees, enquêtes Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE) ménages, volet seniors, 2015, et Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE) institutions, volet seniors, 2016, et appariements avec les données Sniiram.

Le recours au dispositif des affections de longue durée (ALD), proposé par le médecin aux patients atteints d'une pathologie inscrite sur la liste de la Caisse nationale de l'assurance maladie, offre une mesure complémentaire de la santé et de son évolution. Entre 2008-2009 et 2015-2016, la part des 65 ans ou plus pris en charge pour au moins une ALD est passée de 36 % à 43 % parmi les résidents à domicile, et de 59 % à 75 % en institution. Les données de l'Assurance maladie (SNIIRAM) permettent de comptabiliser les bénéficiaires ; celles des enquêtes de différencier la fréquence de ces ALD selon les lieux de vie.

1.3.6 Les soins de longue durée

Selon [le rapport des Comptes de la santé 2019](#), sur les dépenses de santé 2018 (DREES) (voir fiche 31, p98), les soins de longue durée aux personnes âgées s'élèvent à 11,3 milliards d'euros. Cet agrégat est constitué des soins délivrés :

- dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou non (Ehpa), pour 76 % de la dépense (8.6 milliards d'€)
- à domicile, par des services de soins infirmiers (Ssiad), pour 15 % de la dépense (1.7milliards €);
- dans le secteur hospitalier public au sein des unités de soins de longue durée (USLD), pour 9 % de la dépense 1 milliard d'€

Les établissements d'accueil public sont majoritaires avec 40 % de la dépense totale. Les établissements privés (à but lucratif ou non) représentent 36 % de la dépense. Cependant, depuis 2012, la part des établissements publics recule tendanciellement au profit des établissements privés, qu'ils soient ou non à but lucratif.

Les SSIAD prodiguent des soins, assurés par des infirmiers et aides-soignants salariés et par des infirmiers libéraux rémunérés à l'acte, favorisant la prise en charge à domicile. La dépense totale liée à ces soins ralentit en 2018 (+0,9 % après +2,7 % en 2017), pour s'établir à environ 1,7 milliard d'euros.

		Montants en milliards d'euros									
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Soins de longue durée aux personnes âgées		8,5	9,0	9,3	9,7	10,1	10,4	10,6	10,7	11,0	11,3
Évolution en %		14,3	5,0	4,0	4,6	4,1	2,3	2,0	1,6	2,3	2,4
Soins en établissements pour pers. âgées		7,2	7,6	7,9	8,3	8,6	8,8	9,0	9,1	9,3	9,6
Soins de longue durée dans les hôpitaux (USLD)		1,2	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Soins en Ehpe-Ehpad publics		3,4	3,8	3,9	4,0	4,2	4,2	4,3	4,4	4,4	4,6
Soins en Ehpa-Ehpad privés		2,6	2,9	3,0	3,2	3,4	3,6	3,7	3,8	3,9	4,0
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) pour personnes âgées		1,3	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7

Note > Le montant des soins aux personnes âgées en établissements et services médico-sociaux correspond à la composante « personnes âgées » de l'objectif global de dépenses médico-sociales (OGD). Cette dépense ne comprend pas les coûts d'hébergement en établissement (voir annexe 5).

Source > DREES, comptes de la santé, à partir de données CNAM.

1.3.7 Bien être psychologique et consommation de médicaments psychotropes

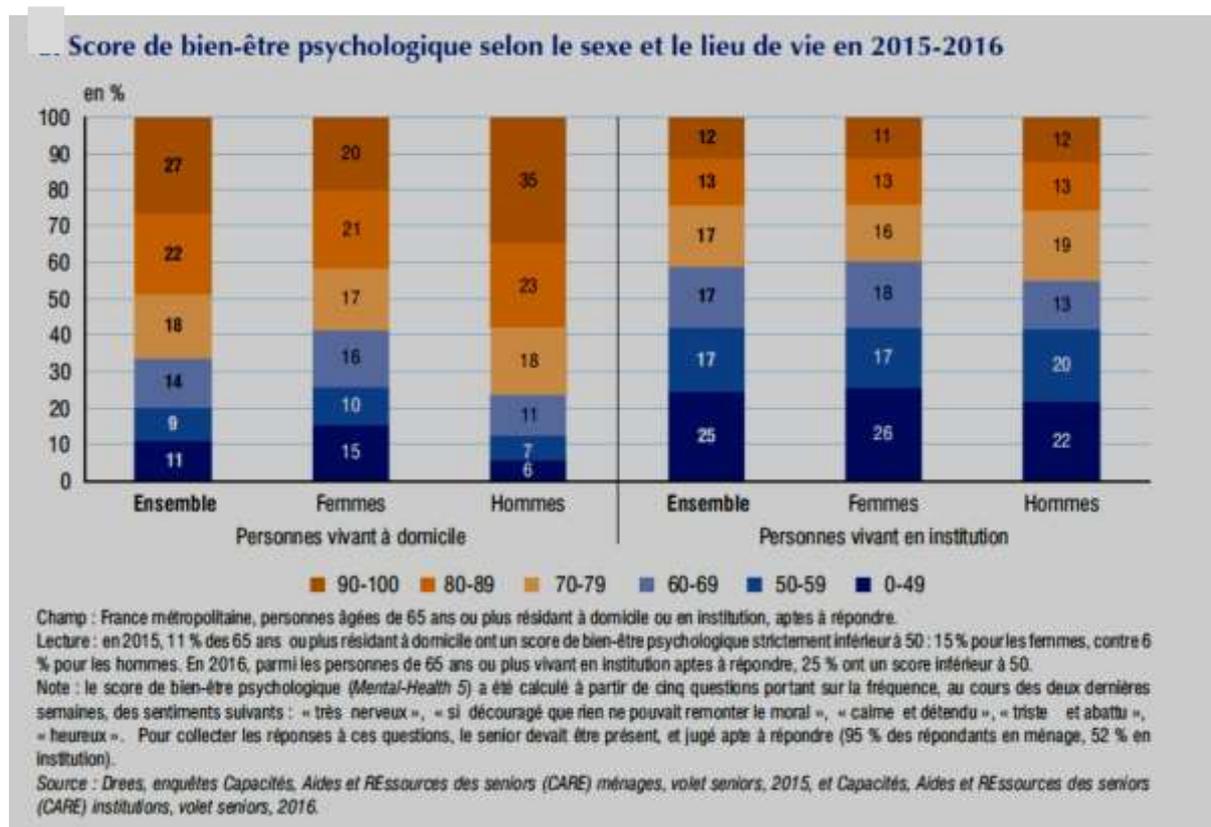
La santé mentale des personnes âgées ([Références INSEE](#)) peut être mesurée par le score de bien-être psychologique ou estimée par la prise de médicaments psychotropes :

- 1) le score au Mental-Health 5 (test de cinq questions portant sur le ressenti et les humeurs personnelles au cours des deux dernières semaines) varie de 0 à 100 (bien-être maximal).
- À domicile, près d'un senior de 65 ans ou plus sur deux obtient un score supérieur à 80, traduisant un bien-être psychologique relativement élevé.

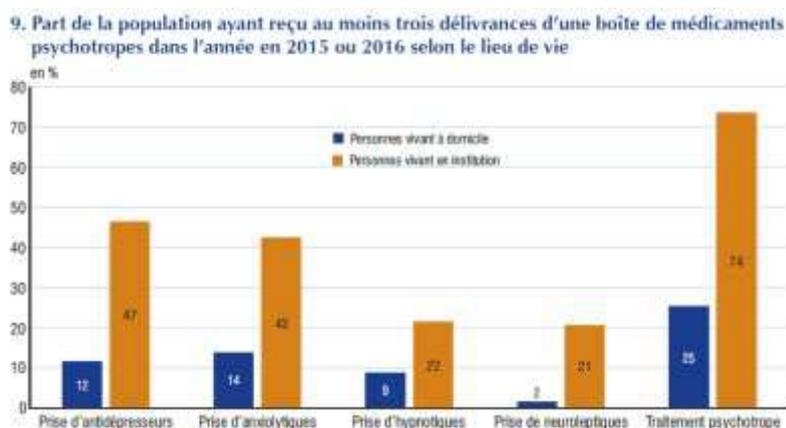
- les femmes se distinguent par un moindre bien-être psychologique, particulièrement à domicile, où seulement 42 % d'entre elles obtiennent un score supérieur à 80, soit 17 points de moins que les hommes.
- En institution, ils sont 24 % à obtenir un score supérieur à 80, et sont, à l'inverse, 25 % à obtenir un score inférieur à 50 (contre 11 % à domicile).
- En dessous du seuil de 50, le score est associé à une probabilité plus élevée de présenter des symptômes dépressifs.

On observe que la déclaration de limitations fonctionnelles, qu'elles soient physiques, sensorielles ou cognitives, est associée à un bien-être psychologique moins élevé.

Par ailleurs, la fréquence des relations sociales est également associée au bien-être psychologique : moins les seniors voient régulièrement leur famille ou leurs amis, plus leur score de bien-être est faible. Ce résultat se retrouve à domicile comme en institution.



- 2) Un senior sur quatre à domicile a consommé des médicaments psychotropes dans l'année, trois sur quatre en institution
 - Cet écart confirme à la fois le moindre niveau de bien-être psychologique des résidents en institution, mais peut aussi traduire une prise en charge plus systématique de ces problèmes au sein des établissements.
 - À domicile, la consommation de psychotropes est presque deux fois plus fréquente parmi les femmes.
 - Enfin, le fait d'avoir été employé ou ouvrier plutôt que profession intermédiaire est associé à une moins bonne santé mentale, avec un score de bien-être psychologique inférieur de 2,2 et 3,3 points respectivement pour chacun des groupes et une probabilité 1,5 fois plus élevée pour les ouvriers d'avoir reçu un traitement de psychotropes dans l'année.



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 65 ans ou plus résidant à domicile ou en institution dans un établissement sans pharmacie à usage intérieur.

Lecture : parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus résidant à domicile, 12 % ont reçu au cours des douze mois précédant l'enquête au moins trois délivrances d'une boîte de médicaments antidépresseurs et 25 % ont reçu au moins trois délivrances d'un même type de médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques ou neuroleptiques).

Note : un senior peut avoir reçu au moins trois délivrances de plusieurs types de médicaments psychotropes, il ne compte qu'une fois dans la prise d'un traitement psychotrope.

Source : Drees, enquêtes Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE) ménages, volet seniors, 2015, et Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE) institutions, volet seniors, 2016, et appariements avec les données Sniiram.

