

LES DOSSIERS DE LA DREES

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

Juin 2018 /// N°26

Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité des personnes âgées vivant à domicile : une approche par le processus de dépendance

Résultats de l'enquête Capacités,
Aides et REssources des seniors
(CARE) « ménages »

**Mathieu Brunel (DREES),
Amélie Carrère (DREES,
INED)**

Remerciements :
Groupe d'exploitation de
l'enquête CARE-ménages.

En 2015, les limitations fonctionnelles concernent 6 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à leur domicile, soit 40 % d'entre elles, et les restrictions d'activité près de 4,5 millions. Pour ces restrictions, comme pour les limitations physiques, les femmes déclarent davantage de difficultés que les hommes.

Depuis l'enquête Handicap et Santé de 2008, la plupart des indicateurs de limitations fonctionnelles ou de restrictions d'activité ont baissé. Si les inégalités femmes-hommes se sont globalement réduites avant 75 ans, elles ont progressé en défaveur des femmes pour les 75 ans ou plus.

20 ans
d'expertise
au service
des solidarités
et de la santé
Drees
STATISTIQUE PUBLIQUE



SOMMAIRE

LES DOSSIERS DE LA DREES

Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité des personnes âgées vivant à domicile en France en 2015 : une approche par le processus de dépendance

Résultats de l'enquête Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) « ménages »

La prévalence des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité en France en 2015 à domicile	5
> <i>Mathieu Brunel (DREES) et Amélie Carrère (DREES, INED)</i>	5
6 millions de personnes âgées avec des limitations fonctionnelles et 4,5 millions avec des restrictions d'activité en France métropolitaine, à domicile en 2015.	6
Prévalences en 2015 : une progression exponentielle avec l'âge	11
Les difficultés sont souvent cumulées...	14
... que ce soit pour les limitations fonctionnelles	14
... ou pour les restrictions d'activité	14
Les femmes, davantage touchées par la dépendance	18
Bibliographie	22
L'évolution des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité depuis 2008	23
> <i>Amélie Carrère (DREES, INED)</i>	23

SOMMAIRE

LES DOSSIERS DE LA DREES

Une baisse du risque de déclarer des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité entre 2008 et 2015 à domicile.	24
Augmentation du nombre de personnes ayant des limitations fonctionnelles...	24
... mais baisse de la prévalence de l'incapacité pour la majorité des indicateurs	24
Baisse de la prévalence de l'incapacité à structure par âge équivalente	25
Les hommes de 60-64 ans, 70-74 ans et 85-89 ans sont plus touchés par l'incapacité en 2015 qu'en 2008	29
Le cumul des trois types de limitations fonctionnelles a augmenté de 1,6 point de pourcentage	32
Les trois types de limitations fonctionnelles sont plus souvent cumulées	32
Le cumul des restrictions d'activité a peu évolué	33
Baisse des inégalités entre hommes et femmes chez les 60-74 ans	35
Bibliographie	38
Annexes	39
Annexe 1. Taux de croissance entre 2008 et 2015 du nombre de personnes en incapacités, sans standardisation.	39
Annexe 2. Écart de prévalence entre 2008 et 2015 (prévalence 2015 – prévalence 2008), sans standardisation.	40

La prévalence des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité en France en 2015 à domicile

Mathieu Brunel (DREES) et Amélie Carrère (DREES, INED)

L'estimation du nombre de personnes âgées dépendantes en France est nécessaire pour la prise en charge publique et l'accompagnement des seniors dans leur vie quotidienne. Les aides peuvent être matérielles, humaines, financières (se cumulant ou non).

L'enquête Vie quotidienne et santé (VQS) menée en 2014, a permis de fournir une première estimation du nombre de personnes en situation de dépendance (Brunel, Carrère, mars 2017). Son questionnaire, succinct, se base sur une approche fonctionnelle de la dépendance en abordant les différentes limitations (physiques, cognitives et sensorielles) rencontrées par les personnes au quotidien.

