

# SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS

*Dr Anne Tallec, Sandrine David, Dr Jean-François Buyck avec la contribution du Pr Gilles Berrut (CHU Nantes)*

## SOMMAIRE

<b>FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE</b>	<b>121</b>
<b>4.1 VUE D'ENSEMBLE DE LA SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS</b>	<b>123</b>
<b>4.1.1 ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS ET À 75 ANS</b>	<b>123</b>
Une espérance de vie à 65 ans proche de la moyenne nationale	123
L'espérance de vie à 65 ans progresse, reflétant le recul de la mortalité des générations âgées	124
Baisse ponctuelle de l'espérance de vie en 2015, en lien principalement avec un excès de mortalité des personnes très âgées	124
<b>4.1.2 MALADIES CHRONIQUES</b>	<b>125</b>
Près de la moitié des Ligériens de 65 ans et plus sont atteints de maladies chroniques	125
Des situations de multimorbidité et de comorbidité particulièrement fréquentes chez les personnes âgées	125
<b>4.1.3 DES DÉFICIENCES À LA PERTE D'AUTONOMIE</b>	<b>127</b>
64 000 bénéficiaires de l'Apa, soit environ un Ligérien de 75 ans et plus sur six	127
4 % des personnes âgées en Gir 1 et 21 % en Gir 2 vivent à domicile dans la région, contre respectivement 16 et 37 % au plan national	128
Environ 73 000 personnes âgées dépendantes dans la région, soit au moins une personne de plus de 60 ans sur dix	130
À l'horizon 2030, plus de 100 000 personnes âgées seraient dépendantes dans la région	131
<b>4.1.4 UNE POPULATION DONT LA PRISE EN CHARGE MOBILISE FORTEMENT LE SYSTÈME DE SANTÉ</b>	<b>132</b>
Plus d'un quart de l'activité des médecins généralistes libéraux concernant des personnes âgées de 65 ans et plus	132
Le recours aux soins bucco-dentaires recule au-delà de 80 ans, alors que les besoins paraissent importants	133
Les recours aux soins infirmiers et de kinésithérapie sont particulièrement fréquents chez les personnes âgées	134
Près d'un passage aux urgences sur quatre concerne une personne de 65 ans et plus, près d'un sur cinq une personne de 75 ans et plus	136
Un tiers des Ligériens de 65 ans et plus hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO, et des taux d'hospitalisations en augmentation	136
Plus de 2 % des plus de 65 ans pris en charge au moins une fois dans l'année en psychiatrie	137
<b>4.2 PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES DES PERSONNES DE 65 À 74 ANS</b>	<b>138</b>
<b>4.2.1 VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 À 74 ANS</b>	<b>138</b>
Une population dont la croissance annuelle d'ici 2027 atteint 3 %	138
38 % des 65-74 ans sont en ALD, 29 % sont hospitalisés en MCO au moins une fois dans l'année	138
Une morbidité environ deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes	138
Légère sous-mortalité et sous-incidence des ALD, mais un taux de patients hospitalisés en MCO au moins une fois dans l'année en augmentation et désormais proche de la moyenne nationale	139



<b>4.2.2 PRINCIPALES PATHOLOGIES DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 À 74 ANS</b>	<b>139</b>
Les cancers : prostate par sa fréquence, poumon par sa gravité, foie par la mauvaise situation régionale chez les hommes, sein par sa fréquence et sa gravité chez les femmes	141
Les affections cardiovasculaires : des maladies très fréquentes notamment chez les hommes, mais une mortalité près de trois fois inférieure à celle des cancers	142
15 % des hommes et 9 % des femmes de 65 à 74 ans en ALD pour diabète	142
<b>4.2.3 AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 À 74 ANS</b>	<b>142</b>
Hernies, arthrose, cataracte : des motifs fréquents d'hospitalisations pour une intervention chirurgicale	142
<b>4.3 PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES DES PERSONNES DE 75 À 89 ANS</b>	<b>143</b>
<b>4.3.1 VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 À 89 ANS</b>	<b>143</b>
Une population en progression d'environ 2 % par an d'ici 2027	143
57 % des personnes âgées de 75-89 ans sont en ALD, 34 % sont hospitalisées en MCO au moins une fois dans l'année, 5 % décèdent dans l'année	143
Une morbidité 1,5 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes	144
Des taux de patients hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO, d'admissions en ALD et de mortalité légèrement inférieurs à la moyenne nationale	144
<b>4.3.2 PRINCIPALES AFFECTIONS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 À 89 ANS</b>	<b>145</b>
Les maladies cardiovasculaires deviennent prépondérantes	146
13 % de la population des 75-89 ans en ALD pour diabète	147
Les cancers : prostate chez les hommes, sein chez les femmes, côlon-rectum pour les deux sexes	147
Les troubles mentaux et du comportement voient leur taux augmenter fortement, en lien notamment avec les démences	148
<b>4.3.3 AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 À 89 ANS</b>	<b>148</b>
Cataracte, hernies inguinales et abdominales, arthrose, fractures du col du fémur sont également des motifs fréquents d'hospitalisations en MCO des personnes de 75-89 ans	148
<b>4.4 PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES DES PERSONNES DE 90 ANS ET PLUS</b>	<b>149</b>
<b>4.4.1 VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 90 ANS ET PLUS</b>	<b>149</b>
Une population dont l'effectif va presque doubler d'ici 2027	149
Les trois quarts des personnes de 90 ans et plus sont en ALD, la moitié sont hospitalisées en MCO au moins une fois dans l'année, près de 20 % décèdent dans l'année	149
Les écarts hommes-femmes se réduisent, notamment en terme de mortalité	150
Des taux d'admissions en ALD inférieurs à la moyenne nationale, des taux de patients hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO et de mortalité proches de cette moyenne	150
<b>4.4.2 PRINCIPAUX ENJEUX DE SANTÉ DE LA POPULATION DES PERSONNES DE 90 ANS ET PLUS</b>	<b>151</b>
Les maladies de d'appareil circulatoire restent au premier plan	152
Les troubles mentaux, et en particulier les démences, prennent une place importante au-delà de 90 ans	153
Les cancers restent des pathologies fréquentes et graves, mais relativement moins présentes que dans les classes d'âge précédentes	153
Les lésions traumatiques et leurs complications et séquelles, seconde cause d'hospitalisation en MCO des personnes très âgées	153
7 % des Ligériens de 90 ans et plus hospitalisés au moins une fois dans l'année pour une maladie de l'appareil respiratoire, pneumopathie infectieuse dans la moitié des cas	154
<b>4.4.3 AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 90 ANS ET PLUS</b>	<b>154</b>
Symptômes, occlusion intestinale, cataracte restent des motifs fréquents d'hospitalisation dans cette classe d'âge	154
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES</b>	<b>155</b>

## TABLE DES ENCADRÉS

ENCADRÉ 1. Le syndrome de fragilité	126
ENCADRÉ 2. Entre care et cure	127
ENCADRÉ 3. Éléments concernant le mode de vie et l'habitat des personnes âgées en Pays de la Loire	129
ENCADRÉ 4. Les résultats de l'enquête VQS 2014 chez les Ligériens de 60 ans et plus vivant à domicile	131
ENCADRÉ 5. La prise en charge des personnes âgées dépendantes par les médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire	133
ENCADRÉ 6. La prise en charge des personnes âgées dépendantes par les chirurgiens-dentistes libéraux des Pays de la Loire	134
ENCADRÉ 7. La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile par les infirmiers libéraux des Pays de la Loire	135
ENCADRÉ 8. La prise en charge des personnes âgées dépendantes par les masseurs-kinésithérapeutes des Pays de la Loire	135
ENCADRÉ 9. Les hospitalisations des personnes âgées vivant en Ehpad	137
ENCADRÉ 10. L'alimentation et la nutrition des personnes âgées	143
ENCADRÉ 11. Les chutes des personnes âgées en Pays de la Loire	149



## 4 SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS

### FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Au cours de la dernière décennie, l'espérance de vie des personnes âgées de 65 ans et plus a progressé en moyenne de un à deux mois par an, et elle dépasse actuellement dans la région 19 ans pour les hommes et 23 ans pour les femmes. En lien avec cette augmentation, mais aussi avec l'avancée en âge des générations du baby-boom et les migrations en Pays de la Loire à l'âge de la retraite, le nombre de personnes âgées et notamment très âgées devrait continuer à progresser dans les années qui viennent, de même que leur poids dans la population totale. Selon les projections démographiques à l'horizon 2027, l'effectif des Ligériens âgés de 65 ans et plus devrait progresser de plus de 40 % entre 2012 et 2027, leur part dans la population totale passant de 18 à 21 % sur cette période. L'évolution serait encore plus forte pour les personnes très âgées, avec un quasi-doublement des effectifs de personnes de 90 ans et plus. Au-delà de cet horizon, l'augmentation du nombre de personnes très âgées s'accélération avec l'arrivée à l'âge de 80 ans entre 2026 et 2054 des générations du baby-boom, nées entre 1946 et 1974.

En lien avec l'augmentation de la longévité, les personnes âgées constituent une population de plus en plus hétérogène, les besoins des jeunes retraités n'ayant rien de commun avec ceux des personnes de plus de 85 ou 90 ans. Actuellement, jusqu'à l'âge de 95 ans, la majorité des personnes âgées vivent à domicile. Elles y sont le plus souvent seules au-delà de 80 ans. L'âge moyen d'entrée en institution augmente et avoisine 85 ans au plan national en 2011. En Pays de la Loire, 11 % des personnes de plus de 75 ans vivent en maison de retraite ou en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Ce taux, parmi les plus élevés des régions françaises, est stable depuis 2009 alors que la proportion de personnes dans cette tranche d'âge augmente. Cette tendance à privilégier autant que possible la vie à domicile devrait se poursuivre dans les années qui viennent. Dans ce contexte, l'adaptation des logements aux besoins des personnes vieillissantes, mais aussi des quartiers, des villes, des services, pour qu'ils offrent sécurité et qualité de vie, qu'ils favorisent la mobilité, le lien social, la mixité générationnelle constitue donc un enjeu majeur pour notre société.

Dans la population âgée, les maladies chroniques sont particulièrement fréquentes. Ainsi, près de la moitié des Ligériens de 65 ans et plus sont actuellement reconnus par l'assurance maladie comme atteints d'une affection de longue durée (ALD) en raison d'une maladie nécessitant un traitement long et coûteux. Cette proportion atteint 59 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus et 74 % chez celles de 90 ans et plus. L'une des caractéristiques de la santé des personnes âgées est la fréquence des situations de multimorbidité, dont la prise en charge est complexe, avec des exigences en particulier en termes de coordination des différents professionnels de santé, et des risques en termes d'interactions médicamenteuses.

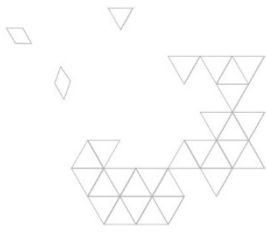
Les déficiences liées à ces affections chroniques mais aussi au vieillissement peuvent toucher les fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques des individus. De plus en plus fréquentes et associées avec l'âge, elles génèrent progressivement des limitations d'activité et de participation sociale, voire une perte d'autonomie. Actuellement, les Pays de la Loire comptent au moins 75 000 personnes âgées dépendantes, et à l'horizon 2030, ce nombre dépasserait 100 000. D'où l'enjeu du développement de mesures et de dispositifs permettant le repérage des situations de fragilité, afin d'identifier les personnes âgées à risque d'entrée dans la dépendance et susceptibles de bénéficier d'interventions de prévention du déclin fonctionnel et d'une prise en charge adaptée précoce.

La proportion régionale de personnes âgées dépendantes vivant à domicile est nettement plus faible que la moyenne nationale. Ainsi, sur les 64 000 Ligériens bénéficiant de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), 41 % vivent à domicile contre 58 % au plan national. Si l'on considère les personnes les plus dépendantes, en Gir 1 et en Gir 2, respectivement 4 % et 21 % vivent à domicile dans la région, soit des proportions très inférieures à la moyenne nationale (respectivement 13 et 35 %).

Les personnes âgées mobilisent fortement le système de soins, en ville comme dans les établissements de santé. Les professionnels soignants de ville jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des personnes âgées, et leur activité auprès d'elles est essentielle pour limiter le recours aux hospitalisations non programmées, ainsi que pour permettre la vie à domicile. Globalement, 15 % des actes de médecins généralistes libéraux, 23 % des actes de kinésithérapie et 59 % des actes de soins infirmiers concernent des personnes âgées de 75 ans et plus, alors qu'elles ne représentent que 10 % de la population régionale.

Par contre, alors que les besoins de soins bucco-dentaires des personnes âgées sont importants, et que les troubles dans ce domaine constituent un facteur de risque de dénutrition et altèrent souvent la vie sociale, le recours aux chirurgiens-dentistes ne progresse pas avec l'âge. De même, la prise en charge de la déficience auditive reste insuffisante, en lien notamment avec des restes à charge élevés.

Enfin, les altérations cognitives des personnes âgées sont largement sous-diagnostiquées et donc insuffisamment prises en charge sur le plan thérapeutique, alors qu'elles sont souvent en cause dans les chutes, la dénutrition, les problèmes sociaux et sont susceptibles de prolonger la durée des séjours hospitaliers.



Les passages aux urgences des personnes âgées sont fréquents, avec un taux de recours qui avoisine 360 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus et 630 pour 1 000 personnes de 90 ans et plus. Le taux d'hospitalisations après ces passages atteint 61 % chez les 75 ans et plus et 67 % au-delà de 90 ans.

Avec ou sans passage aux urgences, 36 % des Ligériens de 75 ans et plus sont hospitalisés en service de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) au moins une fois dans l'année. Au cours des années récentes, le taux comparatif de personnes âgées hospitalisées au moins une fois dans l'année en MCO a eu tendance à augmenter, témoignant de pratiques de soins de plus en plus actives vis-à-vis de cette population, mais aussi peut-être d'une évolution des prises en charge ambulatoires. Cette augmentation, conjuguée aux effets du vieillissement démographique, induit une augmentation de la part des personnes âgées dans les files actives hospitalières de MCO. Ainsi en 2015, 23 % des séjours et 41 % des journées en MCO concernent des personnes âgées de 75 ans et plus, contre 21 et 38 % en 2009.

Les statistiques relatives aux ALD, aux hospitalisations en MCO, et aux causes médicales de décès, permettent de décrire les problèmes de santé les plus fréquents et les plus graves des plus de 65 ans.

Chez les 65 à 74 ans, les maladies cardiovasculaires et le diabète sont à l'origine de 49 % des admissions en ALD. Le poids de ces affections dans la mortalité est encore modéré à cet âge (19 %), mais la prévention de leurs facteurs de risque (alimentation, sédentarité) et de leurs complications est alors essentielle pour préserver la santé physique et fonctionnelle des années à venir, et réduire les coûts liés aux complications.

Les cancers sont, par contre, à l'origine de la moitié des décès des 65-74 ans avec notamment un poids important des décès par cancers du poumon et du foie chez les hommes, du sein et du côlon-rectum chez les femmes. Les enjeux en termes de prévention primaire (alcool et tabac) et de dépistage (sein et côlon-rectum) sont donc très forts, pour cette classe d'âge comme pour celles qui précèdent.

À partir de 75 ans, les maladies cardiovasculaires deviennent prépondérantes. Elles constituent la première cause d'admissions en ALD, d'hospitalisation en MCO et de mortalité des Ligériens de 75 ans et plus. La morbidité liée aux cancers reste également très importante après 75 ans, le cancer de la prostate et le cancer colorectal voyant notamment leur poids augmenter dans la mortalité. L'augmentation attendue du nombre de cancers chez les personnes âgées, en lien avec le vieillissement de la population, nécessitera une adaptation des prises en charge, en raison notamment des risques majorés de complications thérapeutiques.

Les troubles mentaux et du comportement apparaissent de façon marquée à partir de 75 ans. Chez les 75-89 ans, 4 % des Ligériens sont en ALD pour maladie d'Alzheimer ou autre démence, et cette proportion atteint 13 % au-delà de 90 ans.

Les chutes, dont les systèmes d'information ne permettent pas d'apprécier l'importance dans la morbidité des personnes âgées, sont une source majeure de fragilisation et de perte d'autonomie dans cette population. Chez les 75 ans et plus, la proportion de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année pour fracture du col du fémur - pathologie qui constitue l'un des marqueurs de la morbidité par chutes des personnes âgées - a diminué de 1,6 % par an dans la région entre 2009 et 2015. Par contre, sur cette période, la mortalité par chute des 75 ans et plus est restée globalement stable.

Enfin, nombre d'hospitalisations des personnes âgées visent à limiter les conséquences fonctionnelles du vieillissement, notamment à travers la chirurgie orthopédique (arthrose de la hanche et du genou en particulier) et celle de la cataracte, et contribuent au maintien de l'autonomie et de la qualité de vie des personnes âgées.

Dans les années qui viennent, eu égard aux évolutions démographiques de la population âgée et de l'importance de ses besoins de soins et d'accompagnement, et dans un contexte marqué par des tensions sur les effectifs médicaux et en particulier sur ceux des médecins généralistes, une adaptation majeure des pratiques et de l'organisation du système de santé et médico-social apparaît indispensable à anticiper.



Ce chapitre offre tout d'abord une vue d'ensemble de la santé des habitants des Pays de la Loire âgés de 65 ans et plus, en analysant successivement l'espérance de vie à 65 ans de la population régionale, les indicateurs de morbidité globale (maladies chroniques et multimorbidité), la problématique des aptitudes fonctionnelles et de la perte d'autonomie. Il présente à ce propos des données régionales sur le mode de vie et notamment l'habitat des personnes âgées. Enfin, il décrit, à l'aide de quelques indicateurs, l'importance de la mobilisation du système de santé de ville et hospitalier pour les soins aux personnes âgées.

En raison de la grande hétérogénéité de la population âgée de 65 ans et plus, tant en termes de mode de vie que de santé médicale ou fonctionnelle, trois groupes d'âge sont distingués (60-74 ans, 75-89 ans et 90 ans et plus), tout au long du chapitre, et notamment dans sa seconde partie où une approche détaillée de la morbimortalité pour chacune de ces trois classes d'âge.

Les analyses réalisées s'appuient notamment sur les données issues de différents systèmes d'information médico-administratifs : causes médicales de décès, affections de longue durée (ALD), hospitalisations en court séjour, prises en charge en établissement psychiatrique, passages aux urgences, système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (Sniiram) [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8].

Ces sources de données et leurs limites sont décrites dans ce rapport [voir Encadrés 2 et 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens] ou sur la page internet [www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/lexique](http://www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/lexique).

## 4.1 VUE D'ENSEMBLE DE LA SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS

Les Pays de la Loire comptent 645 000 habitants âgés de 65 ans et plus en 2012, qui représentent 18 % de la population régionale. Les enjeux de santé concernant cette population sont considérables, en lien avec l'importance des besoins de soins et d'accompagnement qui la caractérise, et avec l'augmentation prévisible de l'effectif de cette classe d'âge, et de son poids dans la population totale [9].

