

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

Caroline Laborde

Dans le contexte d'une politique de maintien des personnes âgées à domicile, l'enjeu pour la région Île-de-France est non seulement d'anticiper les besoins futurs de prise en charge de la dépendance mais aussi de limiter le nombre croissant de personnes âgées en situation de dépendance. L'ORS Île-de-France réalise une nouvelle étude dont les résultats apporteront des éléments de réponse face à ce double enjeu.

L'étude se propose de poser le contexte francilien, décrire les concepts autour de la perte d'autonomie, expliciter les mécanismes sous-jacents aux inégalités de sexe, sociales et territoriales, questionner l'âge d'entrée dans la vieillesse. L'étude répond ensuite à

quatre grandes interrogations. Dans quel état fonctionnel sont les personnes âgées qui vivent à domicile en Île-de-France? Les effets de l'âge sur la perte d'autonomie sont-ils les mêmes chez les hommes et chez les femmes? Quelle est l'ampleur des inégalités de sexe, sociales et territoriales face à la perte d'autonomie? Qu'est-ce qui, outre un mauvais état fonctionnel, induit une situation de dépendance en Île-de-France? Nous proposons en conclusion des recommandations.

Cette plaquette présente les résultats principaux de l'étude. L'ensemble des résultats est disponible dans un rapport téléchargeable sur le site de l'ORS Île-de-France (www.ors-idf.org).

Perte d'autonomie et prévalences en Île-de-France

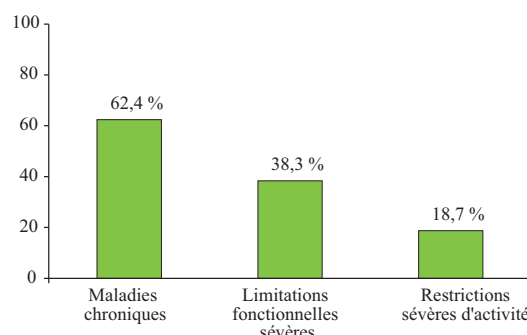
En Île-de-France, les individus âgés de 60 ans et plus vivant à domicile sont **62,4% à déclarer être atteints de maladie chronique** et nécessitent potentiellement des soins (Tableau 1). Les maladies les plus fréquemment citées, à savoir l'arthrose (25,7%) et les maladies cardiovasculaires (35,7%), sont à fort potentiel invalidant.

Les Franciliens sont **38,3% à déclarer des limitations fonctionnelles sévères** (difficultés importantes pour voir, marcher, se baisser, se souvenir...). Ce sont les fonctions motrices (28,3%) qui sont les plus fréquemment touchées à partir de 60 ans : 18,8% des Franciliens ont des difficultés sévères pour se baisser ou s'agenouiller sans aide, 14,5% pour monter ou descendre un étage d'escalier. Ils nécessitent probablement une aide technique pour maintenir leur niveau d'autonomie. Les Franciliens sont 12,1% à présenter des limitations intellectuelles, psychiques ou cognitives sévères (IPC). Ils sont 11,5% à déclarer des limitations sensorielles sévères (vue, ouïe). C'est surtout la capacité à entendre qui fait défaut (8%) du fait d'une absence d'appareillage ou de sa mauvaise compensation.

Près de 20% des Franciliens ont des restrictions sévères pour réaliser seuls les activités du quotidien

(se laver, se nourrir, faire ses courses, sortir de son logement...). Ce sont les tâches exceptionnelles, comme le bricolage ou le lavage des vitres (13,8%) puis les courses (11,7%) qui posent le plus de difficultés sévères aux Franciliens âgés. Des restrictions pour ce type d'activité peuvent engendrer des besoins ponctuels d'assistance humaine. En ce qui concerne les activités élémentaires, comme les soins personnels, les Franciliens sont 4,2% à avoir des difficultés sévères pour se laver seuls, 3,0% pour s'habiller ou se déshabiller seuls. On aborde ici des états fonctionnels très dégradés qui nécessitent dans la plupart des cas une aide humaine quotidienne.