1.3.7.1 Perte d'autonomie

En 2018, 594 700 lits sont proposés en établissements pour personnes âgées dépendantes, contre 27 000 en établissements pour personnes âgées non dépendantes. Depuis 2009, le nombre de places en Ehpa a fortement diminué (-8,5 % par an en moyenne). Inversement, le nombre de places en Ehpad a augmenté (+2,0 % par an en moyenne).

Ce changement radical dans la structure des places d'accueil s'explique en premier lieu par des transferts entre Ehpa et Ehpad et des conversions d'USLD en Ehpad, ainsi que par un facteur démographique : la proportion de personnes âgées très dépendantes (classées en GIR 1 et 2), qui nécessitent un accompagnement médical plus conséquent, s'accroît tendanciellement au sein de la population hébergée en institutions.

[La grille « AGGIR »](#) (Autonomie gérontologie groupes iso-ressources), utilisée en France pour définir l'éligibilité à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) s'appuie sur des notes du degré d'incapacité pour dix activités discriminantes, synthétisées en [un classement en six GIR](#) (groupes iso-ressources) : les GIR 1 à 4 regroupent les personnes jugées dépendantes, tandis que les personnes en GIR 5 et 6 sont considérées comme autonomes.

En 2015, 383 800 personnes âgées de 65 ans ou plus vivant en institution sont dépendantes (GIR 1 à 4), dont 235 100 sévèrement (GIR 1 ou 2). La même année, 585 500 personnes vivant à domicile sont estimées en GIR 1 à 4, dont 206 000 en GIR 1 ou 2.

En France, actuellement, environ 1,1 millions de personnes dépendantes (GIR 1 à 4) de plus de 60 ans bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. [Toutes les données sont disponibles.](#)

[La CNSA publie l'analyse statistique des prix des EHPAD en 2018.](#) Elle montre que en 2018, le prix médian d'une chambre individuelle en EHPAD s'élève à 1 977 € par mois, soit 24 € de plus (+ 1,22 %) que celui constaté en 2017. On dispose aussi maintenant d'[une analyse par département et selon le statut juridique de l'établissement.](#)

1.4 Les causes de décès des seniors

L'INSEE a publié un [tableau](#) donnant les causes directes de décès en France métropolitaine en 2016, en se focalisant principalement sur les personnes âgées (>65 ans).

Causes de décès des seniors

Cause de décès	2016					
	De 65 à 74 ans	De 75 à 84 ans	De 85 à 94 ans	95 ans et plus	65 ans ou plus	Tous âges
Tumeurs	40 028	45 838	37 423	4 025	127 314	168 064
<i>dont</i>						
<i>tumeurs du larynx, trachée, bronches et poumon</i>	9 794	7 488	3 627	175	21 084	32 570
<i>tumeurs malignes des tissus lymphatiques et hématopoïétiques</i>	2 864	4 795	3 955	359	11 973	14 040
<i>tumeurs du côlon</i>	2 569	3 838	3 807	472	10 686	12 759
<i>tumeurs du sein</i>	2 642	2 908	2 899	436	8 885	12 669
Maladies de l'appareil circulatoire	14 165	33 154	65 412	15 648	128 379	140 424
<i>dont</i>						
<i>cardiopathies ischémiques</i>	4 544	8 252	12 846	2 569	28 211	32 460
<i>maladies cérébrovasculaires</i>	3 144	8 330	14 527	2 878	28 879	31 228
Maladies de l'appareil respiratoire	4 440	10 127	18 381	4 533	37 481	40 512
<i>dont pneumonie</i>	907	2 741	6 786	2 009	12 443	13 018
Causes externes	3 980	6 556	10 869	2 374	23 779	37 501
<i>dont</i>						
<i>chutes accidentelles</i>	641	1 668	3 605	844	6 758	7 655
<i>suicides</i>	1 023	989	632	51	2 695	8 427
Maladies du système nerveux et des organes des sens	3 338	10 523	18 046	3 219	35 126	38 181
Maladies de l'appareil digestif	3 910	5 283	7 540	1 453	18 186	23 625
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	2 578	5 111	8 457	2 029	18 175	20 443
Autres causes	10 412	21 577	46 941	13 669	92 599	110 480
Total	82 851	138 169	213 069	46 950	481 039	579 230

Du fait de l'allongement de l'espérance de vie, sans surprise, 83 % des décès concernent les personnes âgées. Cancer et maladies cardiovasculaires représentent chacun 27 % des causes de décès.

On constate environ 6800 décès par chute accidentelle sur les 12000 décès consécutifs à une chute, ce qui signifie que dans 45 % des cas, ce sont les conséquences de la chute qui entraînent le décès.

2 La Prévention

Dans son rapport santé 2017, la DREES note « La dépense de **prévention non institutionnelle** – à l’initiative des patients ou des professionnels de santé, hors programmes de santé publics – représente au moins 9,1 milliards d’euros de dépenses en 2016 au sein de la CSBM (consommation de soins et de biens médicaux), dont environ 42 % sous forme de médicaments (antihypertenseurs, contraceptifs, etc.). »

En 2018 ([DREES/CNS 2019](#)), la consommation de biens et services de **prévention institutionnelle** s’élève à 6,2 milliards d’euros ; elle représente environ 93 euros par habitant. La prévention individuelle s’élève à près de 3,9 milliards d’euros tandis que la prévention collective est de l’ordre de 2,3 milliards d’euros.

La prévention individuelle concerne les actions dont bénéficient individuellement des personnes.

- 3) La prévention individuelle primaire (50,7 % de la prévention institutionnelle en 2018) vise à éviter l’apparition ou l’extension d’états de santé indésirables
- 4) La prévention individuelle secondaire vise à repérer les maladies ; le dépistage en est l’exemple type. Le dépistage organisé concerne les tumeurs, les infections sexuellement transmissibles (IST) y compris le VIH/sida et les hépatites, la tuberculose, ou d’autres pathologies comme la maladie d’Alzheimer, les troubles mentaux, etc. La prévention individuelle secondaire comprend également les bilans de santé réalisés en centres de santé financés par le Fonds national de prévention, d’éducation et d’information sanitaires (FNPEIS) et par les collectivités locales ainsi que les bilans bucco-dentaires.

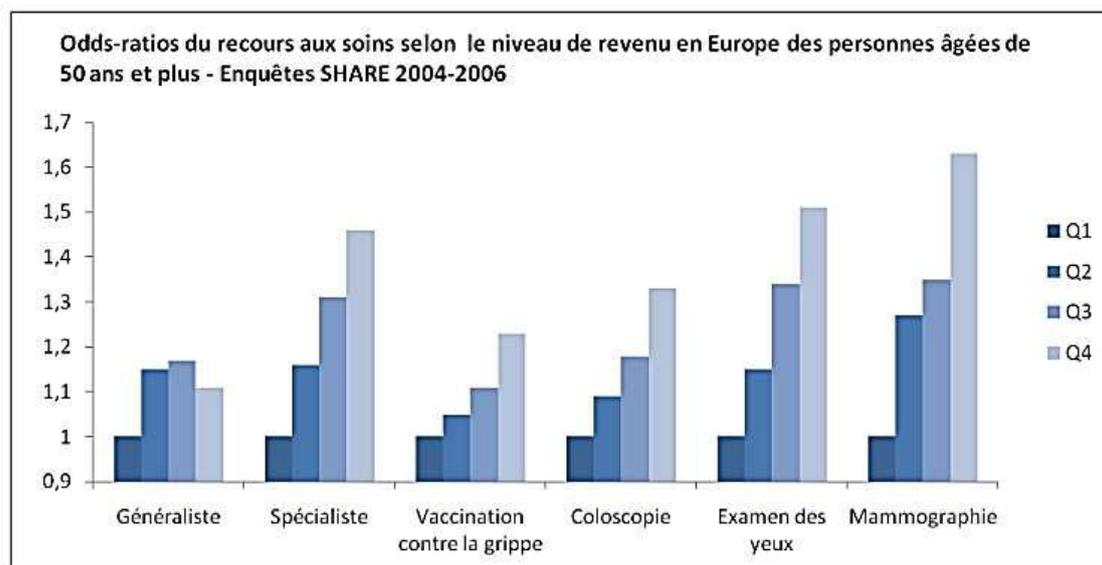
	année	2018
PREVENTION INDIVIDUELLE		3 886
Prévention individuelle primaire		3 164
Vaccins*		114
PMI - Planning familial		772
Médecine du travail		1 689
Médecine scolaire		589
Prévention individuelle secondaire		722
Dépistage des tumeurs		148
Dépistage VIH/Sida, hépatites, tuberculose et autres maladies infectieuses		306
Dépistage autres pathologies		38
Examens de santé		161
Bilans bucco-dentaires		69
PREVENTION COLLECTIVE		2 355
Actions sur les comportements : information, promotion et éducation à la santé		328
Campagnes en faveur des vaccinations**		20
Lutte contre les IST***, santé sexuelle, contraception**		12
Lutte contre l'addiction**		90
Nutrition - santé**		22
Autres pathologies**		37
Autres actions d'information, promotion et éducation à la santé		146
Actions sur l'environnement		2 027
Hygiène du milieu (y compris lutte anti-vectorielle)		673
Prévention des risques professionnels		216
Prévention et lutte contre la pollution		183
Surveillance, veille, recherche, expertise, alerte		400
Urgences et crises		4
Sécurité sanitaire de l'alimentation		552
ENSEMBLE PREVENTION INSTITUTIONNELLE		6 241
dont dans le champ CSBM****		-126
PREVENTION INSTITUTIONNELLE HORS CSBM		6 115

2.1 Le recours à la prévention

2.1.1 Inégalité selon le niveau de revenu

Tout d'abord, [une étude un peu ancienne \(2010\)](#) montre que le niveau de revenus influe directement le recours aux soins de prévention (chez les plus de 50 ans en Europe).