D'ici 2027, selon les projections établies par l'Insee des Pays de la Loire, l'effectif des 65 ans et plus devrait, en effet, progresser de plus de 40 %. La région compterait alors 925 000 personnes dans cette classe d'âge, qui représenterait 23 % de la population régionale. L'évolution serait encore plus forte pour les personnes très âgées, avec un taux de progression global à l'horizon 2027 qui atteindrait 90 % pour les personnes âgées de 90 ans et plus [10].

Au-delà de cet horizon, l'augmentation du nombre de personnes très âgées sera encore plus marquée avec l'arrivée à l'âge de 80 ans entre 2026 et 2054 des générations nombreuses du baby-boom, nées entre 1946 et 1974 [11] [12].

### 4.1.1 ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS ET À 75 ANS

#### Une espérance de vie à 65 ans proche de la moyenne nationale

En Pays de la Loire, l'espérance de vie à 65 ans dépasse actuellement 19 ans pour les hommes et 23 ans pour les femmes. La situation régionale est, pour les deux sexes, proche de la moyenne nationale. Le constat est identique pour l'espérance de vie à 75 ans, qui atteint 12 ans pour les hommes de la région et près de 15 ans pour les femmes [Fig1].

Les départements connaissent des situations contrastées. Le Maine-et-Loire occupe une position très favorable, avec une espérance de vie à 65 ans qui dépasse d'une demi-année la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes. Le constat est identique en Mayenne, mais seulement pour les hommes. À l'inverse, la Loire-Atlantique se caractérise par une espérance de vie à 65 ans plutôt inférieure à la moyenne nationale chez les hommes, et plutôt supérieure chez les femmes.



**Fig1. Évolution de l'espérance de vie à 65 ans et à 75 ans selon le sexe en 2015**

	Hommes		Femmes	
	à 65 ans	à 75 ans	à 65 ans	à 75 ans
Loire-Atlantique	18,8	11,7	23,2	14,7
Maine-et-Loire	19,7	12,3	23,5	14,9
Mayenne	19,6	12,3	22,9	14,6
Sarthe	19,2	12,2	23,0	14,6
Vendée	19,2	11,9	22,9	14,4
<b>Pays de la Loire</b>	<b>19,2</b>	<b>12,0</b>	<b>23,1</b>	<b>14,6</b>
France métropolitaine	19,1	12,0	23,0	14,6

Source : Insee

## L'espérance de vie à 65 ans progresse, reflétant le recul de la mortalité des générations âgées

Depuis le début des années 1990, l'espérance de vie à 65 ans progresse régulièrement en France, en moyenne de un à deux mois par an, et de façon un peu plus marquée chez les hommes que chez les femmes, ce qui tend à réduire l'écart entre les deux sexes [13]. Cette progression reflète le recul de la mortalité des plus de 65 ans. Ainsi, entre la période 2000-2002 et 2011-2013, le taux standardisé de mortalité régional des personnes âgées de 65 ans et plus a diminué de façon très sensible : - 2,1 % par an. Cette baisse, identique à celle observée au plan national, est un peu plus marquée chez les hommes que chez les femmes, et s'observe dans les cinq départements de la région. Le recul a toutefois été moindre en Sarthe (- 1,7 %). Cette baisse a, par ailleurs, été plus sensible chez les 65-74 ans (- 2,5 %) que chez les 75-89 ans (- 2,2 %) et les 90 ans et plus (- 1,6 %). Avec l'avancée en âge des générations du baby-boom et les migrations en région de personnes au moment de l'âge de la retraite, ce recul de la mortalité explique l'augmentation du nombre de personnes de 65 ans et plus vivant en Pays de la Loire observée au cours des années récentes (taux de croissance annuelle de près de 3 % sur la période 2012-2017) et prévue dans les prochaines années (plus de 2 % en moyenne par an sur la période 2017-2027) [9] [14].

Actuellement, la mortalité régionale des personnes âgées de 65 ans et plus est inférieure de 4 % à la moyenne nationale. Ce constat se retrouve pour les deux sexes et dans les cinq départements sauf pour les hommes de la Loire-Atlantique et de la Sarthe, la mortalité masculine des plus de 65 ans étant dans ces deux départements non significativement différente de la moyenne nationale. Cette sous-mortalité régionale se retrouve de façon significative chez les 65-74 ans comme chez les 75-89 ans et les 90 ans et plus.

## Baisse ponctuelle de l'espérance de vie en 2015, en lien principalement avec un excès de mortalité des personnes très âgées

La hausse de l'espérance de vie est une tendance lourde, qui s'interrompt rarement. Toutefois, dans la région comme en France, une baisse de l'espérance de vie à la naissance, a été constatée en 2015 chez les femmes comme chez les hommes. Dans la région, ce recul a été de respectivement - 0,5 et - 0,3 an [13]. Cette diminution semble principalement conjoncturelle, s'expliquant pour l'essentiel par la hausse des taux de mortalité, particulièrement aux âgés élevés, suite notamment à des conditions épidémiologiques et météorologiques peu favorables.

Au plan national, pour chaque mois de l'année 2015, le nombre de personnes décédées est supérieur à celui de l'année 2014, avec trois épisodes de surmortalité. Tout d'abord, durant les trois premiers mois de l'année 2015, une épidémie de grippe longue et intense a eu un impact relativement sévère chez les personnes de 65 ans ou plus. Un épisode de surmortalité par rapport au même mois de l'année précédente a également été constaté en juillet puis en octobre 2015 [15] [16]. Santé publique France estime à 18 300 l'excès de surmortalité lié à la grippe de l'hiver 2014-2015 [17].

Pour les Pays de la Loire, la Cire (antenne régionale de Santé Publique France) évalue cet excès de mortalité à 1 011 décès sur les onze premières semaines de 2015. Rapporté aux 5 645 décès attendus sur cette période, cela représente un excès de mortalité de 18 %. La majorité de cet excès (72 %) a concerné des personnes âgées de 85 ans ou plus [18].



## 4.1.2 MALADIES CHRONIQUES

### Près de la moitié des Ligériens de 65 ans et plus sont atteints de maladies chroniques

*La fréquence des maladies chroniques augmente fortement avec l'âge, et la situation régionale dans ce domaine peut être analysée soit à travers des données déclaratives, issues notamment de l'enquête filtre Vie quotidienne et santé (VQS) menée chez les personnes âgées de 60 ans ou plus dans le cadre de l'enquête Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) [ENCADRÉ 4], soit à travers les données concernant les admissions en affection de longue durée (ALD). Ces deux sources donnent d'ailleurs des résultats très cohérents.*

Selon les résultats de l'enquête VQS, 47 % des Ligériens âgés de 60 ans ou plus déclarent un problème de santé chronique en 2014 (52 % en France). Cette proportion s'élève avec l'âge, passant de 41 % chez les 60-74 ans à 58 % chez les 75 ans ou plus. Pour ces deux classes d'âge, la situation des hommes apparaît moins favorable que celle des femmes [19].

Les maladies chroniques qui nécessitent un traitement prolongé et particulièrement coûteux, bénéficient d'une prise en charge dans le cadre du dispositif des ALD. En 2015, pour le seul régime général, 48 % des Ligériens de 65 ans et plus sont en ALD<sup>1</sup>. Cette proportion atteint 59 % chez les 75 ans et plus, et 74 % chez les 90 ans et plus. Pour ces trois groupes d'âge, les proportions régionales sont inférieures aux moyennes nationales (respectivement 50, 62 et 77 %).

La proportion de personnes de plus de 65 ans en ALD est nettement plus élevée chez les hommes (56 %) que chez les femmes (42 %). Cet écart hommes-femmes se retrouve pour les différentes classes d'âge.

### Des situations de multimorbidité et de comorbidité particulièrement fréquentes chez les personnes âgées

*Les situations de multimorbidité c'est-à-dire l'association d'au moins deux pathologies chroniques en même temps, sont particulièrement fréquentes chez les personnes âgées. Les conséquences de ces situations concernent les personnes qui en sont atteintes, avec notamment une altération de leur qualité de vie, mais aussi les acteurs du système de santé. La prise en charge de ces personnes est en effet complexe, avec des exigences en particulier en termes de coordination des différents professionnels de santé, et des risques en termes d'interactions médicamenteuses.*

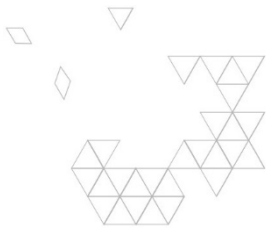
*Il convient de souligner à ce propos que le déficit majeur de prise en compte des diagnostics d'altération cognitive, qui ne relèvent pas toujours d'une démence, gêne la prévention et la mise en place d'une prise en charge de qualité. En effet, ces altérations cognitives sont souvent considérées comme une problématique de dépendance, c'est-à-dire comme un problème social, et ne font de ce fait l'objet d'aucune prise en charge médicale ou thérapeutique.*

*Par ailleurs, les comorbidités à type de dénutrition, de troubles cognitifs, d'états infectieux sont particulièrement fréquentes chez les personnes âgées, et constituent autant de facteurs d'aggravation des états pathologiques et de complexification des prises en charge.*

*L'approche par pathologie ne permet pas de prendre en compte ces situations de multimorbidité et de comorbidité.*

La prévalence de la multimorbidité diffère selon les études, en raison des problèmes méthodologiques complexes que pose sa mesure, et aucune donnée épidémiologique n'est disponible à ce propos pour les habitants des Pays de la Loire.

<sup>1</sup> Ces données de prévalence prennent en compte les trente ALD sur liste, ainsi que les ALD n° 31 et 32 [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].



Toutefois, dans la mesure où le nombre moyen d'ALD par personne de 75 ans et plus est proche dans la région et en France, on peut faire l'hypothèse que la situation régionale en matière de multimorbidité n'est pas très différente de la moyenne nationale.

Selon la cartographie des pathologies prises en charge au plan national par le régime général d'assurance maladie, la fréquence des pathologies multiples augmente fortement à partir de 50 ans, et plus encore chez les hommes que chez les femmes [20]. Chez les personnes âgées entre 70 et 74 ans, 29 % des hommes et 17 % des femmes cumulent au moins deux pathologies chroniques. Entre 75 et 79 ans, 18 % des hommes et 9 % des femmes cumulent au moins trois pathologies. Entre 85 et 89 ans, ces dernières proportions atteignent respectivement 30 % et 18 % [21].

### ENCADRÉ 1. Le syndrome de fragilité

Face à l'augmentation prévisible du nombre de personnes âgées dépendantes, les enjeux liés à la prévention du déclin fonctionnel et à l'anticipation de la prise en charge des personnes âgées à risque d'entrée dans la dépendance sont aujourd'hui essentiels. L'intérêt d'identifier une population cible susceptible de bénéficier de ces interventions de prévention et de cette prise en charge a conduit à l'élaboration du concept de fragilité.

La Société française de gériatrie et de gérontologie a adopté en 2011 la définition suivante [22] :

« La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux.

Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisations et d'entrées en institution.

L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome.

La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences.

Ainsi, la fragilité s'inscrit dans un processus potentiellement réversible (Rolland 2011) ».

Les critères de Fried sont le plus souvent utilisés pour évaluer la fragilité. Ces critères sont au nombre de cinq signes ou symptômes : perte de poids involontaire, épuisement ressenti par le patient, vitesse de marche ralentie, baisse de la force musculaire et sédentarité. Ils sont habituellement appréciés chez les personnes de 65 ans et plus ne présentant pas d'altération des capacités fonctionnelles de base de la vie quotidienne telles que l'on peut les apprécier par l'échelle ADL (Activity Daily living) de Katz.

Une personne est considérée comme fragile si elle présente trois ou plus de ces critères, et préfragile si elle en présente un ou deux.

Selon les travaux menés par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) dans le cadre des études ESPS 2012 et SHARE 2011, plus de 10 % des hommes et plus de 20 % des femmes de 65 ans et plus peuvent être considérés comme fragiles. Ces proportions augmentent fortement avec l'âge. Au-delà de 80 ans, elles atteignent respectivement 32 et 40 % [23] [24].

Comme pour d'autres problèmes ou déterminants de santé, les inégalités sociales sont fortement associées à la fragilité. En particulier, les femmes seules de faible niveau socioculturel représentent une forte proportion des personnes âgées fragiles.

La rigueur dans l'utilisation des critères de fragilité est essentielle à l'utilisation de ce repérage dans une politique régionale, et des actions ciblant les groupes les moins favorisés pourraient être développées.





### 4.1.3 DES DÉFICIENCES À LA PERTE D'AUTONOMIE

#### 64 000 bénéficiaires de l'Apa, soit environ un Ligérien de 75 ans et plus sur six

L'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) est versée par les conseils départementaux aux personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie (appartenant aux Gir 1 à 4<sup>2</sup>), qu'elles vivent à leur domicile ou qu'elles résident en établissement. Cette prestation permet de financer en partie les différentes aides (humaines et techniques) auxquelles ces personnes ont recours pour compenser leurs difficultés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne.

64 200 personnes bénéficient de l'Apa en Pays de la Loire à la fin de l'année 2014 [25]. Le nombre de bénéficiaires a connu une forte progression au cours des premières années de mise en place de ce dispositif, instauré au début des années 2000. Sur les années récentes, sa croissance s'infléchit avec une augmentation annuelle de 1,4 % (+ 1,6 % en France métropolitaine). Ce taux régional de progression annuel du nombre de bénéficiaires de l'Apa est nettement inférieur au taux régional de progression annuel du nombre total de personnes âgées de 65 ans et plus, qui atteignait 2,9 % entre 2012 et 2017 [9] [10].

L'Apa peut être accordée à partir de 60 ans, mais environ 90 % de ses bénéficiaires sont âgés de 75 ans ou plus. Ils sont même plus de la moitié à être âgés de 85 ans ou plus<sup>3</sup>. Par ailleurs, plus de 70 % des bénéficiaires sont des femmes<sup>3</sup>[26].

Rapporté à l'effectif de la population des 75 ans et plus, le taux régional de bénéficiaires de l'Apa s'élève à 18 pour 100 personnes fin 2014. Sur les années 2009-2014, ce taux régional est resté relativement stable, entre 18 et 19 pour 100, et inférieur d'environ 10 % à la moyenne nationale (21 pour 100, fin 2014) [25]. Différentes hypothèses peuvent être mises en avant pour expliquer cette situation régionale, parmi lesquelles une pauvreté moins marquée<sup>4</sup>, un état de santé plus favorable des seniors, ou encore des solidarités familiales plus longtemps effectives qui conduisent à une demande tardive de l'Apa le plus souvent à l'occasion de l'entrée en établissement.

Au sein de la région, les cinq départements présentent fin 2014 un taux de bénéficiaires inférieur de 17 à 19 % à la moyenne nationale [25].

#### ENCADRÉ 2. Entre care et cure

Les personnes âgées les plus dépendantes sont le plus souvent en affection de longue durée. Selon les travaux menés par la Drees à partir de l'enquête Handicap-Santé 2008, 90 % des personnes en Gir 1 et 2 vivant à domicile sont en ALD, contre 35 % des personnes en Gir 6. En institution, la majorité des personnes sont en ALD quel que soit le Gir (90 % en Gir 1 et 2, 70 % en Gir 6). Pour les personnes très âgées, la frontière entre la nécessité de soigner la maladie (cure) et celle de prendre soin (care) est donc souvent très ténue [27].

<sup>2</sup> La grille Aggir (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources) répartit les personnes selon leur niveau d'autonomie, à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne effectués. Les personnes qui se situent dans les Gir 1 à 4 ont droit à l'Apa.

Gir 1 : personnes confinées au lit et au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Gir 2 : personnes confinées au lit et au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour les actes essentiels de la vie courante, et personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé des capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur du logement est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.

Gir 3 : personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie motrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.

Gir 4 : personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules ; ce groupe comprend les personnes sans problèmes de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

Gir 5 : personnes autonomes dans leur déplacement chez elles, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Gir 6 : personnes autonomes pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

<sup>3</sup> Données calculées pour les trois départements : 44, 72 et 85.

<sup>4</sup> L'Apa n'est pas soumise à condition de ressources. Mais, une participation financière pouvant aller jusqu'à 90 % du plan d'aide reste à la charge des bénéficiaires lorsque leurs ressources sont supérieures à un plafond.



## 4 % des personnes âgées en Gir 1 et 21 % en Gir 2 vivent à domicile dans la région, contre respectivement 16 et 37 % au plan national

Dans la région comme dans les cinq départements, la majorité des bénéficiaires de l'Apa vivent en établissement alors qu'au plan national, les bénéficiaires de l'Apa vivent plus souvent à domicile. Ainsi dans les Pays de la Loire, 38 000 bénéficiaires de l'Apa vivant en établissement, soit 59 % du nombre total de bénéficiaires contre 42 % en France métropolitaine.

Les Pays de la Loire présentent, avec la Bretagne, les taux régionaux de bénéficiaires de l'Apa vivant en établissement les plus élevés de France (11 % contre 9 % en France métropolitaine) [26].

Par contre, la région se caractérise par le taux de bénéficiaires de l'Apa à domicile le plus faible des régions françaises (7 vs 12 % en France métropolitaine) [26]. Cette spécificité régionale est notamment liée au fort taux d'équipement en structures d'hébergement et de soins des personnes âgées (Ehpad : 133 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus vs 101 en France métropolitaine fin 2015) [25] [28].

Parmi les 26 000 bénéficiaires de l'Apa vivant à domicile dans la région, 14 % sont en situation de forte dépendance, relevant du Gir 1 (1 %) ou 2 (13 %). Des pourcentages relativement comparables sont retrouvés dans les cinq départements de la région (14 à 15 % de Gir 1 ou 2), la moyenne nationale étant de 19 %.

En établissement, 19 % des bénéficiaires de l'Apa relèvent des Gir 1 et 35 % de Gir 2 (18 et 41 % en France).

Globalement, la proportion régionale de personnes en Gir 1 vivant à domicile est très faible (4 %), et elle atteint 21 % pour les Gir 2<sup>5</sup> [Fig2]. Ces proportions sont très inférieures à celles constatées au plan national (respectivement 15 et 37 %) <sup>6</sup>, en lien avec l'offre importante d'Ehpad qui caractérise la région [26].

Dans les années qui viennent, l'enjeu du maintien à domicile des personnes en Gir 2, voire en Gir 1 apparaît donc essentiel, ce qui nécessitera un renforcement des compétences des professionnels du domicile, notamment dans le champ de la cognition. Par ailleurs, il sera également nécessaire d'adapter les Ehpad à la prise en charge des troubles cognitifs sévères avec troubles du comportement, voire de poser la question de leur médicalisation, dans un contexte marqué par des tensions en matière de démographie médicale, notamment en médecine générale.