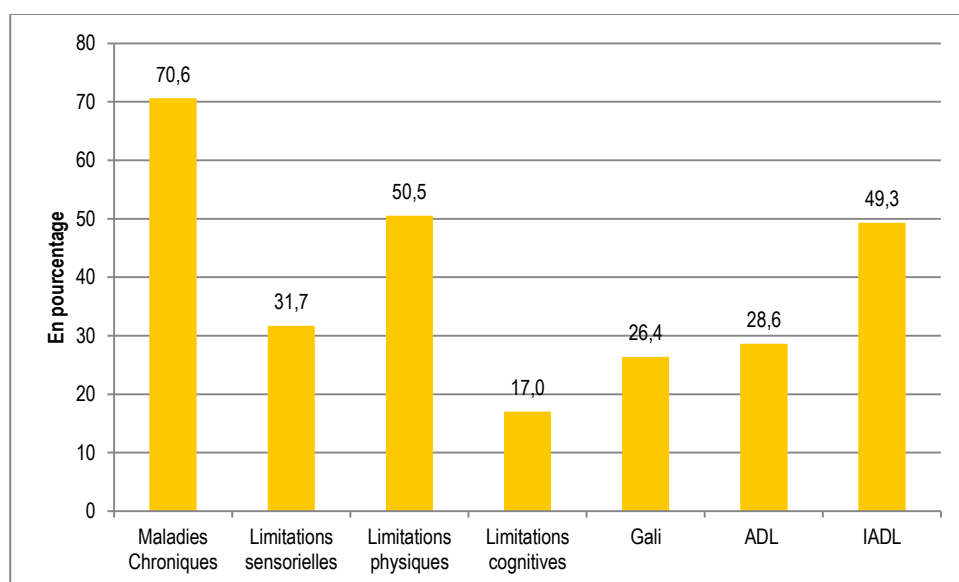
La présente étude s'inscrit dans une analyse des résultats de l'enquête Capacités, Aides, et REssources des seniors (CARE) [encadré 1]. L'enquête CARE a été réalisée suite à l'enquête filtre VQS, qui a repéré les personnes vivant à domicile âgées de 60 ans ou plus et limitées dans les activités de la vie quotidienne.

Le questionnement de l'enquête CARE, menée en 2015, est plus diversifié que celui de VQS puisqu'il aborde différentes facettes de la dépendance et des incapacités, mais aussi les aides et les prestations reçues. Il permet de confronter deux approches de la perte d'autonomie : une approche par un gradient de dépendance, grâce à des mesures synthétiques de la dépendance distinguant différents degrés d'intensité de celle-ci – Groupes iso-ressources (GIR) estimés, indicateur de Katz et indicateur de Colvez (*Étude et résultats* n°1029, Brunel, Carrère, septembre 2017) –, et une approche par le processus de dépendance [encadré 2]. C'est cette seconde approche qui est mise en avant dans ce dossier, analysant de manière conjointe les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activités. Ce travail vient conforter certains résultats obtenus à partir de l'enquête VQS (Brunel, Carrère, mars 2017) mais permettent d'explorer de façon plus fine les différentes composantes de la dépendance. Certains résultats s'avèrent aussi divergents : ces divergences peuvent être expliquées par une construction différente de certains indicateurs [encadré 3].

6 millions de personnes âgées avec des limitations fonctionnelles et 4,5 millions avec des restrictions d'activité en France métropolitaine, à domicile en 2015.

Différentes mesures permettent d'estimer le nombre de personnes âgées dépendantes [encadré 2], les statistiques descriptives de ces mesures sont présentées dans le tableau 1 et les graphiques 1 et 2¹. La plus large d'entre elles est caractérisée par les maladies ou problèmes de santé chroniques ou de caractère durable avec 9 216 000 personnes âgées de 60 ans ou plus qui en déclarent (64 %). Ils sont 60 % et 71 % des seniors, respectivement de moins de 75 ans et de 75 ans ou plus à déclarer ces difficultés.