Recours aux soins selon niveau de revenu



Source : Or Z., Jusot F., Marcoux L., Yilmaz E. (2010), « Inégalités de recours à la prévention et Inégalités de santé en Europe : Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? », rapport dans le cadre programme GIS-IReSP Institut de Recherche en Santé Publique « Prévention »)

2.2 Le renoncement aux soins de prévention

Quelles sont les causes des inégalités de recours aux soins préventifs

- 5) Barrières informationnelles par méconnaissance des risques encourus ou sur les filières de soins
- 6) Barrières culturelles
 - a. – Rapport au corps différent
 - b. – Plus forte préférence pour le présent
 - c. – Plus faible aversion au risque
 - d. – Rapport au système de soins
- 7) Barrières financières
 - a. – Les plus pauvres déclarent plus souvent avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières
 - b. – Ces renoncements sont en partie expliqués par l'accès à la complémentaire santé

2.3 Le renoncement aux soins

De nombreuses enquêtes mesurent un « renoncement aux soins », mais la notion reste difficile à appréhender. Qui en effet n'a pas un jour finalement « renoncé » soit parce que la nécessité était moins forte, soit parce que on anticipait des coûts importants, ou d'autres raisons encore. Selon les

soins Le 2015 cette sont année	Le taux de vaccination contre la grippe chez les personnes âgées a diminué ces dix dernières années jusqu'à atteindre seulement 50 % en 2017, ce qui est bien inférieur à l'objectif de l'OMS de 75 %. Cette diminution est en partie due à la désinformation et à la perception erronée de la sécurité et de l'efficacité du vaccin contre la grippe. Le Ministère des solidarités et de la santé a lancé plusieurs initiatives pour améliorer la couverture vaccinale contre la grippe, y compris des campagnes publiques d'information, et a autorisé depuis 2019 les pharmaciens à vacciner les personnes âgées et/ou à risque (encadré 3).	concernés, les enjeux ne sont pas les mêmes. Ministère de la santé a d'ailleurs montré en que « le taux de renoncement aux soins pour raisons financières est très sensible à la formulation des questions » et les auteurs de étude conseillent de comparer des choses comparables, c'est-à-dire des enquêtes qui effectuées dans les mêmes conditions d'une à l'autre.
---	---	--

2.4 Les actes de prévention chez les seniors

2.4.1 Vaccin contre la grippe

La grippe est une maladie au début brutal dont les conséquences peuvent être graves, voire dramatiques pour les personnes âgées ou malades. Et, bien que les personnes de plus de 65 ans ne représentent que 5 à 11 % des cas, ce sont elles qui paient le plus lourd tribut, avec la quasi-totalité (90 %) des 8 000 décès soit 7200 décès pendant l'hiver 2018-2019.

Pour l'hiver précédent (2017-2018) l'Assurance Maladie a estimé à 13 000 le nombre total de décès dus à la grippe et à 18 000 décès pour l'hiver 2014-2015.

Selon l'OCDE, le taux de vaccination des plus de 65 ans est passé entre 2005 et 2015 de 63.5 % à 50.8 % ; mais [en 2017, le taux en France est plus élevé que dans l'Union Européenne \(50 % contre 44 %\)](#) , même s'il reste largement inférieur à celui préconisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui est de 75 %. Comme le précise l'OCDE (voir p.14) : « *La diminution (constatée ces dernières années) est en partie due à la désinformation et à la perception erronée de la sécurité et de l'efficacité du vaccin contre la grippe. Le Ministère des Solidarités et de la santé a lancé plusieurs initiatives pour améliorer la couverture vaccinale contre la grippe, y compris des campagnes publiques d'information et a autorisé depuis 2019 les pharmaciens à vacciner les personnes âgées ou à risque.* »

2.4.2 Dépistage du cancer du sein

[Le taux de mortalité par cancer du sein amorce une décroissance depuis 2000.](#) On constate en effet une baisse de 1,3 % par an depuis 1990. Les progrès thérapeutiques ainsi qu'un dépistage plus précoce des cancers du sein, permettant une meilleure prise en charge, expliquent ce phénomène.

On dénombre tout de même 11 800 décès en France en 2017 et 571 000 décès dans le monde. On mesure encore que, aujourd'hui, 1 femme sur 10 développera un cancer du sein au cours de sa vie, et 1 sur 25 en mourra. Pour éviter un décès par cancer du sein, il faut procéder au dépistage de 1 000 femmes tous les 2 ans pendant 10 ans. Mais aujourd'hui, [selon l'OCDE, le « taux de survie » à 5 ans](#) des patient-e-s atteint-e-s de cancer du sein est de 87 % en France contre 83 % pour l'ensemble de l'Union Européenne.

En France, le programme de dépistage organisé du cancer du sein offre tous les deux ans aux femmes de 50 à 74 ans un examen clinique des seins et une mammographie. Il propose, en plus, une deuxième lecture de chaque mammographie normale en première lecture. Le programme a été généralisé à tout le territoire en 2004. [Selon Santé publique France](#), pour les années 2017 et 2018, (ce qui correspond à une " campagne " de dépistage puisque les femmes sont invitées à participer au dépistage tous les

deux ans), ce sont plus de 5 millions de femmes qui ont été dépistées et le taux de participation est de 50,3 %. Le référentiel européen, commun à l'ensemble des pays préconise un taux de participation de la population concernée de 70 % au moins.

Après une stabilisation de la participation autour de 52 % entre 2008 et 2014, ces nouvelles données confirment la baisse amorcée en 2015-2016. Cette baisse s'observe pour toutes les tranches d'âge sauf les 70-74 ans, pour toutes les régions de métropole et pour la grande majorité des départements. Elle semble majoritairement toucher les régions ou départements qui avaient les taux de participation les plus élevés. Cette hétérogénéité géographique se retrouve également à l'échelle départementale avec des taux variant de 27,6 % à Paris à 62,5 % en Indre-et-Loire. La visualisation des taux de participation par région, toujours donnée par Santé publique France, présente un aspect tout à fait original :

Programme de dépistage organisé du cancer du sein
Taux de participation régionaux standardisés 2017-2018 (population de référence : France 2009)

Taux de participation 2017-2018

- < 45 %
- 45 % à < 50 %
- 50 % à < 55 %
- > 55 %



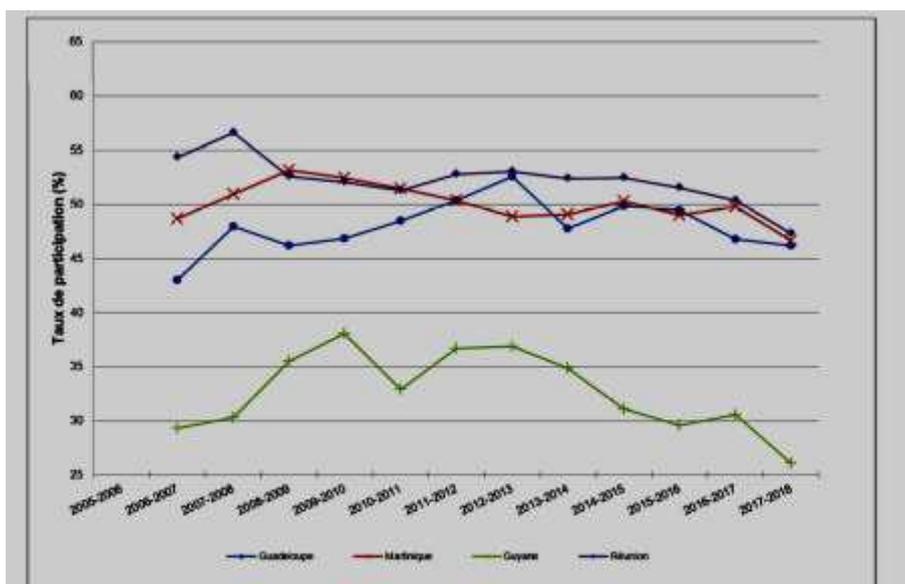
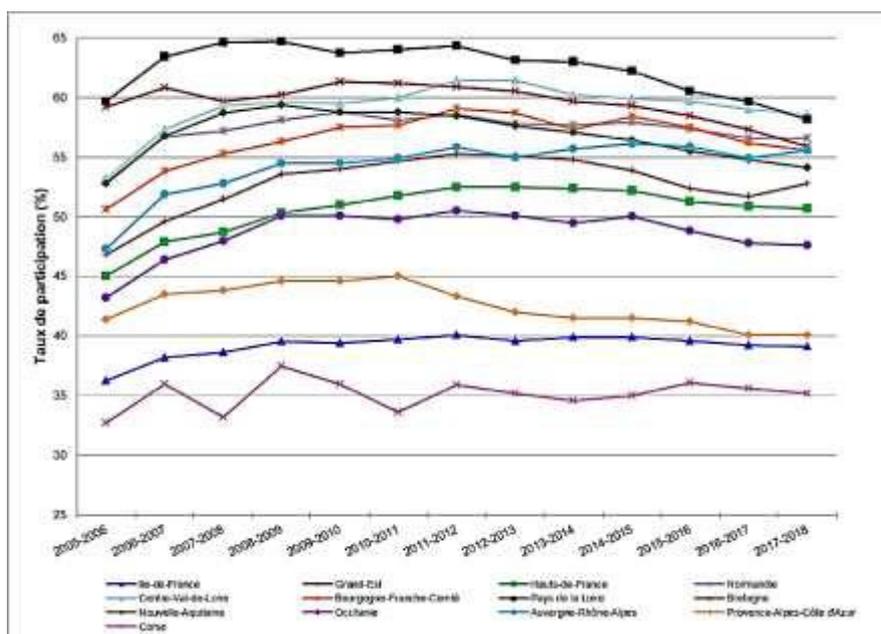
Source : ©INVS (leoflu)S, 2014
©Santé publique France, 12/03/2019
Données issues des structures de gestion départementales du dépistage organisé du cancer du sein



- très faible taux en Ile de France (peut être notamment à Paris, ou en région PACA des taux plus élevés de dépistage chez les médecins de ville «hors campagne publique » non recensés par Santé publique France)
- un arc de la Bretagne à Auvergne- Rhône Alpes très élevé,
- des taux moyens en Aquitaine et dans les régions du Nord Est.

Les graphiques ci-après montrent les évolutions au fil des années du recours au dépistage organisé, selon les régions. Données établies par Santé publique France.

Évolution du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein, par région et par tranche d'âge -55-75 ans- Période 2005 à 2018



Sources : Santé publique France – 04 Mars 2019 – Données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer du sein

2.4.3 Dépistage du cancer colorectal

(à venir)

2.4.4 Lutte contre le tabagisme

(à venir)

2.4.5 Prévention de l'accident vasculaire cérébral

2.4.5.1 *Une initiative pertinente*

L'AVC est une maladie grave et mortelle, 20 % des patients décèdent dans l'année qui suit.

Exemple d'action dans la région Aquitaine ; commune d'Arcachon :

Avec une population majoritairement âgée de plus de 65 ans, le risque d'AVC est élevé dans la commune d'Arcachon : au moins 400 AVC par an à, selon le professeur François Rouanet, neurologue au CHU de Bordeaux.