**Fig2. Répartition des bénéficiaires de l'Apa selon le mode de résidence**  
Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2014)

	Pays de la Loire			France		
	Domicile	Établissement*	% de bénéficiaires vivant à domicile *	Domicile	Établissement**	% de bénéficiaires vivant à domicile **
Gir 1	1 %	19 %	4 %	2 %	18 %	15 %
Gir 2	13 %	35 %	21 %	17 %	41 %	37 %
Gir 3	19 %	19 %	42 %	23 %	18 %	65 %
Gir 4	67 %	27 %	65 %	58 %	23 %	78 %
<b>Ensemble</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	-	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	-

Source : Enquête annuelle aide sociale (Drees)

\* Calculé sur 3 départements (Loire-Atlantique, Sarthe et Vendée).

\*\* Calculé sur 62 départements.

<sup>5</sup> Pour les départements de Loire-Atlantique, Sarthe et Vendée, ces données n'étant pas disponibles pour les deux autres départements de la région.

<sup>6</sup> Calculé sur 62 départements.



### ENCADRÉ 3. Éléments concernant le mode de vie et l'habitat des personnes âgées en Pays de la Loire

*Parmi les multiples déterminants de santé et de l'autonomie des personnes âgées, les questions de l'habitat et de l'accompagnement jouent un rôle majeur. Ces problèmes sont au cœur des préoccupations des personnes âgées elles-mêmes et de leur entourage, mais aussi de multiples acteurs. Au cours des dernières décennies, l'autonomie résidentielle des seniors s'est accrue, pour des raisons sociologiques et économiques mais aussi en lien avec l'amélioration de leur santé. L'amélioration progressive de l'organisation de la vie à domicile des personnes âgées, notamment depuis le début des années 2000, est à la fois cause et conséquences de ces évolutions : développement des dispositifs d'aides à domicile, Apa versée non plus aux personnes mais liée aux aides, centres locaux d'information et de coordination (Clic) . . . Dans les années qui viennent, cette tendance ne peut que se poursuivre tant pour des raisons de choix des personnes que de soutenabilité économique.*

*L'adaptation aux besoins des personnes vieillissantes des logements mais aussi des quartiers, des villes, des services, pour qu'ils offrent sécurité et qualité de vie, qu'ils favorisent la mobilité, le lien social, la mixité générationnelle constitue donc un enjeu majeur pour notre société. Dans ce domaine, de multiples initiatives se développent en région, notamment dans le cadre du Gérontopôle [29].*

#### **Les personnes âgées vivent très majoritairement à domicile, et le plus souvent seules après 80 ans**

Jusqu'à l'âge de 90 ans, les personnes âgées vivent majoritairement à domicile seules, en couple ou bien chez un proche. Dans la région, 93 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivent en logement ordinaire, c'est-à-dire en dehors d'une communauté, en 2013. Cette proportion diminue progressivement avec l'âge, passant de 99 % chez les 65-74 ans à 94 % chez les 75-84 ans, 80 % chez les 85-89 ans, 62 % chez les 90-94 ans et 40 % chez les 95 ans et plus [9].

Environ deux tiers des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile sont en couple (avec ou sans enfant) et un tiers sont seules [30].

La proportion de Ligériens vivant seuls chez eux s'élève à 30 % parmi les 65 ans et plus, et s'accroît avec l'âge : 22 % des 65-74 ans, 34 % des 75-84 ans et 42 % des 85 ans et plus.

Dans la région, les personnes âgées vivent moins souvent seules qu'au plan national (36 % vs 39 % chez les 75 ans et plus), mais plus fréquemment en institution (13 % vs 10 %).

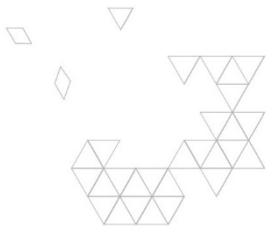
Au cours des dernières décennies, l'autonomie résidentielle des personnes âgées s'est accrue [31]. La part des personnes de 85 ans et plus vivant seules chez elles a en effet progressé au cours des vingt dernières années (35 % en 1990, 42 % en 2013), ainsi que celle des personnes vivant en couple, alors que l'hébergement par un membre de la famille (le plus souvent par les enfants) a fortement reculé (3 % des 85 ans et plus sont concernés en 2013 contre 15 % en 1990) [32].

Les femmes, du fait d'une espérance de vie plus longue, vivent plus souvent seules à leur domicile que les hommes. Dans la région, 39 % des femmes de 65 ans et plus vivent seules dans leur logement et 46 % vivent en couple contre respectivement 17 % et 76 % des hommes de cette classe d'âge. Chez les 85 ans, la moitié des femmes (49 %) sont dans ce cas contre un quart (26 %) des hommes [30].

#### **Une personne âgée de 75 ans et plus sur neuf vit en maison de retraite ou en Ehpad**

L'entrée en institution a lieu de plus en plus tardivement (environ 84,5 ans en moyenne au plan national en 2011, contre 82 ans en 1994) [33]. Selon les données du recensement de la population, les 43 800 personnes vivant en maison de retraite ou en Ehpad dans les Pays de la Loire en 2013 ont en moyenne 86 ans, soit deux ans de plus que la moyenne nationale [32].

La proportion de personnes de 75 ans ou plus vivant en institution est restée stable entre 1990 et 2013, alors que leur poids dans la population globale a progressé. Dans la région, 11 % des personnes de 75 ans et plus vivent en maison de retraite ou en Ehpad en 2013 [32]. Ce taux est l'un des plus élevés des régions françaises, en lien notamment avec une offre d'hébergement permanent importante. Les Pays de la Loire comptent en effet 133 places en Ehpad pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (vs 101 en France) ; par contre, le taux d'équipement régional en structure non Ehpad est identique à la moyenne française (25 pour 1 000) [25]. Ces disparités d'offre sont également observées entre les départements de la région se traduisant par un taux de personnes de 75 ans vivant en institution plus élevé en Vendée (13 %) et à l'inverse plus faible en Sarthe (9 %) [32].



## Environ 73 000 personnes âgées dépendantes dans la région, soit au moins une personne de plus de 60 ans sur dix

La population des personnes âgées dépendantes (au sens de la grille Aggir) est plus large que celle des seuls bénéficiaires de l'Apa. En effet, certaines personnes, bien qu'éligibles, ne demandent pas à bénéficier de cette aide notamment par méconnaissance, parce qu'elles bénéficient d'une prestation liée à un handicap, ou par crainte des récupérations sur héritage.

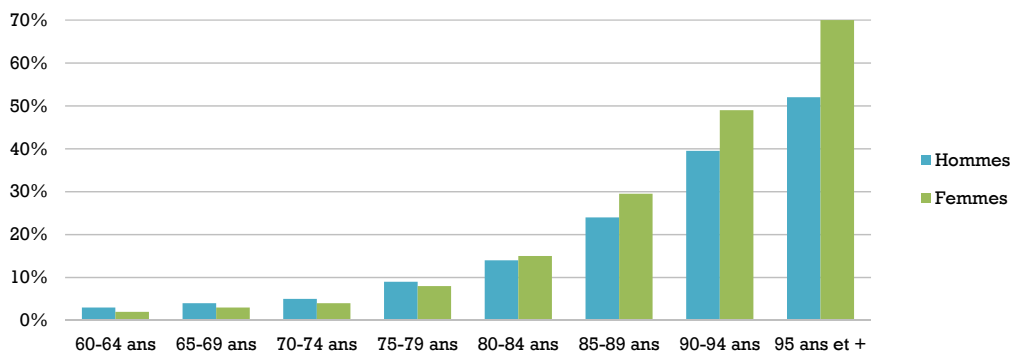
Pour les Pays de la Loire, une étude menée par l'Insee et l'Agence régionale de santé (ARS) et publiée en 2012 estime le nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes en 2010, ainsi que sa projection à l'horizon 2016 et 2030, à partir des données des enquêtes nationales Handicap-Santé 2008-2009 [34].

En 2010, les Pays de la Loire comptaient selon cette étude environ 73 000 personnes de 60 ans et plus en situation de dépendance. Le taux estimé de dépendance augmente fortement avec l'âge, passant de 2 % pour les 60-64 ans à 15 % pour les 80-84 ans, 28 % pour les 85-89 ans et 46 % pour les 90-94 ans [Fig3].

En 2016, cette étude estime à 12 300 personnes âgées de 60 ans et plus dépendantes supplémentaires par rapport à 2010, soit au total 85 000 personnes âgées en situation de dépendance en Pays de la Loire.

Comme en France, près des deux tiers des personnes âgées dépendantes sont des femmes. Cette situation résulte à la fois de la plus grande espérance de vie féminine, et du niveau plus élevé des taux de dépendance chez les femmes à partir de 80 ans, avec notamment pour ces dernières une prévalence plus importante des troubles mentaux, maladie d'Alzheimer en particulier, et des atteintes ostéoarticulaires, souvent source d'incapacités. Ainsi, le gain d'espérance des femmes est terni pour nombre d'entre elles par des années de qualité de vie médiocre avec des douleurs ostéoarticulaires, des troubles cognitifs, et une situation de dépendance dont la gestion est d'autant plus complexe qu'elles ont souvent de faibles revenus.

**Fig3. Taux de dépendance estimés par sexe et âge quinquennal**  
Pays de la Loire (2010)



Sources : Insee, enquête Handicap-Santé 2008-2009, scénario intermédiaire - Recensement de la population 2007 - Omphale 2010 scénario central.

Lecture : 2 % des hommes de 60 à 64 ans sont considérés comme dépendants en 2010.



#### ENCADRÉ 4. Les résultats de l'enquête VQS 2014 chez les Ligériens de 60 ans et plus vivant à domicile

L'enquête nationale Vie quotidienne et santé, menée fin 2014 auprès d'un échantillon représentatif de grande ampleur, permet d'apprécier la perte d'autonomie, les difficultés rencontrées dans les actes de la vie quotidienne des personnes de 60 ans et plus vivant à domicile, à l'échelle régionale mais aussi des départements [19] [35].

Cette enquête est basée sur un questionnaire succinct, composé notamment de questions sur les limitations d'activités (voir, entendre, lever le bras, se laver seul, se concentrer plus de 10 minutes, sortir, se pencher et ramasser un objet, se souvenir des choses importantes...), qui permettent de classer les individus en fonction de leur âge selon quatre groupes d'autonomie (groupe VQS).

Le groupe I correspond aux personnes déclarant n'avoir aucune difficulté dans les actes de la vie quotidienne. Il est composé d'individus autonomes (Gir estimé à 5 et 6). Le groupe II est composé de personnes déclarant quelques difficultés, le groupe III celles déclarant plusieurs difficultés. Le groupe IV correspond aux personnes déclarant avoir de nombreuses difficultés. Ce groupe est composé majoritairement d'individus dépendants (Gir 1 à 4).

En 2014, 5 % des Ligériens de 60 ans et plus vivant à domicile déclarent de nombreuses difficultés pour réaliser des actes de la vie quotidienne et sont donc classés dans le groupe IV (6 % en France), correspondant à une perte d'autonomie marquée/sévère. Cette proportion s'élève à 2 % chez les 60-74 ans et à 9 % chez les 75 ans et plus.

La situation en Pays de la Loire apparaît plus favorable qu'au plan national, où 3 % des 60-74 ans et 12 % des 75 ans et plus font partie du groupe IV. Ce constat est cohérent avec le moindre taux de bénéficiaires de l'Apa dans la région.

Comme en France, la proportion régionale de personnes avec perte d'autonomie sévère/marquée (groupe IV) ne varie pas selon le sexe parmi les 60-74 ans. Ce constat vaut également pour les 75 ans et plus, contrairement à ce qui est observé au plan national (14 % chez les femmes vs 9 % des hommes).

#### À l'horizon 2030, plus de 100 000 personnes âgées seraient dépendantes dans la région

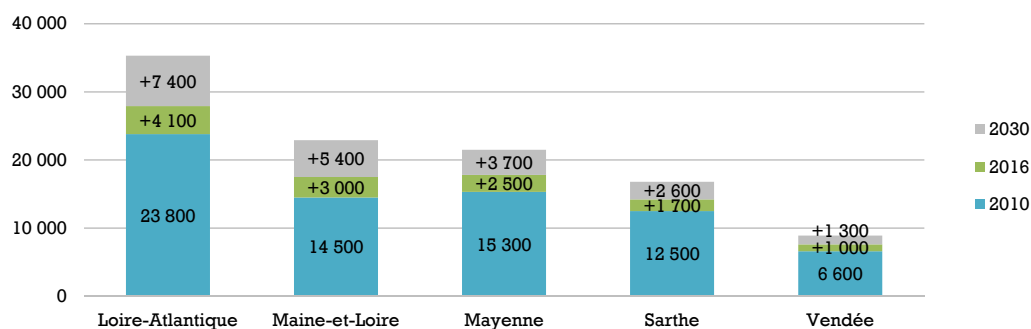
D'ici 2030, l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes dans la région serait comprise entre 22 000 et 40 000. Le scénario intermédiaire estime cette augmentation à 33 000 personnes, dont 12 500 sévèrement dépendantes. Le nombre total de Ligériens de 60 ans et plus en situation de dépendance atteindrait ainsi 106 000 en 2030.

L'augmentation attendue n'est toutefois pas uniforme sur la période 2010-2030 avec une progression soutenue jusqu'en 2020, une relative stagnation entre 2020 et 2027 sous l'effet de l'arrivée aux âges de la dépendance des classes creuses nées pendant les années 1930, puis à partir de 2027, une accélération très marquée avec l'arrivée des baby-boomers à l'âge de 80 ans, âge à partir duquel les taux de dépendance progressent nettement.

La Loire-Atlantique et la Vendée seraient les départements les plus confrontés à la montée de la dépendance [Fig4]. Les territoires côtiers, à l'exception de Saint-Nazaire, connaîtraient notamment une croissance de la dépendance plus forte que l'ensemble de la région.

**Fig4. Projection du nombre de personnes âgées dépendantes entre 2010 et 2030**

Pays de la Loire (2010, 2016, 2030)



Sources : Insee, enquête Handicap-Santé 2008-2009, scénario intermédiaire - RP2007 Omphale 2010 scénario central

**Lecture :** En Loire-Atlantique en 2010, le nombre de personnes âgées dépendantes est estimé à 23 800 ; ce département en compterait 11 500 de plus en 2030.



#### 4.1.4 UNE POPULATION DONT LA PRISE EN CHARGE MOBILISE FORTEMENT LE SYSTÈME DE SANTÉ

Les personnes âgées mobilisent fortement les professionnels soignants de la région, en ville comme en établissement de santé, qu'il s'agisse de prendre en charge les maladies chroniques, fréquentes et souvent multiples dans cette population, les complications aiguës de ces maladies chroniques, les maladies aiguës susceptibles d'engendrer une entrée en dépendance notamment chez les personnes âgées fragiles, ou encore les déficiences ou limitations d'activité.

Dans de nombreux domaines, les progrès thérapeutiques, l'innovation et les pratiques de soins plus actives ont permis d'améliorer la longévité, la qualité de vie et l'autonomie des personnes âgées. En revanche, les thérapeutiques s'avèrent jusqu'à présent peu efficaces pour préserver les capacités cognitives qui déclinent avec l'avancée en âge.

Les professionnels soignants de ville jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des personnes âgées, et leur activité auprès d'elles est indispensable pour limiter le recours aux urgences et les hospitalisations. Par ailleurs, avec l'avancée en âge, le maintien à domicile nécessite l'intervention de nombreux professionnels, du secteur sanitaire et social (médecin généraliste, infirmier, aide-soignant, service d'aide à domicile, masseur-kinésithérapeute ...), sur des périodes parfois très longues. La coordination entre ces professionnels est donc essentielle pour garantir l'efficacité et la sécurité de leurs interventions, tout en offrant aux personnes âgées la confiance, indispensable à leur bien-être.

#### Plus d'un quart de l'activité des médecins généralistes libéraux concernent des personnes âgées de 65 ans et plus

En 2015, 27 % des actes<sup>7</sup> réalisés par les médecins généralistes libéraux de la région (hors mode d'exercice particulier - MEP -) concernent des personnes âgées de 65 ans et plus alors que cette classe d'âge représente 18 % de la population régionale. Pour les plus de 75 ans, ces proportions sont respectivement de 15 et 10 % [Fig5].

Le nombre d'actes de médecins généralistes libéraux est en moyenne de 3,6 par an et par habitant chez les personnes âgées de moins de 65 ans. Il passe à 4,6 chez les 65-74 ans puis à 6,0 chez les 75-89 ans, pour atteindre 6,4 chez les 90 ans et plus [8]. Globalement, ce nombre est de 5,3 actes par an et par habitant chez les 65 ans et plus, et de 6 chez les 75 ans ou plus.

Le nombre annuel moyen d'actes de médecin généraliste libéral par habitant de 90 ans et plus est donc seulement 1,8 fois supérieur à celui observé pour les moins de 65 ans. Eu égard à l'importance de la morbidité des personnes âgées, cet écart ne paraît pas considérable. Mais le besoin des personnes très âgées pourrait s'amplifier avec le développement des prises en charge hospitalières ambulatoires et le recul de l'hébergement en institution.

**Fig5. Proportions d'actes réalisés par les professionnels de santé libéraux selon l'âge des bénéficiaires**  
Pays de la Loire, France (2015)

	Poids dans l'activité des professionnels de santé libéraux								Poids dans la population (RP 2013)	
	Médecins généralistes <sup>1</sup>		Infirmiers <sup>2</sup>		Masseurs-kinésithérapeutes <sup>3</sup>		Chirurgiens-dentistes <sup>1</sup>		Pays de la Loire	France
	Pays de la Loire	France	Pays de la Loire	France	Pays de la Loire	France	Pays de la Loire	France		
65 ans et plus	27 %	28 %	75 %	78 %	38 %	44 %	19 %	19 %	18 %	18 %
75 ans et plus	15 %	16 %	59 %	62 %	23 %	30 %	9 %	8 %	10 %	9 %
90 ans et plus	2 %	2 %	10 %	13 %	4 %	6 %	0,7 %	0,6 %	1 %	1 %

Sources : Sniiram - Offre de soins, Univers BEN (Cnamts), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire  
1. C, V ; 2. AMI, AIS, DI ; 3. AMK, AMC, AMS.

<sup>7</sup> Consultations et visites.



### ENCADRÉ 5. La prise en charge des personnes âgées dépendantes par les médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire

Dans le cadre du Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des médecins généralistes libéraux, porté depuis 2007 dans les Pays de la Loire par l'ORS et l'Union régionale des médecins libéraux (URML), une enquête a été réalisée en 2012 sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile d'une part, et en institution d'autre part.

Selon cette enquête, la quasi-totalité des praticiens ligériens déclarent suivre au moins une personne âgée dépendante (Pad) vivant à domicile. Ce suivi nécessite le plus souvent un déplacement du médecin chez le patient, ainsi qu'un temps de consultation au cabinet ou de visite à domicile relativement long.

