

**EHPAD—LMNP 25 %  
Chézy S/Marne**



# *Les Portes de Champagne*



Photographie non contractuelle

# *Les Portes de Champagne*

## **SOMMAIRE**

### **A . PRESENTATION**

- . Fiche Technique
- . Présentation Ehpad

### **B . LE SITE**

- . Le département
- . Chézy-sur-Marne
- . Plan d'accès

### **C . LA RESIDENCE**

- . Plan de la ville
- . Plan de masse
- . Descriptif

### **D . LA GESTION**

- . Résidalya
- . Groupe Financière DUVAL

### **E . ETUDE DE MARCHE**

**A.**

# **PRESENTATION**

# FICHE TECHNIQUE



## LES INTERVENANTS

**Maître d'ouvrage :**

**SCCV LE RELAIS**

**Gestionnaire :**

**RESIDALYA**

**20 Avenue de l'Opéra  
75001 PARIS**

**SAS au capital de 13 millions d'€uros, filiale du  
groupe Financière Duval (SAS au capital de 74  
millions d'€uros)**

**Notaire :**

**Etude de Maître EYROLLES  
52 Bd du Roi René  
13100 AIX EN PROVENCE**

**Commercialisateur :**

**SELECTYS**

**3 bis Avenue Foch  
05000 GAP**

**☎ 04 92 565 765**

**www.selectys.com**



## LA RESIDENCE

<b><u>Nombre de logements A + B :</u></b>	<b>88 places</b>
<b><u>Passages des actes A + B :</u></b>	<b>Avril / Mai 2010</b>
<b><u>Date de livraison prévisionnelle :</u></b>	<b>A : Immédiate B : Décembre 2010</b>



## LA RESERVATION

**Responsable des disponibilités :** **Ludivine ANDRE** ☎ **04 92 565 765**

**Appel de fond prévisionnel :**

**Tranche A**

**100 % Signature acte authentique**

**Tranche B**

**70 % Signature acte authentique,**

**20 % Fin pose des cloisons,**

**5 % Achèvement bâtiment,**

**5 % Mise en dispo des locaux à l'acquéreur.**



## LES SITES INTERNET

- **[www.selectys.com](http://www.selectys.com)**
- **[www.mairie-chezysurmarne.fr](http://www.mairie-chezysurmarne.fr)**

# Ehpad

## Définition générale

Un EHPAD est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (*antérieurement dénommés le plus souvent maison de retraite ou MAPAD*). C'est un ensemble immobilier constitué de chambres médicalisées permettant l'accueil de personnes âgées qui ont besoin d'une assistance journalière et permanente.

L'EHPAD assure un ensemble de prestations comprenant le logement, les repas, divers services spécifiques tels que blanchisserie, soins d'hygiène et médicaux (*selon l'état de la personne*), animations... C'est donc le nouveau domicile de la personne âgée.

Ces « maisons de retraite » peuvent accueillir des personnes dépendantes, parfois atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies dégénératives ; elles doivent alors justifier d'équipements adaptés et de personnels spécialisés, selon le nombre de places disponibles. Ces maisons de retraite sont des EHPAD.

## Réglementation

Les établissements médicalisés, autorisés à héberger des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus, quelque soit leur statut juridique actuel ou leur appellation, doivent respecter la réforme des EHPAD : **loi du 24 janvier 1997**, complétée par les décrets d'avril 1999 et de mai 2001, modifiée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003. Ils doivent être autorisés pour l'ensemble de leur capacité d'hébergement à dispenser des soins, et doivent signer une convention tripartite pluriannuelle entre l'établissement, le Conseil Général et la DDASS. Ces conventions sont accompagnées de conditions visant à améliorer la prise en charge des personnes âgées dans les établissements.

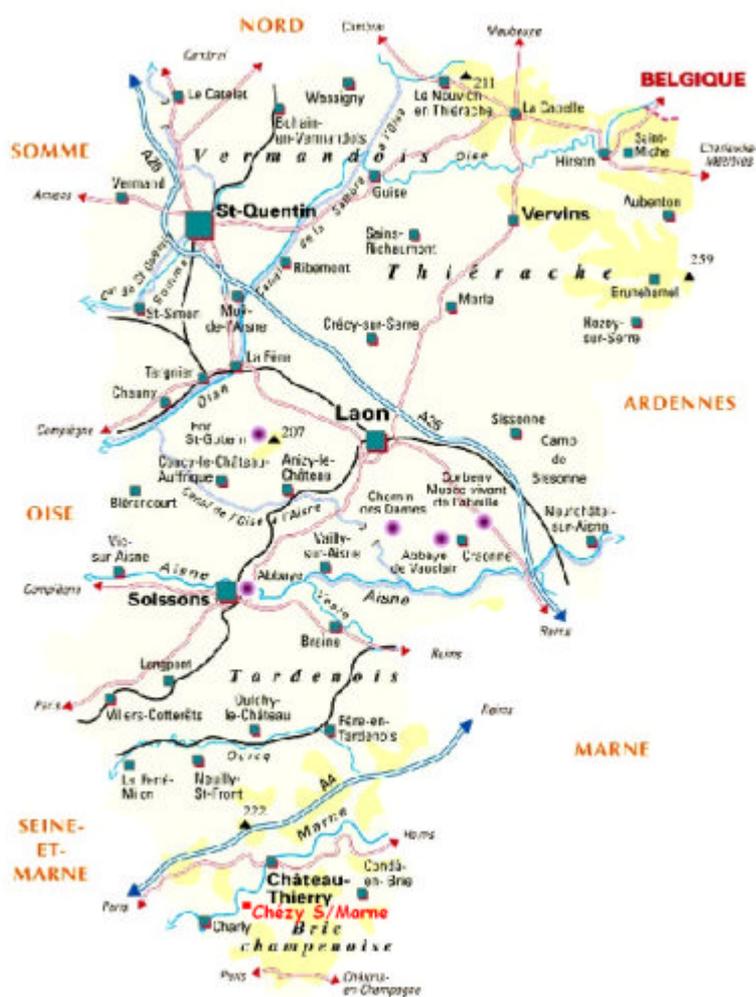
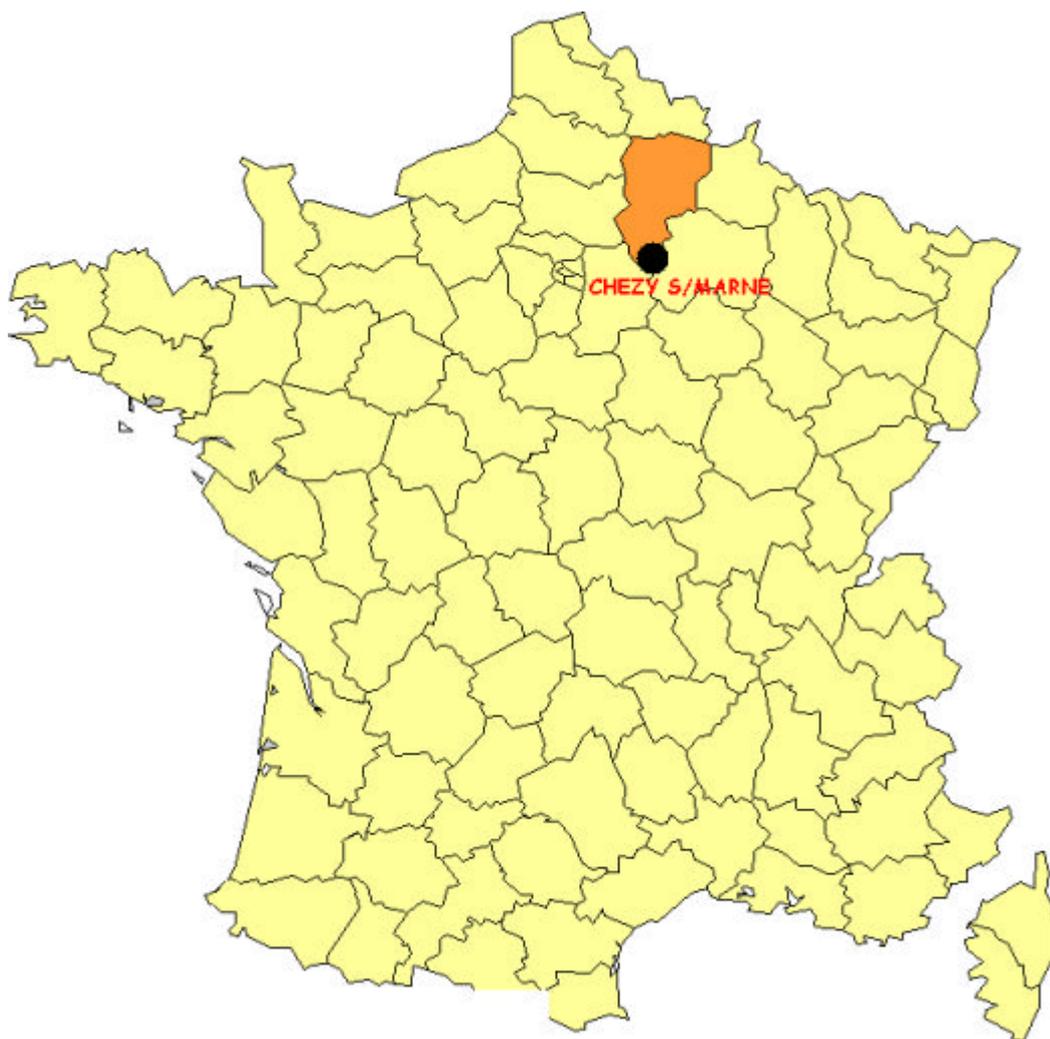
## Le marché

Le marché des EHPAD connaît aujourd'hui une concentration et un développement très important. Les plus de 85 ans sont aujourd'hui au nombre de 1 200 000. Ils seront 2 100 000 en 2020 et parmi eux, il y aura 35 % de personnes lourdement dépendantes nécessitant le placement en EHPAD. Quant aux plus de 90 ans, 90 % d'entre eux seront lourdement dépendants. Les besoins sont là, croissants, et les structures d'accueil insuffisantes, notamment en EHPAD. De nombreux projets de Loueur en Meublé en Professionnel ou Non Professionnel (LMP / LMNP) sont aujourd'hui proposées avec un EHPAD.

**B.**

**LE SITE**

# L'Aisne (02)



# L'Aisne



## ***Géographie***

Situé entre les départements de la Somme, de l'Oise, de la Seine et Marne, de la Marne, des Ardennes et du Pas-de-Calais, le département de l'Aisne se compose de 5 arrondissements, 42 cantons et de 816 communes (2ème département de France). On compte aussi 28 structures intercommunales à fiscalité propre : 2 communautés d'agglomération et 26 communautés de communes.

L'Aisne est le deuxième département français derrière le Pas-de-Calais pour son grand nombre de communes (816), talonnée par la Somme (783), l'Oise n'occupant que la 8ème place. Parmi ses communes, l'Aisne comptabilise 20 communes de moins de 50 habitants.

La superficie est de 736.731 hectares ce qui fait de l'Aisne le 14ème département de la France.

## ***Données démographiques***

La population du département évolue peu entre les deux derniers recensements : 536 900 habitants en 1990 à 535 313 habitants en 1999, soit une diminution de 0,3 %.

La population vieillie depuis 1990. Les jeunes de moins de 20 ans diminuent régulièrement : 30 % en 1990 et aujourd'hui, ils représentent moins de 27 %.

Les personnes de plus de 60 ans augmentent de 2 points entre 1990 et 2004 pour atteindre un cinquième de la population du département.

# Chézy sur Marne



Chézy-sur-Marne appartient au canton de Charly-sur-Marne et à l'arrondissement de Château-Thierry. Les habitants de Chézy-sur-Marne s'appellent les Guernouillats et sont au nombre de 1368 en 2008. La superficie est de 22.43 km<sup>2</sup>. Elle se situe géographiquement à une altitude de 63 mètres environ.

Le village est traversé par le Dolloir, un affluent de la Marne. L'aqueduc de la Dhuis, conçu par le baron Haussmann pour alimenter Paris en eau, traverse également le territoire de la commune. Chézy est desservie par le réseau ferroviaire de la ligne Paris - Strasbourg.

Le village est dans la zone viticole d'appellation Champagne, possédant ainsi 173 Hectares de vignes. Chézy sur Marne compte aussi 800 Hectares de terres agricoles. De nombreux commerçants et artisans sont implantés au cœur du village. Vous trouverez les commerces traditionnels avec le boulanger, le boucher, le salon de coiffure, la pharmacie, le café devant l'Eglise.

# Plan d'accès



## En voiture depuis :

Paris 99 km

A4, sortie 19 : Lizy-sur-Ourcq Direction Troyes jusqu'à Chézy-sur-Marne

Reims 66 km

A4, sortie 20 Château-Thierry. Traverser Château-Thierry vers la D3 puis D1 et D15 jusqu'à Chézy-sur-Marne.

C.

# LA RESIDENCE







# Les Portes de Champagne



## Description

Gérées par Résidalya, filiale du groupe Financière Duval, les Portes de Champagne, établissement médicalisé, proposent 88 studios à 90 km de Paris.

