

Les Franciliens âgés en perte d'autonomie : état des lieux et perspectives

Florence de Maria*, Philippe Pépin*, Alain Laplace**, Sandrine Courtois**, Isabelle Grémy*

* Observatoire régional de santé d'Ile-de-France

** Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France, pôle social, service personnes âgées

En Ile-de-France, une personne sur six est âgée d'au moins 60 ans en 2006, soit près de 2 millions de personnes sur les 11,5 millions de Franciliens. La très grande majorité demeure à domicile - la plupart en bonne santé et autonomes. Un certain nombre d'entre elles - d'âge avancé, évaluées à 100 000 parmi les 75 ans ou plus - a besoin d'aide pour effectuer certains actes de la vie quotidienne. L'arrivée à des âges élevés de la génération du baby-boom et l'allongement de l'espérance de vie vont conduire à une hausse de cet effectif et à son vieillissement.

Afin que les Franciliens de 60 ans ou plus en perte d'autonomie puissent - aujourd'hui et demain - choisir en toute liberté de continuer à vivre à domicile ou de s'installer dans un établissement d'hébergement collectif, plusieurs actions ont été entreprises en Ile-de-France depuis les années 2000, à travers notamment la mise en place de l'Allocation personnalisée d'autonomie et le développement quantitatif et qualitatif de l'offre régionale de prise en charge, en particulier médico-sociale dans le cadre du Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac).

Depuis sa création en 1975, l'Observatoire régional de santé (ORS) d'Ile-de-France articule et met en oeuvre plusieurs démarches afin de répondre aux besoins d'information et d'aide à la décision de l'Etat et des collectivités territoriales sur les besoins sanitaires et sociaux des personnes âgées, notamment dans le cadre de la planification médico-sociale régionale et des schémas gérontologiques départementaux.

Un partenariat pérenne s'est instauré entre le service « personnes âgées » de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) d'Ile-de-France et l'ORS.

Il propose ici un document synthétique rassemblant des éléments à la fois contextuels et prospectifs sur les Franciliens âgés en perte d'autonomie ainsi que l'offre régionale en services, dispositifs et hébergement collectif médicalisé développée pour répondre à cette perte d'autonomie

Cette collaboration sera poursuivie en 2009 à travers notamment des exploitations cartographiques et réflexions communes sur la mise à disposition d'indicateurs gérontologiques à un niveau géographique plus fin que le département (« secteur gérontologique »).

Près de 2 millions de Franciliens sont âgés de 60 ans ou plus.

Au 1er janvier 2006, la population de l'Ile-de-France est estimée à 11 491 000 personnes (Insee¹). La région accueille 18,8% de la population de France métropolitaine, chiffre stable depuis plusieurs années car la croissance démographique récente est du même ordre de grandeur en France et dans la région.

Les personnes de 60 ans ou plus, au nombre de 1 915 040, représentent 16,7% de la population francilienne contre 20,9% au niveau national. A l'inverse, la proportion des moins de 20 ans est plus importante en Ile-de-France (26,1%) qu'au niveau national (24,8%).

Faible proportion de personnes âgées, forte

proportion d'enfants et de jeunes adultes - de par la structure par âge de sa population - l'Ile-de-France apparaît comme la région la plus jeune de France métropolitaine. La population de l'Ile-de-France vieillit mais à un rythme moindre que celui des autres régions françaises. Ce vieillissement est principalement dû à l'avancée en âge des générations du baby-boom, nombreuses et dont l'espérance de vie progresse, mais il est freiné par les échanges migratoires que la région entretient avec la province (arrivée de jeunes de 20 à 34 ans et départ de ménages plus âgés et de retraités) ainsi que par une fécondité importante (la plus élevée des régions d'Europe).