La majorité des prises en charge décrites par les médecins (67 % des visites à domicile, 82 % des consultations au cabinet) correspondent au suivi d'une pathologie chronique stabilisée (y compris le renouvellement d'ordonnances). Les prises en charge de poussées aiguës de maladies chroniques (9 %) ou d'affections aiguës (11 %) sont quant à elles moins fréquentes.

La dimension sociale fait partie intégrante de la prise en charge des Pad telle qu'elle est perçue par une majorité de médecins généralistes. Six praticiens sur dix déclarent notamment avoir participé à la mise en place d'une aide professionnelle à domicile pour les activités de la vie quotidienne, et plus d'un médecin sur deux pense que son rôle consiste aussi à faciliter l'accès des familles aux aides publiques.

Dans leurs missions de coordination sanitaire et sociale, les médecins généralistes rencontrent toutefois de nombreuses difficultés, liées notamment à la diversité des professionnels impliqués (infirmiers libéraux, aides-soignants, aides à domicile...), et à leur disponibilité hétérogène selon les territoires. À cet égard, plus de 40 % des praticiens déclarent participer à des réunions de coordination ou pensent que cela serait utile pour la dernière Pad vue, et la très grande majorité estiment qu'une meilleure coordination entre eux et les intervenants à domicile serait bénéfique.

Près de 85 % des médecins généralistes ligériens suivent au moins une Pad vivant en institution, et ils interviennent alors le plus souvent dans plusieurs établissements différents. Près de deux praticiens sur trois déclarent continuer à suivre une Pad après son entrée en institution. Les conditions d'exercice en institution des médecins généralistes libéraux sont très variables, et dépendent en partie des modalités d'organisation des établissements. S'agissant de la dernière Pad vue en institution, 34 % des médecins généralistes ligériens déclarent avoir été rémunérés par l'établissement (21 % en France). Un praticien sur quatre indique avoir une convention écrite avec l'Ehpad dans lequel il intervient (38 % en France).

La majorité des visites décrites par les médecins ligériens (61 %) correspondent au suivi d'une pathologie chronique stabilisée (y compris le renouvellement d'ordonnances). Les prises en charge de complications aiguës de maladies chroniques (16 %) ou d'affections aiguës (13 %) représentent tout de même une part relativement importante de leur activité au sein des établissements [36] [37].

### Le recours aux soins bucco-dentaires recule au-delà de 80 ans, alors que les besoins paraissent importants

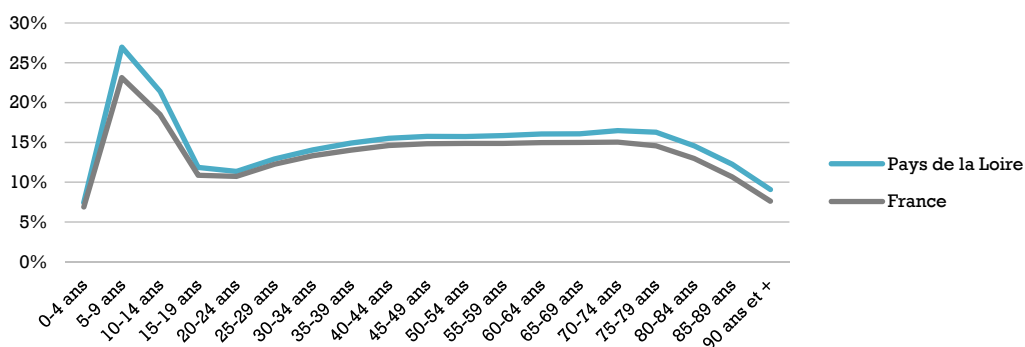
*Les troubles de la santé bucco-dentaire constituent un facteur de risque de la dénutrition des personnes âgées, et sont également susceptibles d'altérer leur vie sociale [ENCADRÉ 10]. Or, selon l'enquête nationale Handicap-Santé menée en 2008-2009, la santé bucco-dentaire des personnes âgées apparaît particulièrement dégradée puisque, 56 % des personnes âgées de 75 ans et plus résidant en institution et 42 % de celles vivant à domicile déclarent avoir perdu toutes leurs dents ou presque [38].*

Dans la région, 19 % des actes<sup>8</sup> réalisés par les chirurgiens-dentistes libéraux concernent des personnes âgées de 65 ans alors que cette classe d'âge représente 18 % de la population régionale. Pour les plus de 75 ans, ces proportions sont respectivement égales à 9 et 10 % [Fig5], [8]. Ce moindre recours des personnes âgées, malgré leurs besoins plus importants, est également mis en évidence par la proportion de personnes ayant eu recours au moins une fois dans l'année à un chirurgien-dentiste libéral, relativement stable autour de 16 % entre 40 et 80 ans, puis qui recule nettement au-delà de cet âge [Fig6].

<sup>8</sup> Consultations et visites des chirurgiens-dentistes omnipraticiens et spécialistes en orthodontie (ODF), chirurgie orale et médecine bucco-dentaire.



**Fig6. Taux de recours à un chirurgien-dentiste libéral<sup>1,2</sup> selon l'âge**  
Pays de la Loire, France (2015)



Sources : Sniiram - Offre de soins, Univers BEN (Cnamts), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

1. Nombre de bénéficiaires pour lesquels au moins un acte pratiqué par un chirurgien-dentiste libéral en 2015 a été remboursé par l'assurance maladie / Effectif de la population (Insee).

2. Chirurgiens-dentistes omnipraticiens et spécialistes en orthodontie (ODF), chirurgie orale et médecine bucco-dentaire.

### ENCADRÉ 6. La prise en charge des personnes âgées dépendantes par les chirurgiens-dentistes libéraux des Pays de la Loire [39]

Selon les résultats du Panel régional de chirurgiens-dentistes libéraux, la quasi-totalité de ces praticiens ont pris en charge en 2012 des personnes âgées de plus de 75 ans dépendantes vivant à domicile, ou vivant en Ehpad ou maison de retraite. 28 % d'entre eux ont vu en 2012 plus de 20 personnes âgées dépendantes vivant à domicile, et 21 % plus de 20 personnes vivant en institution.

92 % des praticiens déclarent ainsi avoir réalisé des consultations auprès de personnes vivant en établissement, 90 % déclarent avoir effectué des soins bucco-dentaires. Ils ont notamment assuré auprès d'elles des retouches ou ajustements de prothèses (87 %), des soins conservateurs (85 %), des extractions dentaires (73 %) et des poses de nouvelles prothèses (64 %). Des proportions analogues sont retrouvées pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile.

La prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes se fait le plus souvent au cabinet des chirurgiens-dentistes. Dans un certain nombre de cas, des consultations peuvent avoir lieu au sein des établissements (19 % des praticiens en ont réalisé) ou au domicile particulier (14 %). Mais la réalisation de soins bucco-dentaires sur le lieu de résidence des personnes âgées est peu fréquente (6 % des praticiens ont réalisé des soins en établissement et 6 % au domicile).

La prise en charge des personnes âgées dépendantes nécessite plus de temps que celle des patients valides. Environ 80 % des chirurgiens-dentistes ayant vu des personnes âgées dépendantes vivant en institution estiment avoir consacré au moins 25 % de temps supplémentaire par rapport aux patients valides. Un constat similaire est retrouvé pour les personnes âgées dépendantes vivant à domicile.

### Les recours aux soins infirmiers et de kinésithérapie sont particulièrement fréquents chez les personnes âgées

*Le recours aux soins de kinésithérapie et aux soins infirmiers est particulièrement fréquent chez les personnes âgées, et augmente fortement avec leur âge et leur degré de dépendance. Les actes de kinésithérapie et les actes infirmiers, avec les médicaments, constituent notamment l'un des principaux postes de dépenses de soins de ville chez les personnes âgées [27].*

Si l'on considère les seuls actes délivrés en secteur libéral en 2015 et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie, 38 % des actes de kinésithérapie concernent des personnes âgées de 65 ans alors que cette classe d'âge représente 18 % de la population régionale. Pour les plus de 75 ans, qui représentent 10 % de la population régionale en 2015, cette proportion est égale à 23 % [Fig5].





Pour les soins de kinésithérapie<sup>9</sup>, on compte en 2015 dans la région 2,7 actes en moyenne par personne chez les moins de 65 ans contre 6,4 actes chez les 65 ans et plus. Ce nombre moyen d'actes annuel par personne atteint 7,8 chez les 75 ans et plus, et 10,4 chez les 90 ans et plus [8].

Concernant les actes de soins infirmiers délivrés en secteur libéral en 2015 et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie, 75 % concernent des personnes âgées de 65 ans alors que cette classe d'âge représente 18 % de la population régionale. Pour les plus de 75 ans, qui représentent 10 % de la population régionale en 2015, cette proportion atteint 59 % [Fig5].

On dénombre deux actes de soins infirmiers en moyenne par personne en 2015 chez les moins de 65 ans contre 23 chez les 65 ans et plus. Ce nombre moyen d'actes annuel par personne atteint 36 chez les 75 ans ou plus, et 53 chez les 90 ans et plus.

Par rapport à la moyenne nationale, le nombre moyen annuel d'actes par habitant réalisés par les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers libéraux auprès des personnes âgées de 75 ans ou plus de la région est nettement plus faible. Il est en effet de respectivement 8 et 36 dans la région contre 13 et 77 au plan national. Un écart moins important est également observé pour les médecins généralistes libéraux (respectivement 6 et 7 actes par an et par habitant dans la région et en France). Ce constat est notamment à rapprocher du taux élevé d'équipement en Ehpad dans la région. S'y ajoute, la forte implantation des centres de soins infirmiers en Pays de la Loire. Ces professionnels y étant salariés, leur activité n'est donc pas prise en compte par les données concernant l'activité libérale.

#### ENCADRÉ 7. La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile par les infirmiers libéraux des Pays de la Loire [40]

Selon les résultats du Panel régional d'infirmiers libéraux réalisé en 2013, 74 % des infirmiers déclarent avoir assuré, pour la dernière personne âgée dépendante qu'ils ont vue, des soins infirmiers (pansements, perfusions...), 75 % des actes en lien avec la prise du traitement médicamenteux (préparation, administration, suivi), 68 % des séances hebdomadaires de surveillance clinique et de prévention. 69 % ont prodigué des soins d'hygiène, associés à d'autres actes dans la quasi-totalité des cas. De façon moins fréquente, ils ont assuré la pose et le retrait de bas de contention (38 %), les transferts - lit/chaise par exemple - (31 %), ou encore la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisé (30 %).

La prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile repose sur de nombreux intervenants, et 81 % des infirmiers libéraux déclarent, pour la dernière personne âgée dépendante qu'ils ont vue, assurer une coordination entre les différents professionnels concernés.

#### ENCADRÉ 8. La prise en charge des personnes âgées dépendantes par les masseurs-kinésithérapeutes des Pays de la Loire [41]

Selon les résultats du Panel régional des masseurs-kinésithérapeutes libéraux réalisé en 2013, l'essentiel de leur activité s'effectue en cabinet. Toutefois, la grande majorité d'entre eux interviennent aussi au domicile des patients (86 %) et dans les Ehpad (67 %). Concernant le dernier patient dépendant âgé de plus de 75 ans vu à son domicile, 42 % des masseurs-kinésithérapeutes libéraux de la région déclarent avoir eu des échanges avec le médecin généraliste, lorsque ce dernier est prescripteur, et 38 % avec l'infirmier. La grande majorité considèrent qu'il est facile (69 %) ou plutôt facile (16 %) de se coordonner avec les différents professionnels.

<sup>9</sup> Ce dénombrement inclut l'activité réalisée dans les cabinets, au domicile des patients et dans une partie des établissements de soins, lorsque les praticiens sont rémunérés "à l'acte". Les interventions dans les établissements de soins sous "dotation globale" sont exclues.



## Près d'un passage aux urgences sur quatre concerne une personne de 65 ans et plus, près d'un sur cinq une personne de 75 ans et plus

Plus de 180 000 passages, soit 23 % des 778 000 passages dénombrés en 2015 dans les services d'urgences de la région concernent des personnes âgées de 65 ans et plus. Cela correspond à un taux de passages annuel de 259 pour 1 000. Ce taux augmente fortement avec l'âge, atteignant 357 chez les 75 ans et plus et dépassant 620 pour les personnes âgées de 90 ans et plus.

Le taux d'hospitalisations après ces passages est de 56 % pour les personnes âgées de 65 ans et plus, et lui aussi augmente fortement avec l'âge, atteignant 67 % chez les 90 ans et plus [Fig7].

**Fig7. Passages dans les services d'urgences des personnes âgées de 65 ans et plus**  
Pays de la Loire (2015)

	Nombre de passages	% de passages	Taux pour 1 000 habitants	Part de patients hospitalisés
65-74 ans	54 622	7 %	158	44 %
75-89 ans	100 350	13 %	320	59 %
90 ans et plus	27 104	3 %	627	67 %
65 ans et plus	182 076	23 %	259	56 %
75 ans et plus	127 454	16 %	357	61 %
Tous âges	777 627	100 %	209	28 %

Sources : ORU Pays de la Loire, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire  
Champ : Patients pris en charge dans les services d'urgences des Pays de la Loire et domiciliés dans les Pays de la Loire (hors CH Mangers et Château-Gontier).

## Un tiers des Ligériens de 65 ans et plus hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO, et des taux d'hospitalisations en augmentation

La fréquence des hospitalisations est élevée au-delà de 65 ans. En 2015, 33 % des personnes de cette classe d'âge ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année dans un service hospitalier de MCO (médecine-chirurgie-obstétrique). La situation est globalement comparable dans les cinq départements, mais l'écart est significatif entre les hommes (36 %) et les femmes (30 %) [Fig8].

Entre 2009 et 2015, le nombre de Ligériens de plus de 65 ans hospitalisés au moins une fois dans l'année est passé de 180 500 à 217 000 soit une augmentation annuelle moyenne de 3,1 %. Pour les 75 ans et plus, cette augmentation atteint 2,6 % par an.

Cette augmentation résulte seulement pour partie de la croissance et du vieillissement de la population régionale. En effet, les taux comparatifs de patients hospitalisés en MCO, qui permettent de gommer ces effets démographiques ont augmenté de 1,5 % par an pour les Ligériens âgés de 65 ans et plus, de 1,0 % pour ceux âgés de 75 ans et plus et de 4,9 % pour les 90 ans ou plus.

Ces progressions, qui concernent les hommes comme les femmes, sont un peu plus marquées que celles observées pour la moyenne nationale, mais les taux régionaux restent pour ces trois groupes d'âge légèrement inférieurs à cette moyenne.

Cette augmentation du taux de personnes hospitalisées au-delà de 65 ans est à l'origine de la quasi-totalité de l'augmentation du taux de recours de la population globale (tous âges confondus).

Ces pratiques de soins plus actives, conjuguées aux effets du vieillissement démographique induisent une augmentation de la part des personnes âgées dans les files actives hospitalières en secteur MCO. Ainsi en 2015, 23 % de l'ensemble des séjours hospitaliers en MCO et 41 % de l'ensemble des journées concernent des personnes âgées de 75 ans, contre respectivement 21 % et 38 % en 2009.

Ces différents résultats établis à partir des données du PMSI doivent toutefois être considérés avec précaution en raison du caractère médico-administratif de ces données [voir Encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].



**Fig8. Hospitalisations dans les services de court séjour des personnes âgées de 65 ans et plus**  
Pays de la Loire (2009, 2015)

	% de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année		% des séjours		% des journées d'hospitalisation	
	2009	2015	2009	2015	2009	2015
65-74 ans	26 %	<b>29 %</b>	14 %	<b>16 %</b>	15 %	<b>16 %</b>
75-89 ans	33 %	<b>34 %</b>	20 %	<b>20 %</b>	33 %	<b>33 %</b>
90 ans et plus	36 %	<b>49 %</b>	2 %	<b>3 %</b>	4 %	<b>8 %</b>
65 ans et plus	30 %	<b>33 %</b>	35 %	<b>39 %</b>	53 %	<b>57 %</b>
75 ans et plus	34 %	<b>36 %</b>	21 %	<b>23 %</b>	38 %	<b>41 %</b>
Tous âges	17 %	<b>17 %</b>	-	-	-	-

Sources : PMSI MCO (ATH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

### Plus de 2 % des plus de 65 ans pris en charge au moins une fois dans l'année en psychiatrie

Environ 17 000 Ligériens âgés de 65 ans et plus ont été pris en charge au moins une fois en 2015 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie<sup>10</sup>. Cela correspond à un taux brut de personnes prises en charge en psychiatrie de 2,4 pour 100 habitants, proche de la moyenne nationale.

Ce résultat recouvre toutefois une situation différente selon les classes d'âge. Le taux régional est inférieur à la moyenne nationale chez les 65-74 ans mais il lui est supérieur pour les personnes âgées de 75 ans ou plus.

En outre, les Pays de la Loire se distinguent de la moyenne nationale par une plus grande fréquence des prises en charge ambulatoires individuelles et, à l'inverse, par une fréquence plus faible de prises en charge à temps complet, plus particulièrement chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

Ces constats pourraient en partie être rapprochés du fait que les Pays de la Loire présentent une forte densité d'équipement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Les personnes âgées hébergées dans ces établissements peuvent plus fréquemment bénéficier de prises en charge de type ambulatoire.

Dans la région comme en France, le taux de personnes prises en charge en psychiatrie est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, entre 65 et 89 ans (1,4 à 1,5 fois supérieur dans la région), au-delà de cet âge, aucune différence n'est observée selon le genre.

#### ENCADRÉ 9. Les hospitalisations des personnes âgées vivant en Ehpad [42]

L'étude Pleiad, menée récemment au plan national auprès de 300 Ehpad de 50 lits ou plus a permis de mettre en évidence l'importance des transferts entre ces établissements et les services hospitaliers.

Sur les trois mois de l'étude, un quart des résidents ont été entrants ou sortants de l'Ehpad (hors décès), et les mouvements vers ou depuis l'hôpital sont en cause dans 70 % des cas. Cette proportion n'était influencée ni par la taille de l'Ehpad, ni par son organisation (unité Alzheimer, infirmière de nuit) et ni par son éloignement de l'hôpital.

75 % de ces hospitalisations ont été décidées en urgence (65 % de jour, 10 % de nuit), le plus souvent par le médecin traitant (32 %) ou le médecin de garde (22 %). Dans 58 % des cas, ces patients sont passés par les urgences. Les motifs d'hospitalisation sont dans 68 % une pathologie somatique, dans 14 % une pathologie traumatique et dans 11 % une pathologie neuropsychiatrique. Dans 46 % des cas, la durée du séjour hospitalier a été inférieure ou égale à 8 jours.

<sup>10</sup> Pour les établissements publics et les établissements privés d'intérêt collectif (Espic), ces dénombrements incluent les personnes prises en charge à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire. Pour les établissements privés à but lucratif, seules les personnes prises en charge à temps complet ou à temps partiel sont prises en compte.