L'emplacement au cœur de la rue principale permet de profiter d'une situation protégée dans un cadre de vie agréable, complété par un jardin agrémenté d'arbres centenaires.

La résidence est composée de 3 parties : une partie en VIR (Vente d'Immeuble à Rénover, livraison décembre 2010), une partie réhabilitée (juin 2009) et une partie achevée depuis plus d'un an (non éligible à la loi Bouvard).

Un espace spécialisé offre un environnement sécurisé aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (11 places). La résidence est conçue pour respecter la charte qualité « Ethique et Prendre Soins » élaborée par Résidalya. Les vastes espaces de vie sont prolongés de terrasses et d'un jardin agrémenté d'arbres centenaires.



## LES PLUS

- \* Un ticket d'entrée accessible (115 000 € HT)
- \* Une exploitation immédiate pour les lots réhabilités
- \* Une défiscalisation 2010

## LES AVANTAGES PRODUIT

- \* Un gestionnaire référent, filiale du groupe Financière Duval (Odalys, Vacances Bleues, CFA...)
- \* Une caution du groupe Financière Duval, SAS au capital de 74 millions €, générant un CA de 440 millions €
- \* Articles 605 et 606 pris en charge
- \* Une rentabilité de 5 % HT (sur prix immobilier HT)
- \* Une partie en exploitation immédiate et une partie livrable en décembre 2010

# D.

## LA GESTION

### RESIDALYA

Residalya, SAS au capital de 13 millions d'euros, filiale du groupe Financière Duval (SAS au capital de 74 millions d'euros), apparaît comme une des références du secteur.

La détention de 70 % de Résidalya par le groupe Financière Duval, propriétaire d'Odalys, Vacances Bleues, Park Phano, CFA, Golf de France... avec 440 millions d'euros de CA, 95 millions d'euros de fonds propres et 2900 collaborateurs permet d'envisager avec sérénité la location.

#### Une caution de la Financière Duval : SAS au capital de 74 millions d'euros

Afin de sécuriser la gestion, le groupe Financière Duval se porte caution du paiement des loyers sur toute la durée du bail initial.

#### Residalya Entreprise Gérontologique : vocation

- Créer et animer des communautés dédiées à nos aînés dépendants ou non, au sein des Résidences médicalisées (EHPAD) ou de Résidences Services Senior (en projet),
- Respecter leurs rythmes et leurs modes de vie,
- Offrir et veiller à ce qu'ils bénéficient de tout le confort, la convivialité, la sécurité, les soins qu'ils sont en droit d'attendre,
- Etre à l'écoute et répondre à tous leurs besoins, les accompagner avec patience et tendresse jusqu'au terme de leur vie.

#### Residalya Entreprise Gérontologique : valeurs et projet

- Placer l'homme au cœur de nos préoccupations,
- Mobiliser au service de nos clients, personnes âgées dépendantes ou non, handicapées ou convalescentes,
- Prendre en compte leur histoire de vie, respectons leur spécificité et individualisations nos prestations chaque fois que c'est possible,
- Mesurer le caractère essentiel de la contribution de nos collaborateurs et favorisons leur développement personnel et professionnel,
- Concilier l'Economique et l'Humain dans une démarche Ethique,
- Entretenir des relations transparentes et saines avec nos partenaires,
- En éveil et attentifs aux évolutions de notre environnement, nous bâtissons notre futur dans la sérénité.

#### LES PLUS

- \* Filiale du groupe Financière Duval (440 millions d'euros de CA)
- \* Une caution du groupe Financière Duval, SAS au capital de 74 millions d'euros
- \* Un rendement performant de 5 % HT
- \* Articles 605 et 606 pris en charge

## GROUPE FINANCIERE DUVAL

« Comme attendu, 2009 a été marquée par un environnement économique particulièrement tendu, pour autant les différents secteurs d'activités du Groupe ont su poursuivre leur développement.

En effet, les assises du Groupe lui permettent d'affronter une crise dont la fin effective ne peut être affirmée avec certitude.

Près de 70 % de son chiffre d'affaires proviennent désormais de revenus récurrents à BFR négatif et ses capitaux propres ont encore été augmentés.

Toujours guidé par notre approche multi métiers et notre volonté d'offrir à nos clients publics et privés tous les services et prestations d'un ensemble immobilier, notre Groupe a adopté en 2009 une organisation regroupée autour de deux secteurs d'activités : les Activités Immobilières intégrant le pôle promotion construction et les services immobiliers et les Activités Exploitation se composant d'un pôle tourisme sport loisirs, d'un pôle santé et d'un pôle stationnement.

Cette nouvelle organisation a consolidé nos métiers et positions sur nos différents marchés et favorisé les synergies entre nos différentes activités, avec pour ambition de répondre aux exigences de nos clients avec toujours plus de réactivité et d'efficacité.

Fin 2009, les foncières accompagnant le Groupe ont été confortées par la création d'une foncière cotée à Paris dédiée principalement au commerce et dénommée Patrimoine & Commerce, en vue de disposer de moyens renforcés en tant qu'investisseur long terme auprès des clients publics et privés.

En 2010, notre Groupe et l'ensemble de ses collaborateurs continueront à cultiver les valeurs essentielles auxquelles nous sommes attachés dans tous nos métiers : l'innovation et l'efficacité économique dans le respect du développement durable et de la haute qualité environnementale, la maîtrise des risques, la qualité de services et l'éthique. »

*Source : Editorial Financière Duval  
Eric Duval — Le Président*

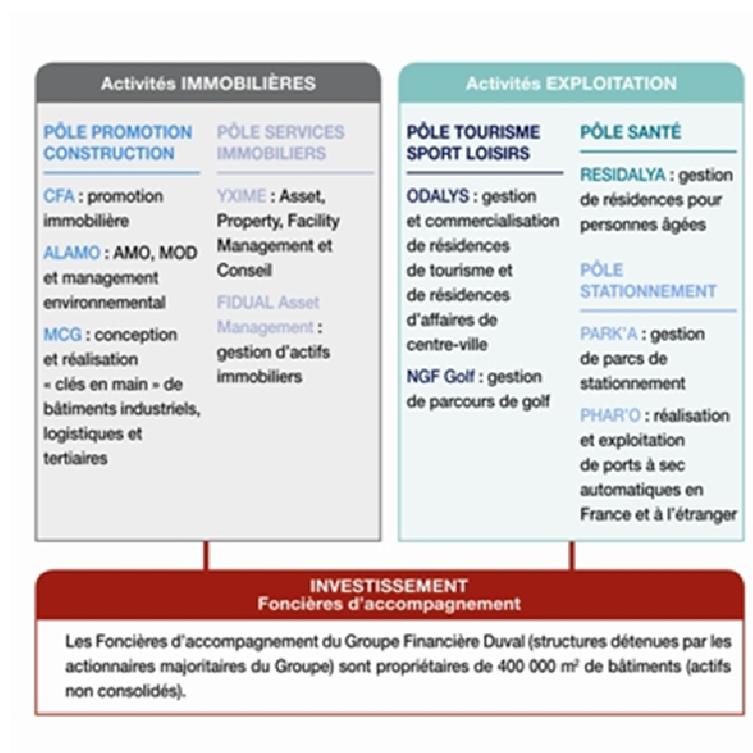
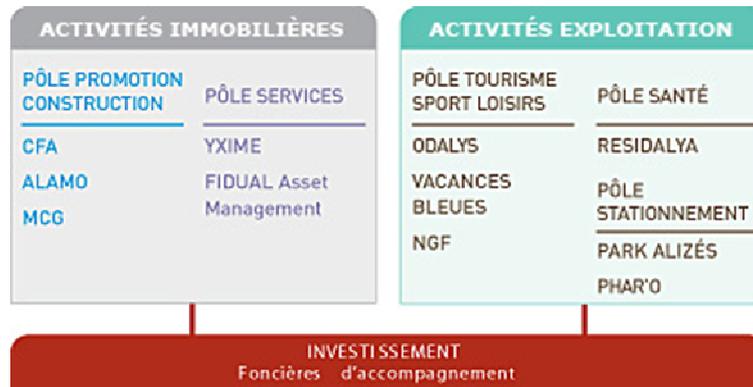
### *Opérateur global en immobilier*

Le Groupe Financière Duval est structuré en 2 secteurs d'activités complémentaires : **Activités Immobilières** (Promotion Construction / Services Immobiliers) et **Activités Exploitation** (Tourisme Sport Loisirs / Santé / Stationnement).

Accompagné par un réseau de Foncières qui le positionne en investisseur long terme, aux côtés des décideurs locaux et nationaux, le Groupe Financière Duval offre à ses clients publics et privés une compétence d'ensemble immobilier.

Avec la volonté forte d'une proximité entre ses équipes et ses clients, le Groupe a développé un réseau de filiales régionales placées au cœur des enjeux locaux.

# GROUPE FINANCIERE DUVAL



## Chiffres clés

**468 M€**

CA économique prévisionnel 2010

**104 M€**

Fonds propres

**400 000 m<sup>2</sup>**

Investissements (activité non consolidée)

(commerces, immobilier d'entreprise, résidences, parcs de stationnement et Partenariats Public-Privé)

**2 100 Collaborateurs**

Effectif en 2010

**E.**

**ETUDE DE MARCHE**

N° 40 • novembre 1999

*En vingt ans, l'espérance de vie à 60 ans s'est accrue de plus de trois ans. Sauf rupture imprévisible, la part des personnes les plus âgées dans la population continuera à augmenter dans les vingt ans à venir. À partir de 2020, les effets du baby-boom se produiront sur la classe d'âge des plus de 75 ans : celle-ci devrait représenter à cet horizon près de 10 % de la population et les personnes de 85 ans un peu plus de 3 %. Entre 60 et 75 ans, les incapacités sévères concernent peu de personnes. Les taux de prévalence de la dépendance lourde croissent ensuite très fortement avec l'âge : 9 % des personnes âgées de 80 ans et plus d'un tiers des personnes de 90 ans sont confinées au lit ou au fauteuil, ou ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillement. Alors que 70 % des personnes de 85 ans et plus vivent toujours chez elles, l'aide de l'entourage est donc très importante pour le maintien à domicile, d'autant que les structures intermédiaires entre la vie à domicile et le placement en institution restent encore relativement rares.*

Gérard BADEYAN  
Christel COLIN  
Ministère de l'Emploi et de la solidarité  
DREES

## Les personnes âgées dans les années 90 perspectives démographiques, santé et modes d'accueil

**L**e vieillissement de la population constitue l'un des thèmes majeurs du débat public. Il pose des problèmes différents, et qui ne concernent pas les mêmes classes d'âge, selon qu'il s'agit de retraites, de santé, d'hébergement ou de dépendance. Cet article a pour objet, à la fin de l'année internationale des personnes âgées, de présenter une synthèse sur la situation des personnes âgées dans les années 90 en termes de démographie, d'état de santé et de modes d'accueil. Laissant de côté la question des revenus et des retraites, longuement traitée dans le rapport Charpin, il prend appui sur les dernières données statistiques disponibles (encadré 1), sachant que, dans le domaine de la santé, certaines données peuvent remonter au début des années 90 et pourront prochainement être actualisées.

*En vingt ans, l'espérance de vie à 60 ans s'est accrue de plus de trois ans*

L'augmentation de la part des personnes les plus âgées au sein de la population est en premier lieu la conséquence de la baisse de la fécondité qui a démarré très tôt en France. À cette diminution sé-



culaire de la fécondité, entrecoupée par le *baby-boom*, s'ajoute depuis l'après-guerre un facteur accélérateur lié à la baisse de la mortalité.

L'indicateur synthétique que constitue l'espérance de vie (encadré 2) a ainsi connu une période de croissance exceptionnelle, avec une augmentation de l'espérance de vie à la naissance d'une année tous les quatre ans en moyenne au cours des vingt dernières années<sup>1</sup>. Les gains aux âges élevés sont particulièrement importants : alors que l'espérance de vie à la naissance s'est accrue de 4,9 ans pour les hommes et de 4,5 ans pour les femmes, les gains d'espérance de vie à 60 ans sont respectivement de 3,0 ans et de 3,1 ans. À 70 ans, ils s'élèvent encore à 2,3 ans pour les hommes et à 2,7 ans pour les femmes. Cette évolution semble s'être ralentie les toutes dernières années : en 1995 et 1996, l'espérance de vie après 60 ans est restée stable, les gains d'espérance de vie à la naissance étant liés à la baisse de la mortalité infantile. Cependant, l'année 1997 enregistrerait de nouveaux progrès, y compris aux âges élevés (tableau 1).

La France se caractérise par un écart important entre l'espérance de vie des deux sexes. Certes, dans la quasi-totalité des pays, la durée de vie moyenne des femmes est plus longue que celle des hommes. Cependant, alors que les femmes en France ont l'espérance de vie la plus longue du monde après les Japonaises, les hommes ne se situent que dans la moyenne de l'Union européenne. Cet écart se réduit légèrement dans les dernières années mais reste le plus important de la Communauté.