➤ Graphique 1 • Part des personnes âgées de 75 ans ou plus ayant des difficultés, par type de difficulté (en %).



GALI > Global Activity Limitation Indicator, ou « indicateur de limitations d'activité générales ». **ADL** > activities of daily living, ou « activités de la vie quotidienne ». **IADL** > instrumental activities of daily living, ou « activités de la vie quotidienne instrumentales ».

Lecture > 70,6 % des individus de 75 ans ou plus ont déclaré avoir une maladie chronique.

Champ > Individus de 75 ans ou plus résidant à domicile, France métropolitaine.

Source > Enquête Capacités, Aides et REssources des seniors, ménages – volet seniors (CARE-M) 2015, DREES.

Parmi l'ensemble des seniors âgés de 60 ans ou plus, 5 807 000 souffrent d'au moins une limitation fonctionnelle sévère (40 %). Les personnes âgées de moins de 75 ans et celles âgées de 75 ans ou plus sont respectivement 28 % et 62 % à déclarer au moins une limitation. Les limitations physiques sont les plus répandues, notamment chez les seniors les plus âgés. En effet, plus d'un senior sur deux âgés de 75 ans ou plus déclare avoir des difficultés pour « marcher 500 mètres » ou pour « monter/descendre des escaliers » ou encore pour « lever le bras ». Pour l'ensemble des seniors, les limitations physiques sont également celles les plus souvent déclarées (30 %). Pour les autres limitations, 19 % des seniors déclarent au moins des limitations sensorielles et 8 % déclarent au moins des

¹ Ainsi que dans http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/Indic_CARE-M/

limitations cognitives. Enfin, 5 % des personnes âgées de 60 ans ou plus ont des difficultés relationnelles (« comprendre les autres », « se mettre en danger », « agressivité » ou « nouer des relations »).

D'autres mesures mettent en avant la perte d'autonomie des seniors, il s'agit des restrictions d'activités. Celles-ci peuvent être rapprochées des difficultés à réaliser des activités de la vie quotidienne (ADL), à effectuer des activités de la vie quotidienne instrumentales (IADL). Le GALI (*Global Activity Limitation Indicator* ou « Indicateur de limitations d'activité générales ») est lui aussi une autre facette de cette mesure. L'enquête CARE dénombre 4 492 000 personnes âgées de 60 ans ou plus déclarant au moins une restriction d'activité (ADL, IADL ou GALI), soit 31 % des seniors. Parmi l'ensemble des individus de cette tranche d'âge, 2 253 000 sont fortement limités dans les activités générales (GALI) (16 %), 2 224 000 ont des difficultés pour réaliser les activités ADL (15 %) et 3 712 000 ont des difficultés pour réaliser les activités IADL (26 %). Ces dernières représentent des difficultés telles que « faire les courses », « préparer les repas », « faire les tâches ménagères », « faire les démarches administratives », « se déplacer dans les pièces d'un étage », ou encore « se servir du téléphone ». Chez les plus âgés, les difficultés pour réaliser les activités IADL sont les plus répandues puisqu'un senior sur deux âgé de 75 ans ou plus est concerné par ces difficultés. Les difficultés à réaliser seuls les tâches ménagères sont les plus souvent citées par les personnes âgées de 60 ans ou plus (18 %) et chez les plus âgés (36 %). Parmi les ADL, les difficultés pour se laver et s'habiller sont les plus déclarés, peu importe la tranche d'âge. En effet, 1 416 000 seniors âgés de 60 ans ou plus déclarent des difficultés pour s'habiller (10 %).

