Groupe de concertation

Alimentation comme vecteur du bien vieillir

Fiche n°1 : Définitions et chiffres clés

Définitions

Quels mots faut-il employer ?

Plusieurs expressions et mots sont utilisés pour **désigner les « personnes âgées »** mais ils ne relèvent pas toujours les mêmes réalités. Par exemple, certains renvoient à l'âge comme « 3ème » et « 4ème » âges ou les expressions « avancée en âge » ou « personnes âgées ». La question se pose alors « *à partir de quand devient-on âgé ?* ». Pour le Conseil économique, social et environnement (CESE), d'autres expressions comme "sages" ou "ainées" « introduisent des éléments positifs (le recul, le savoir, la sagesse) pour contrecarrer les "moins" qu'on associe à l'âge (moins d'aptitude, moins de résistance…) »[1]. Tandis que d'autres expressions « montrent la centralité dans nos sociétés du lien au travail : c'est le cas bien sûr du mot "retraité" (qui renvoie aux droits de la personne qui a travaillé) mais aussi plus récemment du terme "senior" qui est une réaction à la représentation trop négative du vieillissement au travail »[2]. Et pour finir il y a les expressions « vieillesse » et « vieux » qui sont parfois utilisées, mais alors à « *quel âge est-on vieux ?* »[3].

Le terme « sujet âgé », qui est souvent utilisé dans le domaine médical, fait quant à lui référence à trois grandes catégories de personnes âgées : les personnes qui vieillissent en bonne santé, les sujets âgés fragiles et les sujets âgés malades, proches de leur fin de vie[4].

Concernant la désignation des personnes ciblées par les **recommandations nutritionnelles**, il existe là aussi différentes utilisations. Le **Haut conseil de santé publique (HCSP)** dans son rapport de 2021 sur les recommandations nutritionnelles pour les personnes âgées propose des critères d'âge pour les termes « séniors », « personnes âgées » et « grand âge » : « le croisement entre des critères d'âge et d'état de santé a conduit le Centre d'Analyse Stratégique en 2010 à considérer trois groupes d'âge : les "séniors" entre 50 et 75 ans, les "personnes âgées", au-delà de 75 ans et enfin le "grand âge" au-delà de 85 ans »[5]. En ce qui concerne les recommandations sur l'alimentation du PNNS les personnes âgées ont des recommandations spécifiques à partir de 75 ans. La **Haute autorité de santé (HAS)** quant à elle a publié en 2021 un rapport sur le « Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus ». Dans un rapport de 2022[6] de l'**European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN)**, quant à elle, précise en introduction que les personnes âgées sont généralement définies comme étant âgées de plus de 65 ans.

Par ailleurs, la **Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES)**, analyse la répartition des personnes qui sont dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées en fonction de l'âge, du sexe ou du niveau de dépendance. Les tranches d'âge de la Drees démarrent à partir de « moins de 70 ans » (puis de 70 à 74 ans, de 75 à 79 ans et ainsi de suite) jusqu'à 95 ans ou plus[7]. Ce sont les mêmes tranches d'âge pour les personnes vivant à domicile.

Par conséquent, pour le Comité de pilotage, l'utilisation de « **personne âgée** » est semble-t-il l'expression la plus adéquate pour désigner l'ensemble des personnes concernées par le sujet de concertation « L'alimentation comme vecteur du bien

[1] CESE, La prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement, 2023.
[2] Idem.
[3] ENNUYER Bernard, À quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus, Gérontologie et société, 2011/3 (vol. 34 / n° 138), p. 127-142. DOI : 10.3917/gs.138.0127.
[4] Avis 53 du CNA, « Les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques », 2005.
[5] HCSP, « Révision des repères alimentaires pour les personnes âgées », 2021.
[6] ESPEN, ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration ingeriatrics, 2022.
[7] Drees, Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées - Premiers résultats de l'enquête EHPA 2019, 2022, page 4.

vieillir ». Néanmoins, lorsque cela sera nécessaire, il sera important de **préciser l'âge de la personne ou du groupe de personne concerné**.

Définitions

Les **établissements** qui accueillent les seniors sont principalement les **établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)**, les **résidences autonomie** [qui doivent depuis 2015 prévoir une ou plusieurs convention avec des EHPAD voisins] et les **unités de soins de longue durée** » (Source : INSEE). Ces établissements sont autorisés par l'Agence régional de santé (ARS) et le Conseil départemental ou le Conseil départemental uniquement. Il existe également d'autres établissements comme les **résidences services séniors (RSS)**, les **colocations** et les **habitats inclusifs** qui sont peu réglementés bien qu'ils accueillent parfois un public vulnérable (comme les habitats inclusifs spécialisés Alzheimer par exemple).

