

# Etat fonctionnel des personnes âgées vivant à domicile en Île-de-France

---

*Prévalences et inégalités face à la perte d'autonomie  
en Île-de-France*

*Décembre 2013*

## Remerciements

Nous tenons à remercier la Drees et l'Insee pour la mise à disposition des données de l'enquête Handicap-Santé.

Nous adressons nos vifs remerciements aux membres du groupe d'appui scientifique de l'ORS Île-de-France pour ses conseils méthodologiques.

Nous tenons particulièrement à remercier les personnes suivantes pour leur aide méthodologique, leur relecture attentive du rapport et/ou de la synthèse ainsi que pour l'intérêt et la disponibilité qu'ils ont manifestés :

Nathalie Beltzer (ORS Île-de-France)

Christine Canet (ORS Île-de-France)

Edouard Chatignoux (ORS Île-de-France)

Catherine Embersin-Kyprianou (ORS Île-de-France)

Maude Espagnacq (Drees)

Florence de Maria (InVS)

Nathalie Sénécal-Garnier (ORS Île-de-France)

Citation recommandée : Laborde C. Etat fonctionnel des personnes âgées vivant à domicile en Île-de-France. Prévalences et inégalités face à la perte d'autonomie en Île-de-France. Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France (ORS), 2013, 91 p.

Disponible en ligne : <http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2013/EtatFonctionnelPA.pdf>

---

## Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>5</b>
<b>1. Concepts et contexte</b>	<b>11</b>
1.1. Concepts autour de la perte d'autonomie	12
1.2. Inégalités face au processus de perte d'autonomie	14
1.3. Contexte francilien	15
1.4. Âge d'entrée dans la vieillesse	19
<b>2. Données et méthodes</b>	<b>21</b>
2.1. Enquête Handicap-Santé-Ménages	22
2.2. Population d'étude	23
2.3. Critère social retenu	25
2.4. Indicateurs d'incapacité retenus	26
2.5. Interprétation des indicateurs	31
2.6. Méthodes	32
<b>3. Résultats</b>	<b>35</b>
3.1. Perte d'autonomie et prévalences en Île-de-France	36
3.2. Effets de l'âge dans le processus de perte d'autonomie	47
3.3. Ampleur des inégalités à double détente dans le processus de perte d'autonomie	62
<b>4. Conclusion</b>	<b>71</b>
<b>Références</b>	<b>79</b>
<b>Annexes</b>	<b>85</b>



# Introduction

La France, comme d'autres pays, connaît aujourd'hui une double transition, à savoir une transition démographique et une transition épidémiologique. Depuis les années 1970, le vecteur de la transition démographique a changé : ce n'est plus le recul de la mortalité infantile mais la baisse de la mortalité aux âges avancés qui conduit au vieillissement de la population (Aquino, 2013). Ce qui a pour effet direct d'augmenter la part des personnes âgées dans la population totale mais surtout des personnes très âgées : en 2015 les personnes âgées de 75 ans et plus représenteront 9,3% de la population totale ; en 2060, l'Insee prévoit qu'elles représenteront 16,2%<sup>1</sup>. La transition épidémiologique<sup>2</sup> s'explique par le fait que des maladies auparavant létales sont devenues des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, cancers, etc.). Ces maladies ont un fort potentiel invalidant (Verbugge, 1995). Du fait de cette double transition, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie va très probablement croître dans les années à venir. L'Insee estime que, en France, 1 200 000 personnes seront dépendantes en 2040 contre 800 000 en 2006 (Duée et Rebillard, 2006).

L'accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes a des conséquences directes sur l'organisation de leur prise en charge. La prise en charge des personnes âgées dépendantes n'a pas toujours été assurée par la collectivité. Elle a longtemps été à la charge des familles du fait d'une médecine moins efficiente, d'une organisation familiale différente, de la rareté des établissements pouvant les héberger. Ce n'est qu'après la révolution industrielle, à partir du 17<sup>ème</sup> siècle, que s'est développée la prise en charge collective des personnes âgées dépendantes du fait des progrès de la médecine et de l'organisation sanitaire (EHESP, 2012). Dans les années 1960, le rapport Laroque a marqué une rupture avec la politique de l'institutionnalisation en encourageant la politique de maintien à domicile et en affichant la nécessité de fournir aux personnes âgées les moyens de garder une place dans la société (Haut Comité Consultatif de la population et de la famille, 1962). Aujourd'hui notre société se propose d'apporter des éléments de réponse à travers la loi Autonomie, prévue pour fin 2013. Ce projet de loi comprendra trois grands volets : « anticipation-prévention », « adaptation de notre société au vieillissement » en matière de logement, d'urbanisme, de transports et « accompagnement de la restriction d'autonomie » pour lequel il faut organiser le soutien à domicile ou une entrée en établissement.

---

<sup>1</sup> Ces projections sont éditées sur le site de l'Insee (consulté en octobre 2013) : [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATTEF02164](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02164)

<sup>2</sup> La transition épidémiologique est la « période de baisse de la mortalité qui accompagne la transition démographique ». Elle s'accompagne d'une amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et de l'organisation des services de santé et d'une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents. » Définition relevée sur le site internet de l'Ined :

<http://www.ined.fr/fr/lexique/bdd/mot/Transition+%C3%A9pid%C3%A9miologique/motid/106/>

Avec plus de 2 millions d'individus âgés de 60 ans et plus en 2008, l'Île-de-France est la région qui compte le plus de personnes âgées du fait de sa forte concentration géographique (18,8% de la population métropolitaine). L'Insee prévoit qu'ils seront 2,6 millions en 2020. Si le taux global de dépendance devrait rester plutôt stable en Île-de-France (12,5% des 75 ans et plus en 2005 et 12,6% en 2020), les effets du vieillissement conduiront mécaniquement à un nombre de plus en plus important de personnes âgées dépendantes (+ 28 400 personnes âgées de 85 ans et plus dépendantes entre 2005 et 2020) (Salembier, 2009a). Le maintien à domicile est particulièrement développé en Île-de-France. Ainsi, en 2008, 89% des Franciliens âgés de 80 ans ou plus vivent à domicile, dont un peu moins de la moitié seuls<sup>3</sup>. Le moindre taux d'équipement de la région francilienne en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) explique en partie un maintien à domicile plus fréquent (en Île-de-France, en 2010, 74 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus contre 95 au niveau national<sup>4</sup>). Face à ce constat, l'Agence régionale de santé (ARS) et le Conseil régional se mobilisent pour faciliter le maintien des personnes âgées à domicile. A titre d'exemple, le Conseil régional a mis en place un dispositif régional pour contribuer aux dépenses d'adaptation de logements sociaux ou privés. L'ARS rappelle dans son Plan Stratégique Régional de Santé 2011-2016 que « la promotion du respect du libre choix des personnes est un enjeu particulièrement fort (...) pour les personnes dépendantes, notamment s'agissant du maintien à domicile des personnes » (ARS IDF, PSRS 2011)<sup>5</sup>. Ce qui conduit l'ARS « à poser la structuration des soutiens au maintien à domicile comme un objectif majeur de son action » (*Ibid.*, 2011)<sup>6</sup>.

Dans ce contexte, il importe d'évaluer les conditions de santé des personnes âgées qui vivent majoritairement à domicile. Dans les études sur les personnes âgées, on parle souvent de vieillesse que l'on associe fréquemment à la dépendance : les estimations et les projections du nombre de personnes âgées sont quasi-systématiquement assorties du nombre de personnes âgées dépendantes. Très informatifs, ces chiffres sont indispensables aux décideurs publics pour connaître les besoins futurs et adapter les dispositifs d'aide et de prise en charge. Toutefois, ces indicateurs ne documentent que très partiellement les situations de santé des personnes âgées. En effet, étudier la vieillesse seulement à travers la dépendance conduit à une sous-estimation des périodes critiques de mauvais état fonctionnel puisque ne sont pas considérés les états qui, sans correspondre à de la dépendance grave, peuvent nécessiter une aide ponctuelle (Cambois *et*

---

<sup>3</sup> Source : Score Santé (consultable <http://www.scoresante.org/score2008/sindicateurs.html>)

<sup>4</sup> Le taux d'équipement en EHPAD à l'échelle régionale est produit par la Fnors à partir de données fournies par la Drees (Données Statiss), et l'Insee (Estimations de population). Le taux est disponible sur le site de Score Santé : <http://www.scoresante.org/score2008/sindicateurs.html> (Vu en octobre 2013)

<sup>5</sup> Agence Régionale de Santé Île-de-France. Plan Stratégique 2011-2016, Projet Régional de Santé, oct 2011, p.75

<sup>6</sup> *Op. cit.*, p.75

al. 2011a). Etudier les différentes situations de mauvais état fonctionnel permet donc une meilleure évaluation des besoins de la population francilienne. Mais l'enjeu actuel n'est pas seulement d'anticiper les besoins futurs de la prise en charge de la dépendance, mais aussi de limiter la probable progression du nombre de personnes âgées dépendantes (Cambois *et al.*, 2003b). Or le processus de perte d'autonomie n'est pas inéluctable : les travaux de Verbugge montrent que le recours à une aide adaptée (humaine, technique ou mixte) réduirait les difficultés importantes pour 75-85% des individus et les résoudrait complètement pour 25% d'entre eux (Verbugge, 1997). Le recours à une aide adaptée permettrait ainsi aux personnes âgées de préserver leur autonomie et de rester au maximum à domicile (Cambois *et al.*, 2003b).

Limiter la progression de la dépendance dans la population âgée et donc réduire les besoins d'aide et d'assistance suppose une meilleure compréhension de ce qui induit une situation de dépendance. La perte d'autonomie est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un processus au cours duquel les maladies altèrent les fonctions qui à leur tour engendrent des restrictions dans les activités. Etre dans une situation de dépendance est donc non seulement lié au risque de présenter des problèmes fonctionnels mais aussi au risque de développer des restrictions dans les activités du quotidien du fait de problèmes fonctionnels. Il convient donc de rendre compte des disparités de risque entre groupes de population dans la dégradation fonctionnelle pour mettre en évidence les déterminants du passage d'un stade à l'autre dans le processus qui mène à la perte d'autonomie. Outre les effets de l'âge, les *disability studies* ont mis en évidence d'importantes différences selon le sexe et la catégorie sociale : les femmes déclarent davantage de limitations fonctionnelles et de restrictions d'activité que les hommes (Cambois et Robine, 2003a ; Guerra *et al.*, 2009 ; Zunzunegui *et al.* 2009) ; les conditions socio-économiques défavorables sont associées à un risque plus élevé de limitations fonctionnelles (Rautio *et al.*, 2001 ; Birnie *et al.*, 2011) et de restrictions d'activité (Jagger *et al.*, 2007 ; Ramsay *et al.*, 2008). Des études ont montré également que si les femmes sont davantage exposées à des limitations fonctionnelles génératrices de restrictions d'activité, elles sont moins nombreuses à déclarer une restriction sévère en tenant compte des différences d'âge et de limitation fonctionnelles (Cambois et Robine, 2003b). Plus rares sont les travaux qui se sont attachés à mettre en évidence les inégalités régionales, sur le territoire français, face au processus de perte d'autonomie. En Île-de-France, deux études récentes montrent que les Franciliens présentent des prévalences plus faibles face aux différents stades du processus de perte d'autonomie. Mais cet avantage se perd après 60 ans (Embersin-Kyprianou et Chatignoux, 2013) notamment parmi les femmes (Beltzer, 2013). Une étude menée en 2008 à partir de l'enquête santé 2002-2003 portait sur les inégalités sociales<sup>7</sup> et les inégalités régionales (dont

---

<sup>7</sup> La première partie du rapport d'étude sur les inégalités sociales a donné lieu à la publication de Cambois E. Laborde C. et Robine JM . « La double peine des ouvriers: plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte", *Population et sociétés* n° 441, janvier 2008.

l'Île-de-France) face aux espérances de vie sans incapacité (EVSI) à travers cinq indicateurs d'incapacité (Cambois, Laborde et Robine, 2008). Les résultats montrent également que l'avantage francilien se perd à partir de 60 ans : avec une espérance de vie plus longue, les Franciliens passent aussi plus de temps que les non-Franciliens avec des maladies ou des incapacités, bien que la structure sociale reste favorable à ces âges-là.

Dans cette nouvelle étude, nous proposons de répondre à deux objectifs en mobilisant les données de l'enquête Handicap-Santé-Ménages 2008<sup>8</sup> :

- Le premier objectif est de décrire l'état fonctionnel des personnes âgées à domicile en approchant les différents stades du processus de perte d'autonomie (maladies, limitations fonctionnelles, restrictions d'activité). Il s'agit donc de travailler sur une définition large de l'état fonctionnel en s'intéressant aux situations de grave dépendance, qui nécessitent une aide humaine quotidienne, mais aussi aux états fonctionnels dégradés, qui peuvent nécessiter une aide technique ou humaine ponctuelle. Cet état des lieux donne de nouvelles informations qui permettent de mieux évaluer les besoins de prise en charge de la population âgée francilienne vivant à domicile.
- Le deuxième objectif est d'analyser les déterminants du passage d'un stade du processus de perte d'autonomie à l'autre, à savoir des limitations fonctionnelles vers les restrictions d'activité. Cette analyse nous permet de mettre en évidence des groupes de population en Île-de-France (comme les plus âgés, les femmes, les ouvriers) qui sont plus à risque d'être restreints dans leurs activités et de perdre leur autonomie. Nous soulignons également les spécificités de l'Île-de-France. Cette étude permet une meilleure compréhension de ce qui induit une situation de dépendance et aura des implications directes en matière de santé publique pour limiter le nombre de personnes âgées dépendantes.

Dans ce rapport nous présentons les concepts utilisés (1) et les données mobilisées (2) pour mesurer le niveau d'autonomie et décrire les inégalités sociales et territoriales de santé. Nous présentons ensuite les résultats (3) en trois sous-parties. Dans un premier temps, nous fournissons les taux de prévalences des différents stades du processus de perte d'autonomie en Île-de-France (3.1) ; puis nous étudions les effets de l'âge sur le risque de dégradation fonctionnelle (3.2) ; enfin nous étudions les inégalités de sexe, sociales et territoriales face au processus de perte d'autonomie (3.3). En conclusion, nous reprenons les résultats principaux, les discutons et proposons des recommandations de politiques publiques (4).

---

<sup>8</sup> L'enquête Handicap-Santé-Ménages a été réalisée par la Drees et l'Insee. Présentation des enquêtes Handicap-Santé (2008-2009) : [http :www.drees.sante.gouv/article4267.htm](http://www.drees.sante.gouv/article4267.htm)

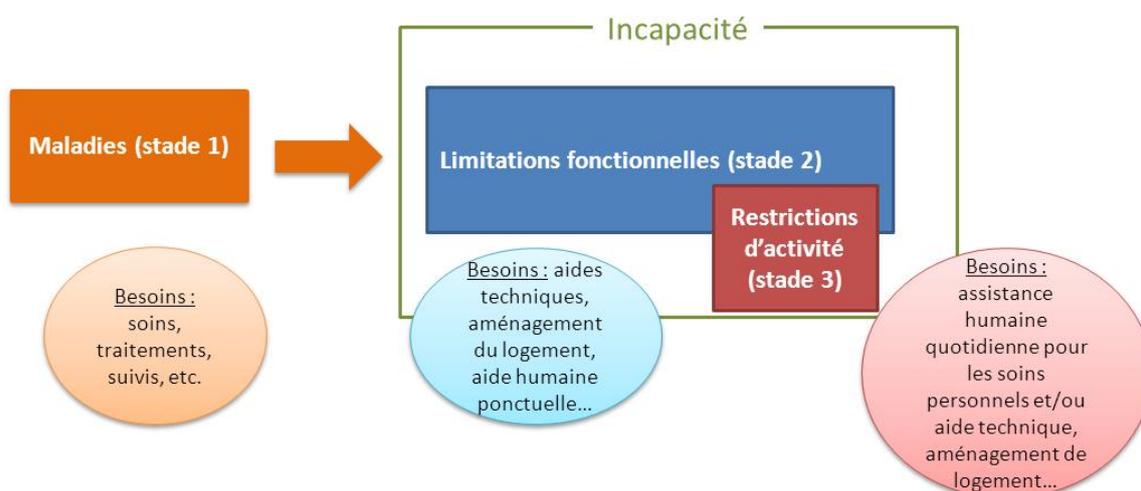


# 1. Concepts et contexte

## 1.1. Concepts autour de la perte d'autonomie

En 2001, l'appréhension des situations de handicap et de dépendance a évolué avec la mise en place de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) mise en place par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2002). La CIF marque une rupture conceptuelle du handicap avec la Classification internationale des handicaps (CIH-2), (OMS, 1980). La CIF a été conçue pour prendre en compte les facteurs individuels et environnementaux et pallier ainsi une approche encore trop spécifiquement biomédicale de la CIH-2 (Barral, 1999 ; Roussel, 1999). Elle décrit le concept de la restriction de participation sociale et expose les relations entre les maladies, les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité. La restriction de participation y est décrite comme un processus au cours duquel les maladies chroniques provoquent une altération des fonctions qui à son tour engendre une restriction de participation sociale (Figure 1). Par exemple, souffrir d'arthrose entraînera des difficultés pour marcher ou se servir de ses doigts qui pourront entraîner une restriction d'activité comme se déplacer hors du domicile, réaliser les tâches ménagères, bricoler. Chez les personnes âgées, c'est souvent plusieurs restrictions d'activité importantes qui conduisent à une perte d'autonomie. Cette étude adopte le concept de la perte d'autonomie développée dans la CIF par l'OMS. L'état fonctionnel de la population âgée francilienne résidant à domicile sera donc appréhendé à partir des trois stades principaux qui caractérisent ce processus : les maladies (stade 1), les limitations fonctionnelles (stade 2) et les restrictions d'activité (stade 3).

**Figure 1.** Processus de perte d'autonomie



Les limitations fonctionnelles (stade 2) correspondent à une diminution ou à la perte de fonctions sensorielles, motrices, intellectuelles, psychiques ou cognitives. Elles sont appréhendées par la présence de difficultés concernant des actions (voir, marcher, saisir avec ses mains, se souvenir). Elles déterminent l'état fonctionnel de l'individu indépendamment de toute

aide, qu'elle soit humaine, technique ou qu'il s'agisse de l'aménagement de son logement. Elles sont mesurées dans les enquêtes en population générale en termes d'aptitude – peut ou ne peut pas faire telle ou telle action (Cambois et Robine, 2003a). Les restrictions d'activité (stade 3) font référence aux difficultés rencontrées dans les activités du quotidien seul, sans l'aide d'une tierce personne (se laver, se nourrir, réaliser les tâches ménagères, utiliser un moyen de transport). Elles sont mesurées en termes de performances – réalise ou ne réalise pas telle activité. Si les questions sur les limitations fonctionnelles excluent toute aide technique et humaine, les restrictions d'activité intègrent l'usage d'une aide technique mais excluent le recours à une assistance humaine. Si une personne âgée a des difficultés pour marcher sans canne, elle aura une limitation fonctionnelle. Mais si elle peut faire ses courses seule grâce à une canne ou un déambulateur, alors elle n'aura pas de restriction pour cette activité. Les restrictions d'activité permettent d'évaluer les conséquences réelles des limitations fonctionnelles (*Ibid.*, 2003a). On aura donc parmi les individus qui ont des limitations fonctionnelles, ceux qui arrivent à les compenser, ceux qui n'ont pas besoin de les compenser, ceux qui ont des restrictions d'activité. Il apparaît en effet que la plupart des personnes qui entament un processus de dégradation fonctionnelle passent d'abord par le stade limitations fonctionnelles sans restrictions d'activité, ce qui induit une évolution par stades (Cambois et Lièvre, 2004). La littérature montre que les limitations fonctionnelles, et particulièrement des membres inférieurs, sont prédictives d'une incapacité future (Lawrence et Jette, 1996).

Les différentes situations que nous allons étudier correspondent à des besoins différents en termes de prise en charge (Figure 1). Les maladies (stade 1) nécessitent plutôt des soins, des traitements et suivis. Les limitations sensorielles et motrices (stade 2) font plutôt référence à une compensation d'ordre technique (aides techniques de type canne, rampe ou aménagement du logement) ; les limitations intellectuelles, psychiques ou cognitives (stade 2) correspondent plutôt à une sollicitation d'une aide humaine ponctuelle. Les restrictions d'activité (stade 3) peuvent conduire à une sollicitation d'aide humaine quotidienne, notamment pour les soins personnels, et correspondre à une situation de dépendance grave. Ces caractéristiques générales ne doivent pas nous faire oublier que chaque limitation fonctionnelle ou restriction d'activité correspond à un besoin spécifique en santé, et que dans la réalité, différentes réponses peuvent être requises : deux individus avec le même problème fonctionnel peuvent vivre des situations très différentes et avoir des besoins distincts.

Le processus de perte d'autonomie n'est pas inéluctable et peut être réversible : une maladie (stade 1) ne conduit pas systématiquement à des limitations fonctionnelles (stade 2) ; une limitation fonctionnelle n'engendre pas systématiquement une restriction dans les activités (stade 3). Le risque d'avoir une limitation fonctionnelle suite à une maladie chronique est inéquitable. Il dépend de la nature, de la sévérité de la maladie, des conditions de vie (Cambois et Laborde, 2008). Le risque d'avoir une restriction d'activité (stade 3) du fait de limitations fonctionnelles (stade 2) est également inéquitable. Cela dépend de la sévérité des atteintes, des

ressources des personnes, des aides techniques dont elles disposent (Verbugge *et al.*, 1997), de la possibilité et de la capacité à aménager son logement pour éviter le déclin fonctionnel (Renaut, 2011). On peut parler d'inégalités à double détente. Si le risque d'être exposé à une maladie est inégal, le risque d'avoir un problème fonctionnel est également inéquitable. S'ajoutent à cela les chances inégales de récupérer ou de maintenir un niveau d'activité en dépit de limitations fonctionnelles.

## 1.2. Inégalités face au processus de perte d'autonomie

Les inégalités face au processus de perte d'autonomie reflètent donc des différences dans le risque d'avoir un problème de santé, des différences dans la capacité à disposer de ressources ou d'aides et à les mobiliser. Face au risque d'avoir un problème de santé, la littérature internationale recense de multiples facteurs de risque. Certains sont liés aux conditions de vie (y compris celles vécues pendant l'enfance) (Birnie *et al.*, 2011), d'autres aux conditions de travail (travail de nuit, répétitif, physiquement exigeant, exposition aux produits nocifs pour les plus importants), ou encore aux habitudes de vie (alimentation malsaine, sédentarité ou inactivité motrice, consommation d'alcool et de tabac). Ces facteurs de risque sont inégalement répartis au sein des catégories socio-professionnelles, ce sont les mêmes populations qui cumulent des expositions aux différents facteurs de risque pour la santé et les comportements défavorables à la santé (Drees, 2011). L'importance que prennent les indicateurs de santé (mortalité, morbidité, perte d'autonomie) selon la catégorie socio-professionnelle forme ainsi un gradient social de santé : les cadres présentent des problèmes de santé à la fois moins nombreux et de moindre importance que les ouvriers ; les autres catégories socio-professionnelles s'organisent sur ce gradient, entre ces deux extrêmes (Cambois *et al.* 2001 ; Leclerc *et al.* 2001 ; Monteil et Robert-Bobée, 2005 ; Cambois, Laborde *et al.* 2011a ; Cambois, Laborde *et al.* 2011b).

Les femmes déclarent en moyenne un moins bon état de santé que les hommes. Plus nombreuses dans les tranches d'âges les plus élevés, les femmes sont de fait plus à même de déclarer davantage de problèmes de santé. Cependant les exigences et les représentations en matière de « bonne santé » diffèrent selon le genre : les femmes sont plus attentives à leur état de santé, ont plus souvent recours aux systèmes de soins, à la prévention que les hommes (Montaut, 2010). En ce qui concerne l'état fonctionnel, les femmes âgées déclarent davantage de limitations fonctionnelles et de restrictions d'activité que les hommes du même âge (Cambois *et al.*, 2003 ; Zunzunegui *et al.*, 2009). Zunzunegui et ses collaborateurs ont montré que ces différences de genre ne s'expliquaient pas par une plus grande vulnérabilité des femmes aux mauvaises conditions de vie pendant l'enfance (faim, pauvreté), l'âge adulte (diplôme, profession) ou plus tard (revenu à la retraite) – les expositions aux mauvaises conditions de vie ont le même effet en matière de santé fonctionnelle chez les hommes et chez les femmes

(Zunzunegui *et al.*, 2009). Certains travaux concluent que les femmes déclarent davantage de limitations fonctionnelles que les hommes dans la mesure où les limitations qu'elles déclarent sont moins graves que celles des hommes (Cambois et Lièvre, 2004). Enfin, les femmes sont plus enclines à solliciter l'aide d'une tierce personne pour compenser leurs limitations fonctionnelles et réaliser les activités du quotidien ; les hommes en revanche recourent davantage à une aide technique (Verbugge *et al.*, 1997). Ce qui doit expliquer en partie les différences observées face aux restrictions d'activité.

Les différences observées face au processus de perte d'autonomie peuvent aussi refléter des particularités génétiques rattachées aux origines géographiques, des disparités dans les niveaux d'exposition, à l'accès aux soins ou aides techniques disponibles. Cependant les études épidémiologiques montrent que les disparités géographiques sont le plus souvent attribuables aux différences d'habitudes de vie, notamment l'alimentation, le tabagisme, la sédentarité, la consommation d'alcool, à certaines pratiques alimentaires (Bloch, 2010) et reflèteraient donc surtout des inégalités sociales de santé.