➤ **Tableau 1 • Part des personnes ayant des difficultés par type d'incapacité, sexe et tranche d'âge en 2015 (en %)**

	60-74 ans		75 ans ou plus	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Effectifs	4 907 000	4 326 000	3 117 000	2 096 000
Santé déclarée (%)				
Mauvaise ou très mauvaise santé	8,3	9,0	20,0	19,0
Très mauvaise santé	1,3	1,5	3,4	3,0
Maladie chronique ou problème de santé	58,2	61,9	70,0	71,5
Limitations fonctionnelles : % de personnes déclarant beaucoup de difficultés ou ne pouvant pas du tout faire l'activité				
Au moins une limitation fonctionnelle	29,9	25,2	67,4	54,5
Au moins une limitation sensorielle : avoir des difficultés à ...	9,5	13,5	31,2	32,6
Voir avec lunettes caractères de journal	2,9	2,4	12,0	8,4
Voir avec lunettes un visage à 4 mètres	2,3	1,2	9,0	4,6
Entendre une conversation avec plusieurs personnes	6,2	11,8	23,6	28,5
<i>Entendre une conversation dans une pièce silencieuse²</i>	0,8	2,0	8,2	7,8
Au moins une limitation physique : avoir des difficultés à ...	22,3	12,2	60,0	36,5
Marcher 500 mètres	5,9	4,5	30,8	21,4
Monter et descendre un étage d'escalier	7,4	4,6	37,2	23,7
Lever le bras	4,2	2,1	14,7	8,0
Se servir des mains et des doigts	2,5	1,1	8,2	4,7
Se baisser, s'agenouiller	15,6	8,4	47,6	28,1
Porter un sac de 5 kilos	11,5	4,3	43,1	19,1
Au moins une limitation cognitive liée à la mémoire, à la concentration ou à l'organisation	5,1	4,6	16,2	12,4
Ne pas se souvenir du moment de la journée	0,8	0,8	5,5	3,3
Trous de mémoire	3,3	2,7	9,8	8,3
Avoir des difficultés à se concentrer	1,4	2,1	5,7	4,6
Problèmes de la vie quotidienne	1,4	1,2	8,7	5,6
Au moins une limitation cognitive liée aux difficultés relationnelles	3,1	3,7	9,7	7,2
Avoir des difficultés à comprendre les autres	1,0	1,0	4,8	3,4
Se mettre en danger	0,4	0,7	2,2	1,3
Être agressif.ve	1,4	1,9	1,1	1,9
Avoir des difficultés à nouer des relations	1,2	1,1	4,3	3,1
Autres limitations fonctionnelles				
Avoir des difficultés à mordre et mâcher (sévères)	12,7	8,9	31,2	21,6

² Cette limitation n'est pas prise en compte dans la construction de la variable synthétique « au moins une limitation sensorielle » car elle n'existait pas dans l'enquête précédente Handicap-Santé Ménages (HSM).

	Avoir des difficultés à contrôler les selles et urines ³	7,5	5,2	25,0	17,4
	Si difficultés ou ne peut pas : Se débrouiller seul.e ⁴	26,6	22,6	47,6	47,1
Restrictions d'activité : % de personnes déclarant quelques difficultés, beaucoup de difficultés ou ne pouvant pas du tout faire l'activité					
Au moins une restriction d'activité		19,6	15,9	62,0	43,3
	Restrictions GALI ⁵	9,4	9,7	27,5	24,7
	Au moins une restriction ADL : avoir des difficultés pour...	8,3	7,7	32,0	23,5
	Se laver	4,3	3,8	22,6	14,9
	S'habiller	4,6	5,2	20,1	16,2
	Couper la nourriture ou se servir à boire	2,2	1,5	12,3	6,2
	Manger et boire	0,5	0,5	4,7	3,4
	Se servir des toilettes	1,1	0,9	7,0	4,8
	Se coucher ou se lever du lit	3,8	2,5	13,8	9,7
	S'asseoir et se lever d'un siège	4,0	2,9	17,1	13,1
	Au moins une restriction IADL : avoir des difficultés pour ...		15,3	9,1	59,1
	Faire les courses	8,5	5,3	41,4	21,0
	Préparer les repas	3,0	2,7	19,2	12,4
	Faire les tâches ménagères courantes	11,2	5,2	44,8	22,3
	Faire démarches administratives	4,0	3,6	30,3	18,1
	Prendre les médicaments	1,3	1,8	12,4	9,7
	Se déplacer dans les pièces d'un étage	2,2	1,7	15,1	11,0
	Sortir du logement	3,8	3,1	26,3	14,4
	Utiliser transports en commun	6,2	4,0	36,7	18,1
	Trouver son chemin	1,8	1,6	10,5	5,8
	Se servir du téléphone	1,2	1,6	9,9	8,6
Autres difficultés					
	Confiné.e au lit ou dans un fauteuil non roulant ⁶	0,6	0,3	5,2	3,3
	Y a-t'il des activités pour lesquelles une personne doit vous rappeler ou vous inciter à les réaliser ?	2,1	3,2	8,2	8,5