Depuis le 1er septembre 2019, les 11 pharmacies d'Arcachon proposent aux clients de plus de 65 ans un test de dépistage gratuit : le bâton "MyDiagnostick" permet de déceler les problèmes d'arythmie cardiaque. : constitué d'un tube en acier relié à un ordinateur, il mesure le rythme cardiaque, un peu comme un électrocardiogramme de poche. Si le rythme est irrégulier, c'est peut-être le signe d'une arythmie cardiaque et donc un facteur de risque important d'AVC.

Le test ne prend que quelques minutes. Si la lumière verte s'allume c'est que le rythme cardiaque du patient est conforme. Au contraire si le rouge clignote, le pharmacien imprime l'électrocardiogramme et l'envoie directement au médecin traitant du patient.

Mydiagnostick a déjà sauvé des vies : la ville de Pessac a mené la même expérience en 2018 : le bâton "Mydiagnostick" a permis de réaliser 1.800 tests et de déceler 10 arythmies cardiaques.

Voilà un dispositif de prévention tout simple qui sauve des vies. Il résulte d'un partenariat entre le Lions Club qui a financé son installation, les pharmacies d'Arcachon en partenariat avec la mairie et [l'association « AVC tous concernés »](#).

2.4.6 Prévention des chutes

Les chutes des personnes âgées sont très fréquentes chez les personnes de plus de 65 ans. Chaque année, près de 12.000 en décèdent. Une chute sur douze entraîne une fracture, dont une fois sur trois touche le col du fémur. Après une chute, la probabilité de retomber est 20 fois plus élevée. D'après [santé.lefigaro.fr](#), 35 % des personnes entre 65 et 79 ans sont confrontées avec le risque de chute. [La HAS a proposé des recommandations pour la prise en charge de ce risque](#), reprises et diffusées par l'Assurance maladie. Des mesures simples de prévention du risque peuvent être mises en place par chacun.

PRENDRE DE L'ÂGE ET ADOPTER DE NOUVELLES HABITUDES POUR NE PAS TOMBER

Au quotidien, essayez de respecter les principes suivants, qui réduisent les risques de chute :

- Levez-vous lentement de votre lit ou de votre chaise, afin d'éviter les étourdissements et [vertiges](#).
- Si vous n'êtes pas sûr(e) de votre équilibre, utilisez une canne (voire un déambulateur) pour sécuriser votre marche. Ces équipements s'emploient aussi bien à votre domicile qu'à l'extérieur.
- [Prenez soin de vos pieds](#) et veillez également à vous chausser convenablement : optez pour des chaussures à votre pointure, adaptées à votre activité. Pour plus de stabilité, préférez un modèle tenant bien le pied, à talons larges et bas (2 à 3 cm), doté de semelles fines, fermes et antidérapantes.
- Demandez à votre entourage de vous aider dans les tâches à risque (ex. : nettoyer les vitres). Par ailleurs, pour connaître les possibilités d'aide-ménagère, pensez à consulter votre mairie ou votre centre communal d'action sociale (CCAS).
- [Apprenez à vous relever](#) si, malgré tout, vous êtes tombé(e).
- Enfin, si vous le pouvez, équipez-vous d'une téléalarme, pour prévenir vos proches ou les secours en cas de problème

Témoignage : le médecin traitant de mon père, très âgé, lui donnait le conseil suivant : chaque jour, mettez-vous par terre, et relevez-vous, seul, comme vous pouvez, en vous appuyant sur votre lit ou sur une chaise au début et peut être progressivement de vous-même. Si un jour vous tombez, vous relever ne sera plus toute une affaire.

3 L'accès aux soins

Les études sur l'accès aux soins concernent principalement deux aspects:

- la dimension spatiale, envisagée sous l'angle de la répartition territoriale des professionnels de santé,
- la dimension financière, considérant restes à charge, dépassements d'honoraires et renoncement aux soins.

3.1 Déserts médicaux

On peut envisager plusieurs définitions, toutes aussi opérantes et légitimes, du « désert médical », correspondant à différentes situations de vie ou parcours de santé, ou encore à différents types de recours.

- 1) le fait d'avoir un très faible accès aux médecins généralistes, de se trouver très éloigné des urgences et de n'avoir aucune pharmacie proche, pour un « premier recours primordial »,
- 2) l'absence ou la très grande difficulté d'accès à plusieurs professions de santé consultées régulièrement, comme les chirurgiens-dentistes, gynécologues, ophtalmologues, pédiatres, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes constitue un second type de désert.
- 3) Un troisième type de désert médical pourrait encore être proposé, concernant le second recours (cardiologie, rhumatologie, pneumologie, diabétologie, oncologie, neurologie, etc).

Ces trois exemples de définition font craindre aux personnes des conséquences différentes (traitement des problèmes aigus et urgents, mauvais suivi, renoncement à donner suite à une orientation chez un

spécialiste) et touchent des catégories de population de façon différenciée (le troisième type de désert médical peut être lourd d'impact pour les patients atteints de maladies chroniques, par exemple).

3.1.1 La proximité géographique

Les considérations spatiales (éloignement, trajet) ne sont que très peu mentionnées par les patients répondant aux enquêtes par questionnaire menées à l'initiative de diverses instances régionales (agences régionales de santé, unions régionales des professionnels de santé) : la distance n'est pas un obstacle à l'accès aux soins mentionné par les patients.

En 2015, 84 % de la population réside dans une commune où exerce un médecin généraliste et 98 % de la population accède à un médecin généraliste en moins de 10 minutes ; seul 0,1 % de la population (57 000 personnes environ) doit faire 20 minutes ou plus pour accéder à un généraliste.

Selon la plateforme « data.gouv.fr », l'accessibilité géographique aux soins des personnes âgées de 70 ans ou plus n'apparaît pas plus faible que celle des adultes plus jeunes. Lorsqu'elles consultent le médecin généraliste, les personnes âgées de 70 ans ou plus ont en effet des temps de trajet plus faibles que les adultes plus jeunes, car elles recourent plus souvent au professionnel le plus proche de chez elles. En outre, leurs recours aux masseurs-kinésithérapeutes se font plus souvent par des visites à domicile.

C'est ce que confirme [l'étude de 2017 de la DREES sur les déserts médicaux](#) : « Si deux tiers des patients consultent un médecin dans leur commune lorsque celle-ci est équipée, seul un tiers des patients des communes ayant une accessibilité faible aux médecins généralistes libéraux consultent le médecin le plus proche de chez eux. Des proportions similaires sont observées pour les autres professionnels de santé étudiés qui ont pourtant des répartitions géographiques assez sensiblement différentes. Ainsi, la proximité n'est pas nécessairement l'unique critère de choix d'un médecin généraliste, en particulier lorsque l'accès à celui-ci nécessite de toute façon un déplacement en voiture. »

Temps moyen d'accès en mn

Type de recours	Médecins généralistes (hors MEP*)		Infirmiers		Masseurs-kinésithérapeutes	
	Tranche d'âge		Tranche d'âge		Tranche d'âge	
	De 19 à 69 ans	Plus de 70 ans	De 19 à 69 ans	Plus de 70 ans	De 19 à 69 ans	Plus de 70 ans
Consultations						
Moyenne	07:28	05:15	07:40	05:43	08:08	09:27
3e quartile	10:00	07:00	08:00	07:00	11:30	13:00
9e décile	21:00	14:30	25:00	15:30	23:00	29:30
Visites						
Moyenne	07:31	05:23	06:14	04:31	07:15	06:13
3e quartile	10:00	07:30	07:00	06:00	09:00	08:00
9e décile	20:30	14:00	18:00	13:00	20:30	18:30

* MEP : médecins à caractère particulier (acupuncteur, homéopathe, angiologue, etc.)

Lecture • Les recours au médecin généraliste des patients âgés de 70 ans ou plus se font avec un temps d'accès moyen de 5 minutes 15. 75% de ces mêmes recours se font avec un temps d'accès inférieur à 7 minutes, et 90% avec un temps d'accès inférieur à 14 minutes 30.

Champ • Consultations/visites des patients ayant recours à un professionnel de santé à moins de 2 heures de leur commune de résidence, cabinets primaires et secondaires des professionnels de santé. France, 2010.

Sources • Sniram, CNAM-TS, 2010 ; données locales, INSEE, 2008 ; Odomatrix.

Cependant, la modification de l'organisation libérale des soins, regroupements dans des maisons de santé, communautés professionnelles de territoires va aussi transformer nos habitudes de recours aux soins, de consultation et diminuer, espérons-le, le réflexe d' « aller aux urgences ».

Lorsqu'elles se rendent à l'hôpital, les personnes âgées de 70 ans ou plus ont, là aussi, des temps d'accès effectifs légèrement plus faibles que les autres adultes, en lien avec une plus forte propension à se rendre à l'établissement le plus proche de chez elles.

Temps moyen d'accès à l'hôpital en mn

	Type de commune de résidence	Nombre de séjours	Temps d'accès théorique médian	Temps d'accès effectif médian
19-69 ans	Commune rurale	1 341 000	24 mn	34 mn
	Commune urbaine	4 799 000	9 mn	18 mn
70 ans et plus	Commune rurale	921 000	25 mn	31 mn
	Commune urbaine	2 779 000	9 mn	16 mn

Champ • France métropolitaine et DOM ; 18 spécialités retenues.
Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2010 ; INSEE, données communales sur le degré d'urbanisation 2010 ; distancier Odomatix.

3.1.2 La disponibilité des soins pour les personnes âgées

En revanche, ce qui est mis en avant par les patients, c'est plus le délai d'attente (pour obtenir un rendez-vous ou même trouver un médecin traitant).

3.1.2.1 *Le nombre de médecins devrait repartir à la hausse à partir de 2020*

Depuis 2010, la France compte de moins en moins de médecins généralistes libéraux, leur nombre diminuant chaque année un peu plus. Le constat est ancien. Après avoir beaucoup baissé dans les années 1980-1990, le *numerus clausus* ([le nombre de nouveaux médecins admis en formation](#)) a été augmenté à partir de 2002 et surtout 2007. Les bénéficiaires se feront sentir dans les années 2020. Des mesures récentes touchant à la formation des médecins (Loi santé 2019) et à leur organisation (programme Ma santé 2022), visent aussi, par des actions sur l'organisation et les missions à enrayer la baisse des années 2010. L'enjeu est en effet d'agir à la fois sur l'organisation des soins, le rôle, les missions et les métiers des médecins ainsi que sur les comportements des patients.