La structure de la mortalité en France présente une autre particularité par rapport aux pays de développement comparable : alors que les taux de mortalité aux âges jeunes sont nettement plus élevés, ils deviennent plus faibles en France, parfois sensi-

1. Plus exactement de 1977 à 1997, derniers résultats définitifs connus.

## E·1

### Des sources de données multiples

*Les sources utilisées pour cette synthèse sont multiples.*

*Pour les données démographiques, il s'agit essentiellement des bilans réalisés par l'INSEE chaque année et des projections de population établies sur la base des résultats du recensement de population de 1990. Les résultats par sexe et âge du recensement de population de 1999 seront disponibles au deuxième ou troisième trimestre 2000, et donneront lieu à de nouvelles projections de population. Les données démographiques sur les autres pays européens proviennent d'Eurostat.*

*Les données sur l'incapacité, extraites des enquêtes sur la santé et les soins médicaux réalisées par l'INSEE en 1980-1981 et 1991-1992, sont anciennes, dans l'attente des résultats de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID) en population générale (dont la collecte a commencé fin octobre 1999). Celles sur la dépendance sont issues d'une part d'enquêtes en institution (enquêtes auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées - EHPA - de la DREES et enquête HID de l'INSEE de 1998 pour la première vague en institution), d'autre part d'enquêtes auprès des ménages ordinaires (enquête sur la santé et les soins médicaux de 1991, enquête permanente sur les conditions de vie de l'INSEE de mai 1996 consacrée aux services de proximité). Les taux d'hébergement par âge sont déduits des données de population de l'INSEE et des données des enquêtes HID et EHPA.*

*Concernant les modes de prise en charge, les enquêtes EHPA recensent les résidences d'hébergement temporaire et l'accueil de jour. Pour les services d'aide à domicile, les données de l'aide sociale départementale et des caisses de retraite ont été utilisées, dans l'attente de résultats plus détaillés qui seront disponibles à partir de mi-2000 grâce à l'enquête auprès des services d'aide aux personnes à domicile (SAPAD) de la DREES. D'autres données détaillées sur les bénéficiaires de la prestation spécifique dépendance et de l'aide ménagère seront disponibles à l'automne 2000. Les données sur l'hospitalisation à domicile ont été fournies par la Direction des hôpitaux.*

*Les données sur la prévalence des démences séniles sont issues de l'étude PAQUID menée par un groupe de chercheurs auprès d'une cohorte de 4 134 personnes en Gironde et Dordogne. Les derniers résultats disponibles de cette étude sont ceux du bilan à dix ans publié en 1999.*

*Les données hospitalières proviennent pour 1987 et 1993 d'enquêtes par sondage réalisées par le SESI et pour 1997 de la base nationale publique et privée constituée dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).*

*Les causes de décès sont établies par l'INSERM chaque année. Les dernières données disponibles sont relatives à 1997.*

## E·2

### L'espérance de vie

*La notion d'« espérance de vie » appartient au langage mathématique, elle est l'abréviation d'« espérance mathématique ». L'espérance de vie à la naissance, ou durée moyenne de vie, est la moyenne des âges au décès d'une génération fictive soumise aux conditions actuelles de mortalité. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure de la population par âge. On définit de même l'espérance de vie à un âge  $x$  donné comme étant la moyenne des durées restant à vivre pour les survivants à l'âge  $x$ .*

*L'espérance de vie est donc un indicateur synthétique sur la situation de la mortalité à un moment donné qui ne constitue en rien un pronostic pour un nouveau-né d'aujourd'hui qui devrait bénéficier du fait que les taux de mortalité continueront selon toute vraisemblance à baisser dans le siècle à venir.*

*Compte tenu de la distribution des taux de mortalité par âge, l'âge médian, c'est-à-dire l'âge auquel parviendraient plus de la moitié des individus sous les mêmes hypothèses de constance tout au long de la vie des taux de mortalité constatés à un moment donné, est supérieur à la moyenne que représente l'espérance de vie (un décès précoce pèse d'un poids plus important dans le calcul par rapport à la masse des décès). À titre d'illustration, les calculs effectués par regroupement des trois années 1994, 1995 et 1996 conduisent pour les hommes à un âge médian de 77,7 ans à rapprocher d'une espérance de vie à la naissance de 73,9 ans et pour les femmes à un âge médian de 85,3 ans pour une espérance de vie à la naissance de 81,9 ans (source : Insee la situation démographique en 1996).*

*L'espérance de vie totale peut ensuite être décomposée selon différents critères (espérance de vie avec ou sans incapacités, mais également par exemple espérance de vie selon la situation familiale : seul ou en couple...) par connaissance des taux de prévalence des différentes situations à chaque âge.*

blement, après 50 ou 60 ans. Cette différence est particulièrement marquée pour les femmes mais elle vaut également, et de façon systématique, pour les hommes. À partir d'un certain âge, l'espérance de vie masculine devient donc supérieure en France à ce qu'elle est dans un certain nombre de pays, alors qu'elle était inférieure à la naissance (tableau 2).

### **L'augmentation inéluctable de la part des personnes les plus âgées dans l'ensemble de la population**

Grâce en particulier à la baisse de la mortalité aux âges élevés, la proportion des personnes de 60 ans et plus est passée de 12,7 % en 1901 à 16,0 % en 1946, 18,4 % en 1975 et 19,9 % en 1995. Dans la première moitié du siècle, cette augmentation a été due pour les deux tiers à la tranche d'âge des 60 à 75 ans (2,4 % pour une augmentation totale de 3,3 %). Depuis, elle provient en quasi-totalité de la tranche d'âge des 75 ans et plus (3,7 % sur 3,9 %). La part des personnes très âgées (85 ans et plus) cesse quant à elle d'être marginale (0,3 % en 1901, 0,4 % en 1946, 1,8 % en 1995).

Sauf rupture imprévisible dans l'évolution des taux de fécondité et de mortalité<sup>2</sup> et à flux migratoires inchangés, l'augmentation de la part des personnes les plus âgées dans la population est inéluctable. La structure actuelle de la population reflète en effet les conditions de mortalité qu'ont connues les générations existantes. Ainsi, la proportion encore faible de personnes de plus de 80 ans résulte de la forte mortalité infantile qui sévissait au début du siècle et de l'effet des maladies infectieuses jusque vers le milieu des années 50. À ces facteurs s'ajoutent évidemment les pertes (décès et déficits de naissances) dues aux deux guerres mondiales.

L'arrivée dans le haut de la pyramide des âges des générations qui n'ont pas été affectées par ces facteurs accroît donc de façon mécanique la part des tranches d'âges les plus élevées, quelle que soit par ailleurs l'évolution actuelle des taux de mortalité. De ce fait, les projections démographiques fondées sur une hypothèse d'évolution tendancielle de la mortalité aboutissent à une augmentation inéluctable de la part des personnes les plus âgées dans les vingt ans à venir : à l'horizon 2020, les personnes de plus de 60 ans représenteraient

27 % de la population, celles de plus de 75 ans 9,5 % et celles de plus de 85 ans un peu plus de 3 % et à l'horizon 2050, respectivement un tiers de la population, 15 % et environ 7 %.

### **L'importance des classes creuses et des classes pleines**

À côté de ces évolutions tendanciennes, les classes creuses et les classes pleines entraînent de brusques périodes de rajeunissement ou de vieillissement de la population des 60 ans et plus au fur et à mesure de leur traversée des différentes classes d'âge. On constate aujourd'hui une sous-représentation de la classe d'âge des 80-84 ans, due au déficit des naissances de la Première Guerre mondiale. Ce déficit va conduire à une diminution temporaire du nombre de personnes très âgées au cours de la décennie à venir (tableau 3).

Quant au *baby-boom*, il manifestera ses effets dès la décennie prochaine pour les générations arrivant au-delà de 60 ans, avec en corollaire un problème de financement des retraites. Mais il ne se traduira qu'à l'horizon 2020 sur la classe d'âge des 75-79 ans, à partir de laquelle les taux d'incapacité et de dépendance commencent à augmenter de façon importante.

### **Des incertitudes sur le nombre de personnes dépendantes...**

Au-delà de ces tendances générales, les projections précises concernant le nombre de personnes très âgées et/ou dépendantes sont très sensibles aux hypothèses retenues. En effet, aux très grands âges, les taux de mortalité sont élevés et les volumes des classes d'âge en décroissance relative rapide. Ainsi, une réduction

2. Rupture qui, selon l'expérience historique, ne peut provenir à court ou moyen terme qu'en raison d'événements d'une grande violence (guerres, épidémies qui confinent à la pandémie comme le sida dans certains pays d'Afrique, crises structurelles profondes de sociétés).

**T 01** espérance de vie à différents âges en France : évolution sur vingt ans

	1977		1987		1995		1996		1997	
	hommes	femmes								
à la naissance	69,7	77,8	72,1	80,3	73,9	81,9	74,2	82,0	74,6	82,3
à 60 ans	17,0	22,0	18,4	23,7	19,7	24,9	19,7	25,0	20,0	25,1
à 70 ans	10,7	14,0	11,8	15,4	12,8	16,5	12,9	16,5	13,0	16,7
à 80 ans	6,1	7,6	6,6	8,4	7,3	9,2	7,3	9,2	7,4	9,3

Source : INSEE - la situation démographique en 1997 (à paraître).

**T 02** espérance de vie des hommes à différents âges en 1996 dans différents pays de la Communauté européenne

	à la naissance	à 40 ans	à 50 ans	à 60 ans	à 70 ans	à 80 ans
France	74,2	36,4	27,6	19,7	12,9	7,3
Royaume-Uni	74,3	36,1	26,9	18,5	11,6	6,6
Espagne	74,4	36,9	28,0	19,7	12,6	7,1
Pays-Bas	74,7	36,3	27,0	18,5	11,4	6,4
Grèce	75,1	37,4	28,3	19,9	12,8	7,2
Suède	76,5	37,9	28,6	20,0	12,6	6,8

Source : Eurostat.

**T 03** projections de population  
à l'horizon 2020

	2000	2005	2010	2015	2020
60-64	2 707 000	2 622 000	<b>3 712 000</b>	3 889 000	3 889 000
65-69	2 744 000	2 563 000	2 497 000	<b>3 551 000</b>	3 736 000
70-74	2 475 000	2 533 000	2 386 000	2 343 000	<b>3 355 000</b>
75-79	2 118 000	2 170 000	2 249 000	2 144 000	2 129 000
80-84	<b>871 000</b>	1 667 000	1 743 000	1 837 000	1 781 000
85-89	827 000	<b>565 000</b>	1 107 000	1 191 000	1 283 000
90 et +	409 000	490 000	<b>407 000</b>	662 000	815 000

**Lecture :** en gras, sont indiquées d'une part les classes creuses de la Première Guerre mondiale (871 000 personnes de 80-84 ans en 2000), d'autre part les premières générations nombreuses du *baby-boom* (3 712 000 personnes de 60-64 ans en 2010).  
*Source :* INSEE - projections de population Insee-résultats n° 361-362-363.

même faible du taux de mortalité dans une classe d'âge induit un nombre de survivants supplémentaires relativement important dans la classe d'âge suivante. Ces incertitudes se combinent avec celles concernant les taux d'incapacité pour rendre très fluctuantes les estimations de personnes dépendantes dans le futur.

**...et sur le développement  
des pathologies  
liées au vieillissement**

Les difficultés des projections augmentent car les progrès réalisés pour certaines pathologies peuvent, de façon mécanique, faire apparaître des problèmes de santé d'une autre nature.

Ainsi, la diminution des décès liés aux maladies physiques a abouti à un accroissement du nombre de personnes très âgées qui s'est lui-même traduit par une augmentation considérable des cas de démences séniles et, en particulier, de maladie d'Alzheimer. La progression de cette maladie en fonction de l'âge est en effet exponentielle avec des taux de

prévalence atteignant 12 % chez les hommes et 24 % chez les femmes de plus de 90 ans, d'après les estimations issues de la cohorte PAQUID. De ce fait, les projections basées sur des hypothèses simples d'évolution tendancielle de la mortalité conduiraient à un doublement du nombre de cas de maladies d'Alzheimer entre 1990 et 2020 chez les personnes âgées de plus de 60 ans, pour une augmentation de 60 % de la population correspondante. Cependant, d'ores et déjà, des perspectives récentes encourageantes en termes de prévention comme de soins indiquent sans doute que ces projections doivent être revues à la baisse.

**Des évolutions qui peuvent  
être rapides : l'exemple  
des accidents de la vie courante**

L'évolution des tendances générales doit être considérée avec d'autant plus de prudence que les évolutions peuvent être rapides. Un exemple en est donné par les accidents de la vie courante. Les décès

par accidents de la vie courante concernent ainsi de façon massive les personnes âgées : 11 402 en 1997 dans la tranche d'âge des 75 ans et plus (tableau 4). Le nombre correspondant était de 11 908 en 1987. Mais cette stabilité apparente reflète, du fait de l'augmentation des âges de décès, une décroissance en réalité très forte des taux de décès suite à un accident de la vie courante après l'âge de 75 ans. Ceux-ci ont diminué d'un quart à plus d'un tiers selon les tranches d'âge considérées.