## 4.2 PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES DES PERSONNES DE 65 À 74 ANS

### 4.2.1 VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 À 74 ANS

#### Une population dont la croissance annuelle d'ici 2027 atteint 3 %

La région compte 300 000 personnes de 65 à 74 ans en 2012, dont 53 % de femmes. Cela représente 8 % de la population régionale totale. 22 % de ces personnes vivent seules, et seulement 1 % vivent dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées. D'ici 2027, cet effectif devrait croître pour atteindre 450 000, ce qui représente une progression annuelle d'environ 3 % [9] [10].

#### 38 % des 65-74 ans sont en ALD, 29 % sont hospitalisées en MCO au moins une fois dans l'année

Les données d'admissions en ALD et de prévalence globale des ALD dans la population, ainsi que celles concernant les hospitalisations en MCO et la mortalité illustrent l'importance de la morbidité dans cette classe d'âge.

Chaque année, près de 16 000 admissions en ALD sont prononcées pour des Ligériens de cette classe d'âge atteints de problèmes de santé chroniques nécessitant des soins longs et coûteux<sup>11</sup>. Cela représente cinq admissions pour 100 habitants.

Globalement, selon les données du régime général, 38 % des personnes de cette classe d'âge sont en ALD<sup>12</sup>. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (46 %) que chez les femmes (31 %).

54 600 passages dans les services d'urgences des Pays de la Loire ont concerné en 2015 des personnes de 65-74 ans. Cela représente 7 % des passages, et correspond à un taux de seize passages pour 100 habitants. 44 % de ces passages se sont terminés par une hospitalisation et 56 % par un retour à domicile.

91 000 adultes de 65-74 ans, soit 29 % de la population de cette tranche d'âge, sont hospitalisés au moins une fois en service de court séjour (MCO) au cours de l'année 2015. Certains de ces patients ont été hospitalisés à plusieurs reprises car on enregistre cette même année, 152 000 séjours de personnes de 65-74 ans, soit en moyenne 1,7 séjour par patient. Et globalement, ces séjours représentent 475 000 journées d'hospitalisation. La classe d'âge des 65-74 ans est ainsi à l'origine de 16 % du nombre total de séjours et de 16 % du nombre total de journées en MCO des habitants de la région.

Enfin, 3 800 Ligériens âgés de 65-74 ans décèdent en moyenne chaque année, soit un taux de mortalité de 1 240 décès pour 100 000 habitants (1,2 %).

En comparaison à la classe d'âge des 50-64 ans, les 65-74 ans présentent un taux de passages aux urgences peu différent, un taux de patients hospitalisés en court séjour multiplié par 1,6 et des taux d'admissions en ALD et de mortalité multipliés par deux.

#### Une morbidité environ deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes

Par rapport aux taux féminins, les taux masculins de cette classe d'âge sont 1,8 fois plus élevés pour les admissions en ALD, 1,2 fois plus élevés pour les patients hospitalisés, et 2,2 fois plus élevés pour la mortalité. Ainsi, deux tiers des décès dans cette classe d'âge concernent des hommes.

<sup>11</sup> Ces données d'incidence concernent les trente ALD sur liste [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

<sup>12</sup> Ces données de prévalence prennent en compte les trente ALD sur liste, ainsi que les ALD n° 31 et 32 [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

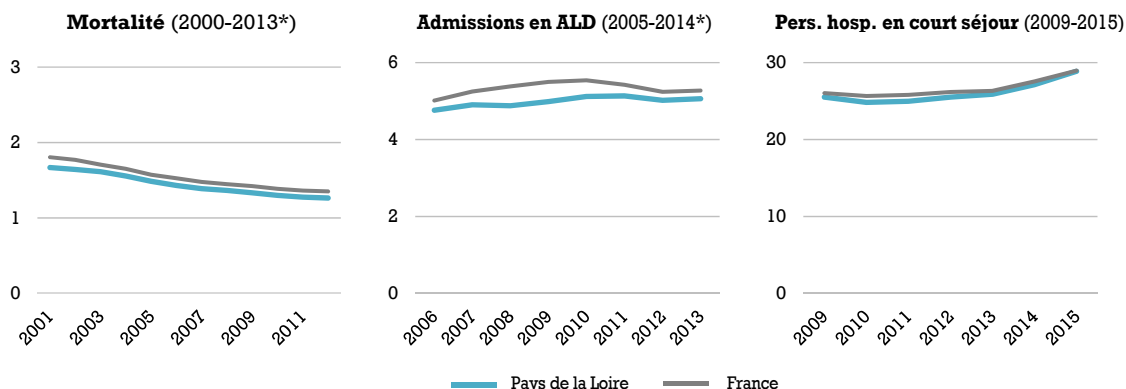


## Légère sous-mortalité et sous-incidence des ALD, mais un taux de patients hospitalisés en MCO au moins une fois dans l'année en augmentation et désormais proche de la moyenne nationale

Le taux régional de mortalité des 65-74 ans, après une baisse assez marquée et équivalente à celle observée en France métropolitaine entre 2001 et 2012 (- 2,5 % par an), reste inférieur de 6 % à la moyenne nationale [Fig9]. Au sein de la région, une sous-mortalité est retrouvée de façon significative en Maine-et-Loire (- 12 %), Mayenne (- 10 %), Vendée (- 7 %) et Loire-Atlantique (- 4 %). En Sarthe, la situation est proche de la moyenne nationale. La fréquence des admissions en ALD des Ligériens de 65-74 ans a connu une légère progression entre 2006 et 2013, et est restée légèrement inférieure à la moyenne nationale (- 4 % en 2013) [Fig9]. Cette moindre fréquence régionale des admissions en ALD est retrouvée dans le Maine-et-Loire (- 13 %), en Mayenne (-10 %) et en Sarthe (- 5 %). Dans les deux autres départements, cette fréquence est proche de la moyenne nationale. La proportion de Ligériens de 65-74 ans hospitalisés au moins une fois dans l'année en court séjour (MCO) a progressé de 2,1 % par an entre 2009 et 2015, comme la moyenne nationale, et a eu tendance à se rapprocher de cette dernière [Fig9]. Cette tendance évolutive s'observe pour les hommes comme pour les femmes. Ces résultats établis à partir des données d'ALD et du PMSI doivent être toutefois considérés avec précaution, au regard des limites de ces sources [voir Encadrés 2 et 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

**Fig9. Évolution des taux de mortalité, d'admissions en ALD, de personnes hospitalisées en court séjour chez les 65-74 ans**

Pays de la Loire, France métropolitaine



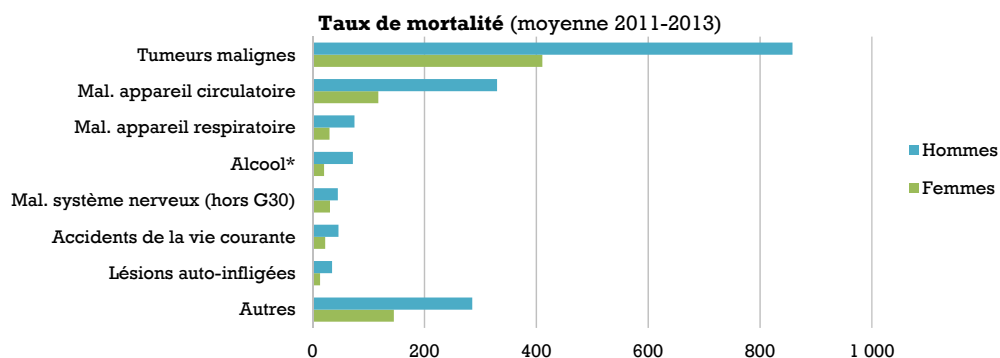
Sources : Inserm Cépidc ; Cnamts, MSA, RSI ; PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire  
Taux pour 100, \* moyenne sur 3 ans

### 4.2.2 PRINCIPALES PATHOLOGIES DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 À 74 ANS

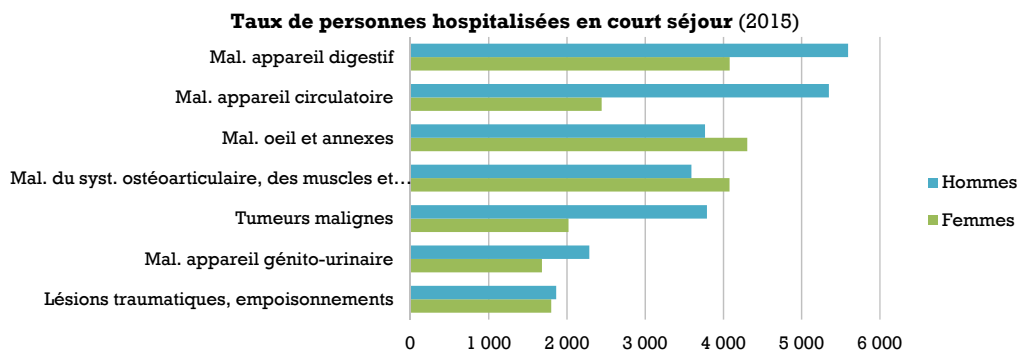
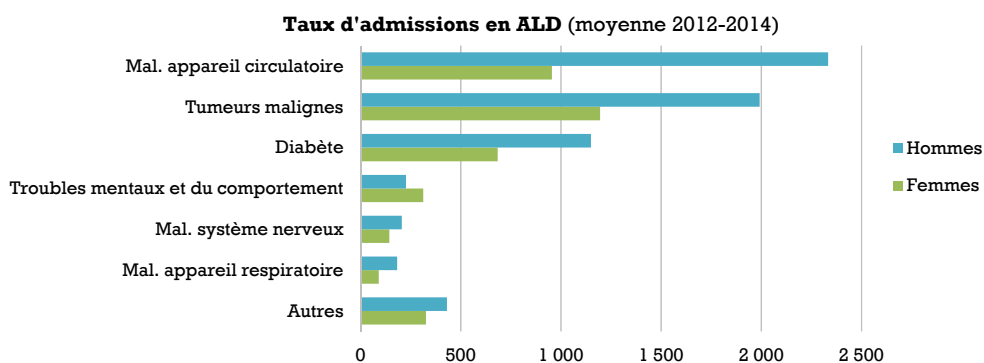
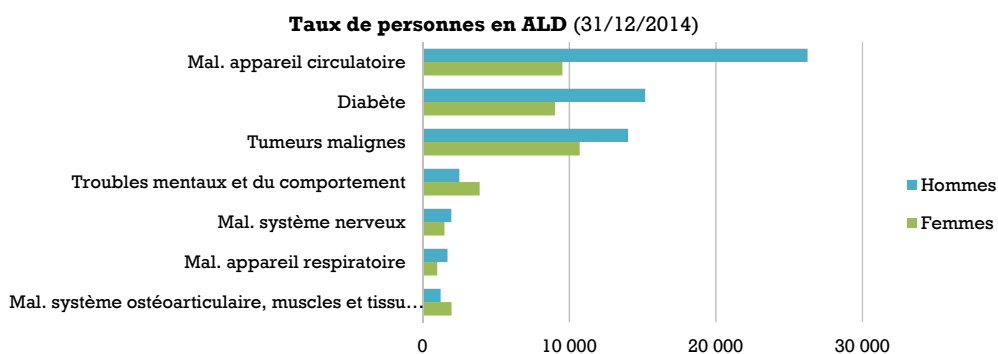
L'analyse des statistiques relatives aux affections de longue durée, aux diagnostics principaux d'hospitalisations et aux causes médicales de décès, ainsi que la confrontation de ces différentes données permettent de dégager les principaux enjeux de santé pour la population des personnes âgées de 65-74 ans [Fig10].



**Fig10. Taux de mortalité, d'ALD (prévalence et incidence) et d'hospitalisations en court séjour chez les 65-74 ans selon le sexe et les principales pathologies ou problèmes de santé en cause**  
Pays de la Loire



\* Maladie alcoolique du foie, cirrhose du foie (autres et sans précision), psychose alcoolique et alcoolisme



Sources : Inserm Cépidc ; Cnamts, MSA, RSI ; PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire  
Taux pour 100 000



## **Les cancers : prostate par sa fréquence, poumon par sa gravité, foie par la mauvaise situation régionale chez les hommes, sein par sa fréquence et sa gravité chez les femmes**

Le poids des affections cancéreuses dans cette classe d'âge est prépondérant, puisqu'elles constituent la première cause de décès chez les hommes comme chez les femmes et la seconde cause d'admissions en ALD, à niveau très proche des maladies cardiovasculaires.

Par rapport à la classe d'âge des 50-64 ans, les taux d'admissions en ALD et de mortalité liés aux cancers chez les personnes de 65-74 ans sont multipliés par deux. Dans cette classe d'âge, les cancers sont en cause dans 31 % des admissions en ALD (4 900 par an) et 50 % des décès (1 900 par an). 10 % des patients de cette classe d'âge hospitalisés en MCO au moins une fois dans l'année l'ont été pour un cancer en diagnostic principal.

Les hommes sont beaucoup plus atteints que les femmes, avec des taux d'admissions en ALD, de patients hospitalisés et de mortalité deux fois supérieurs.

Les localisations en cause sont nombreuses, mais quelques-unes ont un poids important dans la morbidité et dans la mortalité :

- chez les hommes, la prostate est de loin la localisation la plus fréquente. Elle représente en effet 34 % des admissions en ALD pour cancer, loin devant le poumon et le côlon-rectum (10 % chacun), les voies aérodigestives supérieures (8 %) et la vessie (7 %). Au total, 6 % des hommes de 60-74 ans sont en ALD pour un cancer de la prostate.

Par contre, en raison de son mauvais pronostic, le cancer du poumon est à l'origine de 24 % des décès, devant le cancer du foie et des voies biliaires intrahépatiques (12 %). À l'inverse, le cancer de la prostate, de meilleur pronostic, représente 7 % des décès masculins par cancer dans cette tranche d'âge.

- chez les femmes, le cancer du sein est prépondérant : il est à l'origine de 41 % des admissions en ALD et de 21 % des décès par cancer. Globalement, 6 % des femmes de 60-74 ans sont en ALD pour cancer du sein. Le cancer colorectal arrive au second rang en terme de morbidité (11 % des admissions en ALD) et de mortalité (11 % des décès par cancer). Le cancer du poumon est également à l'origine de 11 % des décès féminins par cancer dans cette classe d'âge.

Par rapport à la moyenne nationale, les taux d'admissions en ALD pour cancer entre 65 et 74 ans sont supérieurs de 4 % pour les hommes et proches pour les femmes. Pour les hommes, ce constat est à rapprocher d'une plus grande fréquence des admissions en ALD pour cancers des VADS (+ 11 %), du foie (+ 60 %) de la prostate (+ 9%) et pour le myélome et les maladies immunoprolifératives malignes (+ 30 %). Pour les deux sexes, on observe également des taux régionaux significativement supérieurs à la moyenne nationale pour le mélanome malin de la peau (+ 22 %) et pour le lymphome malin on hodgkinien (+ 23 %).

Les taux de patients hospitalisés en MCO au moins une fois en 2015 pour un cancer sont supérieurs de 12 % à la moyenne nationale pour les hommes, et proches de cette moyenne pour les femmes. L'analyse par localisation met en évidence des taux de Ligériens hospitalisés particulièrement élevés pour les cancers du foie (+ 55 % par rapport à la moyenne française) et de la prostate (+ 28 %) chez les hommes, et pour tumeurs malignes de la peau non mélaniques pour les deux sexes (+ 33 %).

La mortalité par cancer des 65-74 ans est proche de la moyenne nationale, et les deux seules localisations pour laquelle on observe une situation régionale défavorable sont chez les hommes le cancer du foie (+ 48%).

La situation très défavorable des Pays de la Loire concernant l'incidence et la mortalité masculines par cancer du foie entre 65 et 74 ans est à mettre en lien avec leurs habitudes des hommes de la région en matière de consommation d'alcool, ce constat étant conforté par la surmortalité par maladies alcooliques du foie ou psychose alcoolique (+ 48 %) des hommes de cette classe d'âge.

À noter enfin le fort taux régional de patients hospitalisés au moins une fois dans l'année pour tumeurs bénignes colorectales et anales (2 % des hommes et 3 % des femmes), qui dépasse de 59 % la moyenne nationale.



## **Les affections cardiovasculaires : des maladies très fréquentes notamment chez les hommes, mais une mortalité près de trois fois inférieure à celle des cancers**

Le nombre d'admissions en ALD de 65-74 ans pour maladies de l'appareil circulatoire est proche de celui des admissions pour cancer (5 000 admissions annuelles, 32 % des admissions). Mais avec 700 décès annuels, les maladies cardiovasculaires pèsent près de trois fois moins lourd que les cancers dans la mortalité de cette classe d'âge (17 % vs 50 %).

Par rapport à la classe d'âge des 50-64 ans, le taux d'admissions en ALD pour ces affections est multiplié par deux et le taux de mortalité par trois.

Les hommes de 65-74 ans sont, comme dans les classes d'âge précédentes, nettement plus concernés par ces pathologies. Leurs taux d'admissions en ALD, de patients hospitalisés en MCO (au moins une fois) dans l'année et de mortalité pour maladies de l'appareil circulatoire sont 2,2 à 2,5 fois supérieurs à ceux des femmes.

Les admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire sont principalement liées aux cardiopathies ischémiques (32 % des admissions en ALD), devant les troubles de la conduction et du rythme (21 %), puis les maladies cérébrovasculaires et les atteintes artérielles (15 % chacun).

La prévalence des maladies de l'appareil circulatoire est importante chez les 65-74 ans, notamment chez les hommes. Ainsi, 10 % des hommes de 65-74 ans sont en ALD pour cardiopathies ischémiques (contre 2 % des femmes), 4 % pour hypertension artérielle (HTA), 4 % pour atteintes artérielles et 3 % pour troubles de la conduction et du rythme cardiaque.

En terme de mortalité, les cardiopathies ischémiques sont le plus souvent en cause, à l'origine de 31 % des décès par maladies cardiovasculaires de cette classe d'âge (35 % chez les hommes, 21 % chez les femmes). Viennent ensuite les maladies cérébrovasculaires, responsables de 25 % des décès par maladies cardiovasculaires (22 % chez les hommes, 33 % chez les femmes).

Par rapport à la moyenne nationale, la mortalité cardiovasculaire des ligériens de 65-74 ans est très nettement inférieure (- 10 %), cette sous-mortalité régionale s'observant chez les hommes (- 7 %) et surtout chez les femmes (- 16 %). Cette sous-mortalité atteint 13 % pour les cardiopathies ischémiques (9 % pour les hommes, 25 % pour les femmes).

Cet écart région-France se retrouve en matière d'hospitalisations. Le taux de patients hospitalisés en MCO pour maladies de l'appareil circulatoire, bien qu'ayant progressé de 1,4 % par an alors qu'il est resté relativement stable au plan national, reste inférieur de 9 % à la moyenne nationale. L'écart est encore plus marqué pour les cardiopathies ischémiques (- 21 %). Ce constat est identique pour chacun des deux sexes.