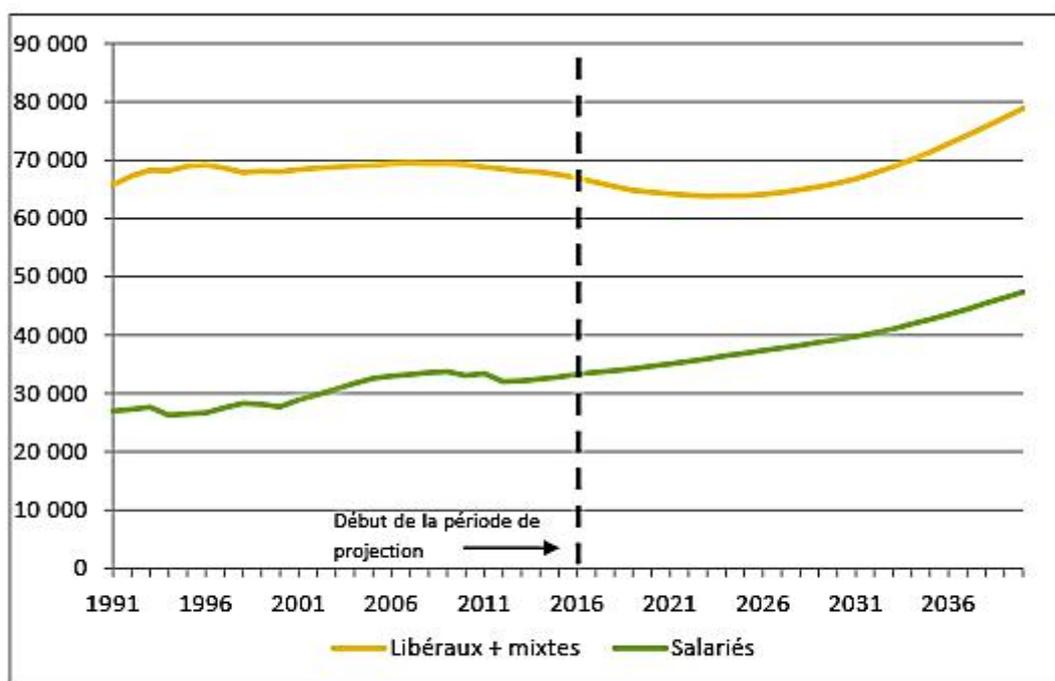
Comment comprendre les données et les projections sur le nombre et la densité des médecins ?

Dans les prochaines années, l'évolution de la densité médicale devrait être peu dynamique. L'exercice actuel de projection s'appuie sur la situation des médecins au 1er janvier 2015. Les comportements des médecins (choix du mode d'exercice, de la région d'installation...) sont modélisés à partir de données récentes et tiennent compte de la réglementation actuellement en vigueur. Dans ce cadre, l'évolution des effectifs projetés dépend fortement de deux hypothèses : le niveau des flux de médecins à diplôme étranger et l'âge de cessation définitive d'activité des médecins. Pour le scénario tendanciel, les options suivantes sont retenues : le flux de médecins à diplôme étranger est supposé se maintenir à son niveau de 2015 (soit environ 1 500 nouveaux médecins à diplôme étranger par an) et les médecins de plus de 70 ans ne sont pas pris en compte dans l'offre de soins. Selon ces hypothèses, [les effectifs de médecins devraient légèrement diminuer jusqu'en 2021 avant de repartir](#)

à la hausse ensuite. La densité médicale, c'est-à-dire le nombre de médecins par habitant, chuterait davantage que les effectifs, en raison de l'augmentation de la population française de 10 % durant cette période. Elle baisserait de 3,2 à 3,1 médecins pour 1 000 habitants entre 2016 et 2022, atteignant à cette date un point bas égal à la densité de l'année 2002, avant de remonter à partir de 2025, pour retrouver le niveau de 2016 seulement en 2031 (graphique 1.b). En revanche, en 2040 la densité de médecins serait supérieure de 13 % à la densité de 2016. Néanmoins, entre 2016 et 2040, la population française va vieillir et ses besoins de soins vont donc probablement augmenter. Pour tenir compte de l'évolution de ces besoins, une densité standardisée par le recours aux médecins de ville est calculée 1 : la prise en compte du vieillissement de la population révèle une évolution moins dynamique du rapport entre offre et demande de soins que celle que laissait apparaître la densité brute. Selon le scénario tendanciel, la densité standardisée diminuerait de 3,2 à 3,0 médecins pour 1 000 habitants entre 2016 et 2024 et stagnerait autour de ce point bas jusqu'en 2026, amorçant ensuite une remontée pour retrouver le niveau de 2016 en 2035.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche19-3.pdf>

Évolution des effectifs de médecins généralistes par mode d'exercice



Champ > France métropolitaine et DROM, y compris Mayotte.

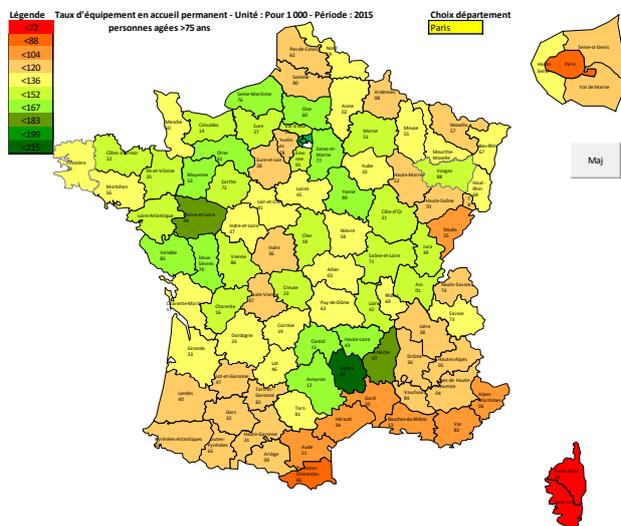
Sources > Adeli, RPPS, Projections DREES 2015.

Un autre paramètre doit être pris en compte : le choix de se diriger vers l'une ou l'autre filière d'exercice. En effet, en fonction des résultats au « ECN : épreuves classantes nationales », en fin d'internat, les étudiants peuvent faire le choix de leur filière de prochain exercice. La médecine générale se situait régulièrement en fin de classement des choix des futurs médecins. [Il semblerait que l'année 2019 marque une évolution.](#)

Le constat est globalement le même que pour les généralistes pour les spécialistes en accès direct. Le nombre d'ophtalmologues, de gynécologues et de psychiatres, libéraux ou mixtes, diminue depuis le début des années 2010 et cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2025 environ. Ainsi, en 2025, le nombre de ces praticiens devrait être inférieur de 18 % à 21 % à celui observé en 2012.

3.1.2.2 L'hébergement en institution

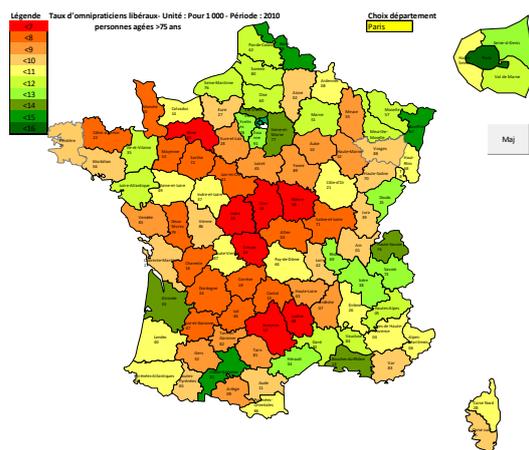
Taux d'équipement en accueil permanent pour les >75 ans, pour 1000



Le site [Score-santé](#) (qui est par ailleurs une mine sur toutes les données de santé, nationales et territoriales) fournit la disponibilité de services et d'accueil par département pour les plus de 75 ans. Mais aucun territoire n'est simple : les différences d'accès aux services au sein des départements, liées notamment au type d'espaces (urbain, périurbain, rural) sont globalement plus importantes que les différences constatées entre départements. Les départements les mieux dotés, ici, le Maine et Loire et l'Ardèche, mais surtout la Lozère contrastent avec Paris, la Corse et les Pyrénées orientales.

3.1.2.3 Accessibilité aux médecins libéraux et professionnels des soins

Taux d'omnipraticiens libéraux pour les >75 ans, pour 1000



Le schéma est presque inversé si l'on observe la densité des professionnels (ici les médecins omnipraticiens¹) selon l'âge de la population dans les départements : Les 10 % d'habitants des communes les mieux équipées ont une accessibilité trois fois plus forte que les 10 % d'habitants des communes les moins bien dotées. Ces disparités sont comparables à celles observées pour les pharmacies, dont l'installation est pourtant régulée. Par ailleurs, les disparités d'accessibilité aux médecins généralistes sont davantage liées au type d'espace (commune urbaine ou rurale, située au centre d'un pôle ou en

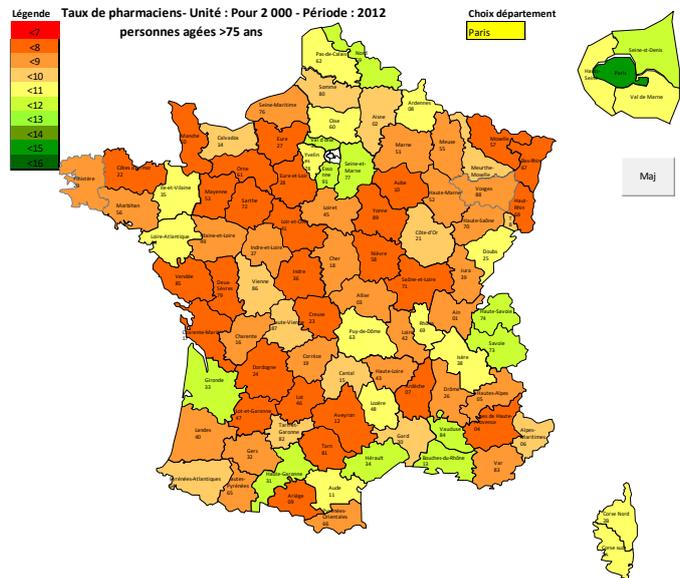
périphérie) qu'à la région.

¹ Médecins omnipraticiens : un terme québécois pour désigner les médecins généralistes. En France, on a pris l'habitude d'y inclure ceux qui ont un diplôme de médecine générale et une pratique particulière : (homéopathie, allergologie, médecins du sport etc..)