### 1.3. Contexte francilien

L'Île-de-France est une région jeune, caractérisée par son dynamisme économique. L'Île-de-France est aussi une région où vivent et vieillissent des personnes âgées (19% de sa population est âgée de 60 ans ou plus contre 23% au niveau métropolitain) (Tableau 1). Du fait de sa forte concentration démographique (19% de la population française en 2007), l'Île-de-France est la région française qui compte le plus de personnes âgées de 60 ans, soit 2 008 000 individus. L'Île-de-France est confrontée aux problématiques du vieillissement de sa population et particulièrement à la question du maintien à domicile. En effet, vivre à domicile est plus fréquent en Île-de-France que dans les autres régions et ce, notamment aux âges où les situations de dépendance graves commencent à se manifester : 89% des Franciliens de 80 ans ou plus vivent à domicile contre 86% au niveau national<sup>9</sup>. Le moindre taux d'équipement de la région francilienne en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) explique en partie un maintien à domicile plus fréquent (en Île-de-France, 74 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus contre 95 au niveau national) (Tableau 1). L'Île-de-France présente de fortes disparités infrarégionales face à l'institutionnalisation : Paris présente le taux d'institutionnalisation le plus faible (6% des 80 ans et plus) ; en grande couronne, la part de personnes vivant en institution est trois fois plus importante (16%). Ces différences s'expliquent

---

<sup>9</sup> Les données sur la proportion de personnes âgées vivant à domicile ou en collectivité ont été consultées sur le site internet Score Santé (Source : Insee – recensement de la population / exploitation Fnors) : <http://www.scoresante.org/score2008/sindicateurs.html>

par une offre de soins à domicile plus importante et un moindre taux d'équipement en EHPAD à Paris qu'en périphérie (Tableau 1). Très urbain, Paris est confronté à des problèmes d'espace pour construire des établissements d'hébergement pour personnes âgées, problème que l'on retrouve moins en périphérie.

**Tableau 1.** Caractéristiques démographiques et de l'offre de soins pour les personnes âgées en Île-de-France, selon le département de résidence.

	Pourcentage de personnes âgées de 60 ans et plus (1)	Pourcentage de personnes âgées de 80 ans et plus vivant à domicile (2)	Taux d'équipement en EHPAD (pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus) (3)	Taux d'équipement en places de soins infirmiers à domicile (pour 1000 personnes âgées de 65 ans et plus) (4)
<b>France métropolitaine</b>	<b>23%</b>	<b>86%</b>	<b>95</b>	<b>11</b>
<b>Île-de-France</b>	<b>19%</b>	<b>89%</b>	<b>74</b>	<b>11</b>
Paris	19%	94%	27	17
Hauts-de-Seine	18%	89%	74	11
Val-de-Marne	18%	89%	95	10
Seine-Saint-Denis	15%	91%	84	10
Yvelines	18%	85%	55	8
Essonne	17%	84%	121	9
Seine-et-Marne	16%	84%	129	9
Val d'Oise	16%	86%	67	9

*Sources :*

- (1) Insee – Recensement de la population (2008) / Exploitation Fnors
- (2) Insee – Recensement de la population (2008) / Exploitation Fnors
- (3) Drees – Données Statiss, Insee (Estimations de population) (2010) / Exploitation Fnors
- (4) Cnamts – Insee (2010) / Exploitation Fnors

Au maintien à domicile plus fréquent des personnes âgées, s'ajoute en Île-de-France la plus forte propension à vivre seul. Les Franciliens âgés de 65 ans et plus vivant à domicile sont 35% à vivre seuls, contre 32% au niveau national<sup>10</sup>. La part de personnes seules augmente avec l'âge et concerne, à partir de 75 ans, 42% des Franciliens âgés. A Paris, la moitié des personnes âgées de 75 ans et plus vit seules (38.8% en France métropolitaine). Permettre aux personnes âgées, en situation de dépendance fonctionnelle et vivant seules, de continuer à vivre à domicile constitue un enjeu majeur des politiques publiques et nécessite une mise à disposition d'aides techniques et humaines.

Les projections de population de l'Insee concluent à un nombre de personnes âgées de plus en plus important dans les années à venir en France. Le vieillissement démographique se traduit à la fois par un recul de la fécondité (vieillissement par le bas) et par l'allongement de la durée de vie et du vieillissement des générations du baby-boom (vieillissement par le haut). Les travaux de Salembier sur la région francilienne montrent qu'à l'horizon 2020, l'augmentation la plus forte toucherait les Franciliens de 85 ans et plus (soit une croissance de 65% entre 2005 et 2020) ; les 60-74 ans connaîtraient une moindre augmentation (+35%), les 75-84 ans resteraient stables d'ici 2020 (Salembier, 2009a). Quand on évoque le vieillissement de l'Île-de-France et des autres régions, on parle donc de la forte augmentation des 85 ans et plus (âge de survenue des situations de dépendance grave) non compensée par la croissance prévue des générations plus jeunes.

Si la population francilienne est amenée comme toute région à vieillir, le vieillissement de la région est moins rapide que dans les autres régions du fait d'échanges migratoires avec les autres régions et l'étranger (de Biasi, 2010). Actuellement la région la plus jeune de la France métropolitaine, l'Île-de-France le restera en 2040 selon les projections de l'Insee<sup>11</sup> : 24% des Franciliens seraient âgés de 60 ans et plus contre 31% des Français (*Ibid.*, 2010). Les Franciliens de 60 ans et plus changent de région (15% des personnes partant de l'Île-de-France ont 60 ans ou plus). Mais plus que l'âge, ce serait le départ en retraite qui marquerait le départ des Franciliens vers d'autres régions, principalement littorales (IAU, 2013). Dans l'Atlas des Franciliens, on note que les départs pour motifs d'entrée en établissement pour personnes âgées sont rares : seuls 7% des 60 ans ou plus qui ont quitté l'Île-de-France ne vivent pas en 2006 à

---

<sup>10</sup> Les données sur la proportion de personnes âgées vivant seules ont été consultées sur le site internet Score Santé (Source : Insee – recensement de la population / exploitation Fnors)  
<http://www.scoresante.org/score2008/indicateurs.html>

<sup>11</sup> Les projections de population en 2040 sont produites par l'Insee via l'outil Omphale. C'est une application qui comprend un modèle théorique de projection de la population, des bases de données démographiques, des techniques d'analyse démographique et des outils de construction de scénarios pour le futur. Vu le 19 juillet 2013 :  
<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/omphale.htm>

domicile (*Ibid.*, 2013). Le taux de sortie des 60 ans et plus n'est pas homogène selon la dernière profession exercée : les anciens ouvriers et employés à la retraite quittent moins la région que les autres catégories sociales (taux de sortie 6.8% contre 8.2% pour cadres et professions intermédiaires et 9.2% pour artisans) (*Ibid.*, 2013).

Même si ce sont les catégories socioprofessionnelles les plus élevées qui ont le plus tendance à quitter l'Île-de-France, la situation socio-économique reste globalement favorable pour la région Île-de-France. Le niveau médian des ressources des ménages franciliens dont la personne de référence a 70 ans ou plus est supérieure à celui de l'ensemble de la France métropolitaine et ce, quel que soit le département de résidence (Salembier, 2009b). Mais derrière une structure socio-économique favorable dans sa globalité, se cachent de fortes inégalités sociales avec des revenus qui varient de 1 290 euros par personne et par mois en Seine-Saint-Denis à 1 717 euros à Paris. Les départements les plus aisés sont également les plus inégalitaires. A Paris et dans les Hauts-de-Seine, les 10% de ménages les plus aisés ont respectivement 6 fois et 4,5 fois plus de ressources que les 10% les moins aisés (*Ibid.*, 2009). Par ailleurs, 4,7% des personnes de 65 ans et plus ont besoin en Île-de-France d'une allocation pour atteindre le minimum vieillesse qui est de 787 euros par mois pour une personne vivant seule et de 1 222 euros pour deux personnes au 01/04/ 2013 (Tableau 2). Là encore, les inégalités sont marquées sur le territoire francilien : 6,7% des personnes âgées de 65 ans et plus résidant en Seine-Saint-Denis et 6,2% des Parisiens âgés de 65 ans et plus sont en situation de précarité financière.

**Tableau 2.** Taux d'allocataires de l'Allocation supplémentaire vieillesse (ASV) parmi les personnes âgées de 65 ans et plus en Île-de-France, selon le département de résidence, en 2006.

Taux d'allocataires (pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus)	
<b>France métropolitaine</b>	<b>5,1 %</b>
<b>Île-de-France</b>	<b>4,7 %</b>
Essonne	3,5 %
Hauts-de-Seine	3,7 %
Paris	6,2 %
Seine-et-Marne	3,9 %
Seine-Saint-Denis	6,7 %
Val-de-Marne	4,6 %
Val d'Oise	5,2 %
Yvelines	2,6 %

Source : Drees, Cnav, Insee – Exploitation Fnors

Ces inégalités sociales se traduisent par des inégalités de santé entre l'Île-de-France et les autres régions, et au sein même de la région entre les huit départements. Par exemple, l'Île-de-France présente une espérance de vie plus élevée que les autres régions. Les départements les moins favorisés de l'Île-de-France présentent des problèmes de santé à la fois plus nombreux et plus importants que les zones les plus favorisées de la région. L'une des questions est de savoir si on observe également des inégalités entre l'Île-de-France et les autres régions face au processus de perte d'autonomie<sup>12</sup>.

## 1.4. Âge d'entrée dans la vieillesse

Lors de la réalisation d'une étude sur les personnes âgées, une des questions qui se pose est celle de l'âge d'entrée dans la catégorie des « personnes âgées ». Cette question fait débat depuis longtemps et mérite une grande attention dans la mesure où elle délimite la population qui constitue un intérêt pour les politiques publiques et qui sera prise en charge par la société.

La littérature propose plusieurs critères pour définir l'âge de la vieillesse. Le critère chronologique est utilisé pour les besoins de politiques publiques statistiques. Il détermine un âge d'entrée dans la vieillesse. Il est imparfait car ne rend pas compte de la diversité des situations. Il ne permet pas de considérer que le vieillissement est progressif (Morin, 1983), que l'on ne devient pas vieux du jour au lendemain. Le critère chronologique a par ailleurs évolué au cours du temps : on n'est pas « vieux » au même âge au Moyen Âge ou aujourd'hui. L'âge peut se voir comme un construit social qui évolue en fonction des normes que se donne la société (Guérin S.). Pour Guérin, l'allongement de l'espérance de vie, l'amélioration de la santé ont conduit à retarder l'âge d'entrée dans la vieillesse. Dans l'histoire récente, l'âge d'entrée dans la vieillesse a également été amené à évoluer : en 1974, Neugarten situait la véritable porte d'entrée dans la vieillesse à 75 ans ; en 1985, le National Institute of Aging porte son intérêt sur les *oldest old* (85 ans et plus). A cette époque naît la conceptualisation de trois âges démographiques : les « young old » (65-74 ans), les « old old » (75-84 ans) et les « oldest old » (85 ans et plus). Une vision médicalisée renomme ces trois âges démographiques au regard des problèmes fonctionnels susceptibles d'être observés à ces âges-là : l'âge des seniors, de la performance (60-74 ans) ; l'âge des "poly-mini-handicaps", les autonomes (75-84 ans) ; les 85 ans et plus qui abordent les problèmes de dépendance (Boulmier, 2011). Bourdelais propose de considérer comme âge d'entrée dans la vieillesse, un âge qui évolue dans le temps de façon à ce que la part des personnes âgées ne s'accroisse pas dans la population française. Pour cela, il suggère que l'âge d'entrée dans la vieillesse corresponde à l'âge de cinq ans précédant

---

<sup>12</sup> Le chapitre Méthodes mentionne que cette étude n'est pas réalisable à un niveau infra-régional.

l'espérance de vie du moment (Bourdelaïs, 1999). En 2012, l'espérance de vie à la naissance en France est de 78,4 ans pour les hommes et 84,8 ans pour les femmes<sup>13</sup>. En 2012, l'âge d'entrée dans la vieillesse serait de 73,4 ans pour les hommes et 79,8 ans pour les femmes.

Après avoir reculé les limites de la vieillesse, certains auteurs situent aujourd'hui la barrière d'entrée de plus en plus tôt. C'est notamment le cas des études étudiant le vieillissement à domicile : les analyses peuvent débiter à 45 ans, âge des premières cessations d'activité (Renaut *et al.* 2011). Ce recul de l'âge de la vieillesse se traduit également dans certains plans, comme le plan national « Bien Vieillir » 2007-2009 qui définit des recommandations pour les personnes âgées de 55 ans et plus. On voit bien que « l'âge est une donnée biologique socialement manipulée et manipulable » (Bourdieu, 1984). S'il existe plusieurs définitions, c'est que l'on est face à un processus et que l'âge d'entrée dans la vieillesse évolue selon les périodes, les pays, les politiques. En témoigne la barrière d'âge administrative des 60 ans, âge auquel une personne handicapée devient, au sens administratif, une personne âgée. En témoigne aussi le recul d'âge de cotisation où jusqu'à 67 ans, on est encore assez jeune pour travailler.

Il n'existe donc pas de réponse unique. Ici nous nous intéressons au processus de perte d'autonomie et avons fait le choix de considérer l'âge où l'on devient administrativement dépendant et non plus handicapé. Nous avons donc retenu dans ce rapport la barrière d'âge des 60 ans pour décrire la diversité des situations de santé et d'incapacité vécues par les personnes âgées en Île-de-France.

---

<sup>13</sup> Source : Insee, statistiques de l'état civil et estimations de population (Résultats provisoires arrêtés à fin 2012). Champ : France (hors Mayotte)

## 2. Données et méthodes

## 2.1. Enquête Handicap-Santé-Ménages

Réalisée en 2008-2009 par la Drees et l'Insee, l'enquête Handicap-Santé a pour objectif, entre autres, d'évaluer la nature et l'ampleur des difficultés rencontrées dans la vie quotidienne par la population française<sup>14</sup>. L'enquête Handicap-Santé fait suite à l'enquête Handicap-Incapacités-Dépendance (HID) et reprend largement ses questions. L'enquête Handicap-Santé développe également des aspects santé auparavant abordés dans l'enquête décennale Santé (Bouvier, 2011). Tout comme HID, l'enquête Handicap-Santé comprend deux volets : un volet Ménages (HSM) qui interroge les individus vivant en ménages ordinaires<sup>15</sup>, autrement dit à domicile ; un volet Institutions (HSI) qui porte sur les individus vivant en institutions (maisons de retraite, établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), pour les personnes en situation de handicap...).

Depuis l'enquête HID, le contexte a évolué. L'enquête Handicap-Santé s'inscrit premièrement dans un nouveau contexte législatif avec la création de l'allocation personnalisée pour l'autonomie en 2002, l'adoption de la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et la loi de santé publique du 9 août 2004 qui fixe des objectifs à atteindre à l'horizon 2008. Le questionnaire de l'enquête Handicap-Santé intègre ce nouveau contexte législatif afin de pouvoir fournir des informations contribuant à l'évaluation des nouveaux dispositifs.

Deuxièmement, en matière de statistiques publiques, Eurostat contraint les états membres à réaliser une enquête comprenant un questionnaire commun (ECHIS, « European Core Health Interview Survey »). Le questionnaire de l'enquête Handicap-Santé a intégré l'un des modules européens élaborés par Eurostat : le mini-module européen. Ce mini-module européen a été développé dans l'optique de disposer d'indicateurs de santé comparables entre pays et facilement intégrables dans des enquêtes sur le travail ou le revenu. Le mini-module européen comprend trois indicateurs de santé : l'état de santé perçue, la morbidité chronique, la restriction globale d'activité (GALI). Les maladies, stade 1 du processus de perte d'autonomie (Figure 1), sont approchées dans cette étude par l'indicateur de morbidité chronique du mini-module européen.

---

<sup>14</sup> Présentation des enquêtes Handicap-Santé (2008-2009) : <http://www.drees.sante.gouv/article4267.html>

<sup>15</sup> Un ménage, ou encore « ménage ordinaire », au sens du recensement, désigne l'ensemble des personnes qui partagent la même résidence principale sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté (en cas de cohabitation, par exemple). Les personnes vivant dans des habitations mobiles (y compris les marinières et les sans-abri) ou résidant en collectivité (foyers de travailleurs, maisons de retraite, résidences universitaires, maisons de détention...) sont considérées comme vivant « hors ménages ordinaires ». Dans cette étude, nous parlons des personnes âgées vivant à domicile pour les opposer à celles qui vivent en institutions.

Vu sur le site de l'Insee en novembre 2013 : [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?page=sdb&ref\\_id=ip1254](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?page=sdb&ref_id=ip1254)

Troisièmement, depuis HID, l'appréhension des situations de handicap et de dépendance a évolué. La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) mise en place en 2001 par l'OMS (OMS, 2002) a remplacé la Classification internationale des handicaps (CIH-2). La CIF marque une rupture conceptuelle du handicap avec la CIH-2 : elle a été conçue pour prendre en compte les facteurs individuels et environnementaux et pallier ainsi une approche encore trop spécifiquement biomédicale de la CIH-2 (Barral, 1999 ; Roussel, 1999). En adoptant les nouveaux concepts développés par l'OMS, l'enquête Handicap-Santé permet de décrire l'incapacité sous plusieurs stades (les déficiences, les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité dans la vie quotidienne) en tenant compte de l'environnement social et moteur dans lequel vivent les personnes.

Les seules données disponibles actuellement pour estimer les besoins d'aide à domicile sont les enquêtes nationales, comme l'enquête Handicap-Santé. Notre étude s'inscrit dans le contexte de maintien des personnes âgées à domicile et a pour objectif de décrire les conditions de vie des personnes âgées et leurs besoins d'aide à domicile. Dans ce cadre, nous utilisons les données de l'enquête Handicap-Santé-Ménages (HSM). L'échantillon complet du volet « Ménages » comprend 29 931 répondants sans limite d'âge. Le taux de réponse est de 76,6%. Le questionnaire a été administré en face-à-face en 2008. Les individus en difficulté pour répondre pouvaient se faire aider ou remplacer (proxy). Le questionnaire de l'enquête Handicap-Santé-Ménages comprend plusieurs modules : santé, limitations fonctionnelles, restrictions d'activité, environnement familial et aide, aménagement du logement, accessibilité, scolarité, emploi, revenus, loisirs, discrimination. Une étude menée par l'ORS Île-de-France sur les conditions de vie et de santé des personnes handicapées en Île-de-France a validé la faisabilité d'une exploitation francilienne de l'enquête Handicap-Santé Ménages (Embersin-Kyprianou et Chatignoux, 2013). L'enquête Handicap-Santé-Ménages est en effet représentative au niveau des zones d'études et d'aménagement du territoire (ZEAT) et l'Île-de-France est une ZEAT à elle toute seule.

## 2.2. Population d'étude

Les analyses sur le volet Ménages de l'enquête Handicap-Santé sont réalisées sur 8 873 personnes âgées de 60 ans et plus en 2008, dont 14,6% résident en Île-de-France. Cette proportion est égale au poids de l'Île-de-France dans l'ensemble de la France métropolitaine pour les 60 ans et plus, qui est de 14,6% d'après le recensement de 2008 (Populations légales). L'échantillon francilien offre également une bonne répartition selon le sexe et l'âge, en adéquation avec les résultats du recensement de 2008. Il est constitué de 3 571 hommes (dont 552 Franciliens) et 5 302 femmes (dont 845 Franciliennes) âgés de 60 ans ou plus. Les effectifs franciliens nous assurent la robustesse de nos analyses sans toutefois pouvoir descendre en-deçà d'un certain niveau de détail.

L'échantillon d'étude francilien a la même structure d'âge que l'échantillon hors Île-de-France (Tableau 3). En revanche, la structure sociale est différenciée entre l'Île-de-France et les autres régions pour les deux sexes. La population francilienne des 60 ans et plus se caractérise par une plus forte proportion de cadres (2 fois plus d'hommes cadres et 3 fois plus de femmes cadres), une plus forte proportion de femmes exerçant une profession intermédiaire (19,2% contre 12,2% dans les autres régions), une proportion plus faible d'ouvriers (22,1% pour les hommes contre 34,0% ; 8,6% pour les femmes contre 15,3%). L'Île-de-France compte une proportion minime d'agriculteurs (moins de 1% pour les hommes et les femmes contre 9,1% pour les hommes et 8,2% pour les femmes). En revanche pour les artisans et les employés, les écarts sont faibles entre l'Île-de-France et les autres régions. Les hommes âgés de 60 ans et plus sont moins souvent retraités en Île-de-France que dans les autres régions (87,7% des hommes de 60 ans et plus sont retraités en Île-de-France *versus* 93,0% pour le reste de la France).

**Tableau 3.** Caractéristiques démographiques et sociales des femmes et des hommes âgés de 60 ans et plus, vivant à domicile, en Île-de-France et dans les autres régions.

	Hommes			Femmes		
	Île-de-France	Hors Île-de-France	<i>p-value</i>	Île-de-France	Hors Île-de-France	<i>p-value</i>
<b>Effectifs</b>	<b>552</b>	<b>3019</b>		<b>845</b>	<b>4457</b>	
% dans l'échantillon	6,4	37,2		8,3	48,1	
% par région	43,4	43,6		56,6	56,4	
<b>Age</b>						
60-69 ans	53,3	47,7		44,0	40,4	
70-79 ans	31,8	35,3	0,378	33,7	35,9	0,593
80-89 ans	13,6	15,7		19,5	20,9	
90 ans et plus	1,3	1,3		2,8	2,8	
<b>Catégorie socio-professionnelle</b>						
Agriculteurs	0,1	9,1		0,5	8,2	
Artisans	11,6	9,8		5,1	7,4	
Cadres	34,6	18,1		18,1	5,1	
Prof. Intermédiaires	22,0	20,2	0,000	19,2	12,2	0,000
Employés	9,5	7,9		37,4	39,2	
Ouvriers	22,1	34,0		8,6	15,3	
Inactifs	0,2	0,8		11,2	12,6	
<b>A la retraite</b>						
Oui	87,7	93,0	0,014	79,9	82,3	0,338

*Champ* : 3 571 hommes (dont 552 Franciliens) et 5302 femmes (dont 845 Franciliennes) âgés de 60 ans et plus, vivant à domicile

*Note* : Les effectifs sont bruts, les pourcentages sont pondérés. Les OR sont ajustés sur l'âge (en continu et au carré)

*Lecture* : Les hommes franciliens composent 6,4% de notre échantillon global d'analyse. En Île-de-France, 43,4% de la population est masculine. En Île-de-France, 53,5% des hommes âgés de 60 ans et plus et vivant à domicile déclarent avoir moins de 70 ans.

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

### 2.3. Critère social retenu

La nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) établie par Desrosières et Thévenot en 2002 combine le métier, la qualification et le niveau de revenu (Desrosières & Thévenot, 2002). Nous utilisons ici le niveau le plus regroupé qui comprend huit catégories : les agriculteurs, les artisans, les cadres, les professions intermédiaires, les employés, les ouvriers, les inactifs et les retraités ou retirés des affaires. Les retraités ou retirés des affaires majoritaires dans notre population des 60 ans et plus (86%) ont été reclassés selon leur dernière profession.

Dès lors que l'on découpe la population d'étude par PCS, les effectifs franciliens âgés deviennent faibles pour certaines catégories de PCS (Tableau 4). Pour l'observation des inégalités sociales, nous allons donc regrouper d'un côté les *cadres* et les *professions intermédiaires* dans une catégorie nommée « cadres-pi » ; de l'autre nous rassemblons les *employés* et les *ouvriers* dans une catégorie « ouvriers-emp ». Même si chacune de ces catégories socio-professionnelles correspond à des situations sociales bien particulières, nous avons fait en sorte de regrouper des PCS assez proches en termes de réalité sociale et démographique. Les *cadres et les professions intermédiaires* regroupent des professions cumulant en général un niveau de rémunération élevé, un niveau de diplôme supérieur à la moyenne générale. Les *employés et les ouvriers* sont des catégories très hétérogènes dans la mesure où ce sont les deux catégories qui rassemblent respectivement le plus de femmes et le plus d'hommes. Ces deux PCS regroupent des professions à bas niveaux de rémunération, des conditions de travail difficiles, des taux de chômage plus élevés que la moyenne. Les regroupements tiennent aussi compte de la réalité démographique de chacune des catégories, qui est surtout très différente chez les femmes (Tableau 3). On a d'un côté les femmes cadres et les professions intermédiaires dont près de 60% ont moins de 70 ans ; de l'autre, les employées et ouvrières dont 60% ont plus de 70 ans. Ces conclusions se retrouvent au niveau francilien, la structure d'âge par catégories professionnelles est donc la même en Île-de-France et dans le reste de la France (Résultats non présentés). Autrement dit, dans notre échantillon, un cadre francilien n'est pas plus âgé qu'un cadre exerçant dans le reste de la France.

**Tableau 4.** Distribution de l'âge par catégorie socio-professionnelle parmi les hommes et les femmes de 60 ans et plus, vivant à domicile en France métropolitaine.

	Hommes					Femmes				
	60-69	70-79	80-89	90 et +	Total	60-69	70-79	80-89	90 et +	Total
<b>Effectifs</b>	<b>1 417</b>	<b>1 381</b>	<b>694</b>	<b>79</b>	<b>3 571</b>	<b>1 679</b>	<b>2 011</b>	<b>1 367</b>	<b>245</b>	<b>5 302</b>
Agriculteurs	30,1	39,0	27,9	3,0	100,0	23,3	44,8	29,0	2,9	100,0
Artisans	39,6	38,1	20,6	1,7	100,0	36,9	37,3	23,2	2,6	100,0
Cadres	57,5	29,3	12,8	0,4	100,0	57,1	27,6	14,1	1,3	100,0
Prof. Inter.	49,9	36,4	12,5	1,2	100,0	59,2	26,5	13,1	1,1	100,0
Employés	49,1	30,1	18,1	2,6	100,0	42,9	35,2	19,4	2,5	100,0
Ouvriers	48,9	36,5	13,8	0,8	100,0	34,0	40,8	22,5	2,7	100,0
Inactifs	37,7	42,6	16,8	3,0	100,0	26,6	38,8	28,3	6,3	100,0
<b>Total</b>	<b>48,4</b>	<b>34,9</b>	<b>15,5</b>	<b>1,2</b>	<b>100,0</b>	<b>40,9</b>	<b>35,6</b>	<b>20,7</b>	<b>2,8</b>	<b>100,0</b>

*Champ* : 3 571 hommes et 5302 femmes, âgés de 60 ans et plus, vivant à domicile, en France métropolitaine.