Tableau 1. Prévalences déclarées



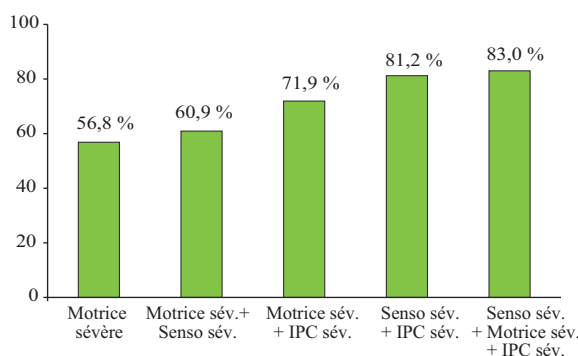
Champ : 1 397 Franciliens âgés de 60 ans et plus résidant à domicile
Source : HSM, 2008, exploitation ORS Île-de-France

Situations fonctionnelles et restrictions d'activité

La dégradation fonctionnelle passe d'abord par le stade des limitations fonctionnelles, qui peuvent à leur tour engendrer des restrictions d'activité (Encadré 1). Le Tableau 2 identifie les situations fonctionnelles qui sont les plus associées à une restriction sévère d'activité et donc les moins faciles à compenser. La combinaison d'une limitation motrice sévère et d'une IPC sévère s'accompagne dans 72% des cas d'une incapacité. La situation fonctionnelle la plus à risque de générer une incapacité est celle qui combine limitation motrice sévère, sensorielle sévère et IPC sévère (83%).

Il convient désormais d'identifier si, outre l'état fonctionnel, il existe des facteurs qui induisent le développement d'une restriction d'activité.

Tableau 2. Situations fonctionnelles à risque élevé de restriction sévère d'activité (>=50%)



Champ : 1 397 individus âgés de 60 ans et plus résidant à domicile en Île-de-France
Source : HSM, 2008, exploitation ORS Île-de-France

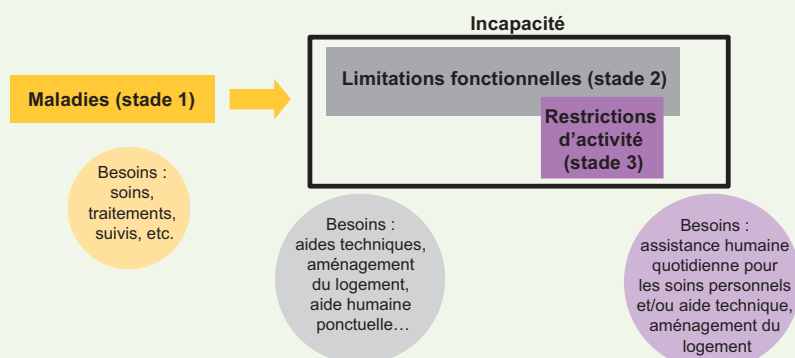
Encadré 1. Concepts autour de la perte d'autonomie

Mise en place en 2002 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) définit la perte d'autonomie comme un processus qui comprend plusieurs stades (Figure 1). Les maladies chroniques (stade 1) peuvent provoquer des altérations de fonctions (stade 2) qui à leur tour engendrent des restrictions dans la réalisation d'activités de la vie quotidienne (stade 3). Par exemple souffrir d'arthrose entraînera des difficultés pour marcher qui pourront entraîner une restriction d'activité comme se déplacer hors du domicile.

Les limitations fonctionnelles (stade 2) correspondent à une altération des fonctions sensorielles (voir, entendre), motrices (marcher, lever le bras...), intellectuelles, psychiques, cognitives (IPC) (se souvenir, apprendre...). Elles déterminent l'état fonctionnel de l'individu indépendamment de toute aide (humaine, technique ou aménagement du logement). Il apparaît que la plupart des personnes qui entament un processus de dégradation fonctionnelle passent d'abord par le stade des limitations fonctionnelles sans restriction d'activité, ce qui induit une évolution par stade (Cambois et Lièvre, 2004). Les limitations fonctionnelles, et particulièrement des membres inférieurs, sont prédictives d'une restriction d'activité future (Lawrence and Jette, 1996).

Les restrictions d'activité (stade 3) correspondent à des gênes dans la réalisation d'activités de la vie quotidienne (ADL) comme la toilette, le repas... ou dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) comme faire les courses, le ménage.... On cherche ici à mesurer l'autonomie de l'individu à travers sa capacité à réaliser seul des activités. Contrairement aux limitations fonctionnelles, les restrictions d'activité incluent l'utilisation d'une aide technique. Ainsi une personne âgée peut ne pas pouvoir marcher sans déambulateur et aura donc une limitation fonctionnelle. En revanche, l'usage d'un déambulateur pourra lui permettre de faire ses courses seule et de conserver son autonomie dans la réalisation de cette activité.