Pour les personnes très âgées, nombre d'accidents de la vie courante consistent en des chutes : en 1997, on dénombre ainsi 7 643 décès ayant comme cause initiale une chute, soit les deux tiers des décès imputés à des accidents de la vie courante. La part relative des décès dus à une chute augmente très régulièrement avec l'âge : de 51 % pour la classe d'âge 75-79 ans à 68 % pour celle de 85 à 89 ans, jusqu'à atteindre 79 % pour les personnes âgées de 95 ans et plus. En 1987, les décès ayant comme cause initiale une chute s'élevaient à 9 115. Leur nombre a donc baissé de 16 % dans les dix dernières années, ce qui représente des baisses des taux de décès par tranche d'âge encore plus marquées.

En l'état actuel des sources d'information, il est difficile d'analyser de façon précise les mécanismes qui conduisent à une baisse aussi marquée des taux de mortalité dus aux chutes aux âges très élevés. Les études épidémiologiques mettent par exemple en évidence une augmentation du taux d'incidence à âge et sexe donnés des fractures liées à l'ostéoporose dans les pays développés, et il n'y aurait en principe guère de raison pour que la France déroge à cette tendance. En revanche, les séjours hospitaliers suite à une fracture du col du fémur ont tendance à rester stables : les estimations issues des enquêtes de morbidité hospitalière sont de 73 000 séjours hospitaliers annuels dus à cette pathologie en 1987 et de

**T 04** décès et taux de décès par accident de la vie courante  
évolution sur dix ans

	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +
1987 Nombre	1980	3047	3652	2340	889
Taux pour 100 000	112,3	252,3	581,7	1164,9	2245,2
1997 Nombre	1548	2050	3511	2965	1328
Taux pour 100 000	85,0	197,6	409,9	864,7	1482,3
Évolution en taux	-24,3%	-21,7%	-29,5%	-25,8%	-34,0%

*Source :* INSERM SC8, INSEE.

75 000 en 1993 ; les systèmes d'information hospitaliers (PMSI) fournissent pour 1997 une estimation de 80 000 séjours, ce qui représente un ordre de grandeur équivalent (compte tenu des différences entre les sources de données). Il est à cet égard vraisemblable que l'amélioration de la prise en charge des accidentés intervient de façon importante dans l'augmentation de la survie.

Ces évolutions, et les questions importantes qu'elles laissent ouvertes, montrent donc la nécessité de disposer d'analyses détaillées de la mortalité et de la morbidité aux âges élevés pour pouvoir valablement raisonner sur les tendances.

### **L'espérance de vie sans incapacité : une augmentation qui reste à confirmer**

L'accroissement de la durée de vie aux âges élevés pose la question de la qualité des années de vie ainsi gagnées, avec la crainte qu'elle soit assortie d'une augmentation des incapacités et de la dépendance.

Deux estimations de l'espérance de vie sans incapacité ont été effectuées à partir des données des enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux de 1980 et 1991 (encadrés 2 et 3). Elles ont fourni une réponse optimiste en montrant sur dix ans une diminution non seulement relative mais également absolue de la durée moyenne de vie vécue en incapacité. L'espérance de vie sans incapacité a ainsi, durant la période 1981-1991, progressé de 3 ans pour les hommes et de 2,6 ans pour les femmes, contre 2,5 ans pour l'espérance de vie totale.

Si l'on se restreint aux personnes de plus de 65 ans, la situation apparaît plus contrastée selon les sexes : la durée moyenne de vie avec incapacité a diminué de 8,5 à 8 ans pour les femmes, alors qu'elle a augmenté de 5,3 à 5,6 ans pour les hommes. Cependant, grâce à l'augmentation de l'espérance de vie des hommes après 65 ans, la part de leur temps de vie

passé en incapacité diminue de 37,3 % à 35,6 %. Ces résultats, observés pour la première fois en France, ont ensuite été confirmés dans des pays étrangers.

Ils datent toutefois de 1991 et il n'est pas possible d'en déduire si la tendance s'est poursuivie ou s'est encore infléchie dans les années 90, dans l'attente des données issues de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID) en cours de réalisation.

### **Entre 60 et 75 ans, les incapacités sévères concernent peu de personnes**

Avant 75 ans, les incapacités sévères, qui impliquent le confinement au lit ou au fauteuil ou un besoin d'aide pour la toilette et l'habillement, concernent une très faible proportion de personnes (1,2 % à 65 ans, 2,7 % à 70 ans, 5,0 % à 75 ans). Très peu de sexagénaires vivent en institution

#### **E•3**

### **Les notions de dépendance et d'incapacité utilisées**

**Selon la classification internationale du handicap (CIH), l'incapacité correspond à « toute réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain ». Les activités retenues pour repérer l'incapacité sont en particulier la locomotion, les soins corporels, la communication, etc. Les comptes de personnes ayant des incapacités diffèrent fortement selon le degré de sévérité retenu ; les enquêtes sur la santé et les soins médicaux de l'INSEE repèrent de façon très large les personnes déclarant des gênes ou difficultés permanentes dans la vie quotidienne. Les personnes concernées sont en effet comptabilisées à partir de la réponse d'une personne du ménage à la question suivante de l'enquêteur : « Y a-t-il dans le ménage des personnes handicapées ou ayant simplement quelques gênes ou difficultés dans la vie quotidienne ? », l'enquêteur disposant de l'indication complémentaire que la question concerne « une incapacité à exercer normalement les activités habituelles des personnes du même âge ». Ce repérage est donc essentiellement basé sur la déclaration des individus eux-mêmes, au contraire des repérages en institution qui sont la plupart du temps effectués à partir des déclarations du personnel.**

*Pour le calcul de l'espérance de vie sans incapacité, sont concernées par l'incapacité : en institution, les personnes qui s'y trouvent pour raison de santé, à domicile, les personnes ayant des difficultés permanentes dans la vie quotidienne qu'elles soient ou non confinées chez elles, et celles qui sont en arrêt d'activité.*

**La dépendance est définie quant à elle par rapport au besoin d'aide existant pour effectuer certains actes de la vie courante. La plupart des résultats présentés dans cette synthèse utilisent la grille de dépendance de l'INSERM basée sur les travaux du docteur Colvez, dont la combinaison avec un indicateur de dépendance psychique est utilisée dans les enquêtes de la DREES (EHPA) et dans l'enquête HID de l'INSEE. Quatre groupes sont distingués pour évaluer la dépendance physique :**

- les personnes confinées au lit ou au fauteuil,
- les personnes non confinées au lit ou au fauteuil mais qui ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillement,
- les personnes qui ont besoin d'aide pour sortir du domicile ou de l'institution où elles vivent (et qui n'appartiennent pas aux deux groupes précédents),
- les autres personnes.

*Les personnes qualifiées de lourdement dépendantes physiquement sont celles qui appartiennent aux deux premiers groupes. À noter que dans l'enquête HID, le repérage est très légèrement différent, puisque le deuxième groupe est constitué des personnes non confinées, mais aidées pour la toilette ou l'habillement. Les estimations de personnes modérément dépendantes diffèrent selon que l'on considère le besoin d'aide pour sortir du domicile ou de l'institution (un peu plus de 450 000 personnes) ou le confinement au domicile ou dans l'institution (environ 900 000 personnes).*

*Par ailleurs, pour la dépendance psychique qui n'est pas abordée dans la grille de Colvez, les enquêtes EHPA repèrent les personnes dépendantes psychiquement comme celles qui présentent des troubles du comportement ou des difficultés d'orientation dans le temps ou l'espace. Dans l'enquête HID de 1998, il s'agit des personnes totalement incohérentes ou toujours désorientées, ou partiellement incohérentes et parfois désorientées.*

*Une autre grille fréquemment utilisée pour mesurer la dépendance est la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressource). Elle est en particulier utilisée pour l'attribution de la Prestation spécifique dépendance. D'autres nombreux indicateurs d'incapacité ou de dépendance ont été construits selon les études ; on pourra en trouver une description succincte dans J.-M. Robine, E. Cambois, I. Romieu (1998).*

### Quels seuils d'âge retenir pour apprécier la vieillesse?

*Dans la plupart des études et des rapports officiels, ainsi que dans la présentation des statistiques courantes, les personnes âgées sont définies par le seuil de 60 ou de 65 ans. Or, il est communément admis que la notion de vieillissement est relative, historique et culturelle et que ces seuils ne sont pas adaptés pour l'analyse de toute une série de problèmes.*

*Les définitions prédominantes de la vieillesse sont donc d'ordre administratif puisqu'elles renvoient à la notion de retraite. Leur force ne provient pas seulement de leur adéquation à l'étude des questions de financement mais aussi de leur inscription dans des découpages sociaux de la vie en étapes spécifiques : petite enfance, statut d'écolier, adolescence, vie adulte active.*

*L'importance numérique des personnes de plus de 60 ans, leurs capacités économiques nouvelles et l'hétérogénéité de leurs états de santé conduisent naturellement à la recherche d'un dépassement de la seule vision globale de cet ensemble de population. C'est ainsi qu'apparaissent désormais communément les notions de troisième et de quatrième âges. Plusieurs types d'indicateurs ont été proposés dans la recherche de prise en compte de la santé. Le plus simple consiste à choisir un âge à partir duquel il est considéré que les risques tendent à s'accroître de manière significative. C'est ainsi qu'habituellement les schémas gérontologiques départementaux retiennent la proportion des personnes âgées de 75 ans et plus. Cette limite de 75 ans est de même déjà utilisée dans certains pays pour les calculs de mortalité prématurée. Un tel indicateur garde évidemment l'arbitraire de la fixation d'un seuil, de plus choisi bien évidemment en raison de facilités d'ordre statistique, et a toujours comme principal inconvénient son absence de prise en compte de la dynamique interne en contenu de santé de la population concernée.*

*C'est pourquoi certains auteurs, comme Patrice Bourdelais, proposent de choisir un indicateur « inversé », à savoir la proportion de personnes auxquelles il reste un certain nombre moyen d'années à vivre, dix ans par exemple, en se fondant sur l'observation selon laquelle les handicaps et incapacités apparaissent au cours des dix dernières années de la vie. Cet indicateur est calculé en recherchant l'âge pour lequel l'espérance de vie est de dix ans. En 1996, cet âge était de 75 ans pour les hommes et de 79 ans pour les femmes. Cet indicateur s'est accru de deux ans pour les hommes comme pour les femmes de 1976 à 1986 ainsi que de 1986 à 1996.*

*Avec l'utilisation de ce type d'indicateurs la modification de perspective est importante puisque la proportion dans la population des personnes auxquelles il reste en moyenne dix ans à vivre est restée globalement constante en France depuis deux siècles.*

*Ce débat peut avoir des implications pour la définition des politiques sociales : si l'on considère le taux d'équipement en lits de long séjour ou en places en institution pour personnes âgées, celui-ci diminue au cours des décennies 70 et 80 si on l'estime par rapport à l'effectif des personnes âgées de plus de 75 ans, mais il augmente si on l'estime par rapport à l'effectif des personnes auxquelles il reste en moyenne dix ans à vivre (tableau ci-dessous).*

#### évolution historique du taux d'équipement en lits pour personnes âgées, selon l'indicateur retenu

nombre de lits en établissements d'hébergement pour personnes âgées ou services de soins de longue durée...

	1968	1975	1982	1990
pour 100 personnes de 75 ans et plus	12,4	12,0	10,7	10,4
pour 100 personnes ayant en moyenne 10 ans à vivre	9,3	9,5	9,9	11,9

*Source : Agnès Catherin, Vieillesse et destin de la population âgée en institution (1962-1992). Étude longitudinale sur les entrants en 1966, 1976, 1986 dans huit établissements du Rhône, Université Lyon II, novembre 1996.*

et, entre 60 et 75 ans, la très grande majorité des personnes vit donc chez elle et est autonome.

La proportion de personnes qui déclarent à cet âge de simples gênes ou des difficultés dans la vie quotidienne est évidemment plus importante (encadré 3). C'était le cas, en 1991, de 18 % des hommes et de 17 % des femmes de 60 à 69 ans.

Mais entre 70 et 79 ans, les proportions respectives étaient de 28 % pour les hommes et de 30 % pour les femmes. La proportion des personnes déclarant ce type de gênes a diminué en outre entre 1980 et 1991, à partir de 50 ans pour les hommes et de 60 ans pour les femmes. Elle est passée, par exemple, de 24 % à 18 % pour les hommes de 60 à 69 ans, et de 25 %

à 17 % pour les femmes du même âge.

Le seuil de 60 ans, habituellement retenu pour comptabiliser les personnes âgées, ne semble donc plus pertinent en termes d'aggravation des états de santé (encadré 4).

### Des taux de dépendance qui croissent très fortement avec l'âge

Au milieu des années 90, environ 700 000 personnes de 65 ans et plus, soit 8 % de la tranche d'âge, étaient lourdement dépendantes, au sens où elles avaient besoin d'aide pour se lever, s'habiller ou se laver (encadré 3). Les taux de prévalence de la dépendance lourde croissent très fortement avec l'âge : 1,7% des personnes entre 65 et 69 ans sont confinées au lit ou au fauteuil ou ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillement, c'est le cas de 9 % des personnes de 80 ans, de 20 % de celles de 85 ans, et de 35 % de celles âgées de 90 ans (graphique 1).