*Note* : Les effectifs sont bruts, les pourcentages sont pondérés.

*Lecture* : Les hommes agriculteurs de 60 ans et plus sont 30,1% à avoir moins de 70 ans.

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

## 2.4. Indicateurs d'incapacité retenus

L'OMS décrit la perte d'autonomie comme un processus au cours duquel les maladies chroniques provoquent une altération des fonctions qui à son tour engendre une restriction de participation sociale. Dans cette définition, la perte d'autonomie est un processus qui comprend trois stades (maladies, limitations fonctionnelles et restrictions d'activité). Ce sont ces trois stades que nous allons approcher pour décrire l'état fonctionnel des Franciliens âgés vivant à domicile.

- 1. La morbidité chronique (stade 1)** est approchée par un indicateur de **déclaration spontanée de morbidité chronique**. Cet indicateur a été développé par Eurostat et fait partie des trois indicateurs qui composent le mini-module européen. Cet indicateur est donc posé en routine par les pays des états membres à des vues de comparaison internationale. Il est appréhendé par la question : « Avez-vous une maladie ou problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? ». Les modalités de réponse sont *oui/non*. Une morbidité déclarée ne correspond pas nécessairement à un diagnostic. Par cette question, on récupère toutes sortes d'affections, réellement chroniques ou ressenties comme telles. Cet indicateur est complexe à interpréter car il est très lié à des risques de morbidité

diagnostiquée (plus élevée dans les catégories sociales défavorisées) mais aussi à une connaissance de son état de santé et donc de son degré de médicalisation (plus élevé dans les catégories sociales favorisées). Toutefois cet indicateur permet d'identifier une population plus exposée que la moyenne à des incapacités et ayant recours au système de soins (Cox *et al.*, 2009).

**2. Les limitations fonctionnelles (stade 2) peuvent être d'ordre sensoriel (2a), moteur (2b) ou intellectuel, psychique, cognitif (2c).** L'enquête Handicap-Santé appréhende les trois stades de l'état fonctionnel par le biais de 19 questions (Encadré 1). Ces 19 questions visent à établir la capacité à mobiliser telles ou telles fonctions en suggérant des situations fictives. En dehors des limitations fonctionnelles sensorielles, les difficultés sont ressenties sans l'utilisation d'une aide technique, d'un aménagement du logement ou de l'aide de quelqu'un. Ces 19 questions ne constituent pas une liste exhaustive des limitations fonctionnelles mais permettent d'observer l'impact de problèmes sensoriels, moteurs et intellectuels, psychiques, cognitifs dans le développement d'une restriction d'activité<sup>16</sup>. Ces indicateurs permettent d'identifier une population susceptible de bénéficier d'une aide technique (notamment ceux qui ont des limitations motrices sur le bas du corps) (Espagnacq 2012) ou d'une aide humaine (notamment ceux qui ont des limitations motrices sur le haut du corps ou une limitation cognitive). On repère également une population plus exposée que la moyenne à des restrictions d'activité.

**2a. Les limitations fonctionnelles sensorielles** sont appréhendées par trois questions visant à établir la capacité à mobiliser la vue de près, la vue de loin et l'ouïe (Encadré 1). La capacité est ici questionnée en tenant compte de l'aide technique si elle existe, à savoir lunettes, lentilles, appareil auditif. Ces trois questions sont codées en 4 modalités pour observer l'existence et la sévérité d'une limitation sensorielle : *oui sans difficulté* ; *oui avec quelques difficultés* ; *oui avec beaucoup de difficultés* ; *non, je ne peux pas du tout*. Ont une limitation sensorielle ceux qui déclarent *oui avec quelques ou beaucoup de difficultés* ou *non, je ne peux pas du tout* à l'une des trois questions. Ont une limitation sensorielle sévère ceux qui déclarent *oui avec beaucoup de difficultés* ou *non, je ne peux pas du tout*. Ont plusieurs limitations sensorielles, ceux qui répondent *oui* à moins deux des trois questions.

---

<sup>16</sup> Nous rappelons que les maladies peuvent générer des restrictions d'activité sans pour autant avoir généré de limitations fonctionnelles. Une maladie cardiaque peut gêner le fait de monter des escaliers sans pour autant avoir généré un problème moteur.

### **Encadré 1. Les limitations fonctionnelles dans l'enquête Handicap-Santé-Ménages 2008-2009**

#### **Limitations fonctionnelles sensorielles**

1. Pouvez-vous voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal (avec vos lentilles ou lunettes) ?
2. Pouvez-vous voir clairement le visage de quelqu'un à 4 mètres (de l'autre côté de la rue) (avec vos lentilles ou lunettes) ?
3. Pouvez-vous entendre ce qui se dit dans une conversation avec plusieurs personnes (avec votre appareil auditif) ?

Modalités de réponse pour ces trois questions : Oui sans difficulté ; Oui avec quelques difficultés ; Oui avec beaucoup de difficultés ; Non, je ne peux pas du tout

#### **Limitations fonctionnelles motrices**

4. Pouvez-vous marcher 500 mètres sur un terrain plat sans l'aide de quelqu'un, d'une canne ou d'une aide technique ?
5. Pouvez-vous monter et descendre un étage d'escalier sans l'aide de quelqu'un, d'une canne, de la rampe ou d'une aide technique ?
6. Pouvez-vous lever le bras (par exemple pour attraper un objet en hauteur) ?
7. Pouvez-vous vous servir de vos mains et de vos doigts sans aide technique (par exemple pour ouvrir une porte, manipuler les robinets, saisir un crayon, utiliser des ciseaux...) ?
8. Pouvez-vous prendre un objet avec chacune de vos mains sans aide technique ?
9. Pouvez-vous vous baisser ou vous agenouiller, sans l'aide de quelqu'un ou d'une aide technique ?
10. Pouvez-vous porter un sac à provisions de 5 kilos sur une distance de 10 mètres sans l'aide de quelqu'un ou d'une aide technique ?
11. Pouvez-vous contrôler vos selles ou vos urines ?

Modalités de réponse pour ces huit questions : Oui sans difficulté ; Oui avec quelques difficultés ; Oui avec beaucoup de difficultés ; Non, je ne peux pas du tout

#### **Limitations fonctionnelles intellectuelles, psychiques ou cognitives**

12. Vous arrive-t-il de ne plus vous souvenir à quel moment de la journée on est ?
13. Au cours d'une journée, vous arrive-t-il d'avoir des « trous de mémoire » ?
14. Avez-vous des difficultés pour vous concentrer plus de 10 minutes ?
15. Avez-vous des difficultés pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne (comme se repérer sur un itinéraire ou compter de l'argent) ?
16. Avez-vous des difficultés pour apprendre de nouveaux savoirs ou savoir-faire (par exemple avoir des problèmes importants de concentration, intégrer difficilement de nouvelles connaissances, avoir des troubles qui nuisent à apprentissage, ...) que ce soit à l'école, en formation professionnelle, dans une activité de loisirs, ... ?
17. Avez-vous des difficultés pour comprendre les autres ou vous faire comprendre des autres (en dehors des difficultés liées aux différences de langue) ?
18. Vous arrive-t-il, par votre comportement, de vous mettre en danger ?
19. Vous reproche-t-on d'être trop intuitif ou agressif ?

Modalités de réponse pour ces huit questions: Non ; Oui, parfois ; Oui, souvent

**2b. Les limitations fonctionnelles motrices** sont appréhendées par huit questions visant à établir la capacité à mobiliser ses fonctions motrices concernant plutôt les membres inférieurs (marcher sur 500 mètres, monter/descendre un étage d'escalier, se baisser/s'agenouiller), plutôt les membres supérieurs (lever le bras, se servir de ses mains et de ses doigts, prendre un objet avec ses mains) et faisant appel à la force musculaire (porter un sac de 5 kilos sur 10 mètres) (Encadré 1). Ces huit questions sont codées en 4 modalités pour observer l'existence et la sévérité d'une limitation motrice : *oui sans difficulté ; oui avec quelques difficultés ; oui avec beaucoup de difficultés ; non, je ne peux pas du tout*. Ont une limitation motrice ceux qui déclarent *oui avec quelques ou beaucoup de difficultés* ou *non, je ne peux pas du tout* à l'une des huit questions. Ont une limitation motrice sévère ceux qui déclarent *oui beaucoup de difficultés* ou *non, je ne peux pas du tout*. Ont plusieurs limitations motrices, ceux qui répondent *oui* à moins deux des huit questions.

**2c. Les limitations fonctionnelles intellectuelles, psychiques, cognitives (IPC)** sont appréhendées par huit questions qui visent à établir la capacité à mobiliser ces capacités mentales, intellectuelles ou psychiques (Encadré 1). Contrairement aux précédentes questions, ces huit questions sont codées en trois modalités pour observer l'existence et la fréquence de la limitation intellectuelle, psychique ou cognitive: *oui parfois ; oui souvent ; non*. Ont une limitation intellectuelle, psychique ou cognitive ceux qui déclarent *oui, parfois* ou *oui, souvent* à l'une des huit questions. Ont une limitation intellectuelle, psychique ou cognitive sévère ceux qui déclarent *oui souvent*. Ont plusieurs limitations intellectuelles, psychiques ou cognitives, ceux qui répondent *oui* à moins deux des huit questions.

**3. Les restrictions d'activité (stade 3)** correspondent à des gênes dans la réalisation d'activités de la vie quotidienne (comme la toilette, se nourrir, faire les courses, le ménage, les tâches administratives...). On cherche ici à mesurer l'autonomie de l'individu à travers sa capacité à réaliser des activités en se basant sur des performances effectives : *avez-vous des difficultés à vous laver seul ?* Ces restrictions d'activités correspondent à des situations de santé très dégradées qu'il convient de compenser par des aides humaines ponctuelles ou quotidiennes. Cet indicateur permet d'identifier une partie de la population qui a des difficultés à repérer, soigner, limiter les répercussions des limitations fonctionnelles (stade 2), à mobiliser des aides techniques ou à aménager son logement (du fait de leur non-disponibilité ou de leur faible bénéfice) pour maintenir leur niveau d'activité en dépit de limitations fonctionnelles. Nous considérons qu'un individu a une restriction d'activité s'il mentionne une restriction dans les activités de la vie quotidienne (ADL) ou dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL).

**3a. L'indicateur ADL** de l'enquête Handicap-Santé-Ménages fait référence aux indicateurs de Katz (Katz et *al.*, 1963). Cet indicateur propose d'évaluer la capacité à réaliser des activités identifiées comme essentielles au développement de l'indépendance chez l'enfant et au maintien de l'indépendance à l'âge adulte (se nourrir seul, se laver seul, etc.). L'enquête Handicap-Santé questionne les individus sur leur capacité à réaliser sept activités élémentaires, concernant leurs soins personnels (Encadré 2). Les individus répondent *oui* ou *non*. Les personnes qui répondent *oui* sont questionnées sur leur degré de difficulté : *quelques difficultés* ; *beaucoup de difficultés* ; *je ne peux pas le faire seul*. Nous considérons qu'un individu est restreint dans ses activités, s'il répond *oui* et ce, quel que soit son niveau de sévérité ; un individu est sévèrement restreint dans ses activités s'il répond *beaucoup de difficultés* ou *je ne peux pas le faire seul*.

**3b.** En 1969, Lawton et ses collaborateurs proposent une nouvelle liste d'activités qui complète les ADL: les **IADL** (Lawton et Brody, 1969). Cet indicateur permet d'évaluer la capacité des individus à mobiliser leurs fonctions motrices mais également cognitives à travers onze questions (faire ses courses seul, préparer ses repas seul, faire les tâches ménagères courantes seul, etc.) (Encadré 2). Ces onze questions sont codées en *oui/non*. Les personnes qui répondent *oui* sont questionnées sur leur degré de difficulté : *quelques difficultés* ; *beaucoup de difficultés* ; *je ne peux pas le faire seul*. Pour cinq de ces activités, le répondant doit préciser la raison de ses difficultés : *C'est surtout du fait de votre état de santé, d'un handicap ou de la vieillesse* ; *pour d'autres raisons (pas l'habitude)*. Nous considérons qu'un individu est restreint dans la réalisation de ces activités, s'il répond *oui*, qu'il précise que *c'est surtout du fait de son état de santé*, et ce, quel que soit son niveau de sévérité ; un individu est sévèrement restreint dans ses activités s'il répond *beaucoup de difficultés* ou *je ne peux pas le faire seul* en précisant que *c'est surtout du fait de son état de santé*.

## **Encadré 2. Les restrictions d'activité dans l'enquête Handicap-Santé-Ménages 2008-2009**

### **Restrictions d'activités de la vie quotidienne (ADL) :**

Avez-vous des difficultés pour réaliser seul les activités suivantes ? Oui/Non

1. Vous laver seul (prendre un bain, une douche)
2. Vous habiller et vous déshabiller seul
3. Couper votre nourriture ou vous servir à boire seul
4. Manger et boire seul, une fois que la nourriture est prête
5. Vous servir des toilettes seul
6. Vous coucher et vous lever du lit seul
7. Vous asseoir et vous lever d'un siège seul

### **Restrictions d'activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) :**

Avez-vous des difficultés pour réaliser seul les activités suivantes ? Oui/Non

1. Faire ses courses seul
2. Préparer vos repas seul
3. Faire les tâches ménagères courantes dans votre domicile (vaisselle, lessive, repassage, rangement...) seul
4. Faire les tâches plus occasionnelles seul (petits travaux, laver les carreaux...)
5. Faire les tâches administratives courantes seul
6. Prendre vos médicaments seul
7. Vous déplacer dans toutes les pièces d'un étage seul
8. Sortir de votre logement seul
9. Utiliser un moyen de déplacement seul (prendre une voiture personnelle, commander un taxi, prendre les transports en commun)
10. Trouver seul votre chemin lorsque vous sortez
11. Vous servir du téléphone seul

## **2.5. Interprétation des indicateurs**

Les maladies chroniques (stade 1) sont fréquentes et sont déclarées par 70% des Français âgés de 60 ans et plus et vivant à domicile. Les limitations fonctionnelles (stade 2) sont très courantes et concernent 82% des Français âgés de 60 ans et plus. Les restrictions d'activité (stade 3) sont plus rares et touchent 26% des Français âgés de 60 ans et plus. Ces pourcentages montrent que s'il existe une association entre ces trois indicateurs, cette association n'est pas systématique. Autrement dit, si avoir une limitation fonctionnelle est un facteur de risque important des restrictions d'activité (97% de ceux ayant une restriction d'activité ont également une limitation fonctionnelle), cela ne conduit pas systématiquement à une restriction d'activité

(31,9% de ceux ayant une limitation fonctionnelle ont également une restriction d'activité). Si on remonte plus en amont dans le processus de perte d'autonomie, on voit que si avoir une maladie chronique est un facteur de risque des limitations fonctionnelles (53,4% de ceux ayant une limitation fonctionnelle ont également une maladie chronique), cela conduit fortement mais non systématiquement à une limitation fonctionnelle (87,0% de ceux ayant une maladie chronique).

L'approche par stades que nous proposons nous permet de mettre en évidence des inégalités à différentes étapes du processus de perte d'autonomie. Ainsi des différences face au risque de présenter une limitation fonctionnelle peuvent refléter des différences face au risque d'être en mauvaise santé et/ou des différences dans le risque que ce problème de santé altère les fonctions sensorielles, motrices ou intellectuelles, psychiques ou cognitives. Par ailleurs, des différences entre groupe de population face au risque de présenter une restriction d'activité peuvent refléter des différences dans le risque d'existence et de sévérité d'une limitation fonctionnelle, dans les ressources des personnes, les aides techniques dont elles disposent, de la possibilité et de la capacité à aménager son logement pour continuer à pouvoir réaliser seuls les activités de la vie quotidienne.

## 2.6. Méthodes

Notre échantillon d'analyse comprend 8 875 individus âgés de 60 ans et plus, vivant à domicile en France métropolitaine dont 1398 en Île-de-France. Les analyses sont produites séparément pour l'Île-de-France et les autres régions pour mettre en évidence les spécificités franciliennes. Au sein des deux ensembles géographiques disjoints, les analyses sont réalisées séparément pour les hommes et pour les femmes pour observer si le processus qui mène à la perte d'autonomie se construit différemment selon le sexe en Île-de-France.

Nous fournissons des taux de prévalence pour décrire l'expérience réelle de la population face aux trois stades du processus de perte d'autonomie (morbidité, limitations fonctionnelles et restrictions d'activité). En appliquant le taux de prévalence aux estimations de population vivant à domicile produites par l'Insee, nous pouvons évaluer les besoins de prise en charge actuels dans un intervalle de confiance de 95%. Nous utilisons des régressions logistiques pour évaluer le risque pour les hommes et les femmes d'Île-de-France de déclarer être atteints de chacun des trois stades du processus de perte d'autonomie. Dans les modèles de régressions logistiques, nous intégrons les variables socio-démographiques qui ont un effet univarié face aux trois stades de l'incapacité (sexe, âge, région de résidence, catégorie socio-professionnelle). L'ensemble de ces variables d'ajustement n'est pas systématiquement pris en compte pour chacun des modèles de régressions. Les estimations du risque sont présentées dans les tableaux sous le sigle ORa (Odds-Ratio ajustés), les variables d'ajustement sont précisées dans la légende des tableaux.

Nous intégrons aux modèles multivariés la variable linéaire âge pour tester la relation linéaire entre l'âge et les trois stades de l'incapacité. Dans certains cas, si la relation n'est pas linéaire, nous ajoutons également un terme polynomial (âge au carré) pour prendre en compte l'aspect non linéaire des associations.

Les pourcentages et moyennes sont pondérés et redressés pour tenir compte des probabilités inégales de sélection pour participer à l'enquête. La pondération affectée à chaque individu dépend de la zone de peuplement habitée (les personnes habitant dans des zones faiblement peuplées ont un poids très élevé du fait de la probabilité faible d'être enquêté dans des zones peu peuplées), de la probabilité de vivre dans l'un des six départements qui ont mené une extension complète<sup>17</sup> et de se trouver en situation d'handicap. Le tirage de l'échantillon de l'enquête vise en effet à surreprésenter les personnes dont on a pu présumer qu'elles sont en situation de handicap. Des poids de post-stratification ont ensuite été appliqués pour ajuster l'échantillon au recensement national selon des critères démographiques et géographiques (sexe, âge et zone économique d'aménagement du territoire (ZEAT)) pour limiter les biais inhérents à la non-participation.

Les analyses sont réalisées avec le logiciel Stata 12.1. Les procédures svy permettent de prendre en compte le plan de sondage complexe et donnent une bonne estimation des quantités d'intérêt de l'étude (pourcentages, moyennes,...) ainsi que la variance des indicateurs (Embersin-Kyprianou et Chatignoux, 2013).

---

<sup>17</sup> Six départements ont réalisé une extension complète : Nord (59), Pas de Calais (62), Rhône (69), Hauts de Seine (92), Guadeloupe (971) et Martinique (972).



## 3. Résultats

### 3.1. Perte d'autonomie et prévalences en Île-de-France

Cette première partie de résultats fournit les prévalences des trois stades du processus de perte d'autonomie estimées au sein de la population francilienne âgée de 60 ans et plus et résidant à domicile. Ces trois stades sont les maladies (stade 1), les limitations fonctionnelles (stade 2) et les restrictions d'activités (stade 3). Chacun de ces stades est appréhendé par un indicateur différent. Chacun des indicateurs est présenté et analysé séparément. Pour chaque indicateur, nous fournissons le niveau de prévalence, autrement dit la proportion d'individus faisant l'expérience de l'événement. Nous ne prenons pas en compte dans cette première partie de résultats le cumul éventuel de problèmes de santé, de limitations fonctionnelles ou de restrictions d'activité (les situations de santé complexes comme les situations de cumul de problèmes sont étudiées dans les parties de résultats suivantes). L'objectif est ici de cerner précisément ce que recouvre chacun de ces trois stades. Des analyses menées séparément pour les hommes et les femmes mettent en évidence les différences face au processus de perte d'autonomie selon le sexe. Des analyses menées séparément pour la région Île-de-France et les autres régions soulignent les spécificités franciliennes face au processus de perte d'autonomie.

Nous mettons également à disposition, dans cette première partie, des indicateurs plus fins permettant de décrire précisément la nature des problèmes de santé, des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité. L'objectif est de donner une bonne estimation des besoins de prise en charge des 60 ans et plus que ce soit en termes de soins, d'aides techniques ou humaines.

#### 3.1.1. Maladie chronique (stade 1)

##### **Plus d'un million de Franciliens âgés de 60 ans et plus vivant à domicile déclarent avoir une maladie chronique**

En Île-de-France, 62,4% des individus de 60 ans et plus déclarent être atteints de maladie chronique, soit 1 200 000 Franciliens. Les femmes et les hommes sont aussi nombreux à déclarer avoir une maladie chronique, que ce soit en Île-de-France (62,1% des femmes et 62,7% des hommes) ou dans les autres régions (Tableau 5). Au sein de la population masculine, on n'observe pas de différence de déclaration de maladie chronique entre l'Île-de-France et les autres régions, en ajustant sur l'âge (OR=0,79 ; p=0,170). En revanche, les femmes d'Île-de-France sont moins nombreuses à déclarer des maladies chroniques que les femmes des autres régions, en tenant compte des différences d'âge (OR=0,62 ; p=0,000). Cette différence perdure si l'on tient compte de la catégorie socio-professionnelle et donc des différences de structure sociale entre l'Île-de-France et les autres régions (OR=0,61 ; p=0,001).

**Tableau 5.** Taux de déclaration de maladie chronique des femmes et des hommes âgés de 60 ans et plus, vivant à domicile, en Île-de-France et dans les autres régions.

*Q. Avez-vous une maladie ou un problème de santé chronique ou de caractère durable ?*

	Île-de-France (ÎdF)	Hors Île-de- France (H ÎdF)	ORa ÎdF/H ÎdF	<i>p-value</i>
<b>Effectifs</b>	<b>1397</b>	<b>7476</b>		
Hommes (H)	62,7	68,8	0,79	0,170
Femmes (F)	62,1	72,8	0,62	0,000
ORa (H/F)	0,88	1,17		
<i>p-value</i>	0,534	0,066		

*Champ* : 3 571 hommes (dont 552 Franciliens) et 5302 femmes (dont 845 Franciliennes), âgés de 60 ans et plus, vivant à domicile.

*Note* : Les effectifs sont bruts, les pourcentages sont pondérés. Les OR sont ajustés sur l'âge (en continu et au carré)

*Lecture* : 62,7% des hommes âgés de 60 ans et plus et vivant à domicile en Île-de-France déclarent avoir une maladie chronique.

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

### **Les maladies des os et des articulations puis les maladies cardiovasculaires sont les maladies les plus fréquemment déclarées à partir de 60 ans**

L'enquête Handicap-Santé met également à disposition un indicateur de **déclaration spontanée de pathologies**. Il complète l'indicateur précédent en précisant la nature des problèmes de santé. Pour cela, on mobilise une question similaire à celle de l'indicateur précédent : « Avez-vous ou avez-vous déjà eu une de ces maladies ou problèmes de santé ? ». Mais, à la différence du précédent indicateur, une liste de 50 maladies est énumérée ; ces maladies sont réparties en 13 groupes de maladies qui sont : les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires, les maladies des os et articulations, les maladies digestives, les maladies endocriniennes et métaboliques, les maladies neurologiques, les maladies psychiques ou mentales, les maladies urinaires ou génitales, les maladies de peau, les maladies oculaires, les autres maladies. Les maladies déclarées ne sont pas nécessairement chroniques et n'ont pas fait forcément l'objet d'un diagnostic clinique. Pour repérer les maladies actuelles, on croise avec la question : « Avez-vous ou avez-vous eu cette maladie au cours des 12 derniers mois ? ».

Le Tableau 6 présente pour l'Île-de-France et les autres régions, les maladies et problèmes de santé les plus fréquemment cités et qui présentent de forts potentiels invalidants. **Les maladies des os et des articulations** concernent une large part de la population francilienne puisqu'à partir de 60 ans, 40,2% déclarent en avoir (Tableau 6). En Île-de-France, on estime qu'environ 772 500 individus âgés de 60 ans et plus souffrent de maladies ou problèmes ostéo-articulaires. Le niveau de déclaration de maladies ostéo-articulaires est le même quelle que soit la région. L'arthrose est la pathologie ostéo-articulaire la plus souvent déclarée : à partir de 60 ans, 25,7% sont touchés.

**Tableau 6.** Principales maladies déclarées dans les 12 derniers mois parmi les 60 ans et plus, vivant à domicile, en Île-de-France et dans les autres régions.