Figure 1: Processus de perte d'autonomie



Les femmes et les ouvriers cumulent les inégalités face au processus de perte d'autonomie en Île-de-France

En Île-de-France, les femmes présentent, avant 75 ans, un état fonctionnel plus dégradé que celui des hommes. Elles déclarent trois fois plus de limitations motrices sévères que les hommes et ont quatre fois plus de risques de combiner les trois limitations à des niveaux sévères, en ajustant sur l'âge (Tableau 3). Elles déclarent également trois fois plus de restrictions sévères d'activité que les hommes du même âge. Après 75 ans, les inégalités entre les hommes et les femmes s'annulent. Par ailleurs, les femmes ont entre deux et trois fois plus de risques de développer une restriction sévère d'activité, à âge et état fonctionnel équivalents (Tableau 4). Les femmes cumulent donc 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. La plus grande chance des hommes à maintenir leur autonomie en dépit de limitations fonctionnelles pourrait s'expliquer par leur plus forte propension à recourir

à une aide technique, contrairement aux femmes qui feraient davantage appel à une aide humaine (Verbrugge, 1997). Dans les autres régions, il existe également d'importantes inégalités entre les hommes et les femmes qui vont dans le même sens. Par ailleurs, après 60 ans, il existe d'importantes inégalités sociales en Île-de-France. Les ouvriers et employés (O-E) sont quatre fois plus exposés que les cadres et professions intermédiaires (C-PI) aux limitations motrices sévères et sont dix fois plus nombreux à combiner les trois limitations sévères (Tableau 3). Et une fois en situation fonctionnelle dégradée, les O-E sont trois fois plus à risque de perdre leur autonomie que les C-PI (Tableau 4). Il existe 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. On observe les mêmes conclusions dans les autres régions.

Chez les femmes, on ne relève aucune différence sociale en Île-de-France face au processus de perte d'autonomie ; en revanche, les inégalités sociales sont fortes parmi les femmes des autres régions.

Tableau 3. Situation fonctionnelle : probabilités en tenant compte de l'âge (en continu et au carré)

	Femmes ÎdF versus Hommes ÎdF (60/74 ans)		O-E Hommes ÎdF versus C-PI hommes ÎdF (60 ans +)		Hommes ÎdF versus Hommes H ÎdF (60/74 ans)	
	OR	p-value	OR	p-value	OR	p-value
Motrice sévère	3,3	0,000	4,0	0,000	0,6	0,013
Motrice sév. + IPC sév.	3,3	0,002	9,2	0,002	0,3	0,000
Motrice sév. + Senso sév.	1,9	0,232	5,5	0,232	0,5	0,050
Senso sév. + IPC sév.	2,8	0,078	8,8	0,078	0,2	0,001
Senso sév. + Motrice sév. + IPC sév.	3,8	0,035	9,6	0,035	0,2	0,006
Restriction d'activité sév.	3,2	0,000	3,9	0,000	0,8	0,420

Tableau 4. Restriction sévère d'activité : probabilités en tenant compte de l'âge (en continu et au carré) et de la situation fonctionnelle

	Femmes ÎdF versus Hommes ÎdF (60/74 ans)		O-E Hommes ÎdF versus C-PI hommes ÎdF (60 ans +)		Hommes ÎdF versus Hommes H ÎdF (60/74 ans)	
	OR	p-value	OR	p-value	OR	p-value
Motrice sévère	1,8	0,016	2,0	0,131	1,0	0,843
Motrice sév. + IPC sév.	2,5	0,000	2,8	0,026	1,0	0,995
Motrice sév. + Senso sév.	2,7	0,000	3,2	0,052	0,9	0,637
Senso sév. + IPC sév.	2,8	0,000	3,2	0,008	1,0	0,834
Senso sév. + Motrice sév. + IPC sév.	2,8	0,000	3,2	0,008	0,9	0,664

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 OR significatifs ($p < 0,050$) sont présentés en gras.

Lecture: Par rapport aux hommes, les femmes présentent un risque 3,3 fois plus élevé de déclarer des limitations motrices sévères (Tableau 3) ; par rapport aux hommes, les femmes présentent un risque 1,8 fois plus élevé de déclarer une restriction sévère d'activité en ajustant sur l'âge et sur le risque d'avoir des limitations motrices sévères (Tableau 4).