ADL > *Activity of daily living* ou « activité de la vie quotidienne ».

IADL > *Instrumental activity of daily living* ou « activité instrumentale de la vie quotidienne ».

GALI > *Global Activity Limitation Indicator*, ou « indicateur de limitations d'activité générales ».

Lecture > 12,7 % des femmes de 60-74 ans ont des difficultés pour mordre ou mâcher des aliments durs.

Champ > Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile, France métropolitaine.

Source > Enquête Capacités, Aides et REssources des seniors, ménages – volet seniors (CARE-M) 2015, DREES.

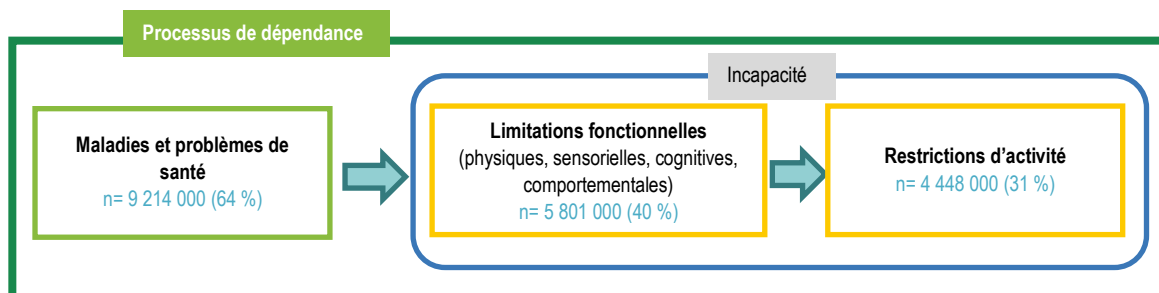
³ Pour cette difficulté, la modalité « quelques difficultés » est incluse.

⁴ Pour cette difficulté, la modalité « quelques difficultés » est incluse.

⁵ Pour cette difficulté, la modalité « limité.e mais pas fortement » est incluse.

⁶ Nous excluons les personnes se déclarant confinées au lit ou dans un fauteuil mais n'ayant aucune difficulté pour se lever ou s'asseoir d'un siège, pour se coucher ou se lever du lit et pour se déplacer dans toutes les pièces d'un étage (56 personnes concernées).

➤ Graphique 2 • Processus de dépendance et nombre de personnes âgées concernées en 2015.



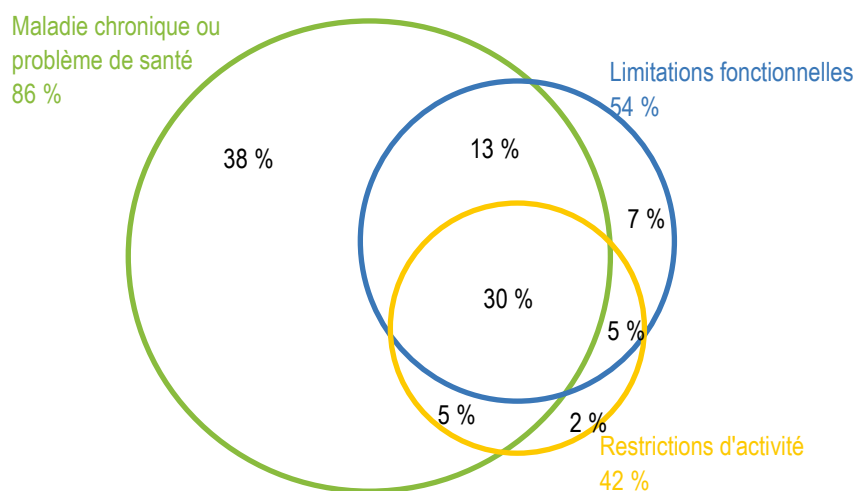
Définition > La définition du processus de dépendance est donnée dans l'encadré 2.