Enfin, le taux d'admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire est inférieur à la moyenne nationale chez les femmes (- 6 %) et proche chez les hommes.

### **15 % des hommes et 9 % des femmes de 65 à 74 ans en ALD pour diabète**

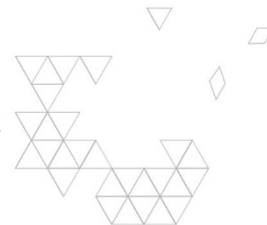
Le diabète constitue comme en France le 3<sup>e</sup> motif d'admissions en ALD des personnes de 65-74 ans, après les maladies cardiovasculaires et les cancers. 18 % des admissions en ALD dans cette classe d'âge sont dues à cette pathologie. Dans cette classe d'âge, la prévalence des personnes en ALD pour diabète augmente de façon considérable puisque 12 % des 65-74 ans sont en ALD pour diabète (contre 5 % des 50-64 ans). Les hommes (15 %) sont plus touchés que les femmes (9 %).

## **4.2.3 AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 À 74 ANS**

### **Hernies, arthrose, cataracte : des motifs fréquents d'hospitalisations pour une intervention chirurgicale**

Un certain nombre de situations ou problèmes de santé des personnes de 65-74 ans sont également retrouvés avec une fréquence notable par l'analyse des motifs d'hospitalisations en MCO des Ligériens.





Les maladies de l'appareil digestif sont une cause relativement fréquente d'hospitalisation des personnes de 65-74 ans, 5 % des Ligériens sont hospitalisés au moins une fois dans l'année pour ce motif. Les pathologies les plus souvent en cause sont les hernies, principalement chez les hommes, et la diverticulose intestinale.

Les maladies ostéoarticulaires motivent également une part importante des hospitalisations dans cette classe d'âge. Près de 4 % des Ligériens sont hospitalisés au moins une fois dans l'année pour ce motif. Les pathologies liées à l'arthrose sont en cause dans 38 % des cas (principalement coxarthrose et gonarthrose).

3,5 % des personnes de 65-74 ans et plus ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année pour une cataracte, expliquant le 3<sup>e</sup> rang des maladies de l'œil et de ses annexes en terme de taux de patients hospitalisés.

1,4 % des personnes âgées de 65-74 ans et plus ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année pour lésions traumatiques ou leurs complications et séquelles. Les fractures du membre supérieur sont le plus souvent en cause (24 % des cas), et sont 3 fois plus fréquentes chez les femmes.

Enfin, 2 % des Ligériens de cette classe d'âge sont hospitalisés au moins une fois dans l'année pour symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoires.

#### ENCADRÉ 10. L'alimentation et la nutrition des personnes âgées

L'alimentation des personnes âgées est un sujet essentiel parce que pour elles comme à tout âge, manger permet de maintenir, voire pour les malades de retrouver une bonne santé physique, et aussi parce que les repas jouent un rôle essentiel en santé mentale, par le plaisir qu'ils procurent, notamment à travers le lien ainsi entretenu avec les autres et avec son environnement [43]. En outre, les maladies chroniques, particulièrement fréquentes chez les personnes âgées, accélèrent la sarcopénie, c'est-à-dire la diminution de la masse musculaire qui apparaît avec l'âge.

La dénutrition protéino-énergétique est fréquente chez les personnes âgées. À domicile, elle toucherait 3 à 4 % des personnes âgées, et concernerait 25 à 30 % des personnes en situation de perte d'autonomie [44]. En Ehpad, selon une étude menée en 2011, 46 % des résidents présentaient une dénutrition sur la base des critères de la Haute Autorité de Santé (HAS), dont 12 % une dénutrition sévère. Les facteurs qui discriminaient le plus les personnes dénutries de celles qui ne le sont pas sont une dépendance pour l'alimentation, une dépendance pour la mobilité, un score Gir 1 et des troubles de la mastication [45].

Les conséquences de la dénutrition protéino-énergétique sont multiples et bien documentées : augmentation du risque de mortalité en ville comme à l'hôpital, augmentation de la durée de séjour à l'hôpital (en court séjour et en soins de suite), du risque d'infection nosocomiale et d'escarre, de chute et de fracture, de dépendance [44]. Dans ce contexte, le développement de conditions permettant de prévenir la dénutrition des personnes âgées, à domicile, à l'hôpital, en établissement d'hébergement reste d'actualité.

## 4.3 PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES DES PERSONNES DE 75 À 89 ANS

### 4.3.1 VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 À 89 ANS

#### Une population en progression d'environ 2 % par an d'ici 2027

La région compte 310 000 personnes de 75-89 ans en 2012, dont 61 % de femmes. Cela représente 9 % de la population régionale totale. Les personnes de cette classe d'âge sont une petite minorité (9 %) à vivre dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées. D'ici 2027, cet effectif devrait croître pour atteindre 400 000, ce qui représente une progression annuelle d'environ 2 % [9] [10].

#### 57 % des personnes âgées de 75-89 ans sont en ALD, 34 % sont hospitalisées en MCO au moins une fois dans l'année, 5 % décèdent dans l'année

Les données d'admissions en ALD et de prévalence globale des ALD dans la population, ainsi que celles concernant les hospitalisations en médecine-chirurgie-obstétrique et la mortalité illustrent l'importance de la morbidité dans cette classe d'âge [Fig11].



Chaque année, 24 000 admissions en ALD sont prononcées pour des Ligériens de cette classe d'âge atteints de problèmes de santé chroniques nécessitant des soins longs et coûteux, ce qui représente près de huit admissions pour 100 habitants. Globalement, 57 % des personnes âgées de 75 à 89 ans sont en ALD. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (68 %) que chez les femmes (51 %).

Plus de 100 000 passages dans les services d'urgences des Pays de la Loire ont concerné en 2015 des personnes de cette classe d'âge. Cela représente 13 % du nombre total des passages, et un taux de 32 passages pour 100 habitants. 59 % de ces passages se sont terminés par une hospitalisation et 40 % par un retour à domicile.

Plus de 105 000 personnes de 75-89 ans, soit 34 % de la population de cette tranche d'âge, ont été hospitalisées en service de court séjour (MCO) au moins une fois au cours de l'année 2015.

Certains de ces patients ont été hospitalisés à plusieurs reprises car on enregistre, cette même année, 190 000 séjours en MCO de personnes de 75-89 ans, ce qui correspond en moyenne à 1,8 séjour par patient. Et globalement, ces séjours représentent près de 980 000 journées d'hospitalisations. La population des 75-89 ans est ainsi à l'origine de 20 % du nombre total de séjours et de 33 % du nombre total de journées en MCO des habitants de la région.

Enfin, près de 15 000 Ligériens âgés de 75-89 ans décèdent en moyenne chaque année, soit un taux de mortalité de cinq décès pour 100 habitants.

Par rapport à ceux observés pour la classe d'âge des 65-74 ans, les taux d'admissions en ALD et de passages aux urgences des 75-89 ans sont multipliés par deux, le taux de patients hospitalisés en court séjour par 1,2 et celui de mortalité par 3,8.

### **Une morbidité 1,5 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes**

Par rapport aux taux féminins, les taux masculins des 75-89 ans sont 1,4 fois plus élevés pour les admissions en ALD, 1,2 fois plus élevés pour les patients hospitalisés, et 1,6 fois plus élevés pour la mortalité. Mais en raison du poids plus important des femmes dans cette classe d'âge en effectif, la moitié des décès concernent des hommes.

### **Des taux de patients hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO, d'admissions en ALD et de mortalité légèrement inférieurs à la moyenne nationale**

Le taux régional de mortalité des 75-89 ans, après une évolution à la baisse assez marquée et équivalente à celle observée en France métropolitaine entre 2001 et 2012 (- 2,2 % par an), reste inférieur de 4 % à la moyenne nationale [Fig11]. Au sein des Pays de la Loire, une sous-mortalité est retrouvée dans tous les départements, plus marquée en Maine-et-Loire (- 8 %) et en Mayenne (- 10 %) qu'en Sarthe (- 3 %), Vendée (- 3 %), et Loire-Atlantique (- 2 %).

La fréquence des admissions en ALD des Ligériens de 75-89 ans est également inférieure de 4 % à la moyenne nationale en 2013. Cette situation était déjà observée au milieu des années 2000. La moindre fréquence des admissions en ALD observée dans les Pays de la Loire est retrouvée en Maine-et-Loire (- 6 %), en Mayenne (- 8 %), et en Sarthe (- 10 %).

Depuis 2000, la fréquence des admissions en ALD a connu une tendance évolutive similaire dans la région (augmentation jusqu'en 2011, suivi d'une baisse entre 2011 et 2013) et en France métropolitaine. La rupture de série observée en 2012 peut être rapprochée de la suppression en juin 2011 de l'hypertension artérielle sévère de la liste des ALD, ce qui ne permet plus d'admissions dans ce dispositif pour cette pathologie, qui concerne un grand nombre de personnes [Fig11].

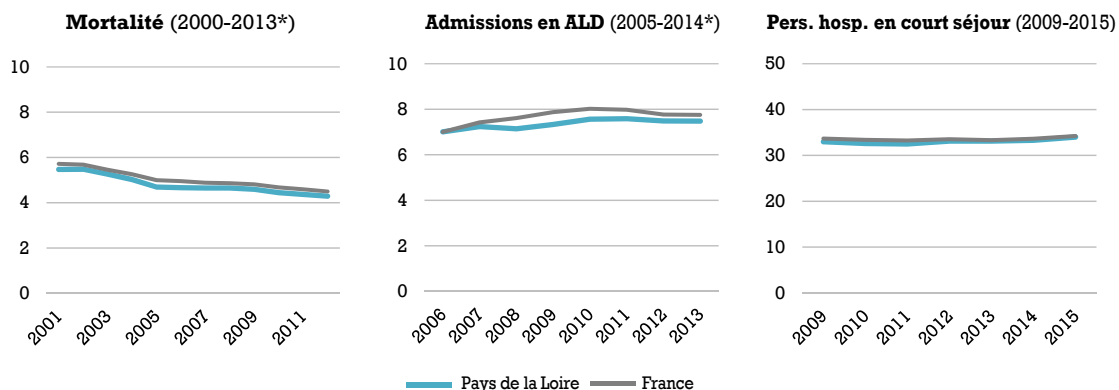
La proportion de Ligériens de 75-89 ans hospitalisés au moins une fois dans l'année en court séjour (MCO) est restée relativement stable entre 2009 et 2015, et très légèrement en dessous de la moyenne nationale [Fig11].

Ces résultats établis à partir des données d'ALD et du PMSI doivent être toutefois considérés avec précaution, au regard des limites de ces sources [voir Encadrés 2 et 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].



**Fig11. Évolution des taux de mortalité, d'admissions en ALD, de personnes hospitalisées en court séjour chez les 75-89 ans**

Pays de la Loire, France métropolitaine



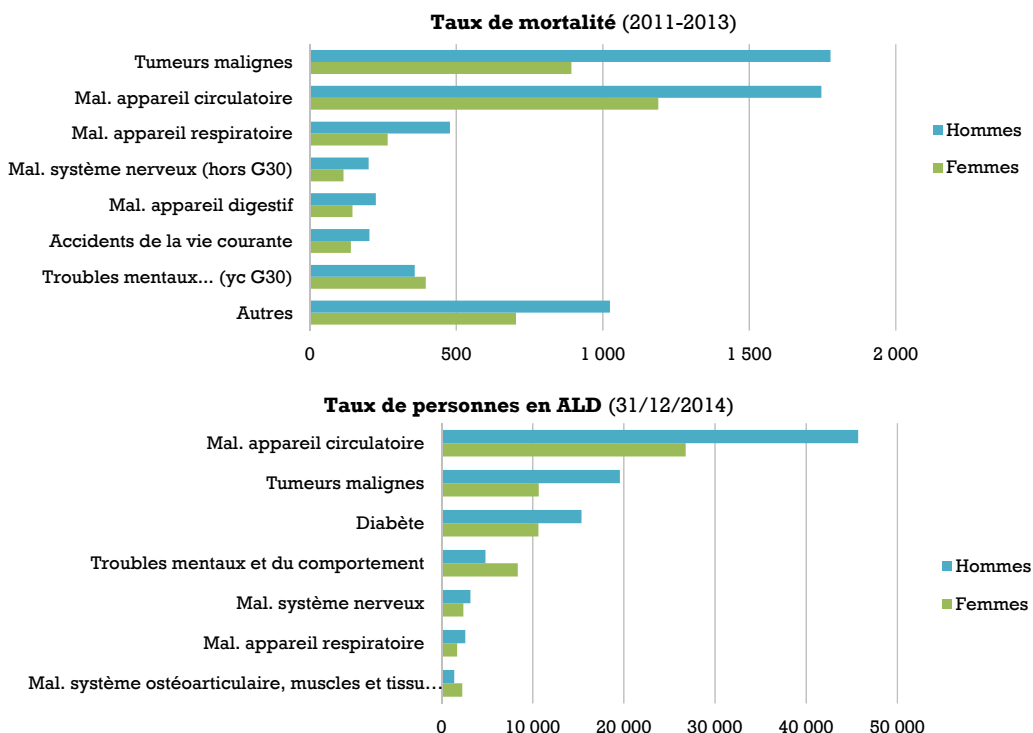
Sources : Inserm Cépidc ; Cnamts, MSA, RSI ; PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire  
Taux pour 100, \* moyenne sur 3 ans

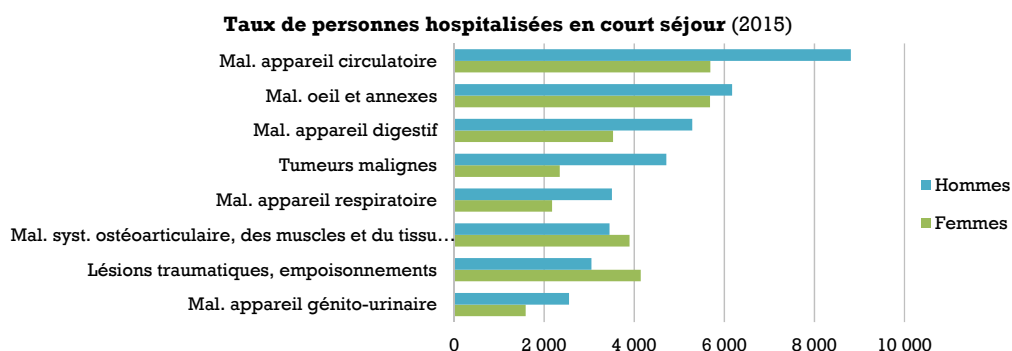
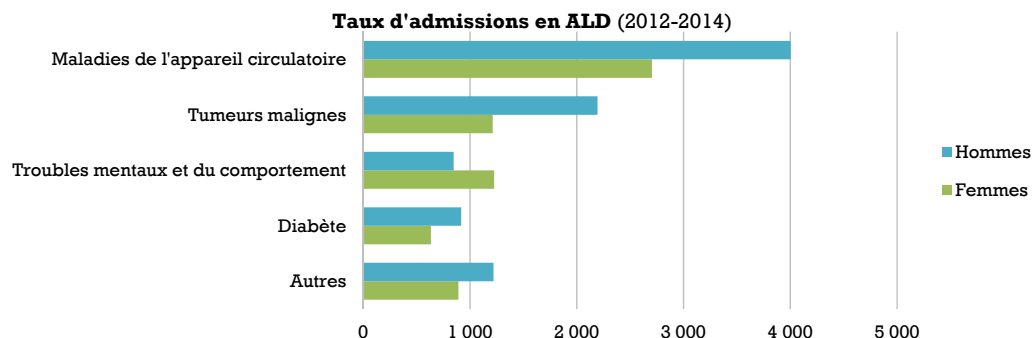
### 4.3.2 PRINCIPALES AFFECTIONS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 À 89 ANS

L'analyse des statistiques relatives aux ALD les plus fréquentes, aux diagnostics principaux d'hospitalisations et aux causes médicales de décès, ainsi que la confrontation de ces différentes données permettent de dégager les principaux enjeux de santé pour la population des personnes âgées de 75-89 ans [Fig12].

**Fig12. Taux de mortalité, d'ALD (prévalence et incidence) et d'hospitalisations en court séjour chez les 75-89 ans selon le sexe et les principales pathologies ou problèmes de santé en cause**

Pays de la Loire





Sources : Inserm Cépidc ; Cnamts, MSA, RSI ; PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire  
Taux pour 100 000

## Les maladies cardiovasculaires deviennent prépondérantes

Les maladies cardiovasculaires constituent le premier motif d'admission en ALD, d'hospitalisation au moins une fois dans l'année et de mortalité des Ligériens de 75 à 89 ans.

Par rapport à la classe d'âge des 65-74 ans, le taux d'admissions en ALD et le taux de patients hospitalisés sont multipliés par deux, et le taux de mortalité est multiplié par sept.

Le nombre annuel d'admissions en ALD de Ligériens de 75-89 ans pour maladies de l'appareil circulatoire dépasse 10 000, ce qui représente 42 % des admissions de cette classe d'âge. Les principales pathologies à l'origine de ces admissions sont les troubles de la conduction et du rythme, les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires, chez les hommes comme chez les femmes.

Globalement, 10 % des Ligériens âgés de 75 à 89 ans sont en ALD pour cardiopathies ischémiques, 6 % pour les maladies hypertensives, autant pour troubles de la conduction et du rythme, 3,5 % pour atteintes artérielles et pour maladies cérébrovasculaires, et 3 % pour insuffisance cardiaque.

Près de 7 % des Ligériens de 75 à 89 ans ont été hospitalisés au moins une fois en 2015 en service de MCO avec pour diagnostic principal une affection cardiovasculaire. Le diagnostic principal est une fois sur quatre l'insuffisance cardiaque (1,8 % des Ligériens), devant les troubles de la conduction et du rythme (1,3 %) et les cardiopathies ischémiques (1,2).

Enfin les maladies cardiovasculaires constituent la cause initiale de 4 400 décès annuels des 75-89 ans, soit 30 % des décès (cancers, 26 %). Les maladies cérébrovasculaires et les cardiopathies ischémiques pèsent d'un poids équivalent en matière de mortalité, à l'origine chacune d'environ un quart des décès cardiovasculaires dans cette classe d'âge.

Les hommes de 75-89 ans sont plus concernés par les problèmes de santé cardiovasculaires, avec des taux d'admissions en ALD, de patients hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO et de mortalité pour maladies de l'appareil circulatoire 1,5 fois supérieurs à ceux des femmes, mais l'écart est nettement moins marqué que dans les classes d'âge précédentes.



Cet écart hommes-femmes s'observe pour tous les indicateurs sauf pour la prévalence des maladies, hypertensives, et il est particulièrement marqué pour les cardiopathies ischémiques. Ainsi, 16 % des hommes sont en ALD pour ces dernières, contre 6 % des femmes.