Source: HSM, 2008, exploitation ORS Île-de-France

Les spécificités franciliennes face à la perte d'autonomie

Avant 75 ans, les Franciliens sont moins exposés que les non-Franciliens aux problèmes fonctionnels complexes et dégradés, les plus à risque de générer de l'incapacité (Tableau 3). En revanche les Franciliens sont autant restreints dans leurs activités que les non-Franciliens du même âge et ont autant de risque de développer une restriction sévère d'activité, à âge et situation fonctionnelle équivalents (Tableau 4).

L'avantage des hommes franciliens face à la déclaration de limitations fonctionnelles est avant

tout social : il s'explique en grande partie par une moindre proportion d'ouvriers en Île-de-France (associés à un plus fort risque d'exposition aux situations fonctionnelles complexes) et une plus forte proportion de cadres (associés à un moindre risque face aux situations fonctionnelles complexes).

Chez les femmes, on observe également, après 85 ans, un avantage des Franciliennes face aux problèmes fonctionnels complexes et dégradés, comparé aux femmes des autres régions.

Conclusion

Les résultats montrent que le risque de se trouver en situation de dépendance dépend de son état fonctionnel mais aussi de caractéristiques socio-démographiques (sexe, âge, dernière profession exercée). **Les femmes et les ouvriers cumulent les inégalités au cours du processus de perte d'autonomie** : plus exposés à des situations fonctionnelles qui sont à risque de générer de l'incapacité, ils ont également plus de risque de développer une restriction sévère d'activité, à âge et situation fonctionnelle équivalents. Plusieurs pistes peuvent être évoquées dans le cadre de la réduction de la dépendance et des inégalités associées.

- **Premièrement, outre la prévention de maladies invalidantes, il apparaît prioritaire de continuer les efforts menés en matière de réduction d'inégalités sociales de santé** et notamment les efforts de prévention sur le tabac, l'alcool, l'alimentation et la sédentarité. La littérature montre que ces facteurs de risque, inégalement répartis dans les groupes sociaux, sont fortement associés à une altération des fonctions motrices indépendamment d'un problème de santé diagnostiqué.

- **Deuxièmement, continuer à investir le champ des inégalités de sexe** face aux situations fonctionnelles complexes et aux restrictions d'activité. Ceci permettra de mieux comprendre le désavantage des femmes face au risque de dégradation fonctionnelle.

- **Troisièmement, favoriser chez les personnes âgées l'usage des aides techniques et de l'aménagement du logement** pourrait leur permettre de maintenir leur niveau d'autonomie et rester à domicile.

Données et méthodes

Réalisée en 2008 par la Drees et l'Insee, l'enquête Handicap-Santé-Ménages (HSM) a pour objectif d'évaluer la nature et l'ampleur des difficultés rencontrées dans la vie quotidienne par la population française. L'échantillon complet de l'enquête HSM comprend 29 931 répondants. Le taux de réponse est de 76,6%. Une présentation des enquêtes Handicap-Santé est disponible sous : <https://www.drees.sante.gouv/article4267.html>

Notre échantillon d'analyse comprend 8 873 personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile en France métropolitaine (dont 1 397 en Île-de-France). Les analyses sont produites séparément pour les hommes et les femmes. Les pourcentages présentés sont redressés et pondérés. Des régressions logistiques nous permettent de mettre en évidence des différences de risque entre des groupes de population (les femmes, les ouvriers, les non-Franciliens) face au processus de perte d'autonomie. Les analyses sont réalisées avec le logiciel Stata12.

Références (citées dans la synthèse)

Cambois et Lièvre (2004). Risques de perte d'autonomie et chances de récupération chez les personnes âgées de 55 ans et plus. Etudes et Résultats. n°349

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

Verbrugge, Rennert and Madans (1997). The great efficacy of personal and equipment assistance in reducing disability. American Journal of Public Health 87(3) : 387-392

ORS Île-de-France
43, rue Beaubourg
75003 Paris
tél.: 01.77.49.78.60
www.ors-idf.org

Directrice de l'ORS Île-de-France : Nathalie Sénécail

Directeur de publication : François Dugeny

L'ORS Île-de-France, département autonome de l'IAU Île-de-France, est un observatoire scientifique indépendant financé par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et le Conseil régional d'Île-de-France