Lecture > 4 448 000 individus de 60 ans ou plus ont déclaré avoir des restrictions d'activité, soit 31 % des individus de 60 ans ou plus.

Champ > Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile, France métropolitaine.

Source > Enquête Capacités, Aides et REssources des seniors, ménages – volet seniors (CARE-M) 2015, DREES. Sieurin, Cambois et Robine (2011).

Parmi ceux ayant soit une maladie chronique, soit une limitation fonctionnelle, soit des restrictions d'activité (ADL, IADL ou GALI) (n= 10 676 000 individus de 60 ans ou plus)



Lecture > 30 % des individus de 60 ans ou plus ayant déclaré avoir soit une maladie chronique, soit des limitations fonctionnelles, soit des restrictions d'activité cumulent les trois composantes du processus de dépendance.

Champ > Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile, France métropolitaine.

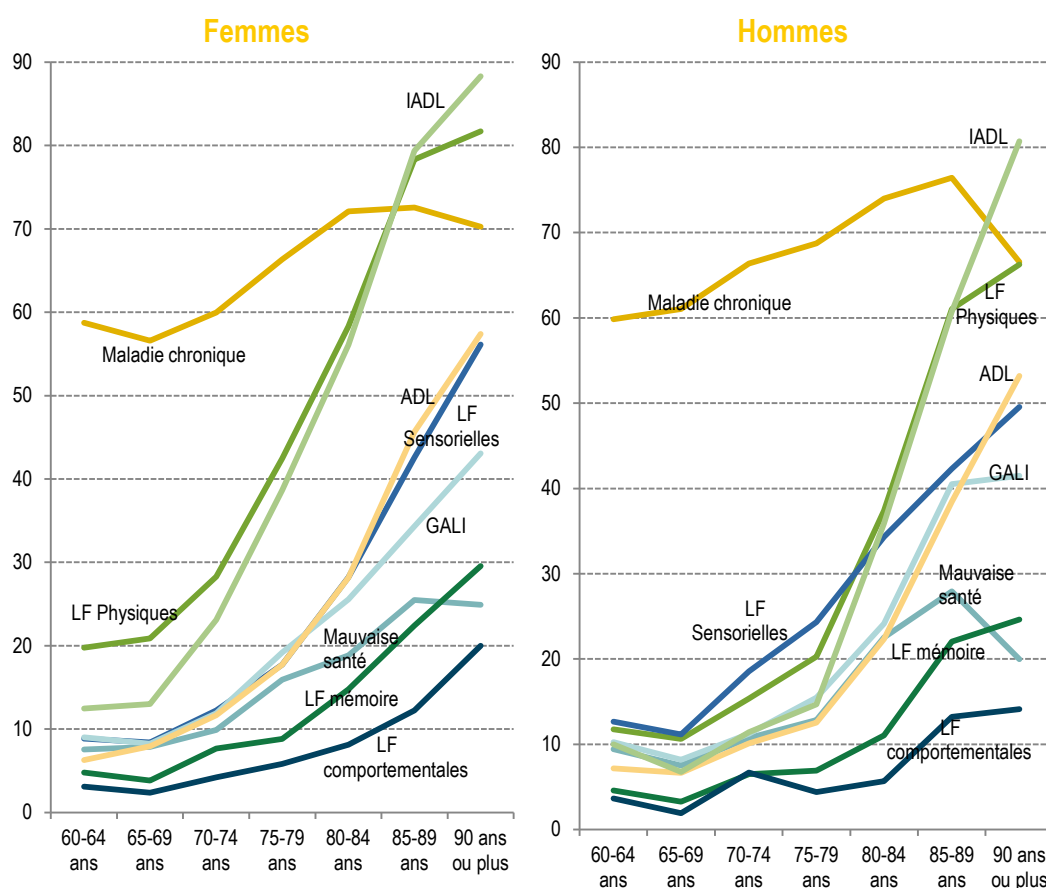
Source > Enquête Capacités, Aides et REssources des seniors, ménages – volet seniors (CARE-M) 2015, DREES.