*Q. Avez-vous ou avez-vous déjà eu une de ces maladies ou problèmes de santé, au cours des douze derniers mois ?*

	Île-de-France (ÎdF)	Hors Île-de-France (H ÎdF)	ORa ÎdF/H ÎdF	<i>p-value</i>
<b>Effectifs</b>	<b>1397</b>	<b>7476</b>		
<b>Os et articulations</b>	40,2	44,0	0,86	0,128
dont arthrose	25,7	29,0	0,86	0,148
dont ostéoporose	4,5	5,1	0,89	0,585
<b>Cardiovasculaires</b>	35,7	37,4	0,96	0,651
dont hypertension artérielle	23,8	22,4	1,11	0,369
dont insuffisance cardiaque	4,1	4,3	0,99	0,961
dont accident vasculaire cérébral	1,3	1,4	1,01	0,965
Diabète	9,7	10,5	0,93	0,625
Cataracte	5,9	6,9	0,90	0,574
Anxiété chronique	4,8	6,6	0,72	0,064
Problèmes thyroïdiens	4,7	5,0	0,94	0,764
BPCO	4,6	6,3	0,74	0,098
Cancer	3,6	3,0	1,25	0,337
Asthme	3,3	3,5	0,96	0,868
Maladie d'Alzheimer ou apparentés	1,3	1,5	0,92	0,774

*Champ* : 8 873 individus âgés de 60 ans et plus résidant à domicile en France métropolitaine (dont 1 397 en Île-de-France)

*Note* : Les effectifs sont bruts, les pourcentages sont pondérés. Les OR sont ajustés sur l'âge (en continu et au carré)

*Lecture* : 40,2% des Franciliens âgés de 60 ans et plus et vivant à domicile déclarent une maladie des os et des articulations

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

L'arthrose a été identifiée comme la principale cause d'incapacité chez les hommes et les femmes âgés de 65 ans et plus (Verbrugge, 1995). En France, les individus âgés de 40 à 90 ans qui présentent de l'arthrose ont 6 fois plus de risques d'être limités dans leur déplacement hors du domicile (5,9 : 6,1), 2,1 fois plus de risques d'être limités dans l'exécution de tâches ménagères (2,0 : 2,1) et 1,6 fois plus de risques d'être limités pour s'habiller seuls (1,5 : 1,8) que chez ceux qui en sont exempts (Fautrel et al., 2005).

**Les maladies de l'appareil circulatoire** sont également parmi les plus courantes en Île-de-France à partir de 60 ans (35,7%) et notamment l'hypertension artérielle (23,8%) (Tableau 6). Ce qui correspond en termes d'effectifs à environ 686 000 individus âgés de 60 ans et plus touchés par au moins une maladie cardiovasculaire et environ 457 400 touchés par l'hypertension artérielle. Les maladies ou problèmes de santé cardiovasculaires interviennent

avec le même niveau de prévalence en Île-de-France ou dans les autres régions. Les maladies cardiovasculaires ont par ailleurs un fort potentiel invalidant, elles figurent parmi les principales causes d'incapacité fonctionnelle juste après l'arthrose chez les hommes et chez les femmes (Verbrugge et Patrick, 1995). Une étude française récente conclut que si, en tenant compte de l'âge et de la comorbidité, l'hypertension artérielle et les problèmes veineux ne sont pas spécifiquement des sources d'incapacités, ce n'est pas le cas des accidents vasculaires cérébraux (AVC), très liés à toute forme d'incapacité (Cambois et Sieurin, 2011).

A partir de 60 ans, le **diabète** concerne 9,7% de la population francilienne âgée soit 186 400 individus (Tableau 6). La prévalence du diabète déclarée est équivalente en Île-de-France et dans les autres régions. Les personnes âgées souffrant de diabète présentent un risque accru de décès prématuré et d'incapacité. L'impact propre du diabète sur l'incapacité est difficile à chiffrer. Néanmoins, une étude américaine montre que les personnes diabétiques ont un risque d'institutionnalisation 3 fois supérieur à celui des non-diabétiques pour les 45-64 ans et de 1,50 pour les plus âgés (Valiyeva *et al.*, 2006).

### 3.1.2. Limitations fonctionnelles (stade 2)

Les limitations fonctionnelles peuvent être d'ordre sensoriel, moteur ou intellectuel, psychique, cognitif. Une limitation sensorielle établit une difficulté dans la vision de près, de loin ou dans l'audition. Une limitation motrice est appréhendée par la capacité à mobiliser ses membres (marcher sur 500 mètres, monter/descendre un étage d'escalier, se baisser/s'agenouiller), concerne les membres supérieurs (lever le bras, se servir de ses mains et de ses doigts, prendre un objet avec ses mains) ou la force musculaire (porter un sac de 5 kilos sur 10 mètres). Enfin une limitation intellectuelle, psychique ou cognitive témoigne d'une difficulté à mobiliser ces capacités mentales, intellectuelles ou psychiques (apprentissage, concentration...). Les limitations fonctionnelles peuvent être modérées ou sévères<sup>18</sup>. L'analyse porte sur les limitations fonctionnelles de niveau sévère, plus rares et nécessitant probablement une aide technique ou humaine ponctuelle ou quotidienne.

---

<sup>18</sup> Voir la construction de l'indicateur de limitation fonctionnelle sévère dans le chapitre Données et méthodes. Pour rappel, ont une limitation ceux qui déclarent *oui avec quelques ou beaucoup de difficultés* ou *non, je ne peux pas du tout* à l'une des questions. Ont une limitation sévère ceux qui déclarent *oui beaucoup de difficultés* ou *non, je ne peux pas du tout*.

## **Ce sont les fonctions des membres inférieurs qui sont le plus fréquemment sévèrement altérées en Île-de-France**

En Île-de-France, ce sont les fonctions motrices (28,3%) et plus particulièrement les membres inférieurs qui sont le plus fréquemment touchés à partir de 60 ans (Tableau 7): 14,5% des Franciliens âgés de 60 ans ou plus ont des difficultés sévères pour monter ou descendre un étage d'escalier (8,0% sont en incapacité totale) ; 18,8% ont des limitations sévères pour se baisser ou s'agenouiller (10,8% sont en incapacité totale). Elles touchent également la force musculaire : 17,1% ont des difficultés sévères pour porter un sac de 5 kilos sur 10 mètres (14,1% sont en incapacité totale).

Par ailleurs, 11,5% des individus âgés de 60 ans ou plus vivant à domicile ont au moins une limitation sensorielle sévère. C'est surtout la capacité à entendre ce qui se dit dans une conversation à plusieurs (même avec un appareil auditif si équipé) qui fait défaut : ils sont 8% à éprouver des difficultés importantes.

Enfin, 12,1% déclarent des limitations intellectuelles, psychiques, cognitives sévères. Cela concerne le plus fréquemment l'apprentissage de nouveaux savoirs (6,6%), les trous de mémoire (5,8%) et la résolution des problèmes de la vie quotidienne (3,2%).

En appliquant les taux de prévalence observés en Île-de-France aux estimations de population francilienne fournies par l'Insee (Tableau 7), on estime que :

- Entre 309 000 et 419 000 individus ont beaucoup de difficultés ou sont incapables de se baisser/ s'agenouiller (limitation motrice sévère);
- Entre 282 000 et 382 000 individus ont beaucoup de difficultés ou sont incapables de porter un sac de 5 kilos sur 10 mètres (limitation motrice sévère);
- Entre 236 000 et 329 000 individus ont beaucoup de difficultés ou sont incapables de monter ou descendre un étage d'escalier (limitation motrice sévère);
- Entre 190 000 et 269 000 individus ont beaucoup de difficultés ou sont incapables de marcher sans aide sur 500 mètres (limitation motrice sévère);
- Entre 121 000 et 192 000 individus ont beaucoup de difficultés ou sont incapables d'entendre ce qui se dit dans une conversation à plusieurs (limitation sensorielle sévère).

**Tableau 7.** Taux de déclaration de limitations fonctionnelles sévères sans aide technique ni humaine (sauf mention contraire) parmi les 60 ans et plus, vivant à domicile, en Île-de-France.

	Taux de limitations sévères (en %)	N estimé [CI95%]
<b>Effectifs</b>	<b>1397</b>	
<b>Limitation sensorielle sévère</b>	<b>11,5</b>	<b>221 001 [180 644 ; 267 122]</b>
Vue de près (avec lunettes ou lentilles si besoin)	3,9	74 948 [53 809 ; 101 852]
Vue de loin (avec lunettes ou lentilles si besoin)	2,2	42 278 [28 826 ; 63 418]
Entendre ce qui se dit dans une conversation à plusieurs (avec appareil auditif si besoin)	8,0	153 740 [121 070 ; 192 174]
<b>Limitation motrice sévère</b>	<b>28,3</b>	<b>543 854 [478 514 ; 613 036]</b>
Marcher sur 500 mètres	11,8	226 766 [190 253 ; 269 044]
Monter / Descendre un étage	14,5	278 653 [236 375 ; 328 618]
Se baisser / S'agenouiller	18,8	361 288 [309 401 ; 418 940]
Lever le bras	4,6	88 400 [65 339 ; 119 148]
Se servir de ses mains et doigts	3,3	63 418 [44 200 ; 88 400]
Prendre un objet avec ses mains	1,9	36 513 [24 983 ; 53 809]
Porter un sac de 5 kilos sur 10 m	17,1	328 618 [282 496 ; 382 427]
Contrôler ses selles ou urines	2,8	53 809 [38 435 ; 74 948]
<b>Limitation intellectuelle, psychique, cognitive (IPC) sévère</b>	<b>12,1</b>	<b>232 531 [188 331 ; 286 340]</b>
Savoir à quel moment de la journée on est	1,9	36 513 [24 983 ; 53 809]
Avoir des trous de mémoire	5,8	111 461 [82 635 ; 151 818]
Se concentrer plus de 10 minutes	3,0	57 652 [38 435 ; 80 713]
Résoudre les problèmes de la vie quotidienne	3,2	61 496 [46 122 ; 84 557]
Apprendre de nouveaux savoirs	6,6	126 835 [98 009 ; 163 348]
Comprendre les autres ou se faire comprendre des autres	2,3	44 200 [30 748 ; 63 418]
Se mettre en danger	1,1	21 139 [9 609 ; 46 122]
Se voir reprocher d'être trop impulsif ou agressif	2,3	44 200 [24 983 ; 74 948]

*Champ* : 1 397 individus âgés de 60 ans et plus vivant à domicile en Île-de-France

*Note* : Les pourcentages sont pondérés. Les estimations sont calculées en appliquant le taux de prévalence aux estimations de population par l'Insee en 2012 (Voir Méthodes)

*Lecture* : 3,8% des Franciliens âgé de 60 ans et plus et vivant à domicile déclarent avoir des difficultés sévères à voir de près

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

### **En Île-de-France, les femmes déclarent davantage de limitations motrices sévères que les hommes**

Il existe des différences entre les hommes et les femmes vivant à domicile en Île-de-France face à l'altération des fonctions motrices (Tableau 8). Les Franciliennes sont 36,1% à avoir des limitations motrices sévères contre 18,2% des Franciliens. En tenant compte des différences d'âges, les Franciliennes ont deux fois plus de risque de déclarer des limitations motrices sévères que les hommes (OR=2,4 ; p=0,000). Les limitations motrices sévères qui touchent davantage les femmes sont celles liées aux membres inférieurs : en ajustant sur l'âge, les femmes ont deux fois plus de risques que les hommes d'avoir des difficultés sévères à marcher sur 500 mètres (OR=2,0 ; p=0,002), deux fois plus de risques à se baisser ou s'agenouiller (OR=1,9 ; p=0,000) et à monter ou descendre un étage d'escalier (OR=1,8 ; p=0,006). En ajustant sur l'âge, les femmes ont également plus de difficultés sévères que les hommes à mobiliser leur bras (OR=2,5 ; p=0,003) et dans les fonctions qui font appel à la force musculaire (OR=3,3 ; p=0,000).

En revanche, les hommes et les femmes de 60 ans et plus résidant en Île-de-France à domicile sont aussi nombreux à déclarer avoir des limitations sensorielles sévères et des limitations intellectuelles, psychiques ou cognitives sévères (Tableau 8). On notera toutefois que les femmes déclarent plus de difficultés sévères que les hommes à se concentrer plus de 10 minutes en tenant compte de l'âge (OR=2,20 ; p=0,042).

L'ensemble de ces résultats n'est pas spécifique à l'Île-de-France. Dans les autres régions, les inégalités entre les hommes et les femmes vont dans le même sens et sont de même importance qu'en Île-de-France (Annexe 1).

### **Les hommes franciliens déclarent moins de limitations fonctionnelles sévères que les hommes des autres régions**

Au sein de la population masculine vivant à domicile, il existe des différences dans le risque de déclarer certaines limitations fonctionnelles sévères entre l'Île-de-France et les autres régions : les Franciliens déclarent moins de limitations sensorielles sévères que les hommes des autres régions (OR=0,67 ; p=0,039) et en particulier en ce qui concerne la vision de loin (OR=0,48 ; p=0,040) et l'audition (OR=0,59 ; p=0,008) (Tableau 8).

Les hommes franciliens déclarent autant de limitations motrices sévères que les hommes des autres régions (OR=0,77 ; p=0,103). Néanmoins, on observe que les Franciliens sont moins nombreux à déclarer des difficultés sévères pour marcher sur 500 mètres (OR=0,68 ; p=0,034) ou lever le bras (OR=0,48 ; p=0,002) que les non-Franciliens.

**Tableau 8.** Taux de déclaration de limitations fonctionnelles sévères sans aide technique ni humaine (sauf mention contraire) pour les hommes et les femmes âgés de 60 ans et plus, vivant à domicile, en Île-de-France et dans les autres régions.

	Île-de-France (IdF)				Hommes		Femmes	
	Hommes (H)	Femmes (F)	ORa H/F	<i>p-value</i>	ORa ÎdF/H ÎdF	<i>p-value</i>	ORa ÎdF/H ÎdF	<i>p-value</i>
<b>Effectifs</b>	<b>552</b>	<b>845</b>						
<b>Limitation sensorielle sévère</b>	<b>11,6</b>	<b>11,4</b>	<b>0,82</b>	<b>0,416</b>	<b>0,67</b>	<b>0,039</b>	<b>0,69</b>	<b>0,031</b>
Vue de près	4,2	3,6	0,72	0,351	1,11	0,743	0,65	0,045
Vue de loin	1,3	3,0	1,90	0,120	0,48	0,040	0,64	0,092
Entendre	8,0	7,9	0,80	0,446	0,59	0,008	0,70	0,074
<b>Limitation motrice sévère</b>	<b>18,2</b>	<b>36,1</b>	<b>2,43</b>	<b>0,000</b>	<b>0,77</b>	<b>0,103</b>	<b>0,85</b>	<b>0,234</b>
Marcher sur 500 mètres	7,3	15,2	1,95	0,002	0,68	0,034	0,99	0,935
Monter / Descendre un étage	9,5	18,3	1,84	0,006	0,89	0,522	1,05	0,711
Se baisser /S'agenouiller	12,5	23,6	1,93	0,000	0,77	0,145	0,80	0,094
Lever le bras	2,3	6,4	2,52	0,003	0,48	0,002	0,70	0,079
Se servir de ses mains et doigts	2,4	3,9	1,39	0,400	1,29	0,401	0,97	0,910
Prendre un objet avec ses mains	1,5	2,2	1,27	0,601	0,72	0,388	0,69	0,175
Porter un sac de 5 kilos sur 10 m	8,5	23,7	3,30	0,000	0,84	0,350	0,88	0,323
Contrôler ses selles ou urines	3,0	2,5	0,60	0,135	1,03	0,920	0,43	0,000
<b>Limitation intellectuelle, psychique, cognitive sévère</b>	<b>9,5</b>	<b>13,8</b>	<b>1,31</b>	<b>0,284</b>	<b>0,77</b>	<b>0,246</b>	<b>1,28</b>	<b>0,115</b>
Savoir à quel moment de la journée on est	1,8	2,0	0,88	0,781	0,72	0,345	0,86	0,585
Avoir des trous de mémoire	5,0	6,5	1,20	0,642	1,27	0,460	1,59	0,024
Se concentrer plus de 10 minutes	1,6	4,0	2,20	0,042	0,54	0,048	1,29	0,295
Résoudre les problèmes de la vie quotidienne	2,0	4,2	1,58	0,201	0,48	0,016	1,04	0,838
Apprendre de nouveaux savoirs	5,0	7,8	1,34	0,343	0,97	0,903	1,41	0,053
Comprendre les autres ou se faire comprendre des autres	2,2	2,4	0,95	0,904	0,93	0,811	1,27	0,396
Se mettre en danger	0,1	1,7	12,3	0,001	0,12	0,000	1,20	0,696
Se voir reprocher d'être trop impulsif ou agressif	2,2	2,3	1,06	0,956	0,63	0,296	1,16	0,721

*Champ* : 1 397 individus âgés de 60 ans et plus résidant à domicile en Île-de-France (dont 552 hommes et 845 femmes)

*Note* : Les effectifs sont bruts, les pourcentages sont pondérés. Les OR sont ajustés sur l'âge (en continu et au carré)

*Lecture* : 11,6% des Franciliens âgés de 60 ans et plus et vivant à domicile déclarent une limitation sensorielle sévère

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

Enfin, les hommes franciliens déclarent au global autant de limitations intellectuelles, psychiques ou cognitives sévères que les hommes des autres régions (OR=0,8 ; p=0,246). Il est à noter cependant que les hommes franciliens sont moins sujets à certaines limitations intellectuelles, psychiques ou cognitives sévères comme, se concentrer plus de 10 minutes (OR=0,5 ; p=0,048), résoudre les problèmes de la vie quotidienne (OR=0,5 ; p=0,016) ou se mettre en danger (OR=0,1 ; p=0,000).

### **Les femmes franciliennes déclarent moins de limitations sensorielles sévères que les femmes des autres régions**

Les femmes d'Île-de-France et des autres régions vivant à domicile sont, quant à elles, exposées avec un même niveau de risque à la plupart des limitations fonctionnelles sévères (Tableau 8). On observe toutefois que les femmes résidant en Île-de-France à domicile déclarent moins de limitations sensorielles sévères que les femmes vivant dans les autres régions (OR=0,7 ; p=0,031) et notamment pour la vision de près (OR=0,7 ; p=0,045). On note également que les Franciliennes souffrent moins que les femmes des autres régions de problèmes de contrôle sphinctériens (OR=0,4 ; p=0,000). Enfin, les Franciliennes sont plus nombreuses que les femmes des autres régions à déclarer avoir des trous de mémoire sévères (OR=1,6 ; p=0,024).

### **3.1.3. Restrictions d'activité (stade 3)**

Les restrictions d'activité correspondent à des situations de gênes dans les activités du quotidien que ce soit pour les activités repérées par l'indicateur des IADL (comme faire ses courses, se déplacer, préparer ses repas...) ou par l'indicateur des ADL (comme se laver, manger, se coucher...). Pour rappel, seules les personnes qui déclarent des difficultés du fait d'un problème de santé, de handicap ou de vieillesse sont comptabilisées comme des personnes ayant des restrictions d'activité. Une restriction d'activité peut être modérée ou sévère. A partir de 60 ans, elles sont plus fréquemment sévères et reflètent des situations de dépendance qui requièrent une assistance humaine. Notre analyse se concentre sur les restrictions d'activité sévères.

### **18,7% des Franciliens âgés de 60 ans et plus sont sévèrement restreints dans la réalisation de leurs activités quotidiennes**

En Île-de-France, 18,7% des individus âgés de 60 ans et plus et vivant à domicile se déclarent fortement restreints dans leurs activités (à domicile, hors domicile, soins personnels) (Tableau 9). Les activités sur lesquelles les Franciliens ont le plus fréquemment besoin d'aide du fait de difficultés importantes à les réaliser seuls sont les tâches occasionnelles, comme le bricolage ou le lavage de vitres (13,8%), faire ses courses seul (11,5%), faire les tâches ménagères courantes, comme la vaisselle, la lessive, le repassage (9,0%), faire ses tâches administratives (7,7%).

**Tableau 9.** Taux de déclaration de restriction sévère dans la réalisation des activités de la vie quotidienne (ADL) ou des activités instrumentales (IADL) parmi les 60 ans et plus, vivant à domicile, en Île-de-France.

	Taux de déclaration (%)	N estimé [CI95%]
<b>Effectifs</b>	<b>1397</b>	
<b>A une restriction sévère en ADL ou IADL</b>	<b>18,7</b>	<b>359 000 [301 000 ; 417 000]</b>
<b>A une restriction sévère dans la réalisation de soins personnels (ADL) pour...</b>	<b>6,3</b>	<b>121 070 [96 087 ; 149 896]</b>
Se laver seul	4,2	80 713 [63 418 ; 103 774]
S'habiller et se déshabiller seul	3,0	57 652 [442 00 ; 76 870]
Couper sa nourriture ou se servir à boire seul	2,0	38 435 [24 983 ; 59 574]
Manger et boire seul, une fois le repas prêt	0,6	11 530 [5 765 ; 19 217]
Se servir des toilettes seul	1,2	23 061 [15 374 ; 32 670]
Se coucher et se lever du lit seul	1,6	30 748 [21 139 ; 42 278]
S'asseoir et se lever d'un siège seul	1,7	32 670 [2 3061 ; 46 122]
<b>Avoir une restriction sévère dans la réalisation d'activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) pour...</b>	<b>18,3</b>	<b>351 679 [299 792 ; 407 410]</b>
Faire ses courses seul	11,7	224 844 [184 487 ; 272 888]
Préparer ses repas seul	5,4	103 774 [78 792 ; 132 600]
Faire les tâches ménagères courantes	9,0	172 957 [138 366 ; 213 314]
Faire les tâches plus occasionnelles (bricolage, laver les carreaux...)	13,8	265 201 [221 001 ; 315 166]
Faire les démarches administratives courantes seul	7,7	147 974 [117 226 ; 184 487]
Prendre ses médicaments seul	2,6	49 965 [36 513 ; 69 183]
Se déplacer dans toutes les pièces d'un étage seul	1,2	23 061 [13 452 ; 36 513]
Sortir de son logement seul	5,5	105 696 [84 557 ; 134 522]
Utiliser un moyen de déplacement seul	7,9	151 818 [122 992 ; 188 331]
Trouver son chemin seul	3,4	65 339 [46 122 ; 88 400]
Se servir du téléphone seul	1,9	36 513 [24 983 ; 53 809]

*Champ* : 1 397 individus âgés de 60 ans et plus résidant à domicile en Île-de-France

*Note* : Les pourcentages sont pondérés.

*Lecture* : 5,2% des Franciliens âgé de 60 ans et plus et vivant à domicile déclarent avoir des difficultés pour se laver seul

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

On identifie ici des restrictions d'activité qui engendrent des besoins d'assistance humaine qui peuvent être ponctuels. En ce qui concerne les activités élémentaires, comme les soins personnels, les Franciliens sont 6,3% à ressentir des restrictions importantes. Ils sont 4,2% à avoir des difficultés sévères pour se laver seul, 3,0% pour s'habiller ou se laver seul...En termes

d'effectifs, cela correspond à 80 700 individus qui ont beaucoup de difficultés ou dans l'incapacité totale de se laver seul en Île-de-France, 58 000 pour ce qui est de se vêtir ou se dévêtir seul... On aborde ici des situations de santé très dégradées, pour lesquelles une aide technique ou un aménagement n'est soit pas disponible, soit non accessible, soit inefficace pour la compenser et qui nécessitent dans la plupart des cas une aide humaine quotidienne.

### **En Île-de-France, les femmes sont plus nombreuses à être sévèrement restreintes dans leurs activités du quotidien que les hommes**

En Île-de-France, à domicile, les femmes de 60 ans et plus sont davantage, que les hommes du même âge, à se déclarer sévèrement restreintes dans leurs activités (10,8% des hommes et 24,7% des femmes) (Tableau 10). En ajustant sur l'âge, elles présentent un risque près de trois fois supérieur à celui des hommes (OR=2,6 ; p=0,000). Dans les autres régions, on établit la même conclusion : à partir de 60 ans, les femmes sont plus exposées aux restrictions sévères d'activité que les hommes du même âge (OR=2,2 ; p=0,000).

**Tableau 10.** Taux de déclaration de restriction sévère d'activité (ADL ou IADL) pour les hommes et les femmes âgés de 60 ans et plus, vivant à domicile, en Île-de-France et dans les autres régions.

	Hommes (H)	Femmes (F)	ORa H / F	p-value
<b>Effectifs</b>	<b>3571</b>	<b>5302</b>		
Île-de-France (ÎdF)	10,8	24,7	2,6	0,000
Hors Île-de-France (H ÎdF)	12,8	25,5	2,2	0,000
ORa (ÎdF/H ÎdF)	0,87	1,00		
p-value	0,463	0,971		

*Champ* : 3 571 hommes (dont 552 Franciliens) et 5302 femmes (dont 845 Franciliennes) vivant à domicile.

*Note* : Les effectifs sont bruts, les pourcentages sont pondérés. Les OR sont ajustés sur l'âge (en continu et au carré)

*Lecture* : 10,8% des hommes d'Île-de-France âgés de 60 ans et plus et vivant à domicile déclarent une restriction sévère dans la réalisation d'activités domestiques ou pour les soins personnels

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

### **Les Franciliens et les Franciliennes déclarent autant de restrictions sévères d'activité que les hommes et femmes des autres régions**

A partir de 60 ans, les hommes franciliens vivant à domicile sont aussi nombreux que les hommes des autres régions à déclarer une restriction sévère d'activité (10,8% des Franciliens contre 12,8% des non-Franciliens) (Tableau 10). En tenant compte des différences de structure d'âge, les Franciliens et les non-Franciliens présentent un même niveau de risque face aux restrictions sévères d'activité (OR=0,87 ; p=0,463). On retrouve ces mêmes résultats au sein de la population féminine (OR=1,00 ; p=0,971).

## 3.2. Effets de l'âge dans le processus de perte d'autonomie

Cette deuxième sous-partie met en évidence les effets de l'âge chez les hommes et chez les femmes au niveau des différents stades du processus de perte d'autonomie. Nous mettons en évidence les effets de l'âge sur la fréquence, le cumul, la complexité et l'aggravation des situations de santé fonctionnelles. Cette partie souligne les spécificités des Franciliens et des Franciliennes au regard des autres régions.

De plus, un focus est consacré à l'état de santé et l'état fonctionnel de la population des personnes très âgées, à savoir celles âgées de 85 ans et plus. A l'horizon 2020, ce sont en effet les individus de 85 ans et plus qui vont connaître la plus forte augmentation en termes de part de population (soit une croissance de 65% entre 2005 et 2020) (Salembier, 2009a). Il est essentiel de pouvoir qualifier finement leur état de santé et leur état fonctionnel pour connaître les besoins futurs et adapter les dispositifs d'aide et de prise en charge.