De fortes disparités départementales au sein de la région

Si l'Ile-de-France est une région jeune, les disparités internes sont importantes (fig.1) : la Seine-Saint-Denis et deux départements de grande couronne, le Val-d'Oise et la Seine-et-Marne, ont une proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus inférieure à 15%, soit six points de moins qu'au niveau national, et une très forte proportion de moins de 20 ans (environ 29%). A Paris, en revanche, les personnes âgées de 60 ans ou plus sont aussi nombreuses que celles de moins de 20 ans et leur poids dans la population (19,3%) est proche de la moyenne nationale. Les autres départements franciliens (Essonne, Yvelines, Val-de-Marne et Hauts-de-Seine) présentent des situations intermédiaires.

Forte augmentation du nombre de personnes âgées à l'horizon 2030

Selon les projections de population de l'Insee², entre 2006 et 2030, alors que la population francilienne augmenterait de 8% (tab.1), les personnes de 60 ans ou plus verraient leur effectif progresser de près de 46%. La progression serait encore plus marquée pour les personnes les plus âgées de ce groupe puisque le nombre des personnes de 75 ans ou plus connaîtrait une progression de 61% et celui des 85 ans ou plus un quasi doublement (+84%). (fig.2)

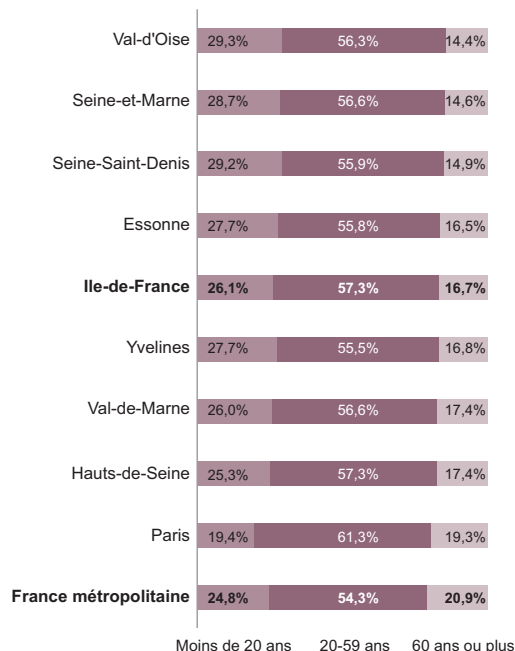
Au terme de ces projections, la proportion des personnes de 60 ans ou plus dans la population francilienne atteindrait alors 22% (soit à peu près la situation actuelle au niveau national).

Tab.1 Population de l'Ile-de-France en 2006 et projections en 2015 et 2030 : effectifs et pourcentage d'évolution

	Effectifs			Pourcentage d'évolution		
	2006	2015	2030	2006 à 2015	2015 à 2030	2006 à 2030
60-74 ans	1 198 036	1 489 857	1 632 259	24,4%	9,6%	36,2%
75-84 ans	521 249	545 392	796 727	4,6%	46,1%	52,8%
85 ans +	195 755	282 595	359 751	44,4%	27,3%	83,8%
60 ans +	1 915 040	2 317 844	2 788 737	21,0%	20,3%	45,6%
75 ans +	717 004	827 987	1 156 478	15,5%	39,7%	61,3%
Tous âges	11 490 968	11 856 167	12 409 075	3,2%	4,7%	8,0%

Source : Insee - estimations localisées de population au 1er janvier 2006 et projections de population 2005-2030 (juillet 2007). Exploitation ORS Ile-de-France 2008.

Fig.1 Structure par âge de la population francilienne en 2006 (en %)

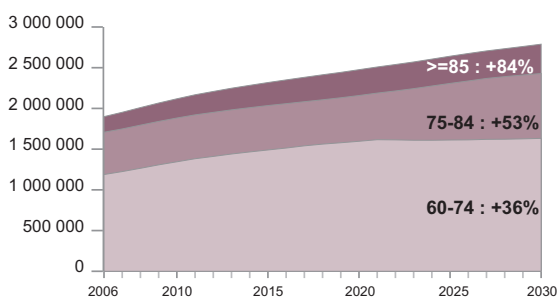


Source : Insee - estimations localisées de population au 1er janvier 2006. Exploitation ORS Ile-de-France 2008.