### **13 % de la population des 75-89 ans en ALD pour diabète**

10 % des admissions en ALD des personnes âgées de 75 à 89 ans sont dues à cette pathologie. Cette classe d'âge est celle où la prévalence des personnes en ALD pour diabète est la plus élevée, approchant 13 %. Les hommes (15 %) sont plus touchés que les femmes (11%).

### **Les cancers : prostate chez les hommes, sein chez les femmes, côlon-rectum pour les deux sexes**

Les taux d'admissions en ALD des 75-89 ans et des patients de cet âge hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO pour cancer sont relativement proches de ceux des 65-74 ans, mais leur taux de mortalité est multiplié par deux. Toutefois, en raison de la croissance très marquée de la morbidité des maladies cardiovasculaires, le poids relatif des cancers recule ainsi considérablement, en cause dans 21 % des admissions en ALD (5 000 par an) et 26 % des décès (3 900 par an), contre respectivement 31 % et 50 % chez les 65-74 ans. Les hommes restent beaucoup plus atteints que les femmes, avec des taux d'admissions en ALD, d'hospitalisations et de mortalité deux fois supérieurs.

Certaines localisations ont un poids particulièrement important dans la morbidité et dans la mortalité cancéreuse de cette classe d'âge.

- Chez les hommes, la prostate reste de loin la localisation la plus fréquente. Elle représente en effet 25 % des admissions en ALD pour cancer, devant le côlon-rectum (14 %), la vessie (9 %) et le poumon (8 %). Globalement, 9 % des hommes de 75-89 ans sont en ALD pour cancer de la prostate.

Le cancer de la prostate se place également au premier rang pour la mortalité par cancer (16 % des décès), devant le cancer du poumon (14 %) et du côlon-rectum (12 %).

- Chez les femmes de 75-89 ans, le cancer du sein est prépondérant en terme de morbidité, puisqu'il est à l'origine de 26 % des admissions en ALD pour cancer et que globalement, 4,6 % des femmes de cette classe d'âge sont en ALD pour cette pathologie. Mais le cancer colorectal, dont le poids en termes d'ALD est moindre (16 % des admissions, 1,5 % des femmes en ALD) pèse d'un poids quasi équivalent au cancer du sein dans la mortalité (environ 14 %).

Par rapport à la moyenne nationale, les taux de personnes de 75-89 ans hospitalisées au moins une fois dans l'année en MCO sont supérieurs d'environ 10 %, pour les hommes comme pour les femmes. L'analyse par localisation met en évidence des taux régionaux particulièrement élevés chez les hommes pour le cancer du foie (+ 33 % par rapport à la moyenne française) et de la prostate (+ 17 %). Pour les deux sexes, on observe des taux supérieurs pour les tumeurs malignes de la peau hors mélanome (+ 38 %). À noter également le fort taux régional de patients hospitalisés en région pour tumeurs bénignes colorectales et anales, supérieur de 47 % à la moyenne nationale.

Le taux d'admissions en ALD pour cancer des 75-89 ans est proche de la moyenne nationale pour les hommes comme pour les femmes, mais plusieurs localisations connaissent une situation de surmortalité significative. On constate ainsi une plus grande fréquence des admissions en ALD des hommes de 75-89 ans pour les cancers des VADS (+ 10 %) et de l'estomac (+ 30 %) ainsi que pour leucémie (+ 18 %). Pour les hommes comme pour les femmes, les taux régionaux sont également significativement supérieurs pour les cancers du foie (+ 57 %), le mélanome malin de la peau (+ 21 %) le lymphome malin non hodgkinien (+ 23 %) et myélome et les maladies immunoprolifératives malignes (+ 29 %).

Les données de mortalité confortent globalement ces résultats. Ainsi, la mortalité par cancer des 75-89 ans est proche de la moyenne nationale, mais plusieurs localisations connaissent une situation de surmortalité significative. Il s'agit pour les deux sexes du lymphome malin non hodgkinien (+ 20 %), et pour les hommes du



cancer de l'estomac (+ 24 %), du foie (+ 41 %), de la prostate (+ 7 %) et du myélome et des maladies immuno-prolifératives malignes (+ 24 %).

### **Les troubles mentaux et du comportement voient leur taux augmenter fortement, en lien notamment avec les démences**

Les troubles mentaux et du comportement constituent un motif d'admission en ALD pour près de 3 300 personnes de 75 à 89 ans chaque année, ce qui représente 14 % des admissions en ALD dans cette tranche d'âge. La fréquence des taux d'admissions en ALD, qui reste entre deux et trois pour 1 000 entre les classes 25-49, 50-64 et 65-74 ans augmente très nettement, pour atteindre 11 pour 1 000 chez les 75-89 ans. Elle est nettement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (respectivement 8 et 12 pour 1 000).

Cette montée en charge des troubles mentaux résulte de l'émergence marquée dans cette classe d'âge de la maladie d'Alzheimer et des autres démences, en cause dans plus de 80 % de ces admissions en ALD. Viennent ensuite les troubles de l'humeur, à l'origine de 12 % des admissions pour troubles mentaux dans cette classe d'âge.

Dans cette classe d'âge, 14 000 personnes soit 4 % des Ligériens sont en ALD pour maladie d'Alzheimer ou autres démences. 10 000 sont des femmes, ce qui représente 5 % de la population féminine de 75-89 ans, et 4 000 sont des hommes (3 %).

### **4.3.3 AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 À 89 ANS**

#### **Cataracte, hernies inguinales et abdominales, arthrose, fractures du col du fémur sont également des motifs fréquents d'hospitalisations en MCO des personnes de 75-89 ans**

Un certain nombre de situations ou problèmes de santé des personnes de 75-89 ans sont également retrouvés avec une fréquence notable par l'analyse des motifs d'hospitalisations des Ligériens de cette classe d'âge.

Ainsi, plus de 5 % des habitants de la région âgés de 75-89 ans et plus ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année pour une cataracte, plaçant les maladies de l'œil et de ses annexes au second rang en termes de taux de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année.

Les maladies de l'appareil digestif sont également une cause relativement fréquente d'hospitalisation des personnes de 75-89 ans, 4 % des Ligériens de cette classe d'âge sont hospitalisés au moins une fois dans l'année pour ce motif. Le plus souvent en cause : les hernies inguinales et abdominales (16 % des cas) principalement chez les hommes, puis les diverticuloses abdominales, les lithiases biliaires et les occlusions sans mention de hernie.

Les maladies ostéoarticulaires sont également une cause relativement fréquente d'hospitalisation en MCO des personnes de 75-89 ans. Chez les hommes et les femmes, près de 4 % des Ligériens sont hospitalisés au moins une fois dans l'année pour ce motif. Pour les deux sexes, les pathologies liées à l'arthrose sont en cause dans plus de 40 % des cas (principalement coxarthrose et gonarthrose).

3,2 % des personnes âgées de 75-89 ans et plus ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année pour lésions traumatiques ou leurs complications et séquelles. Les fractures de l'extrémité supérieure du fémur sont le plus souvent en cause (26 % des cas), et sont deux fois plus fréquentes chez les femmes, en lien avec l'ostéoporose dont l'incidence augmente particulièrement chez les femmes après la ménopause.

Enfin, 3,6 % des Ligériens de cette classe d'âge sont hospitalisés au moins une fois dans l'année pour symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoires.



### ENCADRÉ 11. Les chutes des personnes âgées en Pays de la Loire

Les chutes sont particulièrement fréquentes chez les personnes âgées, mais l'incidence et la prévalence de ces événements varient fortement selon les études. Par contre, il y a consensus sur le fait que la fréquence des chutes augmente avec l'âge, et qu'elle est plus élevée chez les personnes âgées vivant en institution.

Les chutes résultent en général de l'intrication de plusieurs facteurs prédisposants et précipitants, liés à la personne elle-même et à son environnement. Les facteurs de risque intrinsèques sont principalement les troubles de l'équilibre, de la posture et de la marche, la sédentarité, la faiblesse musculaire, la dénutrition, l'obésité, les déficits sensoriels, les troubles cognitifs, la dépression, l'arthrose, l'incontinence urinaire, l'hypotension orthostatique, la prise de psychotropes. L'ostéoporose constitue quant à elle un facteur de gravité, en favorisant la survenue de fracture.

L'existence d'une chute antérieure constitue le meilleur facteur prédictif d'une nouvelle chute, et les chutes répétées constituent d'ailleurs un indicateur de mauvais état de santé et un marqueur de fragilité chez les personnes âgées.

La peur de tomber, qui est plus présente chez les personnes vivant seules, constitue également un facteur de risque de chute, conduisant à la restriction d'activité. Ainsi, même en l'absence de blessure grave - ce qui est le plus souvent le cas - la chute peut avoir des conséquences psychologiques importantes entraînant un déclin accéléré des capacités fonctionnelles [46] [47].

Les chutes donnant lieu à un recours aux soins sont mal repérées dans les bases de données médico-administratives, et notamment dans les diagnostics de passage aux urgences et d'hospitalisation, en l'absence fréquente de codage des causes extérieures, mais aussi en raison de la fréquence des situations de comorbidité.

Dans les Pays de la Loire, la traumatologie constitue le diagnostic principal de 20 000 passages aux urgences de personnes âgées de 75 ans et plus en 2015, soit 23 % du nombre total des passages concernant cette classe d'âge. Les atteintes les plus fréquentes concernent les membres inférieurs et supérieurs, et la tête et le cou [7].

Près de 4 000 Ligériens âgés de 75 ans et plus ont été hospitalisés en soins de courte durée MCO pour fracture du col du fémur au moins une fois en 2015, dont 3 000 femmes. A structure d'âge comparable, la fréquence régionale de patients hospitalisés pour fracture du col de fémur est inférieure de 7 % à la moyenne nationale. Au cours de la période 2009-2015, elle a diminué de manière un peu plus prononcée en région (-1,6 % par an) qu'en France (-1,1 %) [5].

300 décès directement liés aux chutes sont recensés chaque année dans la population régionale âgée de 75 ans et plus. Cela correspond à une mortalité proche de la moyenne nationale. Le taux de mortalité féminins sont nettement inférieurs aux taux masculins et ils ont diminué depuis le début des années 2000 (-1,0 % par an dans la région), alors que les taux masculins sont restés globalement stables sur cette période [1].

## 4.4 PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES DES PERSONNES DE 90 ANS ET PLUS

### 4.4.1 VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 90 ANS ET PLUS

#### Une population dont l'effectif va presque doubler d'ici 2027

La région compte 35 000 personnes de 90 ans et plus en 2012, dont 74 % de femmes. Cela représente 1 % de la population régionale totale. 42 % des personnes de cette classe d'âge vivent dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées. D'ici 2027, cette population devrait voir son effectif quasiment doubler pour atteindre 66 000, ce qui représente une progression de plus de 90 % [9] [10].

#### Les trois quarts des personnes de 90 ans et plus sont en ALD, la moitié sont hospitalisées en MCO au moins une fois dans l'année, près de 20 % décèdent dans l'année

Les données d'admissions en ALD et de prévalence globale des ALD dans la population, ainsi que celles concernant les hospitalisations en MCO et la mortalité illustrent l'importance de la morbidité dans cette classe d'âge.



Chaque année, près de 4 000 admissions en ALD sont prononcées pour des Ligériens de cette classe d'âge, ce qui représente plus de 10 admissions pour 100 habitants. Globalement, 74 % des personnes de cette classe d'âge sont en ALD. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (87 %) que chez les femmes (70 %).

27 000 passages dans les services d'urgences des Pays de la Loire ont concerné en 2015 des personnes de 90 ans et plus. Cela représente 3 % du nombre total de passages, et un taux de 63 passages pour 100 habitants. 67 % de ces passages se sont terminés par une hospitalisation.

18 600 personnes de 90 ans et plus, soit 49 % de la population de cette tranche d'âge, ont été hospitalisées en MCO au moins une fois au cours de l'année en 2015. Certains de ces patients ont été hospitalisés à plusieurs reprises car on enregistre, cette même année, 30 500 séjours en MCO de personnes de 90 ans et plus, soit en moyenne 1,6 séjour par patient. Et globalement, ces séjours représentent près de 220 000 journées d'hospitalisation. La population des 90 ans et plus est ainsi à l'origine de 13 % du nombre total de séjours et de 8 % du nombre total de journées en MCO des habitants de la région.

Enfin, près de 7 000 Ligériens âgés de 90 ans et plus décèdent en moyenne chaque année, soit un taux de mortalité de 19 décès pour 100 habitants.

Par rapport à la classe d'âge des 75-84 ans, le taux de patients hospitalisés est multiplié par 1,4, celui des admissions en ALD par 1,3, celui des passages aux urgences par 2 et le taux de mortalité par 4.

### **Les écarts hommes-femmes se réduisent, notamment en terme de mortalité**

Par rapport aux taux féminins, les taux masculins de cette classe d'âge sont 1,3 fois plus élevés pour les admissions en ALD et pour les patients hospitalisés, et 1,2 fois plus élevés pour la mortalité.

### **Des taux d'admissions en ALD inférieurs à la moyenne nationale, des taux de patients hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO et de mortalité proches de cette moyenne**

Le taux régional de mortalité des 90 ans et plus, après une évolution à la baisse équivalente à celle observée en France métropolitaine entre 2001 et 2012 (- 1,6 % par an), reste légèrement inférieur de 2 % à la moyenne nationale [Fig13]. Au sein de la région, une sous-mortalité est retrouvée de façon significative en Maine-et-Loire (- 4 %). Dans les quatre autres départements, la situation est proche de la moyenne nationale.

La fréquence régionale des admissions en ALD des Ligériens de 90 ans et plus ans est inférieure de 9 % à la moyenne nationale en 2013. Cette situation était déjà observée au milieu des années 2000. Cette moindre fréquence des admissions en ALD en Pays de la Loire est retrouvée dans les cinq départements de la région, avec un écart qui atteint 17 % en Sarthe, 10 % en Mayenne et en Vendée, 7 % en Maine-et-Loire et 6 % en Loire-Atlantique.

Depuis 2000, la fréquence des admissions en ALD a augmenté de façon importante dans la région comme en France. Cette hausse atteint 4,8 % par an en Pays de la Loire entre 2006 et 2013 [Fig13].

La proportion de Ligériens de 90 ans et plus hospitalisés au moins une fois dans l'année en court séjour (MCO) a également fortement augmenté entre 2009 et 2015 (+ 4,9 % par an). En lien avec cette progression, un peu plus marquée qu'au niveau national, le taux de patients de 90 ans et plus hospitalisés en MCO est désormais proche de la moyenne nationale [Fig13].

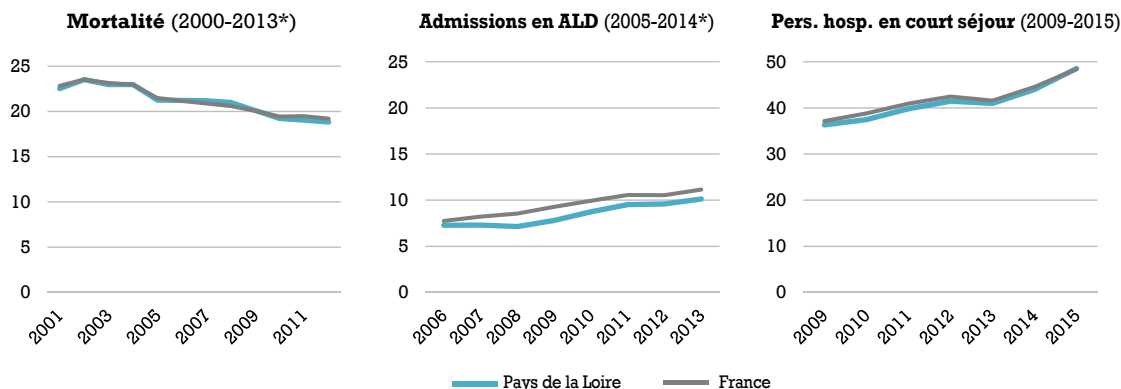
Ces résultats établis à partir des données d'ALD et du PMSI doivent être toutefois considérés avec précaution, au regard des limites de ces sources [voir Encadrés 2 et 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].