### **3.2.1. Les taux de déclaration de maladies chroniques, de limitations fonctionnelles et de restrictions d'activité sont plus élevés chez les plus âgés**

La déclaration de maladies chroniques, de limitations fonctionnelles sévères et de restrictions sévères d'activité varie fortement selon l'âge en Île-de-France (Tableau 11). Parmi les hommes de 60-74 ans vivant à domicile, 57,7% déclarent une maladie chronique ; ils sont 89,4% à partir de 85 ans et plus. Les limitations fonctionnelles sévères sont assez rares chez les hommes entre 60 et 74 ans : 7,0% déclarent une limitation sensorielle sévère, 8,8% une limitation motrice sévère et ils sont 7,9% à être concernés par une limitation intellectuelle, psychique ou cognitive sévère. A partir de 85 ans, les hommes sont 35,5% à déclarer avoir une limitation sensorielle sévère (soit 7,3 fois plus qu'entre 60 et 74 ans (OR=7,3 ; p=0,000)) et 52,9% à déclarer une limitation motrice sévère (soit 15,3 fois plus qu'entre 60 et 74 ans (OR=15,3 ; p=0,000)). Les limitations motrices sévères prennent également de plus en plus d'ampleur chez les femmes avec l'âge et concernent 80,6% des femmes âgées de 85 ans et plus. Le taux de restrictions sévères d'activité augmente également avec l'âge. Plutôt rares avant 75 ans (4,9% des hommes et 13,8% des femmes), les restrictions d'activités concernent 45,5% des hommes et 68,3% des femmes âgées de 85 ans et plus et vivant à domicile en Île-de-France. Ces chiffres mettent en évidence l'ampleur de la dégradation fonctionnelle et notamment motrice chez les plus âgés.

**Tableau 11.** Taux de déclaration de problèmes de santé et de situations fonctionnelles selon l'âge des hommes et des femmes âgés 60 ans et plus, vivant à domicile, en Île-de-France.

	Hommes					Femmes				
	60-74	75-84	85 et plus	ORa (85et + /60-74)	p-value	60-74	75-84	85 et plus	ORa (85et + /60-74)	p-value
<b>Effectifs</b>	<b>333</b>	<b>161</b>	<b>58</b>			<b>446</b>	<b>280</b>	<b>119</b>		
Maladie chronique	57,7	72,8	89,4	6,2	0,004	55,6	73,3	69,3	1,8	0,127
Limitation sensorielle sévère	7,0	21,2	35,5	7,3	0,000	7,9	14,2	26,2	4,2	0,000
Limitation motrice sévère	8,8	40,5	59,7	15,3	0,000	22,9	50,1	80,6	14	0,000
Limitation intellectuelle, psychique ou cognitive (IPC) sévère	7,9	13,3	23,4	3,6	0,017	8,7	19,5	30,3	4,6	0,000
Restriction sévère d'activité	4,9	22	45,5	16,1	0,001	13,8	34,2	68,3	13,5	0,000

*Champ* : 552 hommes et 845 femmes âgées de 60 ans et plus, vivant à domicile, en Île-de-France.

*Note* : Les effectifs sont bruts, les pourcentages sont pondérés. Les OR sont ajustés sur l'âge (en continu et au carré)

*Lecture* : 57,7% des hommes d'Île-de-France âgés entre 60 et 74 ans et plus et vivant à domicile déclarent être atteints de maladie chronique

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

### **Avant 75 ans, les femmes sont plus exposées que les hommes aux limitations motrices sévères et aux restrictions d'activité sévères**

Les résultats des régressions logistiques présentés dans le Tableau 12 montrent que, en Île-de-France, les femmes déclarent davantage de limitations motrices sévères et de restrictions d'activité sévères que les hommes, avant 75 ans. En effet, les femmes entre 60-74 ans présentent un risque 3,3 fois plus élevé de déclarer des limitations motrices sévères que les hommes du même âge (OR=3,3 ; p=0,000) et 3,2 fois plus élevé de déclarer des restrictions sévères d'activité (OR=3,2 ; p= 0,001). Ces différences entre les hommes et les femmes en Île-de-France persistent en tenant compte de la PCS (respectivement OR=4,4 ; p=0,000 / OR=3,3 ; p=0,001<sup>19</sup>). Après 75 ans, les différences s'atténuent entre les hommes et les femmes. En ce qui concerne les maladies chroniques, les limitations sensorielles sévères et les limitations intellectuelles, psychiques ou cognitives sévères, le taux de déclaration est le même pour les hommes et les femmes et ce, quel que soit l'âge.

<sup>19</sup> Ces résultats ne sont pas présentés dans les tableaux.

---

**Avant 75 ans, les Franciliens déclarent moins de limitations motrices sévères que les hommes des autres régions**

Les résultats de la régression logistique par tranche d'âge montrent que les disparités entre les hommes d'Île-de-France et des autres régions face aux limitations sensorielles sévères disparaissent dès lors que l'on décompose par tranche d'âge (Tableau 12). En revanche, on observe des disparités face aux limitations motrices sévères entre les Franciliens et les hommes des autres régions (OR=0,6 ; p =0,013). On n'observe toujours aucune différence chez les hommes face aux restrictions sévères d'activité selon qu'ils vivent en Île-de-France ou dans les autres régions et ce, quelle que soit la tranche d'âge.

**Les Franciliennes déclarent, avant 75 ans, moins de maladie chronique et, après 75 ans, moins de limitations sensorielles sévères que les femmes des autres régions**

Si les Franciliennes déclarent moins de maladie chronique que les femmes des autres régions, c'est vrai avant 75 ans (OR=0,5 ; p=0,000) ; après les inégalités s'atténuent (Tableau 12). En revanche, les inégalités face aux limitations sensorielles sévères font leur apparition après 75 ans (OR=0,6 ; p=0,047 pour les 75-84 ans / OR=0,4 ; p=0,006 pour les 85 ans et plus). De la même façon que pour les hommes, on n'observe toujours aucune différence chez les femmes face aux restrictions sévères d'activité selon qu'ils vivent en Île-de-France ou dans les autres régions et ce, quel que soit la tranche d'âge.

**Tableau 12.** Comparaisons des risques de déclarer des problèmes de santé ou des limitations fonctionnelles sévères selon le sexe en Île-de-France et dans les autres régions, par tranche d'âge.

	Hommes / Femmes en ÎdF						Hommes : ÎdF / H ÎdF						Femmes : ÎdF / H ÎdF					
	60-74		75-84		85 et plus		60-74		75-84		85 et plus		60-74		75-84		85 et plus	
	ORa	P-value	ORa	P-value	ORa	P-value	ORa	P-value	ORa	P-value	ORa	P-value	ORa	P-value	ORa	P-value	ORa	P-value
<b>Effectifs</b>	<b>4718</b>		<b>3073</b>		<b>1084</b>		<b>2103</b>		<b>1158</b>		<b>310</b>		<b>2615</b>		<b>1915</b>		<b>772</b>	
Maladie chronique	0,9	0,735	1,1	0,838	0,3	0,058	0,7	0,109	0,9	0,755	2,1	0,254	0,5	0,000	0,8	0,458	0,8	0,587
Limitation sensorielle sévère	1,2	0,690	0,6	0,163	0,5	0,103	0,6	0,079	0,8	0,534	0,8	0,555	0,9	0,783	0,6	0,047	0,4	0,006
Limitation motrice sévère	3,3	0,000	1,5	0,195	2,6	0,098	0,6	0,013	1,2	0,455	0,7	0,517	0,9	0,518	0,8	0,244	1,0	0,907
Limitation IPC sévère	1,1	0,748	1,6	0,238	1,3	0,657	0,8	0,590	0,7	0,297	0,7	0,381	1,2	0,541	1,6	0,071	1,1	0,875
Restriction sévère d'activité	3,2	0,000	1,9	0,059	2,4	0,087	0,8	0,452	1,0	0,938	0,9	0,780	1,3	0,287	0,8	0,412	0,8	0,638

*Champ* : 3 571 hommes (dont 552 Franciliens) et 5302 femmes (dont 845 Franciliennes) vivant à domicile.

*Note* : Les effectifs sont bruts, les pourcentages sont pondérés. Les OR sont bruts.

*Lecture* : En Île-de-France, les femmes de 60-74 ans ont un risque inférieur (OR<1,0) à celui des hommes du même âge de déclarer une maladie chronique ; cette différence est non-significative (p>0,050) ; En Île-de-France, les femmes de 60-74 ans ont un risque supérieur (OR>1,0) à celui des hommes du même âge de déclarer une limitation motrice sévère ; cette différence est significative (p<=0,050)

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

### **3.2.2. Avec l'âge, les limitations fonctionnelles se cumulent, se combinent les unes aux autres**

#### **Les limitations fonctionnelles se cumulent avec l'avancée en âge chez les hommes et chez les femmes**

Les situations de cumul de limitations fonctionnelles sont de plus en plus fréquentes avec l'avancée en âge et ce, quel que soit le type de limitation (Tableau 13). Au sein de la population masculine vivant à domicile, le groupe d'âge des 60-74 ans sont 15,1% à déclarer cumuler plusieurs limitations motrices, ils sont 63,8% à partir de 85 ans. Les femmes sont 32,8% entre 60 et 74 ans à cumuler plusieurs limitations motrices, elles sont 85,2% à partir de 85 ans. Chez les hommes et chez les femmes, la situation de cumul qui connaît la plus forte progression avec l'âge est celle qui touche les fonctions motrices (OR=9,9 ; p=0,000 pour les hommes et OR=11,8 ; p=0,000 pour les femmes).

#### **Les limitations fonctionnelles se combinent avec l'avancée en âge chez les hommes et chez les femmes...**

Avec l'âge, les problèmes fonctionnels deviennent de plus en plus complexes en se combinant les uns aux autres (Tableau 13). Les limitations motrices se combinent aux limitations sensorielles. Les limitations sensorielles se combinent aux limitations psychiques. La forme la plus courante et qui connaît la plus forte augmentation avec l'âge est celle qui combine au moins une limitation motrice (membres inférieurs ou supérieurs) avec au moins une limitation intellectuelle, psychique ou cognitive (problèmes de concentration, d'apprentissage...). Elle concerne 17,0% des Franciliens et 31,4% des Franciliennes de 60-74 ans. Sa prévalence augmente très fortement avec l'âge pour concerner 62,7% des Franciliens et 77,9% des Franciliennes de 85 ans et plus. La deuxième situation de combinaison importante chez les Franciliens et Franciliennes est celle qui combine une limitation motrice avec une limitation sensorielle (48,2% des Franciliens et 51,9% des Franciliennes de 85 ans et plus). La combinaison des trois limitations est un peu plus rare avant 75 ans (8,3% des Franciliens et 15,2% des Franciliennes) mais augmente progressivement avec l'âge pour concerner 39,5% des Franciliens et 45,2% des Franciliennes à partir de 85 ans.

#### **....et ce, même dans leur forme la plus sévère**

Les associations de limitations fonctionnelles de niveau sévère sont très rares entre 60 et 74 ans chez les hommes et chez les femmes vivant à domicile en Île-de-France (Tableau 13). Elles concernent au maximum 2% des hommes et 3% des femmes. Avec l'âge, la déclaration de ce type de situation est de plus en plus fréquente. L'augmentation la plus importante chez les

hommes concerne la situation qui combine limitation motrice sévère et limitation sensorielle sévère (34,8% des 85 ans et plus) puis celle qui combine limitation motrice sévère et limitation intellectuelle, psychique ou cognitive sévère (17,7% des 85 ans et plus). Chez les femmes, ce sont également ces deux types de combinaison qui connaissent la plus forte progression (resp. 23,8% et 29,5%). Les situations qui combinent les formes sévères de limitations sensorielles et de limitations intellectuelles, psychiques ou cognitives sont plus rares et concernent moins de 10% des Franciliens et Franciliennes âgés de 85 ans ou plus.

**Tableau 13.** Taux de déclaration de problèmes de santé et situations fonctionnelles complexes selon l'âge des hommes et des femmes âgés 60 ans et plus, vivant à domicile, en Île-de-France.

	Hommes					Femmes				
	60-74	75-84	85 et +	ORa 85et + /60-74	P-value	60-74	75-84	85 et +	ORa 85et + /60-74	P-value
<b>Effectifs</b>	<b>333</b>	<b>161</b>	<b>58</b>			<b>446</b>	<b>280</b>	<b>119</b>		
<b>Cumul de maladies ou de limitations fonctionnelles</b>										
Cinq maladies ou plus	7,6	7,1	31,6	5,6	0,001	16	23,2	28,4	2,1	0,050
Plusieurs limitations sensorielles	4,9	14,9	19,2	4,6	0,007	4,2	15,6	25,8	7,9	0,000
Plusieurs limitations motrices	15,1	41,5	63,8	9,9	0,000	32,8	61,2	85,2	11,8	0,000
Plusieurs limitations intellectuelles, psychiques ou cognitives (IPC)	17,9	39,4	39,6	3,0	0,016	27,6	37,7	63,4	4,5	0,000
<b>Combinaison de différents types de limitations dont au moins ...</b>										
<b>Motrice + IPC</b>	17,0	50,3	62,7	8,2	0,000	31,4	56,0	77,9	22,6	0,000
Motrice sévère + IPC sévère	0,9	12,7	17,7	7,7	0,000	2,9	14,8	29,5	14,0	0,000
<b>Motrice + Sensorielle</b>	11,2	42,6	48,2	7,4	0,000	18,5	41,1	51,9	4,7	0,000
Motrice sévère + Sensorielle sévère	1,8	13,2	34,8	28,5	0,000	2,9	9,6	23,8	10,3	0,000
<b>Sensorielle + IPC</b>	19,5	47	57,7	3,7	0,000	24,2	36,6	45,5	2,6	0,004
Sensorielle sévère + IPC sévère	0,6	7,9	9,7	18,2	0,000	1,6	4,1	9,2	6,4	0,000
<b>Sensorielle + Motrice + IPC</b>	8,3	39,2	39,5	7,1	0,000	15,2	32,7	45,2	6,9	0,000
Sensorielle sévère + Motrice sévère + IPC sévère	0,3	7,8	9,4	18,9	0,000	1,1	4,1	9,2	11,2	0,000

*Champ* : 1397 individus âgés de 60 ans et plus résidant à domicile en Île-de-France (dont 552 hommes et 845 femmes)

*Lecture* : 7,6% des hommes d'Île-de-France âgés de 60-74 ans et plus et vivant à domicile déclarent être atteints de cinq maladies ou plus ; 17,0% déclarent avoir au moins une limitation motrice combinée à une limitation intellectuelle, psychique ou cognitive

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

### **Avant 75 ans, les femmes sont plus exposées que les hommes aux situations fonctionnelles complexes et dégradées touchant aux fonctions motrices**

Les femmes sont plus exposées que les hommes aux situations fonctionnelles complexes et dégradées (Tableau 14). Mais cette différence entre les hommes et les femmes s'annule aux âges les plus élevés. Les femmes sont ainsi environ trois fois plus exposées que les hommes au cumul de limitations motrices avant 85 ans (60-74 ans : OR=2,9 ; p=0,000 / 75-84 ans : OR=2,5 ; p=0,009) ; ce n'est plus vrai après 85 ans. Entre 60 et 74 ans, les femmes déclarent trois fois plus souvent que les hommes présenter une limitation motrice sévère et une limitation intellectuelle, psychique ou cognitive sévère (OR=3,3 ; p=0,002) et presque quatre fois plus souvent présenter la combinaison des trois types de limitations sévères (OR=3,8 ; p=0,035). Après 75 ans, les différences de sexe face aux situations complexes et dégradées touchant aux fonctions motrices s'atténuent. C'est comme si au-delà d'un certain âge, il devenait difficile de mobiliser ses ressources pour éviter la survenue de situations de santé complexes et dégradées.

### **Avant 75 ans, les hommes franciliens sont moins exposés que les non-franciliens aux combinaisons de problèmes fonctionnels sévères**

Les Franciliens sont moins nombreux que les hommes des autres régions à déclarer des combinaisons de problèmes fonctionnels et ce, même dans leur forme la plus sévère. Le Tableau 14 précise néanmoins que l'avantage des Franciliens se concentre entre 60 et 74 ans et s'annule après 75 ans. Comparé aux non-Franciliens, les Franciliens de 60-74 ans ont moins de risque de déclarer une limitation motrice sévère et une limitation sensorielle sévère (OR=0,5 ; p=0,050), une limitation sensorielle sévère et une limitation intellectuelle, psychique ou cognitive sévère (OR=0,2 ; p=0,001). Les Franciliens sont également moins nombreux que les hommes des autres régions à déclarer être dans une situation fonctionnelle qui combine les trois types de limitations fonctionnelles dans leur forme la plus sévère (OR=0,2 ; p=0,006).

### **Après 85 ans, les femmes Franciliennes sont moins exposées que les non-Franciliennes aux combinaisons de problèmes fonctionnels sévères incluant des limitations sensorielles**

Si avant 85 ans, les Franciliennes et les non-Franciliennes présentent autant de risque de déclarer des combinaisons de problèmes fonctionnels, ce n'est plus le cas après 85 ans (Tableau 14). Comparé aux non-Franciliennes, les Franciliennes de 85 ans et plus ont moins de risque de déclarer une limitation motrice sévère et une limitation sensorielle sévère (OR=0,5 ; p=0,012), une limitation sensorielle sévère et une limitation intellectuelle, psychique ou cognitive sévère (OR=0,5 ; p=0,041). Les Franciliennes sont également moins nombreuses que les femmes des autres régions à déclarer être dans une situation fonctionnelle qui combine les trois types de limitations fonctionnelles dans leur forme la plus sévère (OR=0,5 ; p=0,041).

**Tableau 14.** Comparaisons des risques de déclarer des problèmes de santé et des situations fonctionnelles complexes selon l'âge des hommes et des femmes âgés 60 ans et plus, vivant à domicile, en Île-de-France et dans les autres régions.

	Hommes/Femmes en ÎdF						Hommes: ÎdF/H ÎdF						Femmes: ÎdF/H ÎdF					
	60-74		75-84		85 et plus		60-74		75-84		85 et plus		60-74		75-84		85 et plus	
	ORa (H/F)	p- value	ORa (H/F)	p- value	ORa (H/F)	p- value	ORa (ÎdF/H ÎdF)	p- value	ORa (H/F)	p- value	ORa (H/F)	p- value	ORa (H/F)	p- value	ORa (H/F)	p- value	ORa (H/F)	p- value
<b>Effectifs</b>	<b>779</b>		<b>441</b>		<b>177</b>		<b>2103</b>		<b>1158</b>		<b>310</b>		<b>2615</b>		<b>1915</b>		<b>772</b>	
<b>Cumul de maladies ou de limitations fonctionnelles</b>																		
Cinq maladies ou plus	2,32	0,008	4,07	0,001	0,91	0,853	0,69	0,165	0,34	0,006	1,94	0,162	0,95	0,813	1,09	0,701	1,16	0,656
Plusieurs limitations sensorielles	0,86	0,771	1,07	0,868	1,38	0,527	0,93	0,866	1,07	0,838	0,69	0,415	0,65	0,161	0,95	0,833	0,76	0,379
Plusieurs limitations motrices	2,93	0,000	2,45	0,009	3,10	0,075	0,79	0,253	0,90	0,709	0,55	0,255	1,01	0,600	0,94	0,779	1,01	0,979
Plusieurs limitations intellectuelles, psychiques ou cognitives (IPC)	1,80	0,031	0,98	0,940	2,52	0,084	0,63	0,036	0,84	0,555	0,53	0,143	1,00	0,995	0,85	0,413	1,21	0,554
<b>Combinaison de différents types de limitations dont au moins ...</b>																		
<b>Motrice + IPC</b>	2,34	0,001	1,34	0,405	1,82	0,335	0,65	0,035	1,15	0,636	0,98	0,972	0,88	0,461	0,96	0,851	1,21	0,631
Motrice sévère + IPC sévère	3,30	0,002	1,22	0,657	1,75	0,322	0,26	0,000	0,99	0,977	0,52	0,190	0,65	0,085	1,37	0,248	1,16	0,662
<b>Motrice + Sensorielle</b>	1,80	0,046	1,00	0,954	1,00	0,931	0,55	0,013	1,19	0,549	0,58	0,198	0,92	0,681	0,81	0,306	0,05	0,022
Motrice sévère + Sensorielle sévère	1,90	0,232	0,70	0,357	0,40	0,060	0,46	0,050	0,92	0,810	1,13	0,102	0,65	0,263	0,57	0,031	0,45	0,012

**Tableau 14 (suite).** Comparaisons des risques de déclarer des problèmes de santé et des situations fonctionnelles complexes selon l'âge des hommes et des femmes âgés 60 ans et plus, vivant à domicile, en Île-de-France et dans les autres régions.

	Hommes/Femmes en ÎdF						Hommes: ÎdF/H ÎdF						Femmes: ÎdF/H ÎdF					
	60-74		75-84		85 et plus		60-74		75-84		85 et plus		60-74		75-84		85 et plus	
	ORa (H/F)	p- value	ORa (H/F)	p- value	ORa (H/F)	p- value	ORa (ÎdF/H ÎdF)	p- value	ORa (H/F)	p- value	ORa (H/F)	p- value	ORa (H/F)	p- value	ORa (H/F)	p- value	ORa (H/F)	p- value
<b>Sensorielle + IPC</b>	1,30	0,324	0,70	0,275	0,50	0,192	0,69	0,098	1,07	0,825	0,86	0,748	1,13	0,523	0,90	0,597	0,51	0,031
Sensorielle sévère + IPC sévère	2,80	0,078	0,40	0,118	0,70	0,617	0,18	0,001	0,94	0,881	0,40	0,102	0,68	0,323	0,64	0,178	0,45	0,041
<b>Sensorielle + Motrice + IPC</b>	2,00	0,034	0,80	0,455	1,10	0,904	0,55	0,002	1,31	0,352	0,58	0,183	0,95	0,827	0,88	0,529	0,53	0,046
Sensorielle sévère + Motrice sévère + IPC sévère	3,80	0,035	0,40	0,119	0,70	0,667	0,24	0,006	1,24	0,609	0,40	0,114	0,63	0,251	0,73	0,344	0,45	0,041

*Champ* : 3 571 hommes (dont 552 Franciliens) et 5302 femmes (dont 845 Franciliennes) vivant à domicile.

*Note* : Les effectifs sont bruts, les pourcentages sont pondérés. Les OR sont ajustés sur l'âge (en continu et au carré).

*Lecture* : En Île-de-France, les femmes de 60-74 ans ont un risque supérieur (OR>1,0) à celui des hommes du même âge de déclarer cinq maladies ou plus ; cette différence est significative (p<=0,050)

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

### 3.2.3. Focus sur les hommes et femmes âgés de 85 et plus et vivant à domicile, en Île-de-France

#### Après 85 ans, les maladies se font plus fréquentes et de nouvelles maladies font leur apparition (stade 1)<sup>20</sup>

A partir de 85 ans, les deux problèmes de santé les plus fréquemment déclarés ne diffèrent pas de ceux déclarés par les 60 ans et plus mais deviennent plus courants (Tableau 15). La prévalence des **maladies cardiovasculaires** déjà conséquente à 60 ans continue d'augmenter pour concerner près de la moitié des Franciliens à partir de 85 ans et plus. L'insuffisance cardiaque relativement rare avant 85 ans (<3%) touche 25,8% de la population après 85 ans. L'ampleur de l'insuffisance cardiaque après 85 ans est particulièrement importante: en Île-de-France, les Franciliens ont 3,1 fois plus de risque d'être insuffisant cardiaque que leurs homologues résidant dans d'autres régions (OR=3,1 ; p=0,000). Le risque est encore plus important si l'on tient compte des différences de distribution de PCS entre l'Île-de-France et les autres régions. Si l'accident vasculaire cérébral est plus rare (moins de 7% des 85 ans et plus), le risque d'en être atteint à cet âge est 2,4 fois plus important pour un Francilien ; le risque est également augmenté si l'on tient compte des différences sociales. Au regard des maladies cardiovasculaires, l'Île-de-France a une situation particulière : elle présente un taux de mortalité de 23% inférieur à la moyenne métropolitaine et un taux d'hospitalisation supérieur de 7% (Tableau 16).

La prévalence des **maladies des os et des articulations** augmente également et concerne 46,0% des Franciliens âgés de 85 ans et plus et vivant à domicile (Tableau 15). L'arthrose est la pathologie ostéo-articulaire la plus souvent déclarée : à partir de 85 ans, 30,4% en sont touchés. Nous rappelons que l'arthrose a été identifiée comme la principale cause d'incapacité chez les hommes et les femmes âgés de 65 ans et plus (Verbrugge et Patrick, 1995).

Rares avant 85 ans, de nouveaux problèmes de santé font leur apparition après 85 ans, c'est-à-dire que leur taux de déclaration devient plus conséquent. La prévalence brute de **broncho-pneumopathie chronique obstructive** (BPCO) est de 10,6% chez les individus âgés de 85 ans ou plus en Île-de-France (Tableau 15). La prévalence est identique dans les autres régions. L'Île-de-France a un taux comparatif d'affection longue durée (ALD) pour maladies respiratoires équivalent à celui que l'on trouve dans les autres régions (Tableau 16). En

---

<sup>20</sup> Le taux de déclaration des maladies au sein de la population francilienne âgée de 60 ans et plus et vivant à domicile est présenté en 3.1.1. Nous évoquons également en 3.1.1 le potentiel invalidant de ces maladies en nous appuyant sur la littérature internationale.

revanche le taux comparatif de mortalité par maladies respiratoires est très bas en Île-de-France (-18% en comparaison à la moyenne nationale). Les travaux de Spiers montrent que l'essoufflement diminue considérablement la capacité à réaliser les activités du quotidien et augmente également le risque de mortalité (Spiers, 2005).