Un vieillissement au moins comparable aura lieu dans toutes les régions françaises et le poids des 60 ans ou plus devrait atteindre 29% en France métropolitaine (soit à peu près la situation actuelle d'une région comme le Limousin).

Selon ces projections démographiques, l'Ile-de-France, en 2030, sera toujours la plus jeune des régions de France métropolitaine.

Fig.2 Evolution de la population âgée de 60 ans ou plus entre 2006 et 2030 en Ile-de-France, selon trois groupes d'âges



Source : Insee - projections de population 2005-2030 (juillet 2007). Exploitation ORS Ile-de-France 2008.

L'augmentation du nombre des personnes âgées va être beaucoup plus marquée dans les départements de grande couronne.

Au sein de la région, le vieillissement de la population devrait être plus marqué dans les départements aujourd'hui les plus jeunes et notamment dans les quatre départements de grande couronne de sorte qu'en 2030, les structures par âge des populations des huit départements franciliens seront assez homogènes (entre 20% et 24% de personnes âgées de 60 ans ou plus et de 8% à 11% de personnes âgées de 75 ans ou plus dans chaque département francilien).

Plus concrètement, ces projections démographiques annoncent que la région accueillera 440 000 personnes âgées de 75 ans ou plus supplémentaires en 2030, dont 272 000 en grande couronne, 126 000 en proche couronne et 41 000 à Paris (fig.3). Ces chiffres illustrent les efforts que devront engager les départements franciliens pour répondre aux besoins de cette population car c'est dans cette tranche d'âges que les problèmes de santé, la perte d'autonomie et les besoins d'aide deviennent fréquents (fig.4).

100 000 Franciliens de 75 ans ou plus en perte d'autonomie en 2006

Parmi les adultes de 60 ans ou plus, une faible part (6,6%)³ - vivant à domicile ou en établissement collectif - a besoin d'aide pour accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, se laver, etc.). Cette proportion augmente fortement à partir de 75-80 ans (fig.4).

Bien qu'il n'existe pas de recensement exhaustif du nombre de Franciliens de 60 ans ou plus dans cette

situation, il est possible d'évaluer cet effectif à 128 000 en 2006^{3,4}, avec une sur-représentation des 75 ans ou plus (78,4%).

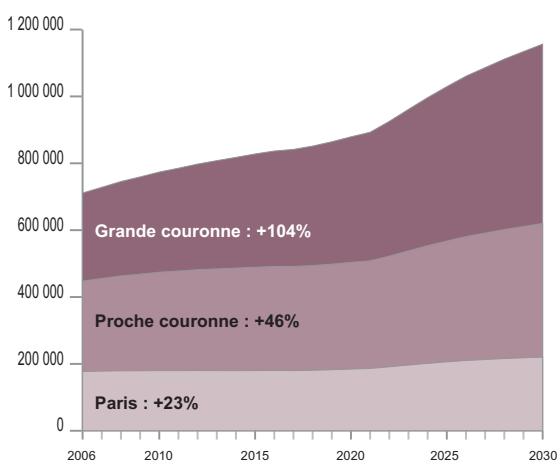
Cette estimation est supérieure à l'effectif des 103 156 Franciliens de 60 ans ou plus bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa)⁵, prestation destinée au financement d'une partie des aides médico-sociales correspondant aux besoins des adultes de 60 ans ou plus demeurant à domicile ou en établissement collectif « qui ont besoin d'aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance particulière de par une certaine perte d'autonomie ».