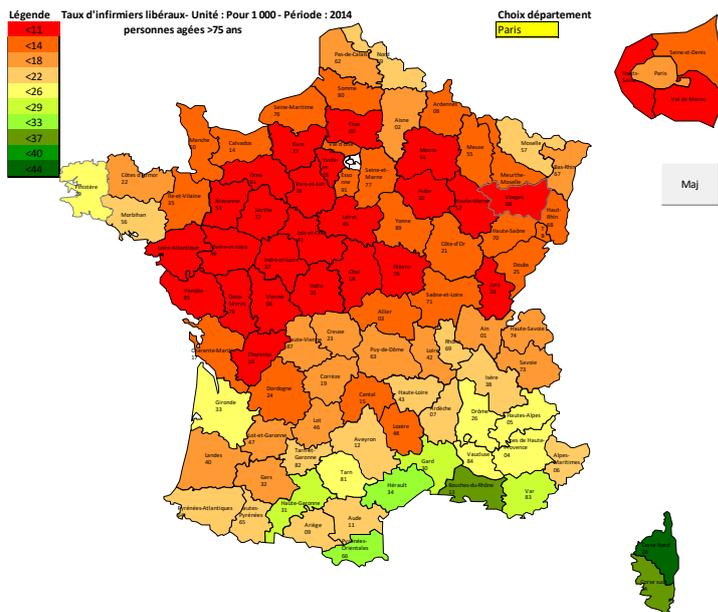
Taux de pharmaciens pour les >75 ans, pour 1000

Le fait de résider à plus de 10 minutes de route de la pharmacie la plus proche concerne 1,6 million de personnes. Le critère d'éloignement aux pharmacies pourrait toutefois être le signe d'une situation de fragilité particulière : cet éloignement est beaucoup plus fréquemment (64 % des cas) couplé à d'autres difficultés.

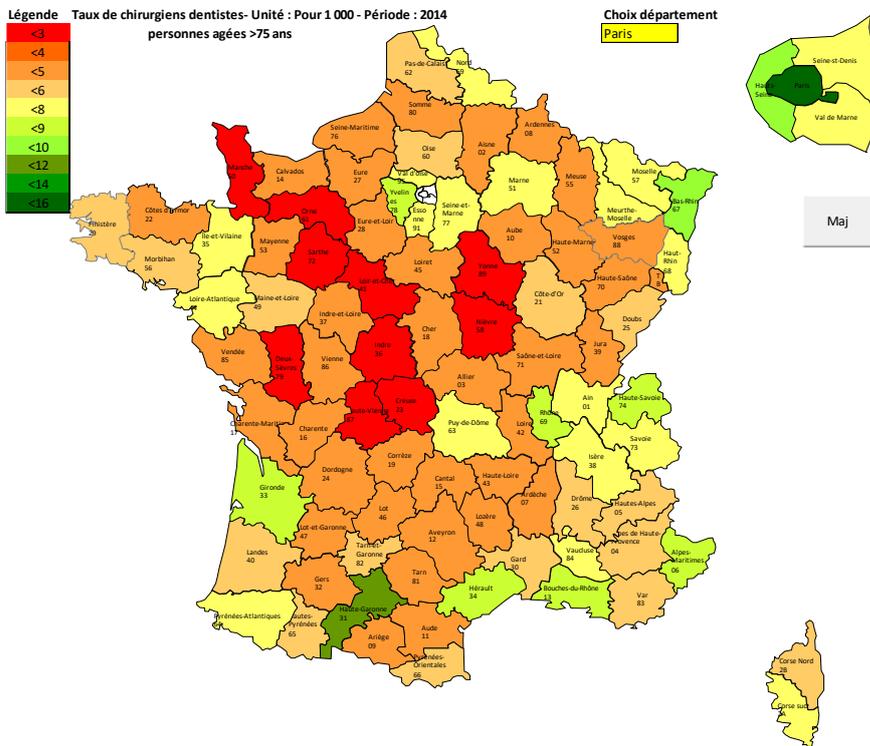
- 4) Dans près d'un cas sur deux en effet, l'éloignement aux pharmacies se double d'un faible accès aux médecins généralistes
- 5) dans un cas sur trois, il va de pair avec un éloignement aux services d'urgence.



Taux d'infirmiers libéraux pour les >75 ans, pour 1000

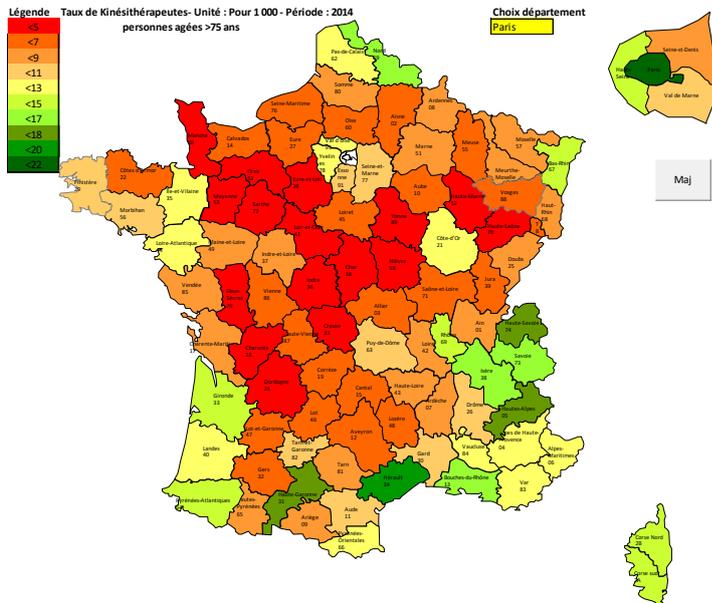


Taux de chirurgiens-dentistes pour les >75 ans, pour 1000



Taux de

Kinésithérapeutes pour les >75 ans, pour 1000



3.1.3 L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)

Les « déserts médicaux », connus sous la forme d'une difficulté d'accéder à des professionnels, que l'on ressent en zone rurale mais aussi dans certains quartiers de grande ville ou en proximité, peuvent-ils être mesurés ? Décrits ? Voire faire l'objet de politiques publiques ?

La DREES et l'Irdes ont développé conjointement depuis 2012 un [indicateur d'accessibilité aux soins : l'APL](#) (accessibilité potentielle localisée).

Cet indicateur synthétique permet de tenir compte à la fois de :

- 6) la proximité géographique des médecins
- 7) de leur activité estimée (nombre d'actes par nombre de patients potentiels)
- 8) des besoins de recours à un médecin généraliste notamment en fonction de l'âge de la patientèle. Pour tenir compte de ces variations, chaque personne est affectée d'un poids qui dépend de la consommation moyenne observée de sa tranche d'âge :
 - a. environ 1 pour les 50- 54 ans,
 - b. 0,74 pour les 25-29 ans,
 - c. 1,9 pour les 75-79 ans.

Seuil	Nombre de communes dont l'APL est inférieure au seuil	Population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil
APL < 1 consultation / an / hab.	1 182	267 694
APL < 2 consultations / an / hab.	4 682	1 890 633
APL < 2,5 consultations / an / hab.	8 919	5 291 458
APL < 3 consultations / an / hab.	15 001	12 061 120

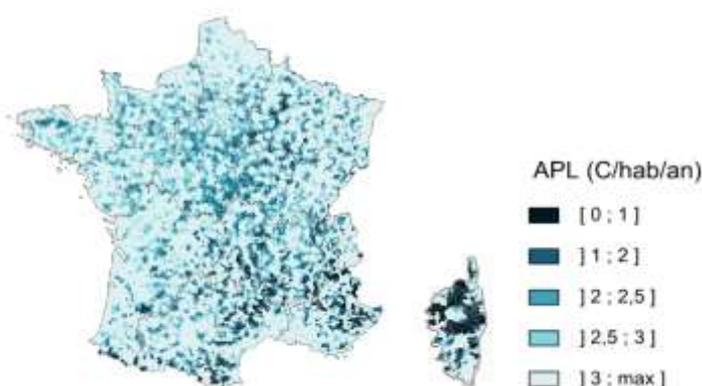
L'APL rend donc comparable l'accessibilité de communes ayant des populations d'âges très différents.

[Ainsi mesurée, l'accessibilité moyenne aux médecins généralistes libéraux](#) est de 4,11 consultations par habitant et par an en 2015.

- 9) La médiane est très légèrement inférieure (4,07 C/hab/an).
- 10) Un quart de la population a accès à moins de 3,22 C/hab/an
- 11) un quart a accès à plus de 4,90 C/hab/an ;

le quart des habitants les mieux dotés ont donc une accessibilité 1,5 fois meilleure que le quart des habitants les moins bien dotés.

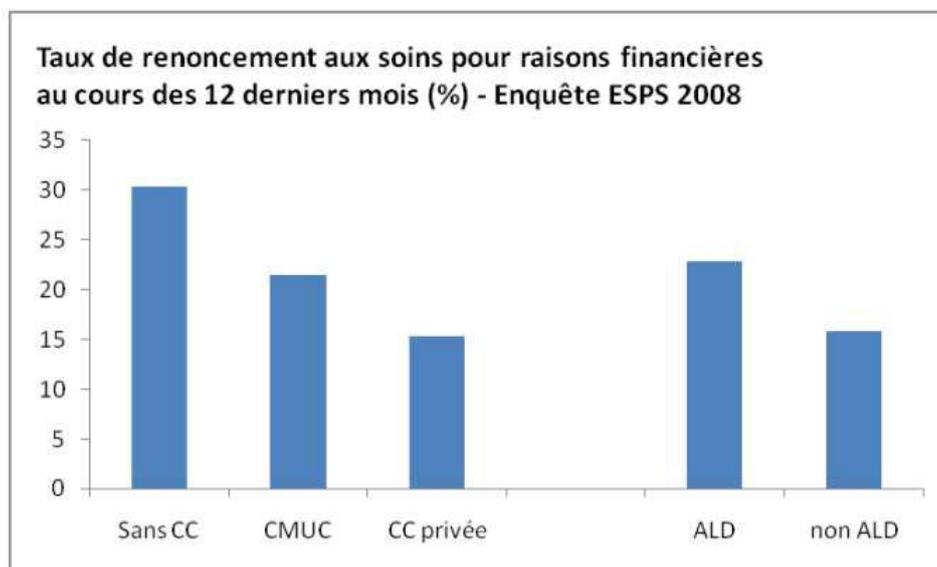
Communes sous-denses selon le seuil retenu



3.2 Difficulté d'accès aux soins : la couverture complémentaire

3.2.1 Cas général

Une étude ancienne montre le taux de renoncement selon le taux de couverture : les personnes sans couverture complémentaire étaient celles qui déclaraient le plus fréquemment « renoncer à des soins » (avec toute l'imprécision que ce terme recouvre).