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une prestation qui permet de **financer les dépenses d'aide** auxquelles font face les personnes de 60 ans ou plus en perte d'autonomie, qu'elles résident à domicile ou en établissement. Elle est ouverte aux personnes classées dans les **GIR 1 à 4** (Source : INSEE). Aux termes de l'article L.232-1 du code de l'action sociale et des familles, « toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie - APA - permettant une prise en charge adaptée à ses besoins ». L'APA est destinée aux personnes qui, « [...] nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide **pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dans l'état nécessité une surveillance régulière** »[8].

Le **groupe iso-ressources** (GIR) « correspond au niveau de **perte d'autonomie d'une personne âgée**. Il est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR. Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible. »[9]

Dépendance et perte d'autonomie : La « **dépendance** des personnes âgées est définie pour la première fois [dans] la loi du 24 janvier 1997[10] […] [et fait] référence au besoin, pour une personne d'être aidée dans les actes ordinaires de la vie »[11]. L'autonomie quant à elle, est « le fait pour une collectivité de de se gouverner par ses propres lois. Par analogie, c'est, pour une personne, **la faculté de se déterminer par soi-même, d'agir librement** (CNRTL, 2015). **La perte d'autonomie serait alors le fait de ne plus avoir cette capacité**.

Ainsi les termes de « dépendance » et de « perte d'autonomie » peuvent tous deux s'appliquer à un certain nombre de situations, mais ils ne sont pas substituables en général : une personne peut avoir besoin d'aide dans les actes de la vie quotidienne sans pour autant avoir perdu son autonomie, au sens de capacité de choix et d'auto-détermination »[12]. La DREES précise néanmoins que « les termes de « dépendance » et de « perte d'autonomie » ne font pas l'objet d'une définition unique et consensuelle, et leur acceptation peut donc varier d'une étude à l'autre – les deux termes étant parfois utilisés comme synonymes par certains auteurs »[13].

Les maladies avec des troubles neurocognitifs sont la cause principale de perte d'autonomie[14].

L'environnement alimentaire : désigne l'**ensemble des éléments extérieurs aux individus ayant une influence sur leurs comportements alimentaires** : environnement social (famille, collègues, amis, etc.), environnement physique (quartier, lieu de travail, modes et temps de transports, possibilité de pratiquer un exercice physique, etc.), environnement commercial (commerces alimentaires, offre alimentaire en restauration hors-domicile et dans les lieux de distribution, e-commerce, information sur les produits, marketing et publicité), environnement géographique (variabilités agricoles entre territoires, notamment entre zones urbaines et rurales), environnement éducatif (programmes scolaires en lien avec l'alimentation, transmission d'informations relatives à l'aliment proposé, à ses propriétés et ses conséquences nutritionnelles, sanitaires et environnementales, ainsi qu'aux modes de production, transformation, distribution et préparation des produits),

[8] Article L.232-1 du code de l'action sociale et des familles.
[9] Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, Comment le GIR est déterminé ?, Mis à jour le 23/11/2022.
[10] Loi du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance (PSD).
[11] Drees, Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain, Les dossiers de la Drees, décembre 2016, page 4.
[12] *Ibid.*
[13] *Ibid.*
[14] Feuille de route maladies neurodégénératives 2021-2022.

environnement culturel (normes socio-culturelles propres aux groupes d'appartenance, cultures et socialisations alimentaires, etc.).

Ces différents éléments interagissent avec des facteurs individuels (modes de vie, savoir-faire, genre, âge, état de santé, etc.) pour déterminer les attitudes, habitudes et préférences alimentaires des consommateurs et les contraintes auxquelles ils font face. L'environnement alimentaire peut être modifié par les politiques publiques, via des actions qui peuvent cibler ou non l'alimentation (politiques d'alimentation, de santé publique, d'aménagement du territoire, politiques économiques et sociales, culturelles, etc.). Les acteurs de la chaîne alimentaire ainsi que les citoyens jouent également un rôle dans l'évolution de l'environnement alimentaire. (CNA, Avis n°90, 2022)

Chiffres clés

Vieillissement de la population

« Au 1er janvier 2022, 14,3 millions **de personnes résidant en France ont 65 ans ou plus**, soit 21 % de la population. 57 % des seniors sont des femmes et, du fait de leur plus grande longévité, leur part croît avec l'âge : elles représentent 53 % des personnes âgées de 65 ans, 57 % de celles de 80 ans et 77 % de celles de 95 ans ».[15]

« La **vie à domicile est** majoritaire **chez les seniors** (96 % des hommes et 93 % des femmes en 2016), y compris parmi les nonagénaires. **L'hébergement en établissement augmente rapidement à partir de 80 ans** : 42 % des femmes et 27 % des hommes à 95 ans, contre 4 % à 80 ans pour les deux sexes ».[16] « À 90 ans, encore 79 % des personnes résident à domicile ».[17] En décembre 2019, 59% des personnes bénéficiaires payées au titre de l'APA, c'est-à-dire considérées comme dépendantes, vivent à domicile[18].