Des différences méthodologiques ainsi que la méconnaissance des personnes en perte d'autonomie refusant toute aide peuvent expliquer cet écart qui concerne vraisemblablement les adultes qui vivent à domicile avec une perte d'autonomie « légère ou modérée », dont il est probable qu'une part non négligeable souffre d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

La perte d'autonomie des malades Alzheimer sous estimée par la méthode d'évaluation utilisée pour l'attribution de l'Allocation personnalisée d'autonomie

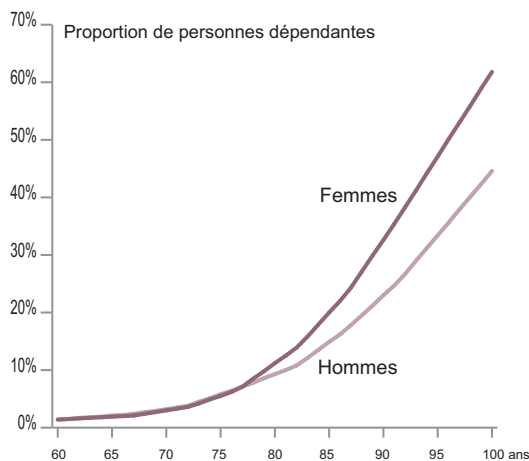
Selon les résultats de la cohorte française Paquid⁶, 42% des malades Alzheimer ou apparentés de 75 ans ou plus ne sont pas éligibles à l'Apa du fait d'une appréciation de l'atteinte des fonctions cognitives peu prise en compte dans la grille d'évaluation utilisée. Or selon des estimations récentes⁷, 121 000 Franciliens de 75 ans ou plus seraient atteints d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée en 2006.

Fig.3 Evolution de la population âgée de 75 ans ou plus entre 2006 et 2030 en Ile-de-France et répartition territoriale



Source : Insee - projections de population 2005-2030 (juillet 2007). Exploitation ORS Ile-de-France 2008.

Fig.4 Taux de prévalence de la dépendance par sexe et âge en France en 1998-1999



Source : Insee - enquêtes nationales HID 1998 et 1999. Exploitation Drees 2002.³

Un accroissement concentré sur les 80 ans ou plus

L'effectif des Franciliens de 60 ans ou plus en perte d'autonomie devrait s'accroître d'ici 2030 - de 0,45% à 1,4% par an selon le scénario d'évolution de la dépendance envisagé⁸. Ce sont les adultes de 80 ans ou plus qui devraient contribuer majoritairement à la hausse de cet effectif, reflétant deux phénomènes démographiques : d'une part le remplacement des générations creuses nées

pendant la Première guerre mondiale par des générations beaucoup plus nombreuses (dont celles du baby-boom à partir de 2025) ; d'autre part l'augmentation de l'espérance de vie. Cet accroissement sera d'autant plus marqué que, dans le même temps, l'effectif total de la population francilienne, comme celui du reste de la France, va peu augmenter (+0,34% par an en Ile-de-France²).

L'offre de prise en charge de la perte d'autonomie est globalement moins développée dans le centre francilien qu'en moyenne en France.

Le vieillissement de la population - qui représente une évolution positive de la société - soulève d'importantes questions d'ordre économique et social, car à partir d'un certain âge, les adultes peuvent nécessiter davantage de soins et de services à la personne, notamment lorsque pour des raisons physiques ou mentales, ils sont confrontés à une perte d'autonomie. En Ile-de-France, 92% des adultes de 75 ans ou plus demeurent à domicile - davantage qu'au niveau national (90%)⁹. Ceux qui résident en proche couronne ont cependant moins de possibilité de recevoir des soins infirmiers à domicile qu'en moyenne en France, du fait d'un déficit conjugué en infirmiers libéraux et services de soins infirmiers à domicile - Ssiad (tab.2).

De même, les adultes de 75 ans ou plus en perte d'autonomie souhaitant intégrer un établissement d'hébergement collectif situé à Paris ou en proche couronne ont moins de possibilités qu'en moyenne en France, malgré l'important effort de médicalisation des maisons de retraite engagé depuis 2001 (sur ce point, cf. encadré page 5).