### Plus de 70 % des personnes de 85 ans et plus vivent chez elles

La vie à domicile reste très majoritaire chez les personnes même très âgées. D'après les enquêtes EHPA et HID, on peut estimer qu'en 1998, 87 % des personnes de 75 ans et plus et 73 % de celles de 85 ans et plus vivent chez elles (ou chez un membre de leur famille), même si elles séjournent de temps à autre à l'hôpital. Environ 6 000 personnes âgées sont par ailleurs hébergées dans une famille d'accueil à titre onéreux.

Environ 3 % des personnes de 75 ans et plus et 5 % de celles de 85 ans et plus vivent en logement-foyer<sup>3</sup>. 9 % des personnes de 75 ans

3. L'enquête HID de 1998 en institution ne couvre pas les logements-foyers qui sont considérés comme un domicile « ordinaire ». Dans l'attente des résultats du recensement, les taux d'hébergement en logement-foyer sont tirés de l'enquête EHPA de 1994.

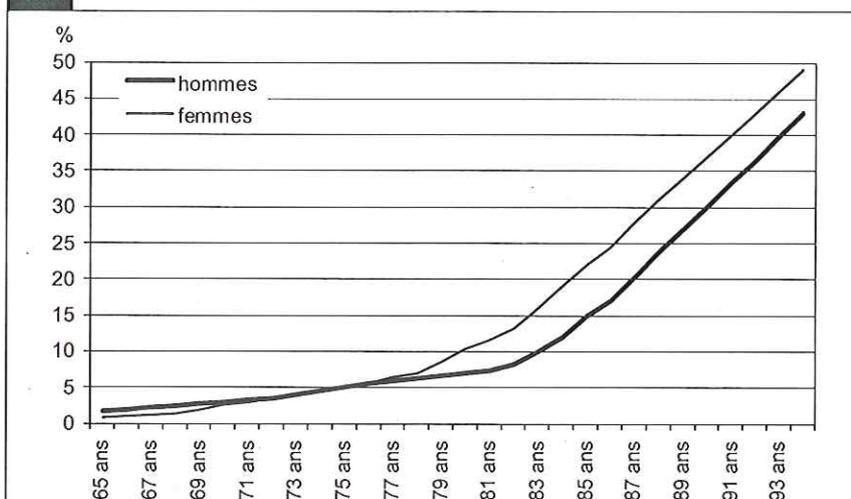
et plus et 19 % de celles âgées de 85 ans et plus sont hébergées en maison de retraite. Les services de soins de longue durée des hôpitaux accueillent, quant à eux, 3 % des personnes de 85 ans et plus. Ces services sont destinés à des personnes ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale constante. Au bout du compte, la proportion de personnes résidant en maison de retraite ou en services de soins de longue durée croît fortement avec l'âge au-delà de 75 ans : 4 % pour les 75-79 ans, 17 % pour les 85-89 ans, 33 % pour les 90 ans et plus (graphique 2). À partir de 75 ans, les taux d'hébergement des femmes sont systématiquement plus élevés que ceux des hommes. Les femmes vivent en effet en moyenne plus longtemps que leur conjoint et elles sont plus souvent isolées aux âges élevés, ce qui les conduit plus fréquemment à entrer en institution.

### ***En institution, une majorité de résidents lourdement dépendants***

Les personnes lourdement dépendantes vivent, elles aussi, majoritairement à leur domicile ; au milieu des années 90, environ 36 % des personnes de 75 ans et plus confinées au lit ou au fauteuil ou aidées pour la toilette et l'habillage vivaient dans des établissements (logements-foyers, maisons de retraite, services de soins de longue durée des hôpitaux)<sup>4</sup>. Cependant, en maison de retraite et services de soins de longue durée, les taux de dépendance sont élevés : en 1998, selon l'enquête HID, 62 % des résidents de 75 ans et

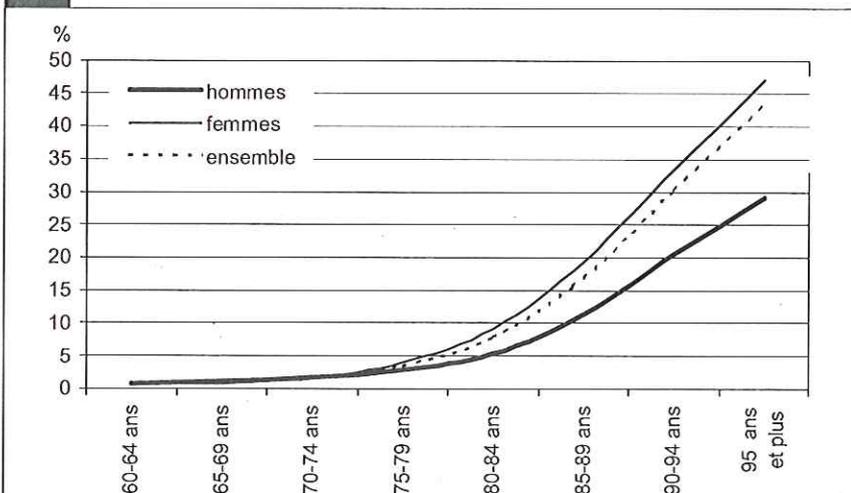
4. Ces estimations sont basées sur des taux de dépendance lourde par âge issus des enquêtes EHPA 1990 et de l'enquête sur la santé et les soins médicaux de 1991-1992, et sur des comptages de population en institution issus des enquêtes EHPA de 1994.

#### **G.01** proportion de personnes lourdement dépendantes<sup>1</sup> selon le sexe et l'âge



1. Personnes confinées au lit ou au fauteuil ou aidées pour la toilette et l'habillage. Graphique extrait de Lebeau-pin et Nortier (1996).  
Source : estimations à partir de l'enquête Santé 1991-1992, l'enquête EHPA 1990 et le recensement de la population de 1990.

#### **G.02** proportion de personnes en institution<sup>1</sup> par tranche d'âge



1. Institutions pour personnes âgées, services de soins de longue durée des hôpitaux, hors logements-foyers.  
Source : enquête Handicap-Incapacités-Dépendance, INSEE, 1998

plus étaient confinés au lit ou au fauteuil ou aidés pour la toilette ou l'habillage, et 20 % avaient par ailleurs besoin d'aide pour sortir de l'institution (tableau 5). Plus de la moitié (55 %) des résidents de 75 ans et plus étaient atteints de dépendance psychique, c'est-à-dire, au sens de l'enquête, « totalement incohérents ou toujours désorientés, ou partiellement incohérents et parfois désorientés ». Dépendance physique et dépen-

dance psychique se cumulent souvent : c'est le cas de 48 % des résidents de 75 ans et plus.

### ***Les aides au maintien à domicile***

L'aide de l'entourage est souvent très importante pour le maintien à domicile des personnes âgées, en particulier lorsqu'elles sont lourdement dépendantes. En 1996, selon l'enquête sur les services de proximité,

**T**  
**05** proportion de personnes dépendantes  
en institution<sup>1</sup> (en %)

tranche d'âge	en institution, proportion de personnes ...			
	lourdement dépendantes physiquement <sup>2</sup>	ayant besoin d'aide pour sortir <sup>3</sup>	présentant une dépendance psychique <sup>4</sup>	cumulatif dépendance physique lourde et dépendance psychique
60-64 ans	38	12	36	25
65-69 ans	44	15	39	29
70-74 ans	53	17	47	36
75-79 ans	56	18	48	42
80-84 ans	56	20	50	44
85-89 ans	62	20	55	48
90-94 ans	66	20	58	52
95 ans et plus	70	20	58	55
65 ans et plus	58	19	51	44
75 ans et plus	62	20	54	48
85 ans et plus	65	20	57	50

1. Maisons de retraite, services de soins de longue durée.  
2. Confinées au lit ou au fauteuil, ou aidées pour la toilette ou l'habillage.  
3. Ayant besoin d'aide pour sortir de l'institution.  
4. Totalement incohérents ou toujours désorientés, ou partiellement incohérents et parfois désorientés.  
Source : enquête Handicap-Incapacités-Dépendance, INSEE, 1998.

8 environ 80 % des personnes lourdement dépendantes recevaient de l'aide de leurs proches, dont environ 50 % de manière exclusive. Les temps d'aide informelle sont plus importants que ceux de l'aide professionnelle, surtout pour les personnes modérément dépendantes. Toutefois, même si le volume d'aide reçu croît globalement avec le niveau de dépendance, les temps d'aide à niveau d'incapacité donné varient très fortement d'une personne à l'autre.

Le maintien à domicile nécessite souvent, en plus des aidants informels, l'intervention de services d'aide ou de services de soins à domicile. En 1998, environ 700 000 personnes âgées ont bénéficié de services d'aide à domicile, financés soit par les caisses de retraite, soit par les départements, via l'aide ménagère (pour les personnes les moins dépendantes) ou la prestation spécifique dépendance (pour les plus dépendantes). Les services de soins à domicile (soins de « nursing » ou infirmiers) offraient, quant à eux, environ 57 000 places fin 1996. Plus de 9 personnes sur 10 prises en charge par ces

services présentaient une dépendance physique lourde.

**Des structures intermédiaires encore rares entre le maintien à domicile et le placement en institution**

Des structures intermédiaires entre le maintien à domicile et le placement en institution ou l'entrée à l'hô-

pital existent : accueil de jour dans les établissements d'hébergement, hébergement temporaire, qui permet aux personnes âgées de faire face à des difficultés passagères, comme l'absence momentanée de la famille, l'isolement ou encore l'inadaptation du logement en hiver, hospitalisation à domicile, centres de soins infirmiers.

Mais ces structures sont encore relativement rares, et certains départements en sont démunis. 566 établissements d'hébergement proposaient un accueil de jour en 1996, sur les 9 222 du territoire français. Mais 7 départements en étaient dépourvus, et dans 21 d'entre eux, seuls un ou deux centres étaient concernés, ce qui implique de longs trajets pour un nombre important de personnes.

L'hébergement temporaire est plus répandu ; 2 483 établissements le proposent, sans avoir de places réservées à cet effet. Selon les départements, entre 1 établissement sur 10 et 4 sur 10 pratiquent l'accueil de jour. S'y ajoutent, réparties dans 68 départements, les 162 résidences d'hébergement temporaire qui offrent environ 3 000 places.

L'hospitalisation à domicile reste, quant à elle, encore rare, 68 établissements en 1999 offrant environ 4 000 places, et très concentrée, puisque 52 départements sur 100 en sont dépourvus.

**Pour en savoir plus**

- P. Breuil (1998), « La dépendance des personnes âgées : recours aux proches et aux aides professionnelles », *France portrait social*.
- A. Lebeaupin et F. Nortier (1996), « Les personnes âgées dépendantes : situation actuelle et perspectives d'avenir » » *Données sociales*.
- C. Aliaga et M. Neiss (1999), Les relations familiales et sociales des personnes âgées en institution, *Études et résultats n° 35. DREES*.
- P. Bourdelais (1993), « L'âge de la vieillesse », *éditions Odile Jacob*.
- *Actualités et dossiers en santé publique (1997), dossiers 20 et 21*.
- J.-M. Robine, E. Cambois, I. Romieu (1998), construction de différents scénarios de l'évolution de l'état de santé de la population française à l'horizon 2020, *étude réalisée pour le ministère de l'Emploi et de la solidarité*.
- Groupe d'étude PAQUID (1999), « Bilan à dix ans » *Inserm U330*.

# Études et Résultats

N° 699 • août 2009

## Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007

Fin 2007, 657 000 personnes vivent dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). Les trois quarts de ces résidents sont accueillis dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les personnes qui séjournent en EHPA sont un peu plus âgées qu'en 2003 (84 ans et 2 mois en moyenne). Au total, trois quarts sont des femmes. Au-delà de 69 ans, celles-ci sont majoritaires et l'écart s'accroît avec l'âge.

En 2007, 230 000 personnes sont entrées en EHPA, dont 38 000 sur des places d'hébergement temporaire. On enregistre également près de 230 000 sorties définitives. Les décès représentent 60 % des sorties de l'année, les trois quarts étant survenus en établissement et les autres au cours d'une hospitalisation.

En 2007, la durée moyenne de séjour (2 ans et 6 mois) est légèrement inférieure à celle de 2003. C'est dans les logements-foyers non-EHPAD que les personnes âgées restent le plus longtemps et dans les unités de soins de longue durée (USLD) et dans les établissements privés à but lucratif qu'elles restent le moins longtemps.

La clientèle des EHPA est de plus en plus dépendante : 84 % des résidents sont considérés comme dépendants (GIR 1 à 4) fin 2007 et la moitié comme très dépendants (GIR 1 et 2).

Julie PRÉVOT

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)  
Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville  
Ministère de la Santé et des Sports  
Ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État

**A**U 31 DÉCEMBRE 2007, selon l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) [encadré 1], près de 657 000 personnes vivent dans des établissements médico-sociaux ou de santé accueillant des personnes âgées pour un hébergement permanent, temporaire ou en accueil de jour ou de nuit<sup>1</sup>, soit 2 % de plus qu'en 2003. Les trois quarts sont accueillies dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les autres dans un établissement n'ayant pas le statut d'EHPAD (encadré 2) : 17 % dans un logement-foyer non-EHPAD, 5 % dans une maison de retraite non-EHPAD et 3 % dans une unité de soins de longue durée (USLD) non-EHPAD (tableau 1).