Près de 10% des Franciliens âgés de 85 ans et plus déclarent souffrir de **cataracte** en 2008 (Tableau 15). Les autres régions présentent des niveaux de prévalence similaires au même âge. Le recours hospitalier en Île-de-France pour cataracte est légèrement supérieur à la moyenne métropolitaine (+4%). D'après l'étude de Verbrugge, les troubles visuels figurent au 7<sup>ème</sup> rang pour les hommes et au 10<sup>ème</sup> rang pour les femmes des maladies invalidantes (Verbrugge et Patrick, 1995 ; Spiers *et al.*, 2005). Une étude française montre que les troubles visuels augmentent de 2 fois le risque de la fracture de la hanche chez les femmes âgées (Dargent-Molina *et al.*, 1996), la fracture de la hanche étant très associée à la dépendance fonctionnelle. Le taux comparatif de mortalité par chute accidentelle des personnes de 65 ans et plus est de 26 pour 100 000 en Île-de-France, il est inférieur de 18% à la moyenne nationale (Tableau 16).

**Tableau 15.** Principales maladies déclarées dans les 12 derniers mois parmi les 85 ans et plus, vivant à domicile, en Île-de-France et dans les autres régions.

	Île-de-France (ÎdF)	Hors Île-de-France (H ÎdF)	<i>p</i> - <i>value</i>	ORa ÎdF / H ÎdF	<i>p</i> - <i>value</i>
<b>Effectifs</b>	<b>178</b>	<b>906</b>			
<b>Cardiovasculaires</b>	<b>47,7</b>	<b>45,3</b>	<b>0,702</b>	<b>1,09</b>	<b>0,730</b>
dont hypertension artérielle	22,0	21,3	0,886	1,05	0,858
dont accident vasculaire cérébral	6,6	2,7	0,086	2,43	0,110
dont insuffisance cardiaque	25,8	10,0	0,000	3,12	0,000
<b>Os et articulations</b>	<b>46,0</b>	<b>53,6</b>	<b>0,223</b>	<b>0,75</b>	<b>0,239</b>
dont arthrose	30,4	38,1	0,176	0,71	0,178
dont ostéoporose	5,8	7,7	0,531	0,76	0,592
BPCO (poumon)	10,6	9,9	0,869	1,04	0,918
Cataracte	9,5	12,8	0,366	0,72	0,386
Diabète	8,7	9,5	0,818	0,89	0,802
Cancer	6,7	2,6	0,084	2,61	0,112
Maladie d'Alzheimer ou apparentés	6,0	6,0	0,984	1,00	1,000
Asthme	5,5	3,6	0,477	1,49	0,523
Problèmes thyroïdiens	4,1	3,2	0,635	1,41	0,542
Anxiété chronique	3,5	7,8	0,108	0,43	0,120

*Champ* : 906 individus âgés de 85 ans et plus résidant à domicile en France métropolitaine (dont 178 en Île-de-France)

*Note* : Les effectifs sont bruts, les pourcentages sont pondérés. Les OR sont ajustés sur l'âge (en continu et au carré)

*Lecture* : 47,7% des individus d'Île-de-France âgés de 85 ans et plus et vivant à domicile déclarent une maladie cardiovasculaire

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

**Tableau 16.** Taux comparatif de mortalité, d'admission en Affection longue durée (ALD), de séjours hospitaliers par maladies chez les 75 ans et plus en 2002-2004.

	Île-de-France			France métropolitaine		
	Mortalité (1)	ALD (2)	Recours hospitalier (3)	Mortalité	ALD	Recours hospitalier
Maladies cardiovasculaires	19,6	26,9	118	25,3	28,0	110,5
Cancers	13,4	15,3	55,8	14,3	15,4	45,6
Maladies respiratoires	4,8	1,9	--	5,5	1,9	--
Maladies d'Alzheimer	--	9,6	--	--	9,5	--
Cataracte	--	--	63,2	--	--	60,6
Chutes accidentelles (65 ans et +) *	0,26	--	--	0,32	--	--

Sources :

(1) Nombre de décès pour 1 000 personnes – Fnors, 2008

(2) Nombre de décès pour 1 000 personnes – Fnors, 2008

(3) Nombre de séjours pour 1 000 personnes – Fnors, 2008

\* Source : Score Santé

### **La moitié des personnes âgées de 85 ans ou plus vivant à domicile ont beaucoup de difficultés ou sont incapables de marcher sur 500 mètres sans aide technique ou humaine (stade 2)**

Le Tableau 17 présente les limitations fonctionnelles déclarées par les individus âgés de 85 ans et plus vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine. Les données présentées sont calculées au niveau national car il n'existe pas de différences face à la déclaration de limitations fonctionnelles entre les Franciliens et les non-Franciliens à ces âges-là.

A partir de 85 ans, le nombre d'individus déclarant des limitations motrices sévères est important. Près de 50% des individus de 85 ans ou plus vivant à domicile ont des difficultés sévères pour marcher sur 500 mètres seuls (*i.e.* sans aide technique ni humaine), près de 50% ont des difficultés sévères pour monter ou descendre un étage d'escalier seuls, 54,1% ont des difficultés sévères pour se baisser ou s'agenouiller seuls et 55,7% ont des difficultés sévères pour porter seuls un sac de 5 kilos sur 10 mètres. Les problèmes de contrôle sphinctérien (selles et urine) ne sont pas rares et concernent 33,1% des individus âgés de 85 ans et plus.

Sur le plan cognitif, on notera que 47,3% des individus de 85 ans et plus ont des difficultés à apprendre de nouveaux savoirs. Résoudre les problèmes de la vie quotidienne représente des difficultés pour 29,5% des individus de 85 ans et plus.

**Tableau 17.** Taux de déclaration de limitations fonctionnelles sans aide technique ni humaine (sauf mention contraire) parmi les 85 ans et plus, vivant à domicile, en France métropolitaine.

	Quelques	Beaucoup	En incapacité totale	Total	<i>p-value</i> (ÎdF / HÎdF)
<b>Effectifs</b>					
<b>Limitation sensorielle</b>					
Vue de près (avec lunettes ou lentilles si besoin)	13,4	7,6	7,6	28,6	0,052
Vue de loin (avec lunettes ou lentilles si besoin)	10,0	5,4	6,9	22,3	0,701
Entendre ce qui se dit dans une conversation à plusieurs (avec appareil auditif si besoin)	26,9	19,1	12,6	58,6	0,147
<b>Limitation motrice</b>					
Marcher sur 500 mètres	15,3	15,1	33,5	63,9	0,434
Monter / Descendre un étage	24,6	17,5	29,2	71,3	0,543
Se baisser / S'agenouiller	25,6	17,5	36,6	79,7	0,723
Lever le bras	18,6	10,9	9,9	39,4	0,053
Se servir de ses mains et doigts	14,6	7,4	2,2	24,2	0,738
Prendre un objet avec ses mains	8,0	2,7	3,8	14,5	0,542
Porter un sac de 5 kilos sur 10 mètres	17,2	9,8	46,9	73,9	0,548
Contrôler ses selles ou urines	15,4	8,6	9,1	33,1	0,634
<b>Limitation intellectuelle, psychique ou cognitive (IPC)</b>					
Savoir à quel moment de la journée on est	18,1	7,9	--	26,0	0,682
Avoir des trous de mémoire	46,0	12,3	--	58,3	0,283
Se concentrer plus de 10 minutes	19,4	9,7	--	29,1	0,967
Résoudre les problèmes de la vie quotidienne	12,8	16,7	--	29,5	0,571
Apprendre de nouveaux savoirs	26,7	20,6	--	47,3	0,740
Comprendre les autres ou se faire comprendre des autres	13,0	6,7	--	19,7	0,691
Se mettre en danger	14,7	3,8	--	18,5	0,282
Se voir reprocher d'être trop impulsif ou agressif	13,2	3,6	--	16,8	0,726

*Champ* : 1 084 individus âgés de 85 ans et plus résidant à domicile en France métropolitaine (dont 178 en Île-de-France)

*Note* : Les effectifs sont bruts, les pourcentages sont pondérés.

*Lecture* : 13,4% des individus âgés de 85 ans et plus et vivant à domicile en France métropolitaine déclarent avoir des difficultés dans la vision de près.

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

### **A partir de 85 ans, 60,2% des Franciliens présentent des restrictions sévères d'activité**

Sur 10 Franciliens de 85 ans et plus vivant à domicile, 6 sont sévèrement gênés dans la réalisation de leurs activités quotidiennes (Tableau 18). Les activités sur lesquelles les Franciliens de 85 ans et plus déclarent avoir beaucoup de difficultés voire être en incapacité totale à les réaliser seuls sont : les tâches occasionnelles, comme le bricolage ou laver les vitres (46,5%), faire ses courses seul (41,2%), les tâches ménagères courantes, comme la vaisselle, la lessive, le repassage (37,6 %), faire ses tâches administratives (29,9%). A partir de 85 ans, d'autres domaines de restrictions plutôt rares à 60 ans font leur apparition : 33,2% des Franciliens ont des difficultés pour utiliser un moyen de déplacement seul, 23,0% pour préparer son repas seul, 22,9% pour sortir de son logement seul, 16,7% pour trouver son chemin seul, 15,5% pour prendre ses médicaments seul. A partir de 85 ans, 18,7% des individus vivant à domicile ont des difficultés pour se laver seul, 15,6% pour s'habiller ou se déshabiller seul et 9,6% pour couper sa nourriture ou boire seul. Ce tableau confirme qu'il n'existe pas de différences entre l'Île-de-France et les autres régions face aux restrictions sévères d'activités après 85 ans.

**Tableau 18.** Taux de déclaration de restrictions sévères d'activité (ADL ou IADL) parmi les 85 ans et plus, vivant à domicile, en France métropolitaine.

	Île-de-France	Hors Île-de-France	ORa ÎdF/H ÎdF	<i>p-value</i>
<b>Effectifs</b>	<b>178</b>	<b>906</b>		
<b>A une restriction d'activité ADL ou IADL</b>	<b>60,2</b>	<b>63,6</b>	<b>0,81</b>	<b>0,441</b>
<b>A une restriction d'activité pour les soins personnels (ADL) pour ...</b>	<b>24,3</b>	<b>31,4</b>	<b>0,68</b>	<b>0,121</b>
Se laver seul	18,7	23,4	0,72	0,216
S'habiller et se déshabiller seul	15,6	14,6	1,01	0,852
Couper sa nourriture ou se servir à boire seul	9,6	9,1	1,03	0,940
Manger et boire seul, une fois le repas prêt	4,6	2,5	1,89	0,183
Se servir des toilettes seul	7,9	6,0	1,32	0,431
Se coucher et se lever du lit seul	8,0	9,2	0,83	0,592
S'asseoir et se lever d'un siège seul	8,1	6,4	1,25	0,509
<b>A une restriction d'activité pour les activités quotidiennes (IADL) pour...</b>	<b>60,0</b>	<b>62,2</b>	<b>0,88</b>	<b>0,647</b>
Faire ses courses seul	41,2	44,0	0,86	0,539
Préparer ses repas seul	23,0	24,7	0,86	0,562
Faire les tâches ménagères courantes	37,6	38,1	0,94	0,781
Faire les tâches plus occasionnelles (bricolage, laver les carreaux...)	46,5	51,0	0,79	0,351
Faire les démarches administratives courantes seul	29,9	34,3	0,78	0,314
Prendre ses médicaments seul	15,5	14,8	1,03	0,917
Se déplacer dans toutes les pièces d'un étage seul	6,0	7,6	0,73	0,383
Sortir de son logement seul	22,9	22,8	0,96	0,887
Utiliser un moyen de déplacement seul	33,2	35,9	0,86	0,537
Trouver son chemin seul	16,7	13,2	1,28	0,428
Se servir du téléphone seul	8,7	10,8	0,75	0,414

*Champ* : 1 084 individus âgés de 85 ans et plus résidant à domicile en France métropolitaine (dont 178 en Île-de-France)

*Note* : Les effectifs sont bruts, les pourcentages sont pondérés. Les OR sont ajustés sur l'âge (en continu et au carré)

*Lecture* : 27,0% des individus d'Île-de-France âgés de 85 ans et plus et vivant à domicile déclarent une restriction d'activité sévère pour la réalisation des soins personnels.

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

### 3.3. Ampleur des inégalités à double détente dans le processus de perte d'autonomie

L'objectif de cette troisième partie de résultats est de comprendre ce qui induit une situation de dépendance en Île-de-France. Il convient alors de comparer les risques de dégradation fonctionnelle entre groupes de population et ainsi identifier les déterminants du passage d'un stade à l'autre dans le processus qui mène à la perte d'autonomie. Nous allons nous concentrer sur le passage des limitations fonctionnelles aux restrictions d'activité. Présenter une restriction d'activité est non seulement lié au risque de présenter des problèmes fonctionnels mais aussi au risque de développer des restrictions dans les activités du fait de problèmes fonctionnels.

Nous allons donc, dans un premier temps, identifier les situations fonctionnelles les plus à risque de restriction sévère d'activité (3.3.1). Dans un deuxième temps, nous estimons le risque de présenter ces situations fonctionnelles qui sont à risque d'incapacité ; puis nous évaluons le risque de développer des restrictions d'activité du fait de problèmes fonctionnels. Les estimations de ces risques sont produites séparément pour les hommes et pour les femmes pour observer s'il existe des inégalités de sexe en Île-de-France face au processus de perte d'autonomie (3.3.2). Nous évaluons également ces risques pour deux groupes sociaux distincts (3.3.3): les cadres et professions intermédiaires (*cadres-pi*) et les ouvriers et employés (*ouv-emp*). L'objectif est de mettre en évidence les inégalités sociales chez les hommes et chez les femmes en Île-de-France et dans les autres régions pour essayer d'expliquer les inégalités territoriales identifiées en 3.1 et 3.2. L'hypothèse est que la situation sociale avantageuse de l'Île-de-France pourrait expliquer la moindre exposition des hommes franciliens aux limitations fonctionnelles.

#### **3.3.1. Les situations de santé et les situations fonctionnelles les plus à risque de restriction sévère d'activité en Île-de-France**

Le Tableau 19 confirme, d'une part, que les maladies chroniques (stade 1), les limitations fonctionnelles (stade 2) sont associées à une restriction sévère d'activité (stade 3). D'autre part, il souligne que le niveau d'association varie selon la nature, le niveau de gravité, de complexité du problème de santé. Ce tableau nous permet d'identifier des problèmes de santé et des problèmes fonctionnels qui peuvent être plus ou moins faciles à compenser et donc plus ou moins générateurs de restrictions sévères d'activité.

La situation fonctionnelle la plus associée à une restriction sévère d'activité est celle qui combine les trois types de limitations fonctionnelles à un niveau sévère. Les individus dans cette situation fonctionnelle sont 83,0% à être restreints sévèrement dans leurs activités habituelles.

Dans 71,9% des cas, la combinaison de limitation motrice sévère et intellectuelle, psychique ou cognitive sévère occasionne des gênes sévères. La restriction sévère d'activité concerne 81,2% des individus déclarant une combinaison de limitation sensorielle sévère et intellectuelle, psychique ou cognitive sévère. Dans 60% des cas, la combinaison de limitations motrice sévère et sensorielle sévère est associée à une restriction sévère d'activité. Dans 57% des cas, une limitation motrice sévère est associée à une restriction sévère d'activité.

**Tableau 19.** Taux de déclaration de restriction sévère d'activité (ADL ou IADL) selon le type et la complexité des problèmes de santé et des situations fonctionnelles parmi les 60 ans et plus, vivant à domicile, en Île-de-France.

	Prévalence en ÎdF (%)	Restriction sévère d'activité selon la situation fonctionnelle (%)	<i>p-value</i>
<b>Effectifs</b>	<b>1 397</b>	<b>1 397</b>	--
<b>Total</b>	--	<b>16,9</b>	
Maladie chronique	62,4	26,1	0,000
Cinq maladies ou plus, 12 mois	14,8	42,9	0,000
<b>Limitation sensorielle</b>	36,8	27,9	0,000
Plusieurs limitations sensorielles	8,7	48,9	0,000
Sensorielle sévère	11,5	40,6	0,000
<b>Limitation motrice</b>	52,6	34,3	0,000
Plusieurs limitations motrices	36,1	47,6	0,000
Motrice sévère	28,3	56,8	0,000
<b>Limitation intellectuelle, psychique ou cognitive (IPC)</b>	58,0	26,5	0,000
Plusieurs limitations IPC	29,3	37,8	0,000
IPC sévère	12,1	47,4	0,000
<b>Combinaison de différents types de limitations dont au moins ...</b>			
<b>Motrice + IPC</b>	35,6	41,5	0,000
Motrice sévère + IPC sévère	6,8	71,9	0,000
<b>Motrice + Sensorielle</b>	24,5	39,9	0,000
Motrice sévère + Sensorielle sévère	6,5	60,9	0,000
<b>Sensorielle + IPC</b>	28,7	32,4	0,000
Sensorielle sévère + IPC sévère	2,8	81,2	0,000
<b>Sensorielle + Motrice + IPC</b>	20,1	44,0	0,000
Sensorielle sévère + Motrice sévère + IPC sévère	2,5	83,0	0,000

*Champ* : 1 397 individus âgés de 60 ans et plus résidant à domicile en Île-de-France

*Note* : Les effectifs sont bruts, les pourcentages sont pondérés. Les OR sont ajustés sur l'âge (en continu et au carré)

*Lecture* : 62,4% des Franciliens âgés de 60 ans, vivant à domicile, déclarent une maladie chronique ; Parmi eux, 26,1% sont restreints sévèrement dans la réalisation d'activités quotidiennes.

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

Pour la suite des analyses, nous retenons les cinq situations de santé les plus à risque de restriction sévère d'activité, autrement dit celles générant une gêne dans les activités pour plus de 50% des individus.

### 3.3.2. Les inégalités de sexe face au processus de perte d'autonomie en Île-de-France

En Île-de-France, comme dans les autres régions, les femmes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile sont plus exposées que les hommes aux limitations motrices sévères (notamment pour ce qui touche les membres inférieurs) ainsi qu'aux situations fonctionnelles combinant plusieurs types de limitations dégradées avant 75 ans (cf 3.1.2 et 3.2.2). Les Franciliennes sont donc plus nombreuses que les hommes à être dans des situations fonctionnelles qui sont à risque de générer de l'incapacité. Ce qui pourrait expliquer leur plus grand risque d'être sévèrement restreintes dans leurs activités. Mais ce n'est pas la seule explication. En effet, à cette inégalité s'ajoute des différences dans le risque de déclarer une restriction sévère d'activité à situation fonctionnelle et âge équivalents (Tableau 20). En effet, les femmes ont trois fois plus de risque que les hommes d'être sévèrement restreintes en tenant compte des différences d'âge et des différences d'exposition à la combinaison des trois types de limitations sévères (OR=2,8 ; p= 0,000). En Île-de-France, les femmes cumulent donc les risques face au processus de perte d'autonomie. Non seulement elles sont davantage exposées à des situations fonctionnelles qui génèrent de l'incapacité. Mais une fois dans ces situations, elles sont plus à risque de développer une restriction sévère d'activité. On retrouve les mêmes conclusions dans les autres régions (Annexe 2).

**Tableau 20.** Comparaison des risques de déclarer une restriction sévère d'activité à âge et situation fonctionnelle équivalents selon le sexe, parmi les 60 ans et plus vivant à domicile, en Île-de-France.

	Hommes (H)	Femmes (F)	ORa H / F	p-value
<b>Effectifs</b>	<b>552</b>	<b>845</b>		
<b>Total</b>	<b>10,8</b>	<b>24,7</b>	<b>2,6</b>	<b>0,000</b>
Sensorielle sévère + Motrice sévère + IPC sévère	88,6	79,2	2,8	0,000
Sensorielle sévère + IPC sévère	81,2	81,2	2,8	0,000
Motrice sévère + IPC sévère	74,9	70,8	2,5	0,000
Motrice sévère + Sensorielle sévère	59,3	62,0	2,7	0,000
Motrice sévère	54,5	49,0	1,8	0,016

*Champ* : 1 397 individus âgés de 60 ans et plus résidant à domicile en Île-de-France

*Note* : Les effectifs sont bruts, les pourcentages sont pondérés. Les OR sont ajustés sur l'âge (en continu et au carré) et sur la situation fonctionnelle étudiée.

*Lecture* : 10,8% des hommes de 60 ans et plus et vivant à domicile en Île-de-France déclarent une restriction sévère d'activité

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

### 3.3.3. Les inégalités sociales face au processus de perte d'autonomie en Île-de-France

#### Les hommes ouvriers déclarent davantage de situations fonctionnelles complexes et davantage de restrictions sévères d'activité que les cadres, à âge équivalent

Il existe de fortes disparités au sein de la population masculine francilienne âgée de 60 ans et plus selon la catégorie socio-professionnelle (ancienne ou actuelle) face aux situations fonctionnelles à risque de générer une perte d'autonomie (Tableau 21). Les *ouv-emp* âgés de 60 ans ou plus sont plus nombreux que les *cadres-pi* du même âge à déclarer être dans ces situations fonctionnelles complexes et dégradées. Les écarts d'exposition entre *cadres-pi* et *ouv-emp* sont très importants et s'échelonnent de 2 à presque 10. Les écarts les plus importants sont observés pour les situations fonctionnelles les plus complexes, les plus graves et les plus à risque de générer de l'incapacité. En ajustant sur l'âge, les *ouvriers-emp* ont en effet dix fois plus de risques de combiner les trois types de limitations fonctionnelles sévères que les *cadres-pi* (OR=9,6 ; p=0,000), neuf fois plus de risques de combiner limitations motrice sévère et intellectuelle, psychique ou cognitive sévère (OR=9,2 ; p=0,000), neuf fois plus de risques de combiner limitations motrice sévère et sensorielle sévère (OR=8,8 ; p=0,000) et près de six fois plus de risques de combiner limitations sensorielle sévère et intellectuelle, psychique ou cognitive sévère (OR=5,5 ; p=0,002).

**Tableau 21.** Comparaison des risques de déclarer une situation fonctionnelle complexe, une restriction d'activité sévère selon la catégorie socio-professionnelle, parmi les hommes et les femmes de 60 ans et plus, vivant à domicile, en Île-de-France.

	Hommes				Femmes			
	Cadres PI (C)	Ouvriers Employés (O)	ORa O/C	p- value	Cadres PI (C)	Ouvriers Employés (O)	ORa O/C	p- value
<b>Effectifs</b>	<b>282</b>	<b>197</b>			<b>270</b>	<b>414</b>		
Sensorielle sévère + Motrice sévère + IPC sévère	0,6	5,2	9,6	0,000	1,5	3,0	1,3	0,640
Sensorielle sévère + IPC sévère	0,7	5,7	8,8	0,000	1,5	3,5	1,7	0,350
Motrice sévère + IPC sévère	1,1	8,3	9,22	0,000	5,3	8,6	1,2	0,562
Motrice sévère + Sensorielle sévère	3,1	11,8	5,5	0,002	5,0	7,0	0,9	0,903
Motrice sévère	11,8	28,5	4,02	0,000	25,6	37,2	1,5	0,148
Restriction sévère d'activité	6,4	18,2	3,9	0,001	14,5	26,3	1,9	0,065

*Champ* : 1 163 individus âgés de 60 ans et plus résidant à domicile en Île-de-France dont la catégorie socio-professionnelle (actuelle ou dernière) est cadre, profession intermédiaire, employé ou ouvrier

*Note* : Les effectifs sont bruts, les pourcentages sont pondérés. Les OR sont ajustés sur l'âge (en continu et au carré). Les situations de santé sont ordonnées de la plus à la moins à risque de restriction sévère d'activité.

*Lecture* : 0,6% des hommes franciliens cadres ou profession intermédiaire âgés de 60 ans et plus et vivant à domicile déclarent combiner les 3 types de limitations à un niveau sévère.

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

Il existe également de fortes disparités chez les hommes selon la catégorie socioprofessionnelle face au risque d'être restreint sévèrement dans ses activités du quotidien. En Île-de-France, 18,2% des *ouvriers-emp* déclarent des restrictions sévères d'activité contre 6,4% des *cadres-pi* (Tableau 21). En ajustant sur l'âge, les *ouvriers-emp* sont près de quatre fois plus nombreux que les *cadres-pi* à présenter des restrictions sévères d'activité (OR=3,9 ; p=0,001). On retrouve ces mêmes résultats dans les autres régions : les *ouvriers-emp* déclarent davantage de situations fonctionnelles complexes et de restrictions d'activités sévères (Annexe 3).

En ce qui concerne les femmes, on ne note pas, en Île-de-France, d'inégalités sociales ni face au risque de présenter des situations fonctionnelles complexes et dégradées, ni face au risque de déclarer des restrictions sévères d'activité (Tableau 21). En revanche, dans les autres régions, les inégalités sociales sont très marquées chez les femmes face à la plupart des situations de santé complexes et sévères ainsi que face aux restrictions sévères d'activité : les femmes ouvrières ou employées ont entre 2 et 3 fois plus de risques que les cadres ou professions intermédiaires de déclarer une situation fonctionnelle complexe et dégradée ; elles sont deux fois plus exposées que les cadres ou professions intermédiaires aux restrictions sévères d'activités, en ajustant sur l'âge (OR=1,9 ; p=0,000) (Annexe 3).

### **Les hommes ouvriers ont plus de risque de présenter une restriction sévère d'activité que les cadres, à âge et situation fonctionnelle équivalents**

Les risques de développer une restriction sévère d'activité à problème fonctionnel équivalent sont inégalement répartis dans la population masculine, selon qu'on soit *cadre-pi* ou *ouvrier-emp* (Tableau 22). Une fois en situation fonctionnelle complexe, les *cadres-pi* conservent un avantage sur les *ouv-emp* dans la mesure où ils sont moins à risque de déclarer une restriction sévère d'activité. Ainsi, les *ouv-emp* ont trois fois plus de risques d'être restreints sévèrement dans leurs activités que les *cadres-pi*, à âge et combinaison de limitations sévères équivalents (OR=3,2 ; p=0,008). Ils ont également trois fois plus de risques de développer une restriction sévère d'activité à âge et limitation sensorielle sévère et intellectuelle, psychique ou cognitive sévère équivalents (OR=3,2 ; p=0,008) ainsi qu'à âge et limitation motrice sévère et intellectuelle, psychique ou cognitive sévère équivalents (OR=3,2 ; p=0,008). On observe également ces inégalités sociales dans la population masculine vivant dans les autres régions (Annexe 4).