**Fig13. Évolution des taux de mortalité, d'admissions en ALD, de personnes hospitalisées en court séjour chez les 90 ans et plus**

Pays de la Loire, France métropolitaine



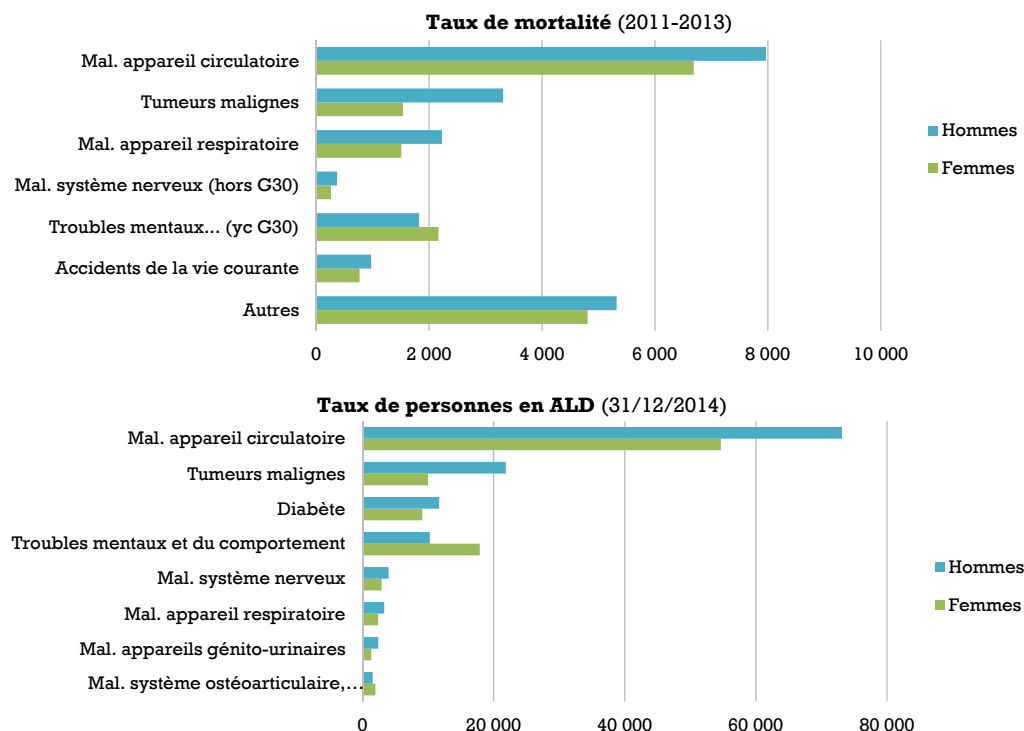
Sources : Inserm Cépidc ; Cnamts, MSA, RSI ; PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire  
Taux pour 100, \* moyenne sur 3 ans

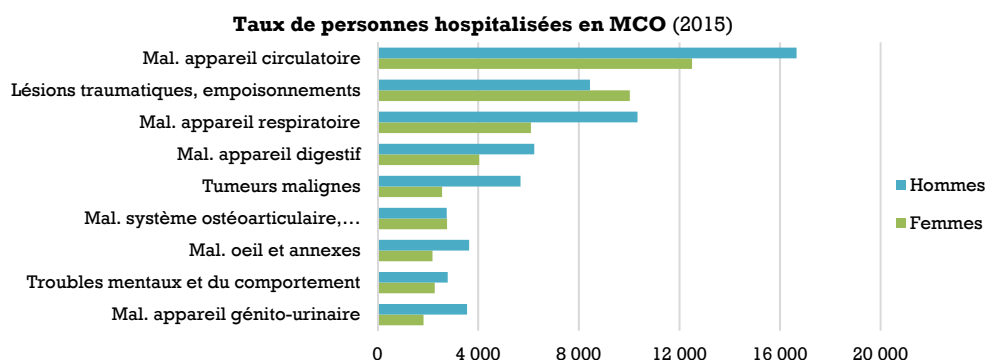
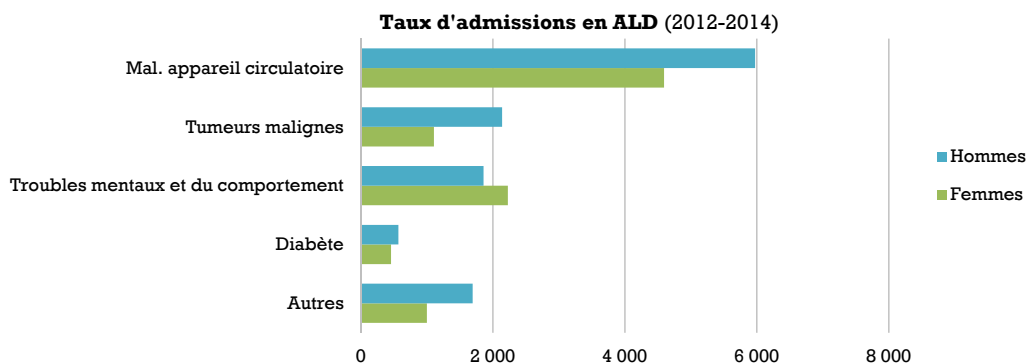
#### 4.4.2 PRINCIPAUX ENJEUX DE SANTÉ DE LA POPULATION DES PERSONNES DE 90 ANS ET PLUS

L'analyse des statistiques relatives aux ALD les plus fréquentes, aux diagnostics principaux d'hospitalisation et aux causes médicales de décès, ainsi que la confrontation de ces différentes données permettent de dégager les principaux enjeux de santé pour la population des personnes âgées de 90 ans et plus [Fig14].

**Fig14. Taux de mortalité, d'ALD (prévalence et incidence) et d'hospitalisations en court séjour chez les 90 ans et plus selon le sexe et les principales pathologies ou problèmes de santé en cause**

Pays de la Loire





Sources : Inserm Cépidec ; Cnamts, MSA, RSI ; PMSI MCO (ATH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire  
Taux pour 100 000

### Les maladies de d'appareil circulatoire restent au premier plan

Chez les personnes âgées de 90 ans et plus, les maladies cardiovasculaires restent prépondérantes tant en terme de morbidité que de mortalité.

Elles constituent la première cause d'admissions en ALD, concernant 49 % des personnes de cette classe d'âge admises dans ce dispositif. Les principales pathologies à l'origine de ces admissions sont l'insuffisance cardiaque et les troubles de la conduction et du rythme, chez les hommes comme chez les femmes.

Globalement, 15 % des Ligériens de 90 ans et plus sont en ALD pour cardiopathies ischémiques, 10 % pour les maladies hypertensives, 9 % pour troubles de la conduction et du rythme et 8 % pour insuffisance cardiaque. À l'exception des maladies hypertensives, plus souvent en cause chez les femmes, les hommes sont plus souvent en ALD pour ces différentes pathologies, notamment pour cardiopathies ischémiques (21 % contre 13 % des femmes).

Les maladies cardiovasculaires constituent également le motif le plus fréquent d'hospitalisation pour cette classe d'âge. Près de 14 % des personnes âgées de 90 ans et plus ont été hospitalisées au moins une fois en 2015 avec pour diagnostic principal une affection cardiovasculaire, et dans près d'un cas sur deux (6 % de la population), il s'agit d'une insuffisance cardiaque.

Enfin, ces pathologies pèsent d'un poids considérable dans la mortalité de cette classe d'âge, globalement en cause dans 37 % des décès chez les hommes comme chez les femmes.

Le diabète reste également fréquent chez les personnes de 90 ans et plus, puisque près de 10 % d'entre elles sont en ALD pour cette affection. Les hommes sont plus souvent concernés que les femmes (respectivement 12 et 9 %).



## **Les troubles mentaux, et en particulier les démences, prennent une place importante au-delà de 90 ans**

La fréquence des taux d'admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement est deux fois plus élevée chez les Ligériens de 90 ans et plus que chez les 75-89 ans, atteignant 21 pour 1 000 (vs 11 pour 1 000). Ces affections constituent le motif d'admission en ALD d'environ 800 personnes de 90 ans et plus chaque année, ce qui représente 21 % des admissions en ALD dans cette tranche d'âge, au second rang derrière les maladies de l'appareil circulatoire. La maladie d'Alzheimer et les autres démences sont en cause dans 90 % de ces admissions.

Globalement, environ 5 000 personnes soit 13 % des Ligériens de 90 ans et plus sont en ALD pour une maladie d'Alzheimer ou un autre type de démence. 4 200 sont des femmes, ce qui représente 15 % de la population féminine de 75-89 ans, et 800 des hommes (9 %).

## **Les cancers restent des pathologies fréquentes et graves, mais relativement moins présentes que dans les classes d'âge précédentes**

Par rapport à la classe d'âge des 75-89 ans, les admissions en ALD pour cancer des personnes âgées de 90 ans et plus sont moins fréquentes, mais les taux de patients hospitalisés en MCO pour ces pathologies sont proches et le taux de mortalité est 1,6 fois plus élevé.

Toutefois, en raison de la croissance très marquée des autres pathologies, le poids relatif des cancers recule considérablement dans la morbidité. Ils sont ainsi en cause dans 14 % des admissions en ALD dans cette classe d'âge et dans 11 % des décès.

Les hommes restent beaucoup plus atteints que les femmes, avec des taux d'admissions en ALD, de mortalité et de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année, deux fois supérieurs.

Chez les hommes de plus de 90 ans, la morbidité cancéreuse est largement dominée par le cancer de la prostate, en cause dans 29 % des admissions en ALD, devant le côlon-rectum (16 %), la vessie (8 %) et le poumon (4 %). Globalement, 11 % des hommes de 90 ans et plus sont en ALD pour cancer de la prostate. Ce cancer se place également au premier rang pour la mortalité (33 % des décès masculins par cancer), avec toujours une surmortalité régionale significative (+ 21 %). Vient ensuite le cancer du côlon-rectum (12 % des décès par cancer). Chez les femmes de 90 ans et plus, le cancer du sein et le cancer colorectal sont les deux cancers les plus fréquents en termes d'admissions en ALD (respectivement 23 et 17 %), mais contrairement à ce qui est observé dans les autres classes d'âge, la mortalité par cancer colorectal dépasse la mortalité par cancer du sein (respectivement 19 et 16 % des décès par cancer).

S'y ajoutent, pour les deux sexes, les cancers non mélaniques de la peau, qui concernent la moitié des personnes de 90 ans et plus hospitalisées au moins une fois dans l'année pour un cancer. Le taux de patients de 90 ans et plus hospitalisés en MCO en 2015 pour ce type de cancer dépasse de 50 % la moyenne nationale, expliquant le fort taux régional de patients de cette classe d'âge hospitalisés en MCO au moins une fois dans l'année pour cancer (+ 20 % par rapport à la moyenne nationale).

Par contre, les taux d'admissions en ALD et de mortalité par cancer des 90 ans et plus sont proches de la moyenne nationale pour les hommes comme pour les femmes.

## **Les lésions traumatiques et leurs complications et séquelles, seconde cause d'hospitalisation en MCO des personnes très âgées**

Les lésions traumatiques et leurs complications et séquelles constituent la seconde cause d'hospitalisation des personnes âgées de 90 ans et plus, en lien avec la fréquence des chutes et la fragilité osseuse dans cette population. 3 500 personnes de cette classe d'âge, soit 9 % sont hospitalisées chaque année pour ce motif. Les fractures du col du fémur sont le plus souvent en cause (36 % des cas), devant les traumatismes crâniens (13 %), les fractures des vertèbres, côtes et bassin (11 %), et celles des membres supérieurs (11 %).



Les taux de patients hospitalisés pour lésions traumatiques et notamment fractures du col du fémur sont plus élevés chez les femmes.

Par rapport à la moyenne nationale, les taux régionaux de patients hospitalisés pour lésions traumatiques et notamment fractures du col du fémur sont inférieurs de respectivement 5 % et 7 % pour les femmes, et proche pour les hommes.

Les décès par accidents de la vie courante (chutes principalement) sont en cause dans 8 % des décès des Ligériens de 90 ans et plus, la mortalité régionale étant proche de la moyenne nationale chez les hommes et chez les femmes.

### **7 % des Ligériens de 90 ans et plus hospitalisés au moins une fois dans l'année pour une maladie de l'appareil respiratoire, pneumopathie infectieuse dans la moitié des cas**

Les maladies respiratoires constituent la 3<sup>e</sup> cause d'hospitalisation en MCO des personnes âgées de 90 ans et plus, après les maladies de l'appareil circulatoire et les lésions traumatiques. 2 800 personnes, de cette classe d'âge, soit 7 % de cette population (10 % des hommes et 6 % des femmes) sont hospitalisées au moins une fois dans l'année en MCO pour une maladie de l'appareil respiratoire. Dans plus de la moitié des cas, il s'agit d'une pneumopathie infectieuse.

Les taux de personnes hospitalisées pour maladies de l'appareil respiratoire sont 1,7 fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes.

Par rapport à la moyenne nationale, les taux régionaux de patients hospitalisés pour maladies de l'appareil respiratoire sont inférieurs de 11 % pour les femmes, et proches pour les hommes.

Enfin, les maladies de l'appareil respiratoire sont à l'origine de 9 % des décès (3,6 % pour les pneumopathies infectieuses), cette mortalité étant globalement proche de la moyenne nationale.

## **4.4.3 AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 90 ANS ET PLUS**

### **Symptômes, occlusion intestinale, cataracte restent des motifs fréquents d'hospitalisation dans cette classe d'âge**

Un certain nombre de situations ou problèmes de santé des personnes très âgées sont également retrouvées par l'analyse des motifs d'hospitalisation des Ligériens âgés de 90 ans et plus.

Les symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoires se placent au 4<sup>e</sup> rang des motifs les plus fréquents, avec 6 % des Ligériens hospitalisés de 90 ans et plus au moins une fois dans l'année pour un tel motif.

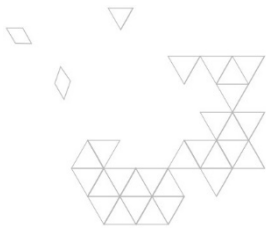
Les maladies de l'appareil digestif sont également une cause relativement fréquente d'hospitalisation des personnes de plus de 90 ans, 5 % des Ligériens (6 % des hommes et 4 % des femmes sont hospitalisés au moins une fois dans l'année pour ce motif). Les pathologies en cause sont une fois sur cinq une occlusion intestinale sans mention de hernie.

Enfin, 2 % des Ligériens de 90 ans et plus ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année pour une cataracte.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

- [1] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [2] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : admissions, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [3] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : effectifs au 31 décembre, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [4] Cnamts. Affection de longue durée (ALD). Prévalence 2015, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [5] Bases nationales PMSI MCO, ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [6] Bases nationales RIM-P (Recueil d'information médicale en psychiatrie), ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [7] Base régionale RPU, ORU Pays de la Loire, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [8] Cnamts. Sniiram (Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie), exploitation ORS Pays de la Loire.
- [9] Insee. Résultats du recensement de la population. [En ligne]. <https://www.insee.fr/fr/information/2008354>.
- [10] Insee Pays de la Loire. Projections de population Pays de la Loire 2012-2027. Modèle Omphale.
- [11] Blanpain N, Chardon O. (2010). Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. *Insee Première*. Insee. n° 1320. 4 p.
- [12] Charpin JM. (2011). Perspectives démographiques et financières de la dépendance. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. 60 p.
- [13] Insee. Site de l'Institut national de la statistique et des études économiques. [En ligne]. <http://www.insee.fr>.
- [14] ARS Pays de la Loire, ORS Pays de la Loire. (2017). La santé des habitants des Pays de la Loire, situation actuelle et éléments de prospective. Synthèse. Projet régional de santé 2018-2022. 16 p.
- [15] Insee. (2016). Espérance de vie - Mortalité. In *Tableaux de l'économie française. Édition 2016*. Éd. Insee. 34-35.
- [16] Aguer O, Goin A. (2016). Une démographie dynamique malgré un léger ralentissement. *Insee Analyses Pays de la Loire*. Insee Pays de la Loire. n° 27. 4 p.
- [17] Bonmarin I, Raguenaud MÉ, Brouard C, et al. (2015). Grippe 2014-2015 : une épidémie de forte intensité. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 32-33. pp. 591-616.
- [18] Hubert B, Fortin N, Barataud D, et al. (2016). Épidémie de grippe dans les Pays de la Loire, saison 2014-2015. *BVS. Bulletin de Veille Sanitaire*. Cire des Pays de la Loire. n° 32. pp. 2-7.
- [19] Drees. (2016). Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014. Résultats départementaux d'une enquête auprès des seniors. 218 p.
- [20] Cnamts. Cartographie des pathologies et des dépenses. [En ligne]. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php>.
- [21] Cnamts. (2015). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2016. Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016 (loi du 13 août 2004). 189 p.
- [22] Vellas B, Iglesia Gomez M, Jeandel C, et al. (2015). Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. Livre blanc. Société française de gériatrie et gérontologie. 226 p.
- [23] Sirven N. (2014). Mesurer la fragilité des personnes âgées en population générale : une comparaison entre ESPS et SHARE. *Irdes*. 20 p. (Document de travail n° 60).
- [24] Sirven N. (2013). Fragilité et prévention de la perte d'autonomie Une approche en économie de la santé. *Questions d'Économie de la Santé*. *Irdes*. n° 184. 6 p.
- [25] Drees. STATISS : STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social. [En ligne]. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/default.html>.
- [26] Drees. Data.Drees : L'allocation personnalisée d'autonomie (APA). [En ligne]. [http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF\\_ActivePath=P,545,546](http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,545,546).
- [27] Calvet L, Montaut A. (2013). Dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes. Des dépenses comparables en institution et à domicile. *Dossiers Solidarité et Santé*. Drees. n° 42. 28 p.
- [28] Legendre D. (2016). Six bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie sur dix vivent en établissement. *Insee Flash Pays de la Loire*. Insee Pays de la Loire. n° 53. 2 p.
- [29] Gérontopôle autonomie longévité des Pays de la Loire. (2016). Habiter et avancer en âge : nouvelles formes de logement. *Bleu*. n° 5. 12 p.



- [30] Chaillot P, Hamzaoui L. (2017). Inégalités femmes-hommes du baccalauréat à la retraite. *Insee Flash Pays de la Loire*. Insee Pays de la Loire. n° 65. 2 p.
- [31] Trabut L, Gaymu J. (2016). Habiter seul ou avec des proches après 85 ans en France : de fortes disparités selon les départements. *Population & Sociétés*. Ined. n° 539. 4 p.
- [32] Besnard S, Loizeau P. (2016). 101 600 personnes vivent en communauté, principalement en maison de retraite et en internat. *Insee Flash Pays de la Loire*. Insee Pays de la Loire. n° 55. 2 p.
- [33] Volant S. (2014). 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. *Études et Résultats*. Drees. n° 899. 6 p.
- [34] Bonnefoy V, Fouchard C, Soulas O. (2012). Pays de la Loire : 33 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030. *Études*. Insee Pays de la Loire. n° 101. 6 p.
- [35] Drees. Data.Drees : L'enquête Vie quotidienne et santé (VQS). [En ligne]. [http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF\\_ActivePath=P,545,2060](http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,545,2060).
- [36] ORS Pays de la Loire, URPS médecins libéraux Pays de la Loire. (2014). La prise en charge de personnes âgées dépendantes vivant à domicile par les médecins généralistes des Pays de la Loire. n° 7. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 12 p.
- [37] ORS Pays de la Loire, URPS médecins libéraux Pays de la Loire. (2014). La prise en charge de personnes âgées dépendantes vivant en institution par les médecins généralistes des Pays de la Loire. n° 8. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 12 p.
- [38] Calvet L, Pradines N. (2016). État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile. *Études et Résultats*. Drees. n° 988. 4 p.
- [39] ORS Pays de la Loire, URPS Chirurgiens-Dentistes des Pays de la Loire. (2013). Conditions d'exercice et activité des chirurgiens-dentistes omnipraticiens des Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des chirurgiens-dentistes des Pays de la Loire. 64 p.
- [40] ORS Pays de la Loire, URPS infirmiers libéraux des Pays de la Loire. (2014). Conditions d'exercice et activité des infirmiers libéraux des Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des infirmiers libéraux des Pays de la Loire. 66 p.
- [41] ORS Pays de la Loire, URPS masseurs-kinésithérapeutes des Pays de la Loire. (2014). Conditions d'exercice et activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux des Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes libéraux des Pays de la Loire. 70 p.
- [42] Rolland Y. (2010). Nos aînés fragilisés en maison de retraite médicalisée : une vie de mouvements... Présentation de la 1ère étude française quantifiant l'importance des transferts hospitaliers dans les maisons de retraite médicalisées et leurs conséquences. Nouvelles données, nouveaux profils, vers quelles perspectives ? Étude Pleiad, Gérontopôle Toulouse. 37 p. [Diaporama].
- [43] Gérontopôle autonomie longévité des Pays de la Loire. (2015). Alimentation et nutrition chez la personne âgée. *Bleu*. n° 4. 12 p.
- [44] HAS. (2007). Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Argumentaire. 159 p.
- [45] Blin P, Ferry M, Maubourguet-Ake N, et al. (2011). Prévalence de la dénutrition protéino-énergétique en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). *La Revue de Gériatrie*. vol. 36, n° 3. pp. 127-134.
- [46] Inserm. (2014). Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Synthèse et recommandations. Expertise collective. Les éditions Inserm. 95 p.
- [47] Podvin-Deleplanque J, Dreuil D, Huvent D, et al. (2015). Prévention des chutes en EHPAD. *La Revue de Gériatrie*. vol. 40, n° 6. pp. 355-362.