Source : Boisguérin, Després, Dourgnon, Fantin, Legal (2010), Etudier l'accès aux soins des assurés CMU-C, une approche par le renoncement aux soins, In Santé, soins et protection sociale en 2008. Paris : IRDES, 2010/06, 31-40.

Selon une [étude de la DREES \(avril 2019\)](#) sur les complémentaires santé en 2014, 94 % des retraités ont une complémentaire santé individuelle, 1 % une collective, 1 % bénéficient de la CMU-C et 3 % ne sont pas couverts.

3.2.2 Personnes couvertes par la CMU-C

Selon le rapport de l'IRDES de juin 2019, sur les 5.5M de personnes bénéficiant de la CMU-C, 5 % seulement a plus de 60 ans alors qu'ils représentent près du quart de la population. Ce faible taux s'explique par le fait que les personnes de plus de 65 ans disposant de faibles revenus peuvent bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) dont le montant est supérieur au plafond d'éligibilité à la CMU-C., (Pour bénéficier de la CMU-C, le revenu en 2018 doit être inférieur à 734€ par mois et par unité de consommation).

Malgré l'existence de la CMU-C et de l'ACS, en 2014, un quart de la population adulte selon l'enquête ESPS déclare avoir renoncé à au moins un soin pour raison financière au cours des douze mois précédant l'enquête. Ce renoncement concerne beaucoup plus souvent les populations pauvres : les individus du premier quintile de revenu (les 20 % les plus pauvres) sont trois fois plus nombreux à en faire état que les populations du dernier quintile (39 % contre 12,9 %). La non-éligibilité aux dispositifs CMU-C et ACS d'individus ayant des ressources relativement faibles, et le non-recours chez les éligibles peuvent expliquer une partie de ces difficultés d'accès aux soins.

Néanmoins, le renoncement affecte également près d'un tiers des bénéficiaires de la CMU-C, alors qu'ils font face, en théorie, à un reste à charge nul. Ce chiffre peut s'expliquer par le fait qu'une partie des individus couverts par la CMU-C au moment de l'enquête sont entrés dans le dispositif au cours des douze mois précédents et n'en ont bénéficié que sur une partie de cette période, le renoncement

serait alors antérieur à l'entrée. D'autre part, ayant des besoins de soins plus importants, les bénéficiaires de la CMU-C sont plus exposés au renoncement avant ou après leur entrée dans le dispositif. Les résultats de l'enquête annuelle du Centre technique d'appui et de formation des centres d'exams de Santé (CETAF) auprès des bénéficiaires de la CMU-C fréquentant les centres de santé vont dans le sens de la première hypothèse : le renoncement concerne plus de 45 % des individus bénéficiant de la CMU-C depuis moins d'un an contre 32 % de ceux qui en bénéficient depuis plus d'un an. Néanmoins, d'autres facteurs que l'ancienneté dans le dispositif peuvent expliquer le renoncement aux soins : 22 % des individus déclarent renoncer du fait de la demande d'une participation financière de la part du professionnel de santé et 12 % du fait d'un refus du tiers payant (Cour des comptes, 2015).

Afin de lutter contre le non-recours aux soins, l'Assurance maladie a mis en place [les Plateformes d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé \(PFIDASS\)](#), d'abord de manière expérimentale dans le Gard fin 2014, puis dans 21 CPAM réparties sur l'ensemble du territoire français en mai 2016, dans 22 nouvelles CPAM à la fin du premier trimestre 2017 et enfin sur l'ensemble du territoire à la mi 2018. Cette plateforme vise à repérer les individus ayant des difficultés d'accès aux soins, via des « détecteurs », c'est-à-dire des travailleurs des CPAM, des professionnels de santé (médecins, dentistes) et des institutions partenaires (hôpitaux, centres communaux d'action sociale, mutualité, associations...) chargés de signaler les individus concernés auprès des CPAM. Celles-ci prennent alors le relais en examinant tout d'abord si le signalement est ou non pertinent, puis en proposant un accompagnement tant dans l'accès aux droits à la CMU-C ou à l'ACS (si l'individu en difficulté est éligible et n'en bénéficie pas) que pour le choix d'un organisme complémentaire, que dans la recherche de praticiens. Puis dans un second temps, les individus concernés sont accompagnés dans leur parcours de soins, la durée de l'accompagnement étant variable en fonction de la situation de l'assuré⁶. En effet, aux barrières financières directes peuvent s'ajouter des difficultés à s'orienter dans le système administratif et médical du fait d'un manque d'information, de compréhension, d'un manque d'autonomie et de ressources relationnelles. Une première analyse qualitative du dispositif a été menée par l'Odenore, Science Po Grenoble et le Greqam dans la CPAM du Gard (Revil, 2016).

En ce qui concerne la CMU-C, le dispositif PFIDASS est susceptible d'avoir un impact sur le nombre de bénéficiaires, en diminuant le non-recours au dispositif, et sur les consommations médicales, en réduisant le renoncement et en favorisant la réalisation complète des traitements auprès des professionnels de santé. Concernant ce dernier point, les effets attendus en termes de dépense sont a priori difficiles à évaluer : si la diminution du non-recours contribue à accroître la dépense, en revanche, l'amélioration de l'état de santé liée à une diminution du non-recours, du respect du parcours de soins, un recours plus fréquent en ville et moindre à l'hôpital peuvent au contraire réduire les niveaux de dépense, à plus ou moins long terme et, s'agissant de la meilleure observance du parcours de soins, réduire les surcoûts liés aux majorations de tickets modérateurs.

4 Le Reste à Charge

La figure ci-dessous publiée par l'Institut des Actuaire présente très schématiquement le schéma de remboursement des frais de santé en France



Les paramètres significatifs sont

- 12) Le taux « dépassement »/ « sommes présentées au remboursement »
- 13) Le taux de prise en charge « remboursé »/ « sommes présentées au remboursement »

On sait que les seniors ont besoin de plus de soins, du fait de leur vieillissement ; mais n'y a-t-il pas un « effet d'aubaine » pour le corps soignant l'incitant à une surfacturation ?

4.1 La consommation de soins selon l'âge

(rédaction en cours)

4.2 Les dépassements par spécialité

(rédaction en cours)

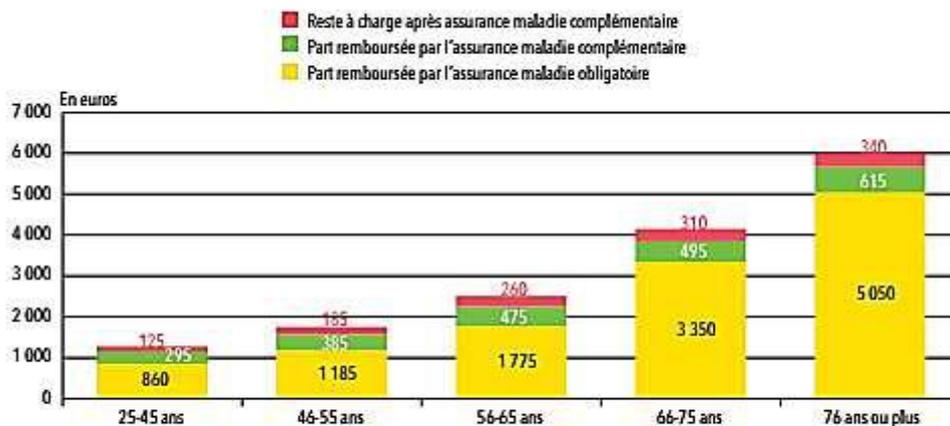
4.3 Les coûts de santé pour les âgés

4.3.1 Des données anciennes mais toujours valables

Dans son volume publié en [avril 2019 sur les Complémentaires Santé](#), la DREES fait les constats suivants...

- En raison de leurs besoins de santé, de la fréquence des maladies notamment chroniques et d'un dispositif de prise en charge des frais de santé remboursés par la Sécurité Sociale, nécessaire à leur prise en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD), le taux de prise en charge de l'assurance maladie- sécurité sociale- est plus élevé chez les plus âgés ; ces chiffres paraissent anciens, mais la tendance demeure : en 2012 : les 25-45 ans obtenaient 860 € de l'AMO (assurance maladie obligatoire) les plus de 75 ans : 5050 €.

Consommation annuelle moyenne de soins par âge et répartition de la prise en charge en 2012



Lecture > Les individus âgés entre 25 et 45 ans ont en moyenne un reste à charge de 125 euros après remboursement des assurances maladie obligatoire et complémentaire.

Champ > Ensemble des individus de 25 ans ou plus en ménages ordinaires ; consommation présentée au remboursement en ambulatoire et à l'hôpital MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) uniquement.

Source > DREES, INES-OMAR 2012.

- Si la prise en charge par l'AMO compense fortement l'augmentation des dépenses avec l'âge, le reste à charge après AMO augmente néanmoins avec l'âge : des remboursements AMC (Assurance maladie complémentaire) de 295€ à 675 € respectivement pour les 25-45 ans et 76 et plus ;
- Ceci ne vient néanmoins pas à bout des coûts de santé pour les seniors puisque le reste à charge après AMO et AMC est aussi plus élevé : 125 € et 340 € pour ces mêmes tranches d'âge.

Il en résulte pour les plus de 65 ans, des dépenses AMO plus élevées, des dépenses AMC plus élevées, des RAC après AMO et AMC plus élevés.