Etat des lieux de santé des personnes de plus de 65 ans en France (Source : Santé publique France)

« Aux premiers rangs des maladies chroniques avec un lourd fardeau : les pathologies cardio et neuro-vasculaires, les troubles neurocognitifs majeurs (comme la maladie d'Alzheimer), les maladies respiratoires chroniques (comme la BPCO), le diabète et le cancer du poumon.

Une augmentation de la prévalence des maladies chroniques est attendue dans les prochaines années en raison du vieillissement de la population et de l'amélioration de la survie des malades. »

Chiffres liés à l'aide

L'aide et l'action sociales majoritairement portées par les collectivités locales

En 2020, « l'aide et l'action sociales représentent 10 % des dépenses de protection sociale. Elles sont financées pour près de la moitié par les conseils départementaux et les collectivités à statut particulier (la collectivité de Corse, la métropole de Lyon, la Ville de Paris et les collectivités territoriales uniques de Guyane, Martinique et Mayotte.) et pour un tiers par les organismes de sécurité sociale. Les communes et l'État y contribuent également, mais pour des montants moindres. Les conseils départementaux y consacrent 70 % de leur budget de fonctionnement »[19]. Fin 2017, les départements ont octroyé 1,5 million **de mesures d'aide sociale aux personnes âgées** (60 ans ou plus). L'**allocation personnalisée d'autonomie (APA) en représente les** neuf dixièmes. Les dépenses annuelles associées à cette allocation s'élèvent à 5,9 milliards d'euros (Md€) en 2017[20].

En décembre 2019, 1 333 541 **personnes ont été bénéficiaires payées au titre de l'APA**, dont 785 320 à domicile et 548 221 en établissement (DREES, Enquête Aide sociale). Fin 2020, 9 % **des 65 ans ou plus bénéficient de l'APA**. Cette part augmente rapidement à partir de 75 ans : de 3 % entre 70 et 74 ans, elle passe à 6 % pour les 75-79 ans, 12 % pour les 80-84 ans, 24 % pour les 85-89 ans, 44 % pour les 90-94 ans et 68 % pour les 95 ans ou plus. Aux âges avancés, **les femmes sont beaucoup plus fréquemment dans des situations de dépendance reconnues que les hommes**, puisque 14 % d'entre elles

[15] Insee, Femmes et hommes, l'égalité en question, Insee Références, édition 2022.
[16] Insee, Fiche 5.2 – Perte d'autonomie, Insee Références, édition 2022.
[17] Insee, Femmes et hommes, l'égalité en question, Insee Références, édition 2022.
[18] En décembre 2019, 1 333 541 personnes ont été bénéficiaires payées au titre de l'APA, dont 785 320 à domicile et 548 221 en établissement (DREES, Enquête Aide sociale).
[19] Drees, L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion, Édition 2022.
[20] Insee, Tableaux de l'économie française, Édition 2020.

perçoivent l'APA entre 80 et 84 ans, 28 % entre 85 et 89 ans et 56 % après 90 ans, contre respectivement 8 %, 17 % et 36 % des hommes.[21]

À tout âge, **les bénéficiaires de l'APA vivent plus souvent à domicile qu'en établissement**, excepté pour les femmes de 90 ans ou plus.[22]

En France métropolitaine, 3,9 millions **de proches aidants** sont déclarés par les seniors.[23] En 2015, « 3 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile déclarent être aidées régulièrement pour les activités de la vie quotidienne […]. Elles reçoivent le plus souvent une aide pour le ménage et les courses. »[24]

Près de la moitié **des personnes âgées aidées le sont uniquement par leur entourage**, tandis que 19 % **le sont uniquement par des professionnelles et professionnels**, le reste recevant à la fois une aide de l'entourage et d'aidantes et aidants professionnels. **Le nombre d'aidants augmente avec le niveau de dépendance**. Environ une femme aidée sur cinq et presqu'un homme aidé sur deux le sont uniquement par leur conjoint. 59,5 % des aidants et aidantes des personnes âgées vivant à domicile sont des femmes (Source : DREES, L'aide et l'action sociales en France, édition 2020).