Les années 2001-2006 ont également été caractérisées, au niveau régional, par la volonté de développer les dispositifs médico-sociaux de soutien à domicile, avec un accroissement marqué de la capacité d'accueil de jour sur cette période (+10,3% par an) - supérieur à l'augmentation annuelle de l'effectif des 75 ans ou plus (+2,9%).

Tab.2 L'offre régionale en généralistes libéraux, infirmiers libéraux, services de soins infirmiers à domicile, accueil de jour et hébergement temporaire ainsi qu'en hébergement permanent pour personnes âgées dépendantes, en 2006

Pour les personnes demeurant à domicile

Pour les personnes qui souhaitent (ou doivent) intégrer un établissement collectif médicalisé

	Généralistes libéraux		Infirmiers libéraux		Ssiad		Accueil de jour		Hébergement temporaire		Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)			
	effectif	taux (1)	effectif	taux (1)	places	taux (1)	places	taux (1)	places	taux (1)	places (3)	taux (1)	dont places en unité Alzheimer (3)	taux ALZ (1)
Paris	2 637	14,7	2 195	12,3	3 199	17,9	188	1,07	168	0,96	4 637	25,9	546	3
Proche couronne	3 349	12,2	1 935	7,1	3 974	14,5	375	1,4	274	1	14 732	53,9	1 715	6,3
Grande couronne	4 124	15,6	2 715	13,5	4 143	20,5	567	2,8	476	2,4	25 950	98,2	2 660	13,2
Ile-de-France	10 110	14,1	6 845	9,5	11 316	15,8	1 130	1,63	918	1,32	45 319	63,2	4 921	6,9
France métropolitaine (4)	61 224	12,1	67 871	13,5	86 799	17,2	4 954	0,98	7 762	1,54	384 094	76,2	Nd(5)	Nd(5)

- (1) Nombre pour 1000 personnes de 75 ans ou plus (population de référence : Insee - estimations localisées de population au 1er janvier 2006, exploitation ORS Ile-de-France).
- (2) Ces places incluent celles réservées aux moins de 60 ans présentant un handicap ou une pathologie chronique ou une affection de longue durée (3% des places en 2004).
- (3) Il s'agit des capacités installées.
- (4) Bien que les sources d'information et les périodes soient différentes pour l'accueil de jour, l'hébergement temporaire et les places en Ehpad entre d'une part l'Ile-de-France et ses huit départements (source ORS, données au 31/12/2006) et d'autre part la France métropolitaine (source Drees/Drass, données au 01/01/2007), les tendances restent inchangées.
- (5) Non disponible.

Sources : Fnors - Score-santé : données au 31/12/2006 pour les généralistes libéraux et les Ssiad, données au 01/01/2007 pour les infirmiers libéraux ; ORS Ile-de-France - mini-fichier et guide personnes âgées (Ile-de-France : AJ, HT, Ehpad, unité de vie spécifique Alzheimer) : données au 31/12/2006 ; Drees/Drass - base de données Statiss (France métropolitaine : AJ, HT, Ehpad) : données au 01/01/2007.

Hausse importante de l'offre régionale d'ici 2012

Conformément aux orientations du Plan solidarité grand âge 2007-2011, l'un des objectifs prioritaires de la politique menée en faveur des personnes âgées en Ile-de-France est de donner la possibilité aux personnes en perte d'autonomie d'exercer leur libre choix entre continuer à vivre à domicile dans des conditions adaptées et avoir recours à des établissements d'hébergement de qualité. Pour répondre à cet objectif, le Priac (cf. encadré ci-dessous) fixe pour la période 2008-2012 les prévisions de création de places en établissements et services pour personnes âgées dépendantes : hébergement permanent et temporaire, accueil de jour, soins à domicile. Il s'agit d'améliorer le