En ce qui concerne les femmes, on n'observe pas d'inégalités sociales face au risque de développer une restriction sévère d'activité à âge et situation fonctionnelle complexe équivalents (Tableau 22). En revanche, dans les autres régions, les femmes *ouv-emp* ont davantage de risques que les femmes *cadres-pi* de développer une restriction sévère d'activité, à âge et situation fonctionnelle équivalents (Annexe 4).

**Tableau 22.** Comparaison des risques de déclarer une restriction sévère d'activité à âge et situation fonctionnelle équivalents selon la catégorie socio-professionnelle, parmi les hommes et les femmes de 60 ans et plus vivant à domicile, en Île-de-France.

	Hommes				Femmes			
	Cadres PI (C)	Ouvriers Employés (O)	ORa O/C	p- value	Cadres PI (C)	Ouvriers Employés (O)	ORa O/C	p- value
<b>Effectifs</b>	<b>282</b>	<b>197</b>			<b>270</b>	<b>414</b>		
<b>Total</b>	<b>6,4</b>	<b>18,2</b>	<b>3,9</b>	<b>0,001</b>	<b>14,5</b>	<b>26,3</b>	<b>1,9</b>	<b>0,065</b>
Sensorielle sévère + Motrice sévère + IPC sévère	N.D	N.D	3,2	0,008	N.D	N.D	1,9	0,073
Sensorielle sévère + IPC sévère	N.D	N.D	3,2	0,008	N.D	N.D	1,8	0,083
Motrice sévère + IPC sévère	70,2	85,6	2,8	0,026	54,6	82,7	1,9	0,087
Motrice sévère + Sensorielle sévère	45,9	58,2	3,2	0,052	41,9	73,1	1,9	0,067
Motrice sévère	42,7	57,9	2,0	0,131	48,4	59,5	1,7	0,170

*Champ* : 1 163 individus âgés de 60 ans et plus résidant à domicile en Île-de-France dont la profession (actuelle ou dernière) est cadre, profession intermédiaire, employé ou ouvrier

*Note* : Les effectifs sont bruts, les pourcentages sont pondérés. Les OR sont ajustés sur l'âge (en continu et au carré) et sur la situation fonctionnelle étudiée.

Les situations de santé sont ordonnées de la plus à la moins à risque de restriction sévère d'activité.

*N.D.* : Non Disponible en raison de la faiblesse des effectifs.

*Lecture* : Parmi les cadres franciliens âgés de 60 ans et plus et vivant à domicile et déclarant combiner une limitation motrice sévère et une limitation cognitive sévère, 70,2% se déclarent restreints fortement dans leurs activités.

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

Ces résultats témoignent de l'ampleur des inégalités sociales présentes chez les hommes encore après 60 ans en Île-de-France. Ces inégalités sociales face à la restriction sévère d'activité se construisent en deux temps : les *ouvriers-emp* sont plus exposés que les *cadres-pi* à des situations fonctionnelles à risque d'incapacité et une fois les problèmes fonctionnels à risque d'incapacité déclaré, les *ouvriers-emp* ont plus de difficulté que les *cadres-pi* à se maintenir en activité à âge et problème fonctionnel complexe équivalent. En revanche, chez les femmes, on ne relève aucune différence sociale en Île-de-France face au processus de perte d'autonomie, contrairement aux autres régions : les *cadres-pi* sont autant exposées que les *ouvriers-emp* à des situations fonctionnelles complexes ; les *cadres-pi* et les *ouvriers-emp* présentent un même niveau de risque de développer une restriction sévère d'activité une fois la situation fonctionnelle complexe déclarée.

### **3.3.4. Les inégalités entre l'Île-de-France et les autres régions face au processus de perte d'autonomie**

#### **Les Franciliens sont moins exposés à des situations fonctionnelles complexes que les hommes des autres régions mais sont autant restreints sévèrement dans leurs activités**

Avant 75 ans, les hommes franciliens déclarent moins de limitations motrices sévères que les hommes des autres régions (3.2.1). A cet âge-là, ils sont aussi moins nombreux que les hommes des autres régions à déclarer des combinaisons de problèmes fonctionnels et ce, même dans leur forme la plus sévère (3.2.2). Cet avantage francilien est avant tout social : il s'explique par une moindre proportion d'*ouvriers-emp* (PCS associées à un risque plus élevé de situations fonctionnelles à risque d'incapacité), par une plus forte proportion de *cadres-pi* (PCS associées à un risque plus faible de situations fonctionnelles à risque d'incapacité). Mais le Tableau 23 souligne qu'il existe également des disparités entre l'Île-de-France et les autres régions au sein de la population des cadres masculins. Les *cadres-pi* franciliens sont moins nombreux que les *cadres-pi* non-franciliens à déclarer combiner une limitation sensorielle sévère et une limitation intellectuelle, psychique ou cognitive sévère (OR=0,3 ; p=0,013) et à combiner une limitation motrice sévère et une limitation intellectuelle, psychique ou cognitive sévère (OR=0,3 ; p=0,002). Les cadres sont à la fois plus nombreux et moins exposés en Île-de-France à ce type de situation fonctionnelle complexe. Ce qui explique en partie l'avantage des Franciliens. En revanche, un ouvrier francilien et un ouvrier non-francilien font face à 60 ans au même niveau de risque en termes de situations complexes et dégradées. Face aux restrictions sévères d'activité, on n'observe aucune différence entre les Franciliens et les non-Franciliens et ce, même en regardant par groupe de catégorie socio-professionnelle. Une fois en situation fonctionnelle complexe, les Franciliens ont autant de risque de développer une restriction sévère d'activité que les non-Franciliens.

#### **Les Franciliennes de plus de 85 ans sont moins exposées à certaines situations fonctionnelles complexes mais sont autant sévèrement restreintes dans leurs activités que les non-Franciliennes**

Avant 85 ans, les Franciliennes et les non-Franciliennes ont un risque équivalent de déclarer une situation fonctionnelle dégradée; après 85 ans, les Franciliennes semblent protégées face aux combinaisons de problèmes fonctionnels, et notamment celles incluant une limitation d'ordre sensorielle (3.2.2). L'avantage des Franciliennes peut être, comme pour les hommes, expliqué par leur structure sociale avantageuse (une plus forte proportion de cadres et une moins forte proportion d'employées et d'ouvrières en Île-de-France). L'Annexe 5 souligne toutefois que les ouvrières et employées résidant en Île-de-France ont moins de risque de déclarer une limitation motrice sévère combinée à une limitation sensorielle sévère que les ouvrières et employées

**Tableau 23.** Comparaison des risques de déclarer une situation fonctionnelle complexe et une restriction sévère d'activité selon la région de résidence, parmi les hommes cadres-professions intermédiaires et les hommes ouvriers-employés de 60 ans et plus, vivant à domicile.

Hommes	Cadres-Prof. Intermédiaires				Ouvriers-Employés			
	ÎdF	H ÎdF	ORa		ÎdF	H ÎdF	ORa	
			ÎdF/H ÎdF	ÎdF			ÎdF/H ÎdF	p-value
<b>Effectifs</b>	<b>282</b>	<b>924</b>	<b>1 206</b>		<b>197</b>	<b>1438</b>	<b>1 635</b>	
Sensorielle sévère + Motrice sévère + IPC sévère	0,6	1,6	0,3	0,053	5,2	4,2	1,3	0,590
Sensorielle sévère + IPC sévère	0,7	2,1	0,3	0,013	5,7	7,2	0,7	0,441
Motrice sévère + IPC sévère	1,1	3,7	0,3	0,002	8,3	8,3	1,0	0,948
Motrice sévère + Sensorielle sévère	3,1	4,1	0,7	0,362	11,8	10,1	1,3	0,384
Motrice sévère	11,8	13,1	0,9	0,569	28,5	27,8	1,1	0,617
Restriction d'activité sévère	6,4	6,7	0,9	0,802	18,2	15,7	1,1	0,765

*Champ* : 1 163 individus âgés de 60 ans et plus résidant à domicile en Île-de-France dont la profession (actuelle ou dernière) est cadre, profession intermédiaire, employé ou ouvrier

*Note* : Les effectifs sont bruts, les pourcentages sont pondérés. Les OR sont ajustés sur l'âge (en continu et au carré). Les situations de santé sont ordonnées de la plus à la moins à risque de restriction sévère d'activité.

*Lecture* : 0,6% des hommes franciliens cadres ou profession intermédiaire âgés de 60 ans et plus et vivant à domicile déclarent combiner les 3 types de limitations à un niveau sévère alors que dans les autres régions ils sont 1,6%.

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

résidant hors de l'Île-de-France (OR=0,5 ; p=0,003). En revanche, une cadre francilienne et une cadre non-francilienne font face au même niveau de risque en termes de situations complexes et dégradées. Face aux restrictions sévères d'activité, on n'observe aucune différence entre les Franciliennes et les non-Franciliennes et ce, même en regardant par groupe de catégorie socio-professionnelle (Annexe 6). Une fois en mauvaise situation fonctionnelle, les Franciliennes et les non-Franciliennes ont les mêmes chances de maintenir leur niveau d'autonomie.

**Tableau 24.** Comparaison des risques de déclarer une restriction sévère d'activité à âge et situation fonctionnelle équivalents selon la région de résidence, parmi les hommes cadres-professions intermédiaires et les hommes ouvriers-employés de 60 ans et plus, vivant à domicile.

Hommes	Total				Cadres-Prof. Intermédiaires				Ouvriers-Employés			
	ÎdF	H ÎdF	ORa ÎdF / H ÎdF	p-value	ÎdF	H ÎdF	ORa ÎdF / H ÎdF	p-value	ÎdF	H ÎdF	ORa ÎdF / H ÎdF	p-value
<b>Effectifs</b>	<b>552</b>	<b>3019</b>			<b>282</b>	<b>924</b>			<b>197</b>	<b>1438</b>		
<b>Total</b>	<b>10,8</b>	<b>12,8</b>	<b>0,9</b>	<b>0,463</b>	<b>6,4</b>	<b>6,8</b>	<b>0,9</b>	<b>0,802</b>	<b>18,2</b>	<b>15,7</b>	<b>1,3</b>	<b>0,332</b>
Sensorielle sévère + Motrice sévère + IPC sévère	N.D.	N.D.	0,9	0,664	N.D.	N.D.	1,0	0,946	N.D.	N.D.	1,3	0,432
Sensorielle sévère + IPC sévère	81,2	57,4	1,0	0,834	N.D.	N.D.	1,0	0,896	N.D.	N.D.	1,3	0,301
Motrice sévère + IPC sévère	74,9	70,3	1,0	0,995	N.D.	N.D.	1,2	0,515	85,6	68,0	1,3	0,376
Motrice sévère + Sensorielle sévère	59,3	57,6	0,9	0,637	45,9	50,3	1,0	0,947	58,2	51,4	1,2	0,535
Motrice sévère	51,3	47,7	1,0	0,843	42,7	41,8	0,9	0,837	57,9	46,9	1,2	0,512

Champ : 3 571 hommes âgés de 60 ans et plus résidant à domicile en France métropolitaine (dont 552 en Île-de-France)

Note : Les effectifs sont bruts, les pourcentages sont pondérés. Les OR sont ajustés sur l'âge (en continu et au carré). Les situations de santé sont ordonnées de la plus à la moins à risque de restriction sévère d'activité.

N.D. : Non Disponible en raison de la faiblesse des effectifs.

Lecture : 81,2% des hommes franciliens âgés de 60 ans et plus et vivant à domicile présentant une limitation sensorielle sévère combinée à une limitation intellectuelle, psychique ou cognitive déclarent être restreints sévèrement dans leurs activités.

Source : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

## 4. Conclusion

## Les principaux résultats

### *Prévalences de l'état fonctionnel des personnes âgées de 60 ans et plus en Île-de-France*

En Île-de-France, 62,4% des individus âgés de 60 ans et plus vivant à domicile déclarent être atteints de maladies chroniques, 38,3% de limitations fonctionnelles sévères et 18,7% de restrictions d'activités sévères.

- Les Franciliens sont 40,2% à déclarer des maladies des os et des articulations et 25,7% à mentionner être atteints d'arthrose. L'arthrose a été identifiée comme la principale cause d'incapacité chez les hommes et chez femmes âgés (Verbrugge et Patrick, 1995). Sont également très courantes les maladies cardio-vasculaires (35,7% des Franciliens âgés de 60 ans et plus et vivant à domicile) et notamment l'hypertension artérielle (23,8%). Les maladies cardiovasculaires ont également un fort potentiel invalidant, elles figurent parmi les principales causes d'incapacité fonctionnelle juste après l'arthrose.
- Ce sont les fonctions motrices (28,3%) et plus particulièrement celles des membres inférieurs qui sont le plus fréquemment sévèrement altérées (difficultés sévères pour monter un étage d'escalier (14,5%), pour se baisser ou s'agenouiller (18,8%)). Ces limitations motrices peuvent être compensées par le recours à une aide technique ponctuelle ou quotidienne.
- Les Franciliens de 60 ans et plus sont 11,5% à avoir des limitations sensorielles sévères. C'est surtout la capacité à entendre ce qui se dit dans une conversation à plusieurs qui fait défaut (8%). Ce pourcentage correspond à une partie de la population francilienne qui soit a le besoin d'être équipée d'un appareil auditif, soit bénéficie déjà d'un équipement qui ne répond pas ou plus à ses besoins.
- Ils sont 18,7% à se déclarer être restreints sévèrement dans leurs activités (à domicile, hors du domicile, soins personnels). Les activités sur lesquelles les Franciliens ont le plus fréquemment besoin d'aide du fait de difficultés importantes à les réaliser seuls sont : faire des tâches occasionnelles, comme le bricolage ou le lavage des vitres (16,5%), faire les courses (14,5%), les tâches ménagères courantes, comme la vaisselle, le repassage (12,0%), faire ses tâches administratives (11,7%). Les Franciliens de 60 ans et plus vivant à domicile sont 6,3% à déclarer des restrictions importantes pour la réalisation de leurs soins personnels : 4,2% ont des difficultés sévères pour se laver seul, 3,0% pour s'habiller ou se déshabiller (3,0%). Ces gênes nécessitent le recours à une aide technique ou un aménagement du logement pour permettre aux Franciliens de conserver leur autonomie. Une aide humaine ponctuelle voire quotidienne peut être nécessaire dans les cas de grave dépendance.

Les taux de déclaration de maladies chroniques, de limitations fonctionnelles sévères et de restrictions d'activité sévères augmentent avec l'âge. Avec l'âge, on observe également que les problèmes fonctionnels se cumulent et se combinent les uns aux autres pour donner lieu à des situations fonctionnelles complexes et dégradées. Nos résultats confirment l'association des maladies chroniques et des limitations fonctionnelles avec le risque de déclarer une restriction sévère d'activité. Les combinaisons de limitations sévères sont très à risque de restriction d'activité : 83,0% des Franciliens qui combinent les 3 limitations sévères ont perdu leur autonomie. Mais si le risque d'être en situation de restriction d'activité dépend fortement de son état fonctionnel, il dépend aussi des caractéristiques sociodémographiques de l'individu (âge, sexe, dernière profession exercée).

#### *Les inégalités de sexe face à la perte d'autonomie en Île-de-France après 60 ans*

En Île-de-France, les femmes de 60 ans et plus vivant à domicile déclarent être atteintes de maladies chroniques en même proportion que les hommes. Avant 75 ans, elles déclarent trois fois plus de limitations motrices sévères, entre trois et quatre fois plus de situations fonctionnelles complexes et dégradées et trois fois plus de restrictions sévères d'activité que les hommes du même âge. Après 75 ans, les inégalités de sexe s'annulent. Face au passage du stade des limitations fonctionnelles à celui des restrictions d'activité, on observe des différences entre les hommes et les femmes en Île-de-France. Les femmes ont ainsi entre deux et trois fois plus de risques que les hommes du même âge de développer une restriction sévère d'activité à situation fonctionnelle et âge équivalents. Finalement les femmes cumulent les inégalités au cours du processus de perte d'autonomie : plus exposées à des situations fonctionnelles qui sont à risque de générer de l'incapacité, elles ont également plus de risque de développer une restriction d'activité, à âge et situation fonctionnelle équivalents. On retrouve cette observation dans les autres régions.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ces inégalités entre les hommes et les femmes dans le processus de perte d'autonomie. Une première piste d'explication pour expliciter la plus grande déclaration de situations fonctionnelles complexes de la part des femmes serait leur plus forte exposition à des maladies chroniques moins mortelles mais plus invalidantes, du fait d'une plus forte sédentarité et d'une plus forte obésité (Leveille, 2000). Les travaux de Zunzunegui ont exclu l'hypothèse selon laquelle les femmes montreraient une plus grande vulnérabilité aux mauvaises conditions de vie (Zunzunegui *et al.*, 2009). Une deuxième piste d'explication souvent avancée dans la littérature pour expliquer le taux plus élevé de problèmes fonctionnels chez les femmes est que les problèmes fonctionnels sévères déclarés par les femmes seraient moins sévères que ceux rencontrés par les hommes. Nos résultats ne vont pas dans ce sens : les situations fonctionnelles complexes génèrent davantage de perte d'autonomie chez les femmes que les hommes ; ce qui nous conduirait à penser que les problèmes fonctionnels des femmes ne sont pas moins sévères. Une troisième piste

d'explication pour expliquer le taux de restrictions d'activité plus élevé chez les femmes serait qu'une fois en situation fonctionnelle dégradée, les femmes font plus souvent appel à une aide humaine pour réaliser des activités et que les hommes font davantage appel à une aide technique (Verbrugge, 1997). Ce qui pourrait expliquer que les femmes ont plus de risque de perdre leur autonomie et de ne pas pouvoir réaliser seule des activités élémentaires à âge et situation fonctionnelle équivalente.

#### *Les inégalités sociales face à la perte d'autonomie en Île-de-France après 60 ans*

En Île-de-France, les ouvriers et les employés sont plus exposés que les cadres et les professions intermédiaires aux situations fonctionnelles les plus génératrices d'incapacité. Et une fois en situation fonctionnelle complexe et dégradée, les ouvriers et les employés sont plus à risque de perdre leur autonomie que les cadres et les professions intermédiaires. Après ajustement sur l'âge, ces inégalités sociales persistent. Ces résultats corroborent les études précédentes qui montrent que des conditions socio-économiques défavorables sont associées à un risque plus élevé de limitations fonctionnelles (Rautio *et al.*, 2001 ; Birnie *et al.*, 2011) et de restrictions d'activités (Jagger *et al.*, 2007 ; Ramsay *et al.*, 2008). Notre étude met également en évidence un cumul des inégalités sociales dans la population masculine face aux différents stades du processus de perte d'autonomie en Île-de-France à partir de 60 ans. Le cumul des inégalités sociales est observé en Île-de-France et dans les autres régions.

Dans cette étude, nous nous sommes concentrés sur les deux extrémités du gradient social des actifs faute d'effectifs suffisants. Une étude menée en 2008 par Cambois et Laborde soulignait que pour les 30 ans et plus, l'inactivité masculine (et dans une moindre mesure féminine) était systématiquement associée à des prévalences supérieures pour chacun des stades du processus de perte d'autonomie. Cette étude relevait également la position particulière des agriculteurs et des agricultrices : plutôt proches des professions intermédiaires et des artisans face aux restrictions d'activité, ils sont défavorisés face aux problèmes fonctionnels (Cambois, Laborde et Robine, 2008).

Les inégalités sociales face à l'incapacité sont encore fortes dans la population masculine après 60 ans et témoignent de l'accumulation des désavantages socio-économiques vécus pendant l'enfance et l'âge adulte (Birnie, 2011). Chez les femmes, on n'observe pas de différences sociales en Île-de-France après 60 ans. Pourtant, deux études précédentes menées en Île-de-France montraient que les inégalités sociales étaient également fortes chez les femmes de 20 ans et plus (Embersin-Kyprianou, 2013 ; Beltzer, 2013). Il semblerait donc que les inégalités sociales face au processus de perte d'autonomie s'atténuent avec l'âge dans la population féminine en Île-de-France.

---

### *Les spécificités franciliennes face au processus de perte d'autonomie*

Les Franciliens de 60 ans et plus déclarent autant de maladies chroniques que les non-Franciliens mais sont davantage concernés par l'insuffisance cardiaque et l'accident vasculaire cérébral à 85 ans et plus (en tenant compte de l'âge et du niveau social). Avant 75 ans, les Franciliens sont moins exposés que les non-Franciliens aux problèmes fonctionnels simples ainsi qu'aux problèmes fonctionnels complexes et dégradés, les plus à risque de générer de l'incapacité. En revanche les Franciliens sont autant restreints dans leurs activités et ont autant de risque de développer une restriction sévère d'activité à âge et situation fonctionnelle équivalents que les non-Franciliens du même âge. Chez les femmes, nous établissons le même constat, à savoir que les Franciliennes sont protégées, en comparaison aux non-Franciliennes, face aux situations fonctionnelles complexes après 85 ans ; mais les Franciliennes et les non-Franciliennes ont un risque équivalent de développer une restriction sévère d'activité.

L'avantage des hommes et femmes franciliens face à la déclaration de limitations fonctionnelles est avant tout social, c'est-à-dire qu'il s'explique en grande partie par les différences sociales qui existent entre l'Île-de-France et les autres régions. La population francilienne est composée d'une moindre proportion d'ouvriers (associés à un plus fort risque d'exposition aux situations fonctionnelles complexes – uniquement dans les autres régions pour les femmes) et d'une plus forte proportion de cadres (associés à un moindre risque face aux situations fonctionnelles complexes – uniquement dans les autres régions pour les femmes). La moindre proportion d'agriculteurs en Île-de-France doit participer également à l'avantage des hommes franciliens face aux limitations fonctionnelles. Par ailleurs, les données montrent que les hommes cadres franciliens sont plus protégés que les hommes cadres non-franciliens face à certaines situations fonctionnelles dégradées, en tenant compte de l'âge. Les résultats soulignent également que les femmes ouvrières ou employées franciliennes sont protégées par rapport aux femmes ouvrières non-franciliennes face à certaines situations fonctionnelles dégradées.

### **Les limites de l'étude**

Cette étude se base sur des données déclaratives. La littérature internationale montre qu'il existe des différences dans la propension à déclarer des problèmes de santé et des problèmes fonctionnels selon le contexte social : les plus favorisés socialement auront tendance à être plus informés, plus médicalisés, plus dépistés et donc à repérer et à déclarer plus de problèmes de santé. On sait aussi que ces différences de déclaration entre catégories socio-professionnelles diminuent avec les situations sévères d'incapacité. Enfin si ces indicateurs ne correspondent pas à un diagnostic clinique, ils sont très liés aux consommations médicales, aux maladies, aux incapacités diagnostiquées et à la mortalité (Idler, 1992).

Les données exploitées sont transversales et proposent une photographie de l'état fonctionnel à un temps t. Les problèmes de santé, les limitations fonctionnelles, les restrictions d'activité qui existaient lors de l'enquête en 2008, n'existent peut-être plus aujourd'hui. Néanmoins, une étude de Cambois et Lièvre montre que si les chances de récupération dans le temps existent, elles ne concernent pas la majorité de la population : 20% des personnes faisant état de problèmes fonctionnels n'en font plus état deux ans plus tard ; 20% des personnes qui avaient des restrictions sévères se déclarent à nouveau autonomes deux ans après (Cambois et Lièvre, 2004). Cette dernière étude montre également qu'un quart des enquêtés qui ont déclaré des restrictions sévères pour les activités de soins personnels sont décédés dans les deux ans (*Ibid.* 2004). Par ailleurs cette approche transversale ne nous permet pas d'appréhender le processus de perte d'autonomie, en dynamique, au cours du temps. Nous ne disposons effectivement d'aucun moyen pour savoir à quel moment les limitations fonctionnelles ont donné lieu, par exemple, à des restrictions d'activité.

Les données exploitées portent exclusivement sur la partie « Ménages » de l'enquête Handicap-Santé. Les résultats portent donc sur la population vivant en ménages ordinaires (hors collectivité et institutions) et ne sont pas généralisables aux personnes âgées en général. En Île-de-France, les personnes âgées sont 11% à vivre en institution après 80 ans. La partie de la population âgée qui vit en institution est plus à risque de présenter des situations de mauvaise santé et de mauvais état fonctionnel. Nos données fournissent donc des niveaux de prévalence inférieurs à ceux que l'on observerait chez l'ensemble des personnes âgées (vivant à domicile et en institution).

Ces données permettent d'estimer le nombre de Franciliens âgés vivant à domicile et se trouvant dans une situation de mauvais état fonctionnel. Pour cela, nous appliquons la prévalence déclarée parmi les 60 ans et plus aux estimations de population vivant à domicile de l'Insee. Or les résultats montrent que les problèmes fonctionnels deviennent de plus en plus fréquents avec l'âge. La méthodologie que nous avons utilisée se base sur la prévalence observée pour les 60 ans et plus et ne tient donc pas compte de l'augmentation des prévalences avec l'âge. Notre méthodologie conduit donc à sous-estimer le nombre de Franciliens en situation de mauvais état fonctionnel. Ce qui suggère, pour des travaux ultérieurs sur l'estimation des besoins, l'application des taux de prévalence par tranche d'âge à des estimations par tranche d'âge.