Au total, 75 % des résidents sont des femmes. Les trois quarts (74 %) sont âgés de plus de 80 ans et plus de la moitié (52 %) de 85 ans ou plus. Ce sont majoritairement des personnes seules (90 % n'ont pas ou plus de conjoint) et en situation de dépendance (84 % sont classées dans les GIR 1 à 4 et 51 % dans les GIR 1 et 2, hors logements-foyers non-EHPAD).

### Une majorité de femmes parmi les résidents les plus âgés

Fin 2007, environ 10 % des personnes de 75 ans ou plus vivent en institution. Cette proportion<sup>2</sup> croît logiquement avec l'âge et atteint 24 %

des personnes de 85 ans ou plus. Les femmes résident deux fois plus souvent en institution que les hommes du même âge. Elles sont en effet plus nombreuses que les hommes dans la population âgée (elles représentent 63 % des 75 ans ou plus et 71 % des 85 ans ou plus), et sont de ce fait plus souvent seules que les hommes du même âge. Ainsi, 13 % des femmes de 75 ans ou plus et 28 % des femmes de 85 ans ou plus vivent en établissement, contre respectivement 6 % et 14 % des hommes.

Plus d'un quart (27 %) des hommes vivant en établissement ont moins de 75 ans, contre 9 % seulement des femmes (tableau 2). Ainsi, jusqu'à l'âge de 68 ans les hommes sont majoritaires en établissement. Au-delà, ce sont les femmes qui sont les plus nombreuses. On compte 80 femmes pour 100 hommes parmi les résidents de moins de 65 ans, mais 369 femmes pour 100 hommes chez les 75 ans ou plus, et 579 femmes pour 100 hommes chez les 90 ans ou plus. Dans la population générale, le rapport est de 336 femmes pour 100 hommes pour cette dernière tranche d'âge.

### Une population un peu plus âgée qu'en 2003

Au 31 décembre 2007, les personnes accueillies en institution sont âgées de 84 ans et 2 mois en moyenne, contre 83 ans et 8 mois

1. L'accueil de jour ou de nuit est toutefois très marginal en EHPA : fin 2007, environ 2 400 personnes étaient accueillies pour la journée ou pour la nuit.

2. Nombre des résidents en EHPA rapporté aux estimations de population au 1<sup>er</sup> janvier 2008 calculées par l'INSEE.

## ENCADRÉ 1

### L'enquête EHPA

L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) est une enquête exhaustive, réalisée par la DREES par voie postale, avec le concours des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), auprès des gestionnaires d'établissements. Le lancement de l'enquête est effectué à partir du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS). L'enquête EHPA 2007 décrit la situation des établissements au 31 décembre 2007 (maisons de retraites, logements-foyers, USLD, établissements expérimentaux, établissements d'hébergement temporaire) et fournit :

- un état des établissements : capacités, activité, et informations sur l'aménagement des bâtiments ;
- une présentation des principales caractéristiques du personnel en place dans ces établissements (sexe, âge, statut, fonction, ancienneté, etc.) ;
- une description de la clientèle hébergée (sexe, âge, degré de dépendance, incapacités, etc.) ;
- une description des personnes sorties définitivement de ces établissements au cours de l'année 2007.

L'enquête EHPA a été lancée pour la première fois en 1985. Elle a ensuite été réalisée tous les deux ans jusqu'en 1996, les unités de soins de longue durée (USLD) étant exclues du champ. L'enquête qui a suivi celle de 1996 a été menée en 2003 puis elle est devenue quadriennale et intègre les USLD.

Les informations relatives à l'exercice 2007 présentées dans cette étude sont issues de l'exploitation de l'ensemble des répondants : près de 518 300 résidents répartis dans un peu plus de 8 200 établissements sur les 10 305 du champ de l'enquête. Un redressement de la non-réponse a donc été nécessaire pour estimer des données au niveau national. Après validation du champ, les pondérations ont été obtenues en se calant sur les données FINESS au 31 décembre 2007 pour les non-répondants et les données de l'enquête pour les autres, c'est-à-dire le nombre d'établissements et de places installées par catégorie d'établissement et tranche de taille.

■ TABLEAU 1

**Nombre de résidents présents au 31 décembre 2007**

	Nombre de résidents	En %
<b>EHPAD*</b>		
EHPAD publics	273 867	42
EHPAD privés non-lucratifs	132 066	20
EHPAD privés lucratifs	88 776	14
<b>Maisons de retraite</b>		
Maisons de retraite publiques non-EHPAD	13 452	2
Maisons de retraite privées non-lucratives non-EHPAD	10 388	2
Maisons de retraite privées lucratives non-EHPAD	7 984	1
<b>Logements-foyers</b>		
Logement-foyers publics non-EHPAD	79 214	12
Logement-foyers privés non-lucratifs non-EHPAD	30 020	5
Logement-foyers privés lucratifs non-EHPAD	2 626	0
<b>Unités de soins de longue durée non-EHPAD</b>	16 993	3
Autres** non-EHPAD	1 355	0
<b>Ensemble des EHPA</b>	<b>656 741</b>	<b>100</b>

\* EHPAD : maisons de retraites, logements-foyers, USLD, ayant signé une convention tripartite.

\*\* Établissements d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux.

Champ • France entière. Données au 31 décembre 2007.

Sources • Enquête EHPA 2007, DREES.

■ TABLEAU 2

**Répartition des résidents présents au 31 décembre selon l'âge et le sexe en 2003 et 2007**

Présents au 31 décembre	En %					
	Hommes*		Femmes*		Ensemble	
	2003	2007	2003	2007	2003	2007
Moins de 65 ans	10	9	2	2	4	4
De 65 ans à 69 ans	9	7	3	2	4	4
De 70 ans à 74 ans	12	11	6	5	8	6
De 75 ans à 79 ans	16	16	12	11	13	12
De 80 ans à 84 ans	22	21	23	22	23	22
De 85 ans à 89 ans	14	21	21	28	19	26
De 90 ans à 94 ans	13	10	24	18	21	16
95 ans et plus	4	5	9	12	8	10
Total	100	100	100	100	100	100
<b>Âge moyen</b>	79 ans et 6 mois	80 ans et 3 mois	85 ans et 1 mois	85 ans et 6 mois	83 ans et 8 mois	84 ans et 2 mois

\* La répartition des résidents par sexe est de 25 % d'hommes et 75 % de femmes en 2003 et en 2007.

Champ • France entière. Données au 31 décembre 2003 et au 31 décembre 2007.

Sources • Enquête EHPA 2007, DREES.

■ TABLEAU 3

**Répartition des résidents présents au 31 décembre 2007 et âge moyen à l'entrée en fonction de l'ancienneté**

Ancienneté	En %						Âge moyen à l'entrée
	EHPAD	Maisons de retraite non-EHPAD	Logements-foyers non-EHPAD	Unités de soins de longue durée non-EHPAD	Autres* non-EHPAD	Ensemble des EHPA	
Moins d'un an	24	23	15	27	67	23	83 ans et 2 mois
De 1 an à 2 ans	17	17	13	19	10	17	82 ans et 7 mois
De 2 ans à 3 ans	14	13	11	14	7	13	82 ans
De 3 ans à 4 ans	10	10	10	10	3	10	81 ans et 2 mois
De 4 ans à 5 ans	9	9	9	8	3	9	80 ans et 5 mois
De 5 ans à 6 ans	6	6	7	6	2	6	79 ans et 6 mois
6 ans et plus	20	22	35	16	8	22	74 ans et 6 mois
Total	100	100	100	100	100	100	80 ans et 4 mois

\* Établissements d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux.

Champ • France entière. Données au 31 décembre 2007.

Sources • Enquête EHPA 2007, DREES.

en 2003<sup>3</sup> et 81 ans et 10 mois en 1994. Les hommes ont en moyenne 80 ans et 3 mois et les femmes 85 ans et 6 mois. La moyenne d'âge en établissement a davantage augmenté pour les hommes (+9 mois par rapport à 2003) que pour les femmes (+5 mois).

Fin 2007, près des trois quarts des résidents appartiennent au « quatrième âge » : 74 % ont 80 ans ou plus contre 71 % en 2003. Les résidents âgés de 95 ans ou plus représentent une part croissante de la population âgée en établissement : ils constituent 10 % des résidents en 2007, soit 2 points de plus qu'en 2003.

Pour des raisons démographiques, la part des résidents âgés de 85 à 89 ans s'est accrue de sept points par rapport à 2003 (26 % contre 19 %), tandis que la part des résidents âgés de 90 à 94 ans a diminué de 5 points. Cette évolution est liée au déficit de naissances de la Première guerre mondiale : les générations nées entre 1914 et 1918 avaient entre 85 et 89 ans fin 2003 et entre 89 et 93 ans fin 2007.

Les résidents des EHPAD sont en moyenne plus âgés que les résidents des autres types d'établissement. L'âge moyen y est de 84 ans et 9 mois, tandis qu'il s'élève à 83 ans et 1 mois en USLD non-EHPAD, 84 ans en maison de retraite non-EHPAD, et 82 ans en logement-foyer non-EHPAD.

Comme en 2003, les résidents présents au 31 décembre sont hébergés dans le même établissement en moyenne depuis 3 ans et 11 mois, 23 % des résidents sont présents depuis moins d'un an et à l'opposé, 22 % depuis 6 ans ou plus (tableau 3). Les résidents séjournent plus longtemps dans les logements-foyers que dans les autres établissements : plus d'un tiers des résidents de logements-foyers non-EHPAD sont en effet présents depuis 6 ans ou plus.

**L'âge moyen à l'entrée en établissement augmente entre 2003 et 2007**

Près de 230 000 personnes sont entrées en établissement en 2007, ce qui représente environ 35 % du total de résidents présents au 31 décembre.

3. Données 2003 révisées pour mise en cohérence avec les contrôles et redressements réalisés en 2007

Elles ont en moyenne 83 ans et 5 mois au moment de leur entrée, soit trois mois de plus qu'en 2003 (tableau 4). Plus du tiers de ces personnes (84 000) sont sorties en cours d'année, après avoir passé 2 mois dans l'établissement en moyenne. 35 % de ces personnes entrées et sorties dans l'année sont décédées (25 % dans l'établissement et 10 % au cours d'une hospitalisation). Les autres ont intégré un autre EHPA (16 %) ou un établissement sanitaire (4 %) et 45 % d'entre elles ont pu regagner leur domicile.

Le logement-foyer mérite une attention particulière dans l'analyse des entrées : cette forme d'hébergement pouvant être une transition entre le logement personnel et l'institution, les résidents y entrent plus précocement que dans les autres établissements. En 2007, les entrants en logement-foyer sont en moyenne âgés de 80 ans et 7 mois. Ceux des logements-foyers classés en EHPAD affichent toutefois un âge moyen à l'entrée nettement supérieur à ceux qui n'ont pas le statut d'EHPAD (83 ans et 8 mois contre 79 ans et 6 mois).

L'enquête permet, en outre, de distinguer les résidents selon qu'ils sont accueillis sur une place d'hébergement temporaire ou permanente. L'hébergement temporaire permet à la personne âgée de faire face à des difficultés passagères, telles que l'absence momentanée de la famille, l'isolement, la convalescence, l'inadaptation du logement en hiver. Il a aussi vocation à soulager l'entourage familial, par exemple quand la personne âgée est atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Fin 2007, 6 190 personnes sont accueillies sur une place d'hébergement temporaire, dont 4 400 en EHPAD, ce qui représente moins de 1 % des effectifs présents. Toutefois, au cours de l'ensemble de l'année 2007, près de 38 000 personnes ont été accueillies de façon temporaire (17 % des entrées et 16 % des sorties de l'année, et 39 % des personnes entrées puis sorties dans l'année). Ces résidents sont entrés en moyenne à l'âge de 83 ans et 7 mois, soit légèrement plus tard que l'ensemble des résidents entrés dans l'année. En revanche, ils

sont moins dépendants que la moyenne, et ce pour toutes les variables discriminantes de la grille AGGIR<sup>4</sup> : ainsi, seuls 68 % sont évalués en GIR 1 à 4 contre 84 % des résidents sur l'ensemble des places dans l'ensemble des établissements, hors logements-foyers non-EHPAD. Et 28 % sont évalués en GIR 1 et 2 contre 51 % dans l'ensemble hors logement-foyers non-EHPAD.