taux d'équipement régional et d'aller vers une meilleure répartition géographique des établissements et services, tout en tenant compte des évolutions démographiques. Au total, ce sont 8 000 places d'Ehpad, 6 000 places de Ssiad, 2 000 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire qui devraient s'ajouter aux capacités actuelles, avec un effort particulier pour la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cette hausse sans précédent permettrait de proposer pour 1 000 Franciliens de 75 ans ou plus, 24 places de Ssiad, 5 places en accueil de jour et hébergement temporaire et 78 places en Ehpad en 2012¹⁰ (contre 16 places en Ssiad, 3 places en AJ+HT et 63 places d'Ehpad en 2006).

L'Etat et les Conseils Généraux : une action commune au service des personnes âgées

La politique menée en faveur des personnes âgées relève d'une compétence conjointe de l'Etat et des Conseils généraux. Ces derniers jouent un rôle majeur dans la mise en œuvre de cette politique, notamment en matière de planification, en élaborant pour cinq ans un **schéma départemental « gérontologique »** qui procède à une analyse des besoins de la population âgée, dresse un état de l'offre médico-sociale existante et en détermine les perspectives d'évolution.

A partir des orientations ainsi déterminées par les schémas départementaux, mais aussi des priorités nationales définies par les différents plans pluriannuels et sur la base d'études spécifiques menées au niveau départemental et régional, l'Etat en région fixe les orientations stratégiques interdépartementales et régionales de la politique en direction des personnes âgées. Il est le garant de l'équité territoriale en matière d'accessibilité, de proximité et de diversification de l'offre en établissements et services destinés aux personnes âgées.

Pour atteindre cet objectif, l'Etat en région s'est doté, depuis la loi du 11 février 2005¹¹, d'un outil de programmation pluriannuelle des financements Etat / Assurance maladie / Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), le **Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac)**. Il permet d'accompagner l'évolution et l'adaptation de l'offre médico-sociale constituée des établissements et services destinés à l'accueil et la prise en charge des personnes âgées et handicapées.

L'élaboration de ce programme est le fruit d'un travail mené en étroite collaboration entre les services de l'Etat en région (Drass) et en départements (Ddass). Arrêté par le préfet de région pour cinq ans, il fait l'objet d'une révision annuelle : il est dit « glissant ». Des réunions de concertation régulières ont lieu avec les Conseils généraux, l'Assurance maladie et les principaux acteurs du secteur (fédérations d'établissements et services, représentants des personnels, des usagers...), qui ont permis de trouver un consensus régional autour des grandes orientations suivantes :

- > favoriser la vie à domicile par le développement de services et de formes alternatives d'accueil (notamment hébergement temporaire, accueil de jour) ;
- > assurer un hébergement de qualité par la poursuite de la médicalisation des maisons de retraite existantes (renforcement des effectifs en personnel soignant) et la création de places nouvelles ;

> poursuivre la vigilance sur la maltraitance envers les personnes âgées.

Au moyen de cette programmation pluriannuelle, l'Etat, en qualité de garant de l'équité d'accès aux équipements, agit dans le but de mieux répartir l'offre entre les territoires et de remédier ainsi, en faveur du centre de l'Ile-de-France, au déséquilibre existant entre grande couronne, d'une part et Paris et proche couronne d'autre part, en tenant compte des évolutions démographiques.

Il convient de veiller aussi, dans le souci d'offrir aux personnes âgées des équipements de proximité, en concertation étroite avec les Conseils généraux, à une bonne répartition des établissements et services à un niveau infra-départemental. Le découpage départemental retenu est celui des « **secteurs gérontologiques** » tels qu'ils sont définis par les schémas gérontologiques départementaux.

C'est également le cas pour ce qui concerne l'accessibilité économique, l'objectif étant d'assurer une offre diversifiée avec des tarifs d'hébergement adaptés.