## **Recommandations**

Les trois indicateurs étudiés sont une bonne façon de qualifier l'état fonctionnel d'une population, d'estimer les besoins de prise en charge actuels et futurs. Suivre ces indicateurs permettrait de tenir compte, lors des exercices de planification, des personnes en situation de dépendance grave mais aussi des personnes, qui sans être dans une situation de dépendance, ont des besoins ponctuels en aide technique ou assistance humaine. Ces résultats soulignent qu'au-

delà des situations de dépendance, il existe un nombre important de Franciliens âgés de 85 ans et plus vivant à domicile qui sont dans l'incapacité totale de mobiliser leurs fonctions ou de réaliser des activités quotidiennes. Ces résultats interpellent sur les besoins de prise en charge futurs dans la mesure où ce sont les 85 ans et plus qui vont en effet connaître la plus forte croissance dans les années à venir en Île-de-France.

Nos résultats montrent l'importance que prennent les maladies, les limitations motrices, les combinaisons de problèmes fonctionnels graves dans le risque de développer une restriction d'activité et de perdre son autonomie. Nos résultats montrent également l'importance que prennent les inégalités sociales dans le risque d'être restreints dans ses activités, et par là l'importance des conditions de travail, des habitudes de vie (consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité motrice) dans le risque de développer une restriction d'activité ou de ne pas perdre son autonomie en dépit de problèmes fonctionnels. Cette étude montre à quel point une compréhension des différentes trajectoires menant ou pas à la restriction d'activité a des implications directes en matière de santé publique pour réduire l'ampleur de la dépendance et des inégalités associées. Ainsi, plusieurs pistes peuvent être évoquées dans le cadre de réduction de la dépendance et des inégalités associées.

- Premièrement, améliorer le suivi et la prise en charge de la population francilienne. Limiter la survenue de maladies invalidantes ou en contrôler l'évolution aura un effet important sur la réduction de l'incapacité du fait de la forte association entre les maladies, l'altération des fonctions et l'incapacité.
- Deuxièmement, continuer les efforts menés en matière de réduction d'inégalités sociales de santé et les efforts de prévention sur le tabac, l'alcool, l'alimentation et la sédentarité permettra de réduire l'ampleur de l'incapacité et des inégalités sociales associées. Ces facteurs de risque sont effectivement fortement associés à une altération des fonctions motrices indépendamment d'un problème de santé diagnostiqué (Ebrahim *et al.* 2000).
- Troisièmement, continuer à investir le champ des inégalités de sexe face aux situations fonctionnelles complexes et aux restrictions d'activité. Ceci permettra de comprendre le désavantage des femmes face au risque de dégradation fonctionnelle.
- Quatrièmement, favoriser chez les personnes âgées l'usage des aides techniques et de l'aménagement du logement pourrait leur permettre de faire face à leur déclin fonctionnel tout en restant à domicile.



# Références

**Agence Régionale de Santé Île-de-France (2011).** Plan Stratégique 2011-2016, Projet Régional de Santé, oct 2011, 124 p.

**Aquino J-P (2013).** Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société. Rapport pour le comité Avancée en âge : Prévention et qualité de vie, fev. 2013, 132 p.

**Barral C (1999).** De l'influence des processus de normalisation internationaux sur les représentations du handicap. Handicap, 81 : 20-34.

**Beltzer N (2013).** La santé des femmes en Île-de-France – espérance de vie, espérances de santé et santé perçue, Rapport de l'Observatoire régional de santé Île-de-France, 65p.

**de Biasi K (2010).** Population francilienne à l'horizon 2040 : les migrations freinent le vieillissement. Île-de-France à la page. 374.

**Birnie K, Martin RM, Gallacher J, Bayer A, Gunnell D, Ebrahim S, Ben-Shlomo Y (2011).** Socio-economic disadvantage from childhood to adulthood and locomotor function in old age: a lifecourse analysis of the Boyd Orr and Caerphilly prospective studies. Journal of epidemiology and community health. 65(11) : 1014-23.

**Bloch J (2010).** Importance du problème : fréquence, contribution des différentes pathologies. Adsp :72.

**Boulmier M (2011).** Habitat, territoires et vieillissement. Gérontologie et Société. 136 : 29-46

**Bourdelaïs P (1999).** Sur le vieillissement de la population, in La Recherche n°332, juillet-août 1999

**Bourdieu P (1984).** La jeunesse n'est qu'un mot. Questions de Sociologie. Paris, Minuit : 143-54

**Bouvier G (2011).** L'enquête Handicap-Santé. Présentation Générale. Série Documents de Travail de la Direction des statistiques démographiques et sociales. Insee : F1109.

**Cambois E, Laborde C, Romieu I, Robine J-M (2011).** Occupational inequalities in health expectancies in France in the early 2000s : Unequal chances of reaching and living retirement in good health. Demographic Research, Vol25, art. 12:407-436

**Cambois E, Laborde C (2011).** Mobilité socioprofessionnelle et mortalité en France. Des liens qui se confirment pour les hommes et qui s'affirment pour les femmes. Population, Vol 66, (11)/2.

**Cambois E, Laborde C, Robine J-M (2008).** La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. Population et Sociétés : 441.

**Cambois E, Lièvre A (2004).** Risques de perte d'autonomie et chances de récupération chez les personnes âgées de 55 ans ou plus : une évaluation à partir de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance. Etudes et Résultats : 349.

**Cambois E, Robine J-M (2003).** Concepts et mesure de l'incapacité : définitions et application d'un modèle à la population française, Retraite et sociétés : 39.

- Cambois E, Robine J-M (2003).** Vieillesse et restrictions d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels. *Etudes et Résultats* : 261.
- Cambois E, Robine J-M, Hayward MD (2001).** Social inequalities in disability-free life expectancy in the French male population 1980-1991. *Demography* : 38(4):513-24.
- Cambois E, Sieurin A (2011).** Rapport sur l'étude des liens entre maladies et situations d'incapacité. Enquête Handicap Santé volet « Ménages » de 2008. Paris: MSE, INED.
- Cox B, Van Oyen H, Cambois E, Jagger C, Le Roy S, Robine J-M and Romieu I (2009).** The reliability of the Minimum European Health Module. *International Journal of Public Health* 54(2):55-60. doi:10.1007/s00038-009-7104-y.
- Danet S. sous la direction de. (2011).** L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexes à la loi de santé publique. Rapport 2011.
- Dargent-Molina, Favier, Grandjean, Baudoin, Schott, Hausherr, Meunier, Bréart, EPIDOS Group (1996).** Fall-related factors and risk of hip fracture: the EPIDOS prospective study, *The Lancet*, Volume 348, Issue 9021: 145 - 149.
- Desrosières A, Thévenot L (2002).** Les catégories socio-professionnelles. Paris : La Découverte.
- Duée M, Rebillard C (2006).** La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. *Données sociales, La société française.*
- Ebrahim S, Wannamethee SG, Whincup P, Walker M, Shaper AG (2000).** Locomotor disability in a cohort of British men: the impact of lifestyle and disease. *International Journal of Epidemiology*. 29(3):478-86
- Embersin-Kyprianou C, Chatignoux E (2012).** Conditions de vie et santé des personnes handicapées en Île-de-France. Exploitation régionale de l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM) 2008, Rapport de l'Observatoire régional de santé Île-de-France, 142 p.
- Espagnacq Maude (2012).** Personnes ayant des limitations fonctionnelles motrices. Panorama des aides et aménagements du logement. *Dossiers Solidarité et santé* : 27.
- Fautrel, Hilliquin, Rozenberg, Allaert, Coste, Leclerc, Rossignol (2005).** Impact of osteoarthritis: results of a national wide survey of 10 000 patients consulting for OA, *Joint Bone Spine*, Vol. 72, Issue 3 : 235-240.
- Groupe n°3 du Module Interprofessionnel de Santé Publique (2012).** Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes : une politique complexe et ambiguë. *Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.*

**Guerra RO, Alvarado BE, Zunzunegui MV (2009).** Life course, gender and ethnic inequalities in functional disability in an Brazilian urban elderly population. *Aging clinical and experimental research*. 2008 Feb ; 20(1) :53-61

**Haut Comité Consultatif de la population et de la famille (1962).** Politique de la Vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre Laroque, Paris, La Documentation Française.

**Institut d'Aménagement et d'Urbanisme (IAU) Île-de-France (2013).** Atlas des Franciliens.

**Idler, E (1992).** Self-assessed health and mortality : a review of studies. *International review health psychology*. 1,33-54.

**Jagger C, Matthews R, Melzer D, Matthews F, Brayne C, MRC CFAS. (2007).** Educational differences in the dynamics of disability incidence, recovery and mortality : Findings from the MRC Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). *International Journal of Epidemiology* ; 36(2) : 358-65.

**Katz S, Ford A., Moskowitz R, Jackson B, Jaffe M (1963).** Studies of illness in the aged : the index of ADL, a standardized measure of biological and psychological function. *Journal of American Medical Association* : 185:914-19.

**Lawrence RH, Jette AM (1996).** Disentangling the Disablement Process. *The journal of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. 51(4):S173-82.

**Lawton M et Brody E (1969).** Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* (9), pp.179-186

**Leveille SG, Gray S, LaCroix AZ, Ferrucci L, Black DJ, Guralnik JM. (2000).** Physical inactivity and smoking increase risk for serious infections in older women. *Journal of the American Geriatrics Society* ; 48(12):1582-8.

**Morin E (1983).** Vieillissement des théories et théories du vieillissement. In : *Communications*, 37, 1983. pp.203-211. doi :10.3406/comm.1983.1562

**Monteil C, Robert-Bobée I. (2005).** Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. *INSEE Première*, 1025 : 1-4.

**Nagi sz (1965).** Some Conceptual Issues in Disability and Rehabilitation », in Sussman M.B, *Sociology and Rehabilitation*, Washington, DC, American Sociological Association: 100-113.

**Organisation Mondiale de la Santé (2002).** Vers un langage commun pour le fonctionnement, le handicap et la santé. CIF Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé , *Handicap*, 94-95, 2002, p. 25-42.

**Organisation Mondiale de la Santé (1993).** International classification of impairments, disabilities and handicaps. Reprint of 1980 edition with new foreword. Geneva, Switzerland.

- Rautio N, Heikkinen E, Heikkinen RL (2001).** The association of socio-economic factors with physical and mental capacity in elderly men and women. *Archives of gerontology and geriatrics*.
- Ramsay SE, Whincup PH, Morris RW, Lennon LT, Wannamethee SG (2008).** Extent of social inequalities in disability in the elderly: results from a population-based study of British men. *Annals of Epidemiology* : 18(12):896-903. doi: 10.1016/j.annepidem.2008.09.006.
- Renaut S, Ogg J., Petite S., Chamahian A., Vermeersch S (2012).** L'aménagement du logement, son accessibilité et les aides techniques. Usages et besoins, connaissances des dispositifs dans l'enquête Handicap-Santé. Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse ; fng.
- Roussel P (1999).** CIH-1/CIH-2 rénovation complète ou ravalement de façade. *Handicap*. 81 : 7-19.
- Salembier L (2009).** Projections de population dépendante à l'horizon 2020 en Île-de-France : 23 600 personnes âgées potentiellement dépendantes supplémentaires d'ici 2020. Insee Île-de-France 2009 Regards sur...la dépendance des personnes âgées en Île-de-France.
- Salembier L (2009).** 54 400 ménages âgés ont des ressources inférieures au premier plafond de l'Allocation personnalisée d'autonomie. Insee Île-de-France 2009 Regards sur...la dépendance des personnes âgées en Île-de-France.
- Spiers, Matthews, Jagger, Matthews, Boulton and Robinson (2005).** Diseases and impairments as risk factors for onset disability in the older population in England and Wales: Findings from the Medical Research Council cognitive function and ageing study, *The Journals of Gerontology: Series A*, Volume 60, Issue 2, pp 248-254.
- Tubeuf S, Jusot F, Devaux M and Sermet C (2008).** Social heterogeneity in self-reported health status and measurement of inequalities in health. Paris: Irdes (12).
- Valiyeva, Russell, Miller, Safford (2006).** Lifestyle-Related Risk Factors and Risk of Future Nursing Home Admission. *Arch Intern Med*. 2006 ; 166(9):985-990. doi:10.1001/archinte.166.9.985.
- Verbrugge LM, Rennert C, and Madans JH (1997).** The great efficacy of personal and equipment assistance in reducing disability. *American Journal of Public Health* 87(3):384-392 doi:10.2105/AJPH.87.3.384.
- Verbrugge LM, Patrick. DL (1995).** Seven chronic conditions: Their impact on US Adults' Activity Levels and use of medical services, *American Journal of Public Health*, February 1995, Vol. 85, No 2.
- Zunzunegui MV, Alvarado BE, Béland F, Vissandjee B (2009).** Explaining health differences between men and women in later life : a cross-city comparison in Latin America and the Caribbean. *Social Science and Medicine*. 2009 Jan ; 68(2):235-42. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.10.031. Epub 2008 Nov 25.



# Annexes

**Annexe 1.** Taux de déclaration des limitations fonctionnelles sévères sans aide technique ni humaine (sauf mention contraire) pour les hommes et les femmes âgés de 60 ans et plus, vivant à domicile, hors Île-de-France.

	Hommes (H)	Femmes (F)	OR (H/F)	p-value
<b>Limitation sensorielle sévère</b>			<b>0,79</b>	<b>0,007</b>
Vue de près (avec lunettes ou lentilles si besoin)	3,9	5,5	1,19	0,192
Vue de loin (avec lunettes ou lentilles si besoin)	2,7	4,7	1,52	0,012
Entendre ce qui se dit dans une conversation (avec appareil auditif si besoin)	13,2	11,0	0,67	0,000
<b>Limitation motrice sévère</b>			<b>2,15</b>	<b>0,000</b>
Marcher sur 500 mètres	10,7	16,0	1,32	0,001
Monter / Descendre un étage	11,3	18,4	1,53	0,000
Se baisser / S'agenouiller	16,3	28,3	1,85	0,000
Lever le bras	4,9	9,0	1,68	0,000
Se servir de ses mains et doigts	2,1	4,2	1,80	0,000
Prendre un objet avec ses mains	2,1	3,8	1,45	0,016
Porter un sac de 5 kilos sur 10 m	10,3	26,7	3,02	0,000
Contrôler ses selles ou urines	3,1	5,9	1,61	0,000
<b>Limitation IPC sévère</b>			<b>0,78</b>	<b>0,007</b>
Savoir à quel moment de la journée on est	2,6	2,4	0,75	0,076
Avoir des trous de mémoire	4,2	4,4	0,90	0,440
Se concentrer plus de 10 minutes	3,0	3,2	0,91	0,526
Résoudre les problèmes de la vie quotidienne	4,2	4,2	0,80	0,082
Apprendre de nouveaux savoirs	5,5	5,9	0,89	0,325
Comprendre les autres ou se faire comprendre des autres	2,5	2,0	0,67	0,009
Se mettre en danger	1,2	1,5	1,16	0,575
Se voir reprocher d'être trop impulsif ou agressif	3,4	2,0	0,59	0,004

*Champ* : 7 476 individus âgés de 60 ans et plus résidant à domicile hors Île-de-France

*Note* : Les pourcentages sont pondérés. Les OR sont ajustés sur l'âge (en continu et au carré)

*Lecture* : 3,9% des hommes âgés de 60 ans et plus et vivant à domicile en France métropolitaine déclarent une limitation sévère dans la vision de près

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

**Annexe 2.** Comparaison des risques de déclarer une restriction sévère d'activité à âge et situation fonctionnelle équivalents selon le sexe, parmi les 60 ans et plus vivant à domicile, hors Île-de-France.

	<b>Hommes (H)</b>	<b>Femmes (F)</b>	<b>ORa H / F</b>	<b><i>p-value</i></b>
<b>Effectifs</b>	<b>3 019</b>	<b>4 457</b>		
Sensorielle sévère + Motrice sévère + IPC sévère	76,7	87,1	2,3	0,000
Sensorielle sévère + IPC sévère	57,4	81,3	2,4	0,000
Motrice sévère + IPC sévère	70,3	79,5	2,5	0,000
Motrice sévère + Sensorielle sévère	57,6	72,8	2,3	0,000
Motrice sévère	47,7	56,0	1,5	0,000

*Champ* : 7 476 individus âgés de 60 ans et plus résidant à domicile hors Île-de-France

*Note* : Les pourcentages sont pondérés. Les OR sont ajustés sur l'âge (en continu et au carré) et sur la situation fonctionnelle étudiée

*Lecture* : Parmi les hommes âgés de 60 ans et plus, vivant à domicile hors Île-de-France et qui présentent les 3 types de limitations de niveau sévère, 76,7% sont sévèrement restreints dans leurs activités

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

**Annexe 3.** Comparaison des risques de déclarer une situation fonctionnelle complexe selon la catégorie socio-professionnelle, parmi les hommes et les femmes de 60 ans et plus, vivant à domicile, hors Île-de-France.

	Hommes					Femmes				
	Total	Cadres PI (C)	Ouv Emp (O)	OR O/C	<i>p</i> - <i>value</i>	Total	Cadres PI (C)	Ouv Emp (O)	OR O/C	<i>p</i> - <i>value</i>
<b>Effectifs</b>	<b>2 362</b>	<b>924</b>	<b>1 438</b>			<b>3 049</b>	<b>572</b>	<b>2 477</b>		
Sensorielle sévère + Motrice sévère + IPC sévère	2,9	1,6	4,2	2,7	0,000	3,9	1,7	4,6	2,1	0,000
Sensorielle sévère + IPC sévère	4,8	2,1	7,2	3,7	0,000	4,5	2,5	5,1	1,6	0,099
Motrice sévère + IPC sévère	7,4	3,7	8,3	2,3	0,000	8,7	3,2	9,4	2,6	0,000
Motrice sévère + Sensorielle sévère	7,2	4,1	10,1	2,5	0,000	10,5	5,0	12,2	2,1	0,000
Motrice sévère	23,0	13,1	27,8	2,6	0,000	40,3	23,7	42,5	2,0	0,000
A une restriction sévère d'activité	11,4	6,7	15,7	2,6	0,000	23,5	13,5	26,6	1,9	0,000

*Champ* : 5 411 individus âgés de 60 ans et plus, dont la catégorie socio-professionnelle est cadre, profession intermédiaire, employé ou ouvrier et résidant à domicile hors Île-de-France

*Note* : Les pourcentages sont pondérés. Les OR sont ajustés sur l'âge (en continu et au carré)

*Lecture* : 1,6% hommes cadres-pi âgés de 60 ans, vivant à domicile hors Île-de-France présentent les 3 types de limitations de niveau sévère

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

**Annexe 4.** Comparaison des risques de déclarer une restriction sévère d'activité à âge et situation fonctionnelle équivalents, selon la catégorie socio-professionnelle, parmi les hommes et les femmes de 60 ans et plus, vivant à domicile, hors Île-de-France.

	Hommes					Femmes				
	Total	Cadres PI (C)	Ouv Emp (O)	OR O/C	<i>p</i> - <i>value</i>	Total	Cadres PI (C)	Ouv Emp (O)	OR O/C	<i>p</i> - <i>value</i>
<b>Effectifs</b>	<b>2 362</b>	<b>924</b>	<b>1 438</b>			<b>3 049</b>	<b>572</b>	<b>2 477</b>		
Sensorielle sévère + Motrice sévère + IPC sévère	71,2	80,1	68,2	2,4	0,000	89,8	76,7	91,3	1,8	0,000
Sensorielle sévère + IPC sévère	50,2	64,7	46,4	2,4	0,000	83,0	57,6	87,1	1,8	0,000
Motrice sévère + IPC sévère	67,9	67,7	68,0	2,4	0,000	77,4	64,8	78,8	1,7	0,002
Motrice sévère + Sensorielle sévère	51,1	50,3	51,4	2,3	0,000	71,4	61,3	72,7	1,7	0,001
Motrice sévère	45,4	41,8	46,9	1,7	0,007	53,8	46,1	55,1	1,4	0,064

*Champ* : 5 411 individus âgés de 60 ans et plus, dont la catégorie socio-professionnelle est cadre, profession intermédiaire, employé ou ouvrier et résidant à domicile hors Île-de-France

*Note* : Les pourcentages sont pondérés. Les OR sont ajustés sur l'âge (en continu et au carré) et sur la situation fonctionnelle étudiée

*Lecture* : 2,9% des hommes cadres-pi âgés de 60 ans, vivant à domicile hors Île-de-France présentent les 3 types de limitations de niveau sévère

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

**Annexe 5.** Comparaison des risques de déclarer une situation fonctionnelle complexe selon la région de résidence, parmi les femmes cadres-professions intermédiaires et les femmes ouvriers-employés de 60 ans et plus, vivant à domicile.

Femmes	Cadres-Prof. Intermédiaires				Ouvriers – Employés			
	Île-de-France	Hors Île-de-France	ORa ÎdF/H ÎdF	<i>p-value</i>	Île-de-France	Hors Île-de-France	ORa ÎdF/H ÎdF	<i>p-value</i>
<b>Effectifs</b>	<b>270</b>	<b>572</b>			<b>414</b>	<b>2477</b>		
Sensorielle sévère + Motrice sévère + IPC sévère	1,6	1,7	1,1	0,919	3,0	4,6	0,6	0,117
Sensorielle sévère + IPC sévère	1,5	2,5	0,7	0,474	3,5	5,1	0,7	0,193
Motrice sévère + IPC sévère	5,3	3,2	1,97	0,091	9,4	8,6	0,9	0,651
Motrice sévère + Sensorielle sévère	5,0	5,0	1,1	0,885	7,0	12,2	0,5	0,003
Motrice sévère	25,6	23,7	1,1	0,729	37,2	42,5	0,8	0,198
Restriction d'activité sévère	14,5	13,5	1,1	0,765	26,3	26,6	1,1	0,969

*Champ* : 3 733 femmes âgés de 60 ans et plus, dont la catégorie socio-professionnelle est cadre, profession intermédiaire, employé ou ouvrier et résidant à domicile en France métropolitaine (dont 684 en Île-de-France)

*Note* : Les effectifs sont bruts, les pourcentages sont pondérés. Les OR sont ajustés sur l'âge (en continu et au carré). Les situations de santé sont ordonnées de la plus à la moins à risque de restriction sévère d'activité.

*Lecture* : 1,6% des femmes cadres-pi âgés de 60 ans, vivant à domicile en Île-de-France présentent les 3 types de limitations de niveau sévère

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

**Annexe 6.** Comparaison des risques de déclarer une restriction sévère d'activité à âge et situation fonctionnelle équivalents selon la région de résidence, parmi les femmes cadres-professions intermédiaires et les femmes ouvriers-employés de 60 ans et plus, vivant à domicile.

Femmes	Total				Cadres-Prof. Intermédiaires				Ouvriers – Employés			
	Île-de-France	Hors Île-de-France	OR ÎdF / H ÎdF	p-value	Île-de-France	Hors Île-de-France	ORa ÎdF / H ÎdF	p-value	Île-de-France	Hors Île-de-France	ORa ÎdF / H ÎdF	p-value
<b>Effectifs</b>	<b>845</b>	<b>4 457</b>			<b>270</b>	<b>572</b>			<b>414</b>	<b>2477</b>		
Sensorielle sévère + Motrice sévère + IPC sévère	79,2	87,1	1,1	0,700	N.D.	N.D.	1,1	0,752	70,6	70,6	1,2	0,705
Sensorielle sévère + IPC sévère	81,2	81,3	1,1	0,676	N.D.	N.D.	1,0	0,713	59,7	66,9	1,1	0,731
Motrice sévère + IPC sévère	70,8	79,5	1,0	0,988	54,6	64,8	1,0	0,947	76,9	67,3	1,0	0,847
Motrice sévère + Sensorielle sévère	62,0	72,8	1,1	0,469	N.D.	N.D.	1,1	0,764	54,5	56,2	1,2	0,460
Motrice sévère	58,9	56,0	1,2	0,396	48,4	46,1	1,1	0,857	49,2	44,7	1,2	0,398

*Champ* : 5 302 femmes âgés de 60 ans et plus résidant à domicile en France métropolitaine (dont 845 en Île-de-France)

*Note* : Les effectifs sont bruts, les pourcentages sont pondérés. Les OR sont ajustés sur l'âge (en continu et au carré) et sur la situation fonctionnelle étudiée. Les situations de santé sont ordonnées de la plus à la moins à risque de restriction sévère d'activité.

*Lecture* : Parmi les femmes âgés de 60 ans et plus, vivant à domicile en Île-de-France et qui présentent les 3 types de limitations de niveau sévère, 79,2% sont sévèrement restreintes dans leurs activités.

*Source* : Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – Exploitation ORS Île-de-France

## Annexe 7 – Liste des sigles utilisés

ADL	<i>Activities of daily living</i> ou activités de la vie quotidienne
AGGIR	Autonomie gérontologie groupes iso-ressources
ALD	Affection de longue durée
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ASV	Allocation supplémentaire vieillesse
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CIH	Classification internationale des handicaps
Cnav	Caisse nationale assurance vieillesse
C-PI	Cadres - Professions intermédiaires
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ECHIS	European core health interview survey
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EVSI	Espérance de vie sans incapacité
Fnors	Fédération nationale des ORS
GALI	Global activity limitation indicator ou indicateur de restriction globale d'activité
GIR	Groupe iso-ressources
HID	Enquête Handicap - Incapacités - Dépendance
HÎdF	Hors Île-de-France
HS	Enquête Handicap -Santé
HSM	Enquête Handicap-Santé Ménages
HSI	Enquête Handicap-Santé Institution
IAU	Institut d'aménagement et d'urbanisme
IADL	<i>Instrumental activities of daily living</i> ou activités instrumentales de la vie quotidienne
ÎdF	Île-de-France
Ined	Institut national d'études démographiques
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
O-E	Ouvriers - Employés
OMS	Organisation mondiale de la santé
OR	Odds-Ratio
Ora	Odds-Ratio ajusté
ORS	Observatoire régional de santé
p	p-value
PCS	Professions et catégories socio-professionnelles
PSRS	Plan stratégique régional de santé
STATISS	Statistiques et indicateurs de la santé et du social
Zeat	Zone économique d'aménagement du territoire