Les entrées en hébergement temporaire sont un peu plus fréquentes en juillet (12 % du total des entrées

en hébergement temporaire de l'année) et en août (10 %), mais se produisent aussi régulièrement au cours des autres mois de l'année. Le séjour en hébergement temporaire (tous établissements confondus) a duré en moyenne 2 mois en 2007. 72 % des résidents entrés et sortis dans l'année pour un séjour temporaire sont restés moins d'un mois dans l'établissement, contre 66 % en 2003 ; 16 % sont restés entre 1 et 2 mois, 6 % entre 2 et 3 mois et 6 % plus de 3 mois. Après leur séjour en héberge-

■ TABLEAU 4

### Âge moyen à l'entrée des entrants de l'année 2007

	Âge moyen à l'entrée
EHPAD*	83 ans et 10 mois
Maisons de retraite non-EHPAD	83 ans et 10 mois
Logement-foyers non-EHPAD	79 ans et 6 mois
Unités de soins de longue durée non-EHPAD	82 ans et 9 mois
Autres** non-EHPAD	81 ans et 4 mois
Ensemble	83 ans et 5 mois

\* EHPAD : maisons de retraites, logements-foyers, USLD, ayant signé une convention tripartite.

\*\* Établissements d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux.

Champ • France entière. Données au 31 décembre 2007.

Sources • Enquête EHPA 2007, DREES.

### ■ ENCADRÉ 2

#### La réforme des EHPAD

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) regroupent l'ensemble des établissements médico-sociaux ou de santé qui accueillent des personnes âgées de façon permanente, temporaire ou en accueil de jour ou de nuit. Ces établissements sont de trois types :

- les logements-foyers sont des groupes de logements autonomes (parfois aussi des chambres) assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif ;
- les maisons de retraite, lieux d'hébergement collectif, assurent une prise en charge globale de la personne âgée, incluant l'hébergement en chambre (ou en logement), les repas et divers services spécifiques ;
- les unités de soins de longue durée (USLD) sont des établissements de santé ; ce sont les structures les plus médicalisées, destinées à l'accueil des personnes les plus dépendantes.

La majorité des maisons de retraite et une partie des logements foyers accueillent de plus en plus de personnes âgées dépendantes et donc des personnes ayant besoin d'une surveillance médicale et paramédicale. Depuis 2001, en application de la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, une nouvelle catégorie d'établissement est apparue, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En outre, le plan Vieillesse et solidarités adopté en 2003 qui prévoit notamment le renforcement des dispositions permettant le maintien à domicile des personnes âgées, avait également pour objectif d'accroître la médicalisation des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes. Progressivement, tous les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes signent des conventions tripartites avec leur conseil général et l'assurance maladie, devenant ainsi des EHPAD, et s'engagent sur les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan financier de même que sur la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui leur sont prodigués. Les EHPAD sont le plus souvent des maisons de retraite, parfois, des logements-foyers mais peuvent aussi être issus d'établissements sanitaires ; il s'agit alors de redéfinition de places d'USLD en longs séjours médico-sociaux.

Ce sont tous ces établissements EHPAD ou non, de France métropolitaine et des départements d'outre-mer, qui constituent le champ de l'enquête EHPA 2007, auxquels s'ajoutent des établissements expérimentaux et des établissements d'hébergement temporaire.

4. AGGIR : Autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources. Chacune des variables de la grille AGGIR est codée en A, B ou C :  
 A : Fait seul, spontanément et totalement et habituellement et correctement.  
 B : Fait seul non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement et/ou non correctement.  
 C : Ne fait seul ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.  
 Les variables reprises dans l'enquête concernent le comportement, la communication, l'orientation dans l'espace, et dans le temps, la réalisation de la toilette et de l'habillement, l'alimentation, l'élimination, les transferts, et les déplacements à l'intérieur.

ment temporaire, plus des trois quarts (78 %) sont retournés à leur domicile ou chez un proche et 15 % sont entrés dans un autre EHPA.

### 60 % des sorties correspondent à des décès

En 2007, les EHPA ont enregistré 227 400 sorties définitives<sup>5</sup>, soit l'équivalent de 35 % des effectifs présents au 31 décembre 2007, contre 39 % en 2003 (tableau 5). Cela représente près de 22 000 sorties de moins qu'en 2003.

En 2007, les sorties par décès représentent 61 % des sorties de l'année, contre 63 % en 2003 (tableau 6). Parmi les décès de 2007, 74 % sont survenus dans l'établissement (72 % en 2003) et les autres au cours d'une hospitalisation. Ainsi, environ 133 900 personnes accueillies en EHPA sont décédées durant l'année, dont 10 100 au mois d'août, soit 9 700 de moins qu'en août 2003. Les autres motifs de sortie sont le retour au domicile personnel ou d'un proche (20 %) – en particulier pour les per-

sonnes qui étaient accueillies pour un hébergement temporaire – et le transfert vers un autre EHPA (16 %) ou vers un établissement de santé (3 %).

La baisse du nombre de sorties par rapport à 2003 est en partie imputable à la canicule de 2003, dont l'impact avait été estimé à 10 000 décès en établissement. La médicalisation croissante des établissements (encadré 2) a également pu jouer un rôle.

Les structures enregistrent en effet moins de sorties vers des établissements de santé (3 % en 2007 contre

TABLEAU 5

### Nombre de sorties définitives et durée de séjour en 2007

	Nombre de sorties définitives	Durée de séjour					
		Hommes		Femmes		Ensemble	
		moyenne	moyenne	moyenne	Q1***	médiane****	Q3*****
<b>EHPAD*</b>							
EHPAD publics	97 276	2 ans et 1 mois	2 ans et 9 mois	2 ans et 6 mois	2 mois	1 an et 1 mois	3 ans et 8 mois
EHPAD privés non-lucratifs	43 925	2 ans	2 ans et 11 mois	2 ans et 8 mois	2 mois	1 an et 4 mois	3 ans et 11 mois
EHPAD privés lucratifs	43 359	1 an et 3 mois	1 an et 11 mois	1 an et 8 mois	1 mois	6 mois	2 ans et 4 mois
<b>Maisons de retraite</b>							
Maisons de retraite publiques non-EHPAD	4 284	2 ans et 9 mois	2 ans et 9 mois	2 ans et 9 mois	3 mois	1 an et 5 mois	3 ans et 11 mois
Maisons de retraite privées non-lucratives non-EHPAD	3 045	2 ans et 8 mois	3 ans	2 ans et 11 mois	2 mois	1 an et 3 mois	4 ans et 3 mois
Maisons de retraite privées lucratives non-EHPAD	3 552	1 an et 6 mois	2 ans et 1 mois	1 an et 11 mois	1 mois	8 mois	2 ans et 9 mois
Logement-foyers non-EHPAD	18 923	4 ans	5 ans et 2 mois	4 ans et 10 mois	1 an et 1 mois	3 ans et 6 mois	7 ans et 4 mois
USLD non-EHPAD	8 181	1 an et 5 mois	2 ans et 1 mois	1 an et 10 mois	2 mois	9 mois	2 ans et 7 mois
Autres** non-EHPAD	4 876	3 mois	3 mois	3 mois	0 mois	1 mois	2 mois
<b>Ensemble des EHPA</b>	<b>227 421</b>	<b>2 ans</b>	<b>2 ans et 9 mois</b>	<b>2 ans et 6 mois</b>	<b>2 mois</b>	<b>1 an et 1 mois</b>	<b>3 ans et 8 mois</b>

\* EHPAD : maisons de retraites, logements-foyers, USLD, ayant signé une convention tripartite.

\*\* Établissements d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux.

\*\*\* Q1 : 1<sup>er</sup> quartile ; 25 % des personnes ayant quitté un EHPAD public en 2007 y sont restés moins de 2 mois.

\*\*\*\* Médiane : 50 % des personnes ayant quitté un EHPAD public en 2007 y sont restés moins de 1 an et 1 mois.

\*\*\*\*\* Q3 : 75 % des personnes ayant quitté un EHPAD public en 2007 y sont restés moins de 3 ans et 8 mois.

Sources : Enquête EHPA 2007, DREES.

TABLEAU 6

### Répartition des résidents sortis d'établissement en 2007 en fonction de leur destination En %

Destination de sortie	EHPAD	Maisons de retraite non-EHPAD	Logement-foyers non-EHPAD	Unités de soins de longue durée non-EHPAD	Autres* non-EHPAD	Ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées
Domicile privé ou d'un proche	19	20	15	11	75	20
Accueil familial agréé	0	0	0	0	0	0
Logement-foyer	1	1	4	1	3	1
Maison de retraite	10	12	34	10	13	12
Unité de soins de longue durée	3	7	5	2	2	3
Service de soins de suite et de réadaptation	0	1	1	0	1	0
Unité de court séjour	2	2	1	2	3	2
Établissement psychiatrique ou service psychiatrique	1	1	1	0	0	1
Établissement pour adultes handicapés	0	0	0	0	0	0
Décès dans l'établissement	48	39	12	69	2	45
Décès lors d'une hospitalisation	16	17	26	5	1	16
Décès au cours d'une autre sortie temporaire	0	0	1	0	0	0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

\* Établissements d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux.

Lecture : Parmi les personnes âgées ayant quitté un EHPAD en 2007, 19 % ont regagné leur domicile ou celui d'un proche.

Sources : Enquête EHPA 2007, DREES.

5. Il y a sortie définitive seulement si le lit ou le logement n'a pas été conservé pour la personne. Une sortie pour une hospitalisation temporaire n'est pas une sortie définitive.

6 % en 2003), probablement parce que les résidents qui ont des problèmes de santé peuvent plus facilement être pris en charge sur place.

Les sorties au cours de l'année 2007 représentent l'équivalent de 37 % des effectifs de fin d'année en EHPAD, 34 % en maison de retraite non-EHPAD, 17 % en logement-foyer non-EHPAD (où l'ancienneté des résidents est plus grande) et 48 % en USLD non-EHPAD. Ce dernier chiffre est imputable à la plus grande fréquence des décès (74 %) dans ces établissements fortement médicalisés. Les sorties par décès sont également plus fréquentes en EHPAD (64 %) et en maison de retraite non-EHPAD (56 %). En revanche, les personnes ayant quitté un logement-foyer non-EHPAD sont le plus souvent transférées dans un autre établissement médico-social ou sanitaire (46 %).

En moyenne, les résidents sortent définitivement de leur établissement à l'âge de 85 ans et 9 mois (86 ans en EHPAD et en maison de retraite non-EHPAD, 84 ans et 7 mois en logement-foyer non-EHPAD et en USLD non-EHPAD). Ils quittent un logement-foyer pour une maison de retraite au même âge. L'âge moyen des décès survenant au sein des établissements d'hébergement est de 88 ans.

### La durée moyenne de séjour est en légère baisse en 2007

En 2007, les résidents ont quitté un EHPA en moyenne après un séjour de 2 ans et 6 mois, contre 2 ans et 8 mois en 2003 (tableau 5). Cependant, la plupart des durées de séjour se situent en-dessous de cette moyenne : la moitié des séjours n'excède pas 1 an et 1 mois (un quart durant moins de 2 mois). Un quart des séjours dure plus de 3 ans et 8 mois.

C'est dans les logements-foyers non-EHPAD que la durée moyenne de séjour est la plus longue (4 ans et 10 mois), car les résidents y entrent plus jeunes que dans les autres établissements et sont moins dépendants. Cela représente toutefois 4 mois de moins qu'en 2003.

À l'inverse, les durées de séjour sont plus courtes dans les USLD et dans les établissements privés lucra-

tifs : respectivement 1 an et 10 mois en moyenne en USLD et 1 an et 8 mois en moyenne dans les EHPAD privés à but lucratif (contre 2 ans et 8 mois dans les EHPAD privés non-lucratifs et 2 ans et 6 mois dans les EHPAD publics). De même, dans les maisons de retraite privées à but lucratif non-EHPAD, la durée moyenne de séjour est de 1 an et 11 mois, tandis qu'elle est de 2 ans et 11 mois dans les maisons de retraite privées à but non-lucratif et de 2 ans et 9 mois dans les maisons de retraite publiques.

Les hommes, bien qu'ils entrent plus jeunes en établissement (81 ans et 1 mois en 2007, contre 84 ans et 6 mois pour les femmes), y séjournent moins longtemps que les femmes, sauf sur des places d'hébergement temporaire et en maison de retraite publique non-EHPAD.

### Des résidents de plus en plus dépendants

Une personne est dite dépendante lorsqu'elle a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne, ou lorsqu'elle requiert une surveillance régulière. Les variables discriminantes de la grille AGGIR<sup>6</sup> permettent d'évaluer le niveau de perte d'autonomie par type d'activité, selon que la personne peut effectuer certaines actions seule, avec une aide ou pas du tout. Elles permettent de classer les personnes âgées selon leur niveau de dépendance (du GIR 1 pour les plus dépendants au GIR 6 pour les moins dépendants). La clientèle des EHPA est de plus en plus dépendante, ce qui rend nécessaire une médicalisation croissante des établissements, et notamment la généralisation des signatures de conventions tripartites, qui transforment les établissements traditionnels en EHPAD.

Hors logements-foyers non EHPAD<sup>6</sup>, fin 2007 84 % des résidents des établissements sont dépendants (GIR 1 à 4) contre 81 % en 2003. Un peu plus de la moitié (51 %) des résidents sont classés dans les GIR 1 et 2, c'est-à-dire très dépendants. La part des personnes âgées dépendantes atteint 98 % (dont 82 % de personnes très dépendantes) dans les USLD

(EHPAD ou non), établissements de santé qui ont vocation à prendre en charge des patients non autonomes et nécessitant une surveillance médicale constante. En EHPAD, 85 % des résidents sont dépendants et 51 % sont très dépendants. Les EHPAD privés lucratifs accueillent davantage de personnes très dépendantes (55 % de GIR 1 et 2) que les EHPAD privés non-lucratifs (47 %) et publics (51 %).