La création de nouveaux établissements et la modernisation des structures existantes génèrent d'importants besoins d'investissement. L'Etat, le Conseil régional et les Conseils généraux conjuguent leurs efforts pour y répondre (plan d'aide à l'investissement de la CNSA et aides spécifiques des collectivités territoriales). Ainsi, au titre de l'année 2008, ce sont onze projets d'Ehpad, un accueil de jour et un logement-foyer qui ont bénéficié de subventions pour un montant total de 21 millions d'euros afin de financer des opérations de restructuration, réhabilitation et d'extension de capacités.

Le conventionnement des Ehpad, mené conjointement par l'Etat et les Conseils généraux, a concerné près de 700 établissements sur la période 2001-2008. Il a permis d'améliorer nettement la qualité des prestations de soins et d'accompagnement des résidents. Une seconde étape de renforcement de la médicalisation est en cours de réalisation (19 000 places prévues sur un total de 53 000 fin 2008).

Pour assurer la continuité et la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, il est indispensable de **bien articuler l'action des services et établissements médico-sociaux et sociaux avec le secteur sanitaire** (les filières gériatriques en cours de constitution à l'initiative de l'Agence régionale de l'hospitalisation, l'hospitalisation à domicile, les réseaux de santé, ...). Ceci doit être une préoccupation constante de l'ensemble des acteurs.

Agir sur la perte d'autonomie par la prévention des maladies cardio-vasculaires

Les maladies chroniques et les limitations d'activité sont sources potentielles de perte d'autonomie. Elles affectent négativement la qualité de vie liée à la santé des Franciliens de 60 ans ou plus. A l'inverse, l'activité physique est associée à une meilleure qualité de vie¹². Or dès 45-54 ans, plus d'un Francilien sur deux déclarent ne pratiquer aucune activité sportive - de loisir ou en club (tab.3). Avant 45 ans, l'activité sportive des femmes est déjà faible - très inférieure à celle des hommes. Par exemple, entre 18 et 24 ans, elles sont seulement 29% à déclarer la pratique d'une activité physique « intense » contre 53% des hommes aux mêmes âges¹³ (fig.5).

Dès lors, **l'activité physique des adultes doit être encouragée en Ile-de-France**¹³, d'autant que l'effet bénéfique de la pratique régulière et soutenue d'une activité physique associée à une alimentation de type régime méditerranéen¹⁴ sur la diminution du risque de maladies cardio-vasculaires, première cause

Tab.3 Activité sportive de loisir ou en club des Franciliens, selon le sexe et l'âge (en %)

	HOMMES			FEMMES		
	Non	Loisir	Club	Non	Loisir	Club
12-17 ans	2,3	34,7	63,0	11,8	41,1	47,1
18-24 ans	17,5	34,8	47,7	36,9	39,1	24,0
25-34 ans	31,6	41,1	27,3	43,7	31,2	25,1
35-44 ans	34,5	43,0	22,5	47,6	27,3	25,1
45-54 ans	53,9	34,1	12,0	51,3	24,6	24,1
55-64 ans	52,6	35,8	11,6	48,6	26,8	24,6
65-75 ans	59,0	25,1	15,9	52,8	22,9	24,3
Ensemble	33,7	36,6	29,7	42,4	30,4	27,2

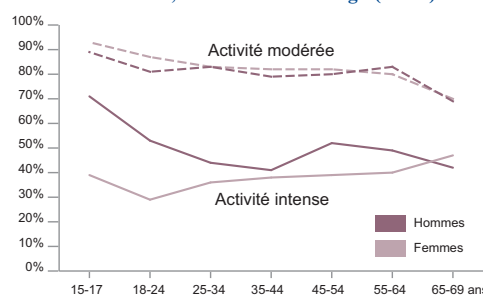
Lecture : Selon le Baromètre santé 2005, 34,7% des adolescents franciliens de 12-17 ans déclarent pratiquer une activité sportive de loisir et 63% une activité sportive en club (respectivement 41,1% et 47,1% chez les adolescentes aux mêmes âges).