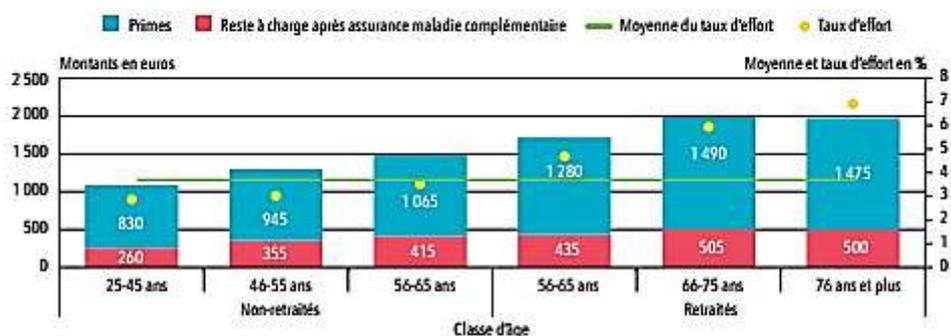
- Ceci peut être lié, d'une part, à une consommation plus tournée vers des soins moins bien pris en charge par les organismes complémentaires et, d'autre part, par les moins bonnes garanties dont ils disposent. En effet, les personnes âgées disposent le plus souvent de contrats individuels et, de ce fait, de garanties moins importantes que les contrats collectifs. [Une étude de l'IRDES publiée en 2016](#), sur des données 2010-2012 montrait que parmi les personnes ayant des restes à charge très élevés (>1110 € en 2010), étudiés ici, les plus de 60 ans représentaient plus de la moitié des personnes n'ayant que peu de restes à charge d'hospitalisation ; leurs RAC résultaient de dépenses d'optique, de matériels médicaux, d'honoraires médicaux et de pharmacie.
- On mesure aussi que des personnes en ALD ont des écarts de dépenses annuelles très importants avec les personnes qui ne sont pas en ALD, que ce soit de la part de la Sécurité Sociale ou de leurs complémentaires santé. Ce qui montre toute l'utilité du dispositif ALD et l'erreur de croire que « parce que l'on est en ALD, il n'y a pas besoin de mutuelle ».

Ainsi, malgré [un système redistributif très efficace, selon les revenus](#) et selon les situations de santé (entre biens portants et malades), les coûts de santé sont plus importants pour les âgés. On mesure ce que l'on appelle le taux d'effort : le coût des dépenses affectées à la santé par rapport au revenu. Ces coûts incluent les cotisations complémentaires et les restes à charge. Ces travaux, là aussi assez anciens (toujours 2012), rétablissent une part de vérité sur les coûts supportés en incluant les parts employeurs versées dans le coût de la complémentaire santé, mais on est ici dans des calculs antérieurs à la [généralisation de la complémentaire d'entreprise](#) (2016) qui auront nécessairement un effet

amplificateur. À notre connaissance, il n'existe pas de données incluant les cotisations aux régimes obligatoires.

[Dans ces travaux](#), le taux d'effort pour les ménages retraités frise les 6 % des revenus.

Dépenses de santé à la charge des ménages et taux d'effort des ménages, selon l'âge en 2012



Note > Les dépenses de santé à la charge des ménages s'entendent primes et restes à charge après assurance maladie complémentaire annuels moyens compris. L'âge du ménage est celui de l'individu le plus âgé. Les ménages non retraités sont ceux où aucun individu du ménage n'est à la retraite. Le chèque ACS, ainsi que la participation de l'employeur pour les contrats collectifs sont déduits des primes.

Lecture > Les ménages dont la personne la plus âgée a entre 25 et 45 ans et où aucun individu n'est retraité consacrent près de 3 % de leur revenu à leurs dépenses de santé, incluant les primes et le reste à charge après assurance maladie complémentaire.

Champ > Ensemble des ménages ; consommation présentée au remboursement en ambulatoire et à l'hôpital MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) uniquement.

Source > DREES, INES-OMAR 2012.

4.3.2 Les personnes âgées sont plus souvent en ALD

La part des personnes en affection de longue durée, en nette hausse depuis 2008, atteint 43 % des seniors à domicile et 75 % de ceux en institution.

Rappelons qu'une ALD est une affection dont la gravité et le caractère chronique impliquent un traitement prolongé et parfois coûteux, pour lequel le patient est remboursé à hauteur de 100 % des tarifs de la Sécurité sociale. En 2015, la liste des ALD dites « exonérantes », établie par décret, compte 30 maladies.

En 2016, [on comptabilisait un peu plus de 10 M de personnes en ALD](#), pour 12 M d'ALD déclarées (certains pouvant avoir 2 ou 3 maladies : l'admission et le protocole de soins pour chaque maladie est nécessaire puisqu'être en ALD pour le diabète ne couvre pas à 100 % pour les difficultés cardiovasculaires etc...).

En 2016, les + 65 ans représentent 50 % des ALD déclarées, 74 % des insuffisances cardiaques, 59 % des diabètes, 71 % des ALD pour maladie coronaire, 97 % des troubles alzheimer et proches, 87 % des maladies de Parkinson, 88 % des polyopathologies invalidantes etc... Toutes maladies de l'âge ou s'aggravant avec l'âge.

Le recours au dispositif ALD, proposé par le médecin aux patients concernés permet ainsi de dresser un tableau de la santé des seniors et de ses évolutions. Entre 2008-2009 et 2015-2016, la part des 65 ans ou plus admis à au moins une ALD est passée de 36 % à 43 % [parmi les résidents à domicile](#), et de 59 % à 75 % en institution.

Sur cette période, le nombre de bénéficiaires du dispositif a également augmenté sur l'ensemble de la population tous âges confondus, passant de 14,2 % à 16,6 %. Cette évolution est notamment due à l'augmentation de la prévalence de certaines pathologies, mais aussi, probablement, à un plus grand recours au dispositif, ainsi qu'à des évolutions réglementaires sans que l'on puisse dissocier nettement ces trois dynamiques.

[Les données sont également disponibles au plan départemental.](#)

4.4 Le reste à charge des personnes âgées « en perte d'autonomie »

Le [HCFEA](#) et la mission conduite par Dominique Libault ont largement approfondi cette question. De plus, le [rapport du Sénat sur le financement de la dépendance](#) fait une analyse poussée du reste à charge avec une vingtaine de propositions.

À compléter

5 Les réformes du système de santé récentes et en cours : leurs conséquences pour les personnes âgées et retraitées.

Fiche en cours

6 Les sources d'information

Bien que nous ayons dans la mesure du possible donné les liens vers les documents et sources utilisées, ce panorama des producteurs de données, leurs complémentarités et parfois les lacunes sont intéressantes à traiter. Ce recensement permet aussi d'accéder à des informations que nous n'avons pas encore intégrées ou dont les représentants pourraient avoir besoin.

6.1 Les données et rapports publiés

6.1.1 Le ministère de la Santé

Le Ministère publie chaque année avec un décalage de 2 ans un rapport « L'état de santé de la population en France » qui conjugue des approches transversales, par population, par déterminants et par pathologies, pour illustrer l'état de santé globalement bon des Français.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2018-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2019>

Il publie aussi diverses études dont une sur les complémentaires santé

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/la-complementaire-sante-acteurs-beneficiaires-garanties-edition-2019>

enquête vie quotidienne et santé :

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>

6.1.2 L'Assurance Maladie

<https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/>

par exemple, on trouve l'Ensemble des remboursements de soins (en date de remboursement) effectués chaque mois par le régime général de l'Assurance Maladie, tous risques confondus.

6.1.3 Le cabinet du Premier ministre

La plateforme « data.gouv.fr », administrée par Etalab, rassemble les données publiques produites ou reçues dans le cadre d'une mission de service public. Elle encourage la réutilisation de ces données au-delà de leur utilisation première par l'administration. On y trouvera les données relatives aux thèmes suivants : l'offre et la consommation de soins, l'efficacité du système de santé, la santé publique, les médicaments, les établissements de santé...

Ces séries sont notamment fournies par le Ministère des Solidarités et de la Santé, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, la Haute Autorité de Santé, l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, les autres Établissements Publics sous tutelle et les collectivités territoriales.

<https://www.data.gouv.fr/fr/topics/sante-et-social/>

6.1.4 Le site SCORE-Santé

Le site d'information en santé SCORE-Santé met à disposition des décideurs, des professionnels de santé et du grand public des informations fiables, homogènes et comparables sur la santé de la

population et ses déterminants. Il est financé dans le cadre de la convention pluriannuelle d'objectifs entre le Ministère en charge de la santé et la FNORS (Fédération nationale des observatoires de santé).

La base d'indicateurs SCORE-Santé a été créée à la suite des travaux de la FNORS « La santé observée dans les régions de France ». Ouverte au public en 2000, elle est actualisée en continu et enrichie régulièrement par de nouveaux indicateurs. Les indicateurs sont présentés sous forme de séries historiques, parfois de plus de trente ans, à l'échelle de la France, des régions, des départements, des territoires de démocratie sanitaire tels que définis par les agences régionales de santé (ARS) et également de territoires infra-départementaux.

<https://www.scoresante.org/presentation.html>

<https://www.scoresante.org/fiches.aspx?id=9>

6.1.5 L'irdes

L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (plus connu sous l'acronyme IRDES) est un organisme français chargé de produire des données statistiques et des analyses sur le système de santé en France.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante.html>

rapport Inégalités sociales de santé (Florence Jusot, LEDA-LEGOS (Univ. Paris-Dauphine) – IRDES, ARS Ile-de-France)

6.1.6 La Cour des Comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2018>

6.1.7 L'OCDE

<http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/base-donnees-sante.htm>

6.1.8 L'INSEE

Estimation de population par département : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>

Projection de population par grand groupe d'âges :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>

Portrait social 2018 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3646226>

et 2019 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238781>

6.1.9 Le Ministère de la cohésion des territoires

<https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/node>

L'Observatoire des Territoires du CGET est à la disposition des acteurs de l'aménagement, des élus et des citoyens : il donne des clés pour comprendre nos territoires, et construire leur développement.

Il met à leur disposition une sélection d'indicateurs cartographiés, de données et de documents d'analyse.

6.1.10 L'Institut Montaigne

Association à but non lucratif, l'Institut Montaigne élabore depuis 2000 des propositions concrètes au service de l'efficacité de l'action publique, du renforcement de la cohésion sociale, de l'amélioration de la compétitivité et de l'assainissement des finances publiques de la France.

Décembre 2013 : <https://www.institutmontaigne.org/publications/sante-faire-le-pari-de-linnovation>

Juillet 2015 : <https://www.institutmontaigne.org/publications/faire-du-bien- vieillir-un-projet-de-societe>

Juin 2016 : <https://www.institutmontaigne.org/publications/reanimer-le-systeme-de-sante>

6.1.11 L'INSERM

Les données issues de la déclaration et la codification des causes de décès sont collectées de manière officielle et régulière en France depuis 1968 par l'INSEE. On peut accéder aux données concernant les causes médicales de décès en France via l'outil géré par le CépiDc. L'outil recense les données depuis l'année 1979.

<https://www.cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/interroger-les-donnees-de-mortalite>

6.1.12 Le sénat

Le Sénat a publié en avril 2019 un rapport sur le financement de la dépendance en s'intéressant notamment au reste à charge des personnes âgées dépendantes.

http://www.senat.fr/rap/r18-428/r18-428_mono.html

6.1.13 Statista

Pauvreté des retraités : <https://fr.statista.com/infographie/16640/retraites-menaces-de-pauvrete-en-europe/>