La clientèle des logements-foyers classés en EHPAD est logiquement plus dépendante que celle des logements-foyers qui n'ont pas le statut d'EHPAD. En effet, en logement-foyer EHPAD (où 95 % des résidents sont évalués pour le GIR), 32 % des résidents sont très dépendants (GIR 1 et 2) contre 4 % des résidents de logements-foyers non-EHPAD (où 80 % des résidents sont évalués pour le GIR). Enfin, seuls 20 % sont classés en GIR 6 contre 62 % des résidents de logements-foyers non-EHPAD.

Au regard des variables évaluatives de perte d'autonomie de la grille AGGIR, 88 % des résidents ont besoin d'une aide pour faire leur toilette (hors logement-foyers non-EHPAD) et 79 % pour s'habiller, activités qui font appel à la fois à des capacités de mobilité et de cohérence. Plus des trois quarts des résidents ont des problèmes d'incohérence dans leur comportement ou pour communiquer. Chez les personnes âgées en établissements, ces troubles de la cohérence semblent se manifester au moment de l'entrée en dépendance, avant l'apparition de troubles liés à la mobilité (déplacements, transferts, etc.). Ainsi, à tous les âges, pour les personnes dont le GIR a été évalué, les troubles de la cohérence concernent entre 74 % et 82 % des résidents (graphique 1). La part des résidents touchés par ces problèmes est même un peu plus élevée aux âges les plus jeunes : il est probable que les troubles de la cohérence soient l'un des principaux motifs d'entrée en institution avant 75 ans. À l'inverse, la fréquence des difficultés rencontrées lors de déplacements à l'intérieur ou de transferts ainsi que les troubles de l'orientation et de l'élimination aug-

6. Le nombre de personnes pour lesquelles le GIR n'est pas évalué est important dans ces établissements (20 %). Par ailleurs, une grande partie d'entre elles ne sont pas très dépendantes (62 % sont en GIR 6).

mentent fortement avec l'âge des résidents.

Quelle que soit l'activité évaluée, les résidents des USLD sont nettement plus touchés par la perte d'autonomie que les résidents des autres établissements, ce qui est cohérent avec la vocation de ces établissements. En effet, 98 % d'entre eux ont besoin d'aide pour la toilette, 96 % pour l'habillement et 92 % pour l'hygiène de l'élimination. En EHPAD, ces pourcentages s'élèvent à 88 % pour la toilette, 79 % pour l'habillement et 69 % pour l'hygiène de l'élimination. Ils sont plus élevés qu'en maison de retraite non-EHPAD, où ils sont respectivement de 80 %, 70 % et 57 %.

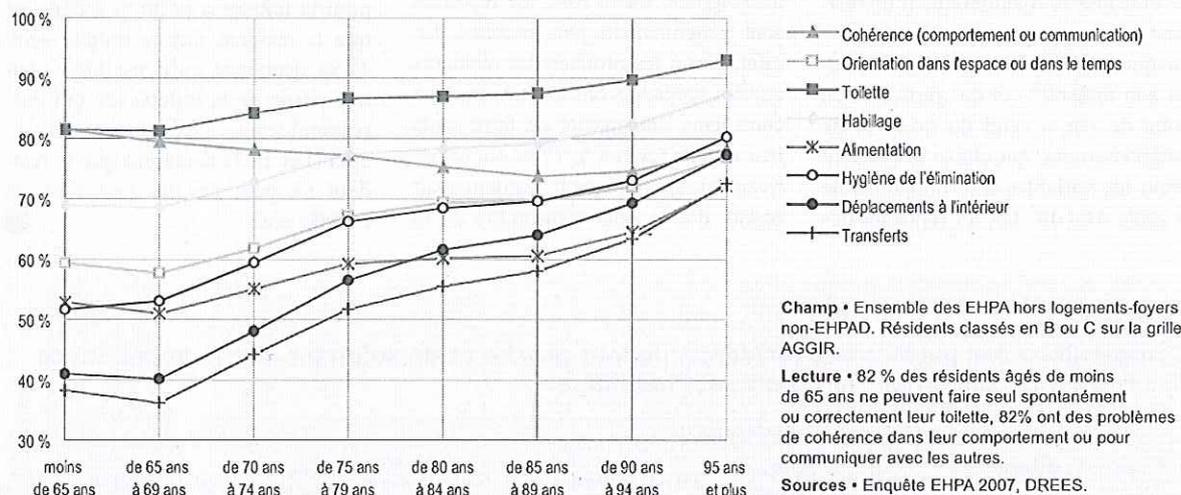
Logiquement, les personnes évaluées en GIR 1 ou 2 (très dépendantes) voient pratiquement toutes leurs capacités altérées. Faire sa toilette ou s'habiller sont des activités que quasiment aucun des résidents classés en GIR 3 ou 4 ne peut faire seul (graphique 2) tandis que la moitié réalise chacune des autres activités. Les personnes classées en GIR 5 ou 6 ont une perte d'autonomie moindre mais concentrée sur certains aspects de la dépendance. Ainsi, une partie non négligeable des personnes classées en GIR 6 ont des difficultés de cohérence (24 %) et d'orientation (11 %). Chez les personnes classées en GIR 5, les difficultés liées à la

réalisation de la toilette sont les plus fréquentes (65 % des résidents en GIR 5 contre 3 % des résidents en GIR 6) et s'ajoutent aux difficultés de cohérence et d'orientation (respectivement 44 % et 28 %).

La part des résidents placés sous un régime de protection juridique des majeurs (sauvegarde, curatelle, tutelle, etc.) s'est très légèrement accrue entre 2003 et 2007. Ils sont un peu plus de 25 % en 2007 contre un peu moins de 25 % en 2003. C'est le cas de 43 % des résidents des USLD non-EHPAD, 32 % des résidents de maisons de retraite non-EHPAD, 28 % des résidents des EHPAD, 15 % des résidents des logements-foyers.

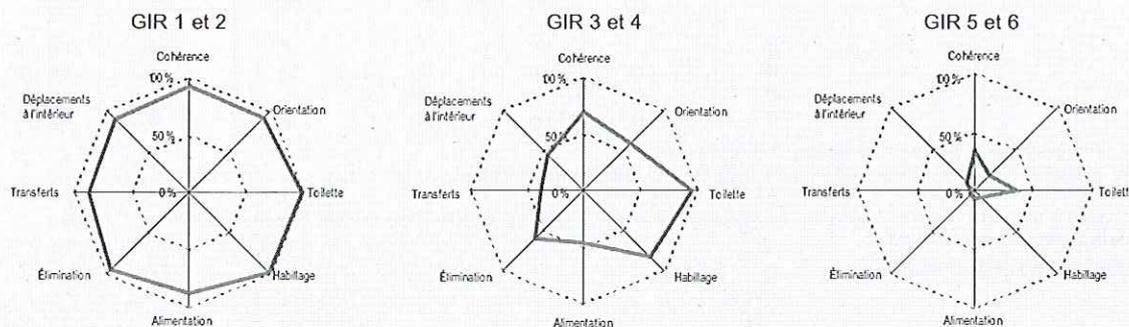
GRAPHIQUE 1

Part des résidents ayant une perte d'autonomie selon leur âge



GRAPHIQUE 2

Part des résidents ayant une perte d'autonomie selon leur niveau de dépendance



**Champ** • Ensemble des EHPA hors logements-foyers non-EHPAD. Résidents classés en B ou C sur la grille AGGIR.

**Lecture** • 93 % des résidents évalués en GIR 1 et 2 sont classés en B ou C pour la cohérence et près de 100% en B ou C pour la toilette comme pour l'habillement. Pour ces mêmes activités ces pourcentages sont respectivement de 70 %, 95 % et 83 % chez les résidents classés dans les GIR 3 et 4

**Sources** • Enquête EHPA 2007, DREES.

7. L'enquête résidents en EHPA prévoyait d'interroger quand c'était possible, à la fois les résidents et un de leur proche (personne qui connaît bien le résident, et qui lui rend visite régulièrement. Il s'agit le plus souvent d'un proche familial) de façon à disposer d'informations sur l'ensemble des résidents, y compris ceux ne pouvant pas répondre à une enquête (sans toutefois que la parole des proches se substitue à celle des résidents « inaptés » à répondre).

8. Pour déterminer si les personnes étaient aptes à répondre à l'enquête, un processus précis a été établi : il était dans un premier temps demandé au personnel de l'établissement d'évaluer les capacités en termes de cohérence et d'orientation et les facultés à communiquer avec autrui des résidents concernés, puis de confirmer ou infirmer les résultats de ce processus. Les inversions de résultats ont été peu nombreuses.

EHPAD sont sous protection juridique contre 9 % des résidents des logements-foyers non-EHPAD. 9 % des résidents disposent d'une protection juridique assurée par la famille ; pour 8 %, elle est assurée par une association, pour 5 % par un tuteur privé, pour 3 % par un établissement (y compris l'établissement d'hébergement) et pour moins de 1 % par un autre organisme (CCAS, etc.).

### Les résidents déclarent une perte d'autonomie moindre que celle évaluée par les médecins

Une autre enquête a été réalisée par la DREES en 2007 auprès d'un échantillon représentatif de résidents au sein des établissements d'hébergement, et d'un de leurs proches<sup>7</sup>. Elle permet notamment de mieux connaître la manière dont les capacités et le niveau d'autonomie d'un résident sont perçus par lui-même – lorsque celui-ci est capable de déclarer son ressenti<sup>8</sup> – et de confronter ce point de vue à celui du médecin de l'établissement, qui classe le résident selon les variables discriminantes de la grille AGGIR. Or, les réponses des

résidents sont parfois assez éloignées de celles des soignants. Quand le soignant a codé le résident en C pour la réalisation de la toilette, seule la moitié des résidents ont répondu qu'ils étaient totalement aidés pour la toilette, 27 % ont répondu qu'ils étaient aidés pour une partie de la toilette et 23 % qu'ils faisaient leur toilette seuls (tableau 7). Quand le soignant a mis un B pour la réalisation de la toilette, 60 % des résidents ont déclaré la faire entièrement seuls. On retrouve cette différence d'appréciation pour l'habillement : 25 % des résidents que le soignant a évalué en C déclarent s'habiller seuls, sans aide, et 72 % de ceux que le médecin a évalué en B.

De la même manière, à partir de l'enquête résidents en EHPA, il est possible de comparer la réponse du proche du résident avec l'évaluation du soignant. Cette fois, les réponses sont généralement plus proches. En effet, parmi les proches des résidents que les médecins ont évalués comme étant dans l'incapacité de faire seuls leur toilette (code C), 77 % ont effectivement répondu que le résident avait besoin d'aide pour l'ensemble de la

toilette, 18 % ont répondu que le résident n'était aidé que pour une partie de la toilette et 5 % ont répondu que le résident pouvait faire sa toilette seul. De même, parmi les proches des résidents que le médecin a évalués comme incapable de s'habiller seuls (code C), 79 % déclarent effectivement que le résident est aidé pour tout ou pratiquement tout l'habillement, 15 % déclarent que le résident est aidé seulement pour certains gestes ou certains vêtements, et 6 % déclarent que le résident s'habille seul.

C'est surtout pour les résidents évalués en B (« Fait seul non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement et/ou non correctement ») que les points de vue divergent entre le soignant et le proche, sans que la perception du proche soit forcément plus optimiste. Ainsi, les proches des résidents évalués en B pour la toilette sont 30 % à déclarer que le résident fait sa toilette seul. 42 % déclarent qu'il est aidé pour une partie de la toilette (ce qui correspond le plus à l'évaluation du soignant) et 28 % déclarent que le résident ne peut pas du tout faire sa toilette seul.

TABLEAU 7

### Comparaison des paroles des résidents, de leur proche et du soignant, sur la dépendance des résidents concernant la toilette et l'habillement

Évaluation du soignant	Parole du résident				Parole du proche			
	Fait seul, avec plus ou moins de difficulté	Est aidé pour une partie	Est aidé pour tout	Total	Fait seul, avec plus ou moins de difficulté	Est aidé pour une partie	Est aidé pour tout	Total
<b>Toilette</b>								
A	86	10	4	100	71	24	5	100
B	60	22	18	100	30	42	28	100
C	23	27	50	100	5	18	77	100
<b>Ensemble</b>	<b>55</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>53</b>	<b>100</b>
<b>Habillement</b>								
A	93	6	1	100	86	9	5	100
B	72	19	9	100	45	30	25	100
C	25	23	52	100	6	15	79	100
<b>Ensemble</b>	<b>68</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>18</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

A. Fait seul, spontanément et totalement et habituellement et correctement.

B. Fait seul non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement et/ou non correctement.

C. Ne fait seul ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

Lecture • Lorsque le soignant a évalué en A le résident pour la toilette, les résidents sont 86 % à déclarer faire leur toilette seuls et les proches sont 71 % à déclarer que le résident fait sa toilette seul.

Sources • Enquête EHPA 2007, DREES.