Source : Inpes - Baromètre santé 2005, exploitation ORS Ile-de-France 2007.¹³

d'admission en affection de longue durée et première cause de mortalité des 75 ans ou plus, est désormais bien établi. De plus, ces facteurs pourraient également contribuer à prévenir les manifestations de la maladie d'Alzheimer¹⁵.

L'Ile-de-France a pris la pleine mesure de ces enjeux de santé publique en inscrivant « l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » et la « lutte contre la sédentarité à tous les âges de la vie en associant une alimentation équilibrée et diversifiée » parmi les trente objectifs du Plan régional de santé publique 2006-2010. Cette inscription donne lieu à financements annuels par le Groupement régional de santé publique (GRSP), institution qui associe l'Etat, l'Assurance maladie et les collectivités territoriales autour d'orientations régionales partagées.

Fig.5 Activités physiques intenses ou modérées* des Franciliens, selon le sexe et l'âge (en %)



* Les activités physiques modérées sont celles qui demandent un effort physique modéré et font respirer un peu plus difficilement que normalement (par exemple : porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement...). Les activités physiques intenses sont celles qui demandent un effort physique important et font respirer beaucoup plus difficilement que normalement (porter des charges lourdes, bêcher, faire du VTT...).

¹ Source : Insee 2007 - estimations localisées de population au 1er janvier 2006

² Source : Insee 2007 - projections de population entre 2005 et 2030 selon le scénario central (juillet 2007)

³ BONTOUT O., COLIN C., KERJOSSE R. Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040. *Etudes et résultats*, Drees, 2002, n°160.

⁴ Estimation calculée en appliquant les taux de prévalence de la dépendance selon le sexe et l'âge établis par la Dress à partir des résultats des enquêtes nationales HID de l'Insee, aux estimations localisées de population au 1er janvier 2006 fournies par l'Insee

⁵ BAILLEAU G., TRESPEUX F. Bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2006. *Document de travail, Série statistiques*, Drees, 2008, n°122.

⁶ RAMAROSON H., HELMER C., BARBERGER-GATEAU P., LETENNEUR L., DARTIGUES J.F. Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte Paquid. In *Rev Neurol* (Paris), 2003, 159 : 4, pp.405-411.

⁷ MARIA F. (de), PEPIN P., DALBARADE M., GREMY I. Maladie d'Alzheimer : Epidémiologie, prise en charge et prévention en Ile-de-France. *Bulletin de santé*, ORS Ile-de-France, 2008, n°13.

⁸ Evolution calculée en appliquant les hypothèses extrêmes d'évolution de la dépendance dans le futur selon le sexe et l'âge, établies par la Dress à partir des résultats des enquêtes nationales HID de l'Insee, aux projections de population 2005-2030 fournies par l'Insee

⁹ Source : Insee - recensement de population 1999

¹⁰ Taux d'équipement calculés en rapportant les capacités prévisionnelles totales pour 2012 (actuelles + Priac) aux projections de population 2005-2030 fournies par l'Insee

¹¹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

¹² MARIA F. (de). Qualité de vie des Franciliens de 60 ans ou plus : agir sur les limitations physiques. In *Regards sur... la santé des Franciliens*, Insee Ile-de-France, 2007, pp.20-24.

¹³ VINCELET C. Objectif 24 : Lutter contre la sédentarité à tous les âges de la vie en associant une alimentation équilibrée et diversifiée. In *Le plan régional de santé publique 2006-2010 en Ile-de-France : situation initiale en 2006*, GRSP Ile-de-France, ORS Ile-de-France, 2008, pp.126-129.

¹⁴ Alimentation riche en fruits, légumes et céréales, en graisses insaturées, modérée en produits laitiers et vin, faible en viandes

¹⁵ Maladie d'Alzheimer - enjeux scientifiques médicaux et sociétaux. *Expertise collective*, Inserm, 2007.