Chiffres liés aux établissements d'hébergement pour personnes âgées

D'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), fin 2019, « 730 000 **personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées**, soit un nombre très légèrement supérieur à celui de 2015 ». Il existe plusieurs types d'institutions :

- **Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)** : lieux d'hébergement médicalisés et collectifs qui assurent la prise en charge globale de la personne âgée
- **Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)** : établissements collectifs non médicalisés destinés à héberger des personnes âgées disposant encore d'une bonne autonomie physique
- **Résidences autonomie (anciennement « logements-foyers »)** : établissements proposant un accueil en logement regroupé aux personnes âgées, assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif
- **Établissements de soins de longue durée (USLD)** : établissements rattachés à des hôpitaux qui assurent un hébergement de longue durée aux personnes âgées dépendantes dont l'état de santé nécessite des soins médicaux lourds et une surveillance médicale constante[25]

Tableau 2 Répartition des résidents selon leur niveau de dépendance par catégorie d'établissement, au 31 décembre 2015

Catégorie d'établissement	Part des résidents (en %)						
	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Total
Ehpad	**17,6**	**36,6**	**17,1**	**20,0**	**5,3**	**3,4**	**100**
Ehpad privés à but lucratif	17,5	39,3	17,9	18,4	4,3	2,7	100
Ehpad privés à but non lucratif	16,1	35,6	17,0	21,0	5,9	4,4	100
Ehpad publics	18,5	36,0	16,9	20,1	5,4	3,1	100
EHPA	**3,5**	**12,5**	**14,3**	**26,5**	**14,4**	**28,8**	**100**
USLD	**40,2**	**41,9**	**9,9**	**6,5**	**1,1**	**0,4**	**100**
Résidences autonomie	**0,2**	**1,4**	**4,0**	**17,2**	**16,1**	**61,2**	**100**
Ensemble des établissements	**16,4**	**32,4**	**15,2**	**19,1**	**6,5**	**10,4**	**100**

Lecture > En 2015, 17,6 % des résidents en Ehpad sont classés en GIR 1.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, structures d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.
Source > DREES, enquête EHPA 2015.

Parmi les personnes qui fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées, plus de 80 % d'entre elles résident en **Ehpad**[26]. Ces établissements « accueillent les résidents les plus âgés : la moitié des personnes accueillies dans

[21] Insee Références – Édition 2022 – Fiche 5.2 – Perte d'autonomie.
[22] *Ibid.*
[23] DREES, L'aide et l'action sociales en France, Fiche 13 : La perte d'autonomie et les aidants, édition 2020.
[24] Brunel, M., Latourelle, J., Zakri, M. (2019, février). Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien, DREES, Études et Résultats, 1 103.
[25] DREES, enquête EHPA, 2015.
[26] DREES, Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, juillet 2022.

ces établissements ont 88 ans et 7 mois ou plus et seuls 18 % ont moins de 80 ans ». Cette tendance tend à évoluer puisqu'entre 2015 et 2019, **la population en établissement a vieilli** (« la moitié des résidents (tous établissements et types d'accueil confondus) ont plus de 88 ans, soit 7 mois de plus qu'en 2015 […] »). « Cette augmentation, en grande partie due à **l'allongement de l'espérance de vie**, est également le reflet de l'avancée en âge des générations nées dans l'entre-deux-guerres. Ces dernières sont en effet plus nombreuses que celles nées pendant la Première Guerre mondiale, au cours de laquelle la natalité avait baissé ». Dans le même temps, **le niveau moyen de dépendance des résidents s'accroît** entre 2011 et 2019. En 2011, toutes catégories d'établissement et de modalités d'accueil confondues, 81 % [des résidents présentaient un GIR 1 à 4 contre] 83 % en 2015 et […] 85 % en 2019 ».[27]

D'après la Drees, « au 31 décembre 2019, près de 11 000 structures d'hébergement pour personnes âgées proposent 770 000 places d'accueil ». On constate une « augmentation des capacités d'accueil depuis 2007 » et ce, « particulièrement pour les résidences autonomie (+10 % entre 2015 et 2019) »[28]. « Les **taux d'occupation** sont légèrement plus élevés dans le public – où 98 % des places sont occupées – que dans le secteur privé à but lucratif – avec un taux d'occupation à 94 % ». « Les résidences autonomie accueillent globalement, en proportion de leur nombre total de places disponibles, moins de résidents en 2019 qu'ils n'en accueillaient en 2015, une tendance à la baisse déjà observée entre 2011 et 2015, mais qui s'est amplifiée depuis. […] Au total, fin 2019, 14 % des résidents sont hébergés en résidence autonomie, majoritairement dans des structures publiques. »[29]

[27] *Ibid.*
[28] *Ibid.*
[29] *Ibid.*