Prévalences en 2015 : une progression exponentielle avec l'âge

Toutes les prévalences (c'est-à-dire les proportions au sein d'une catégorie de population) augmentent de façon exponentielle avec l'âge, que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, sauf celles des maladies chroniques et de la mauvaise et très mauvaise santé déclarée, qui augmentent plutôt de façon linéaire avec l'âge [graphique 3].

La prévalence des maladies chroniques diminue aux âges très élevés (à partir de 90 ans), pour les femmes comme pour les hommes. Toutefois la baisse est plus forte chez les hommes avec près de 10 points de pourcentage de diminution. Un résultat similaire s'observe pour la déclaration d'une mauvaise santé.

➤ Graphique 3 • Proportions associées aux diverses mesures de la dépendance et des incapacités, par tranche d'âge quinquennal pour les femmes et les hommes



ADL > *Activities of daily living*, ou « activités de la vie quotidienne ». **IADL** > *Instrumental activities of daily living*, ou « activités instrumentales de la vie quotidienne ». **GALI** > *Global Activity Limitation Indicator*, ou « indicateur de limitations d'activité générales ». **LF** > Limitations fonctionnelles.

Lecture > 46 % des femmes âgées de 85-89 ans ont des restrictions ADL. Cette proportion, dénommée « prévalence », s'élève à 6 % parmi les femmes de 60-64 ans.

Champ > Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile, France métropolitaine.

Source > Enquête Capacités, Aides et REssources des seniors, ménages – volet seniors (CARE-M) 2015, DREES.

Parmi les 60-64 ans, les écarts de prévalence entre les femmes et les hommes sont faibles pour la majorité des indicateurs. Toutefois, l'écart le plus élevé se situe dans la prévalence des limitations physiques, avec 19,8 % de prévalence pour les femmes et 11,8 % pour les hommes (-8,0 points). Chez les personnes âgées de 90 ans ou plus, cette prévalence s'élève à 81,7 % chez les femmes, contre 66,3 % chez les hommes. Les limitations cognitives représentent la prévalence la plus faible pour la tranche d'âge des plus jeunes (60-64 ans), avec 4,8 % de femmes et 4,6 % des hommes déclarant des limitations liées à la mémoire⁷. Cette faible prévalence s'observe par ailleurs dans toutes les tranches d'âge. Enfin, la prévalence des limitations sensorielles concerne 8,8 % des femmes les plus jeunes contre 12,6 % des hommes de cette tranche d'âge.

Les restrictions d'activité sont mesurées par trois indicateurs : le GALI, les difficultés dans les activités ADL et IADL. La prévalence des restrictions IADL est la plus élevée, que ce soit chez les femmes ou chez les hommes et ce à tout âge. Pour les plus jeunes, femmes et hommes déclarent respectivement 12,5 % et 10,0 % de difficultés. Chez les 90 ans et plus, cette prévalence s'élève à 88,3 % pour les femmes et 80,7 % pour les hommes. Pour les seniors les plus jeunes, les prévalences des restrictions ADL et GALI sont à peu près identiques pour les femmes et les hommes. Les différences de prévalence entre les mesures s'observent principalement à partir de la tranche 85-89 ans pour les femmes et pour les 90 ans ou plus chez les hommes. Jusqu'à 85 ans, les parts de femmes éprouvant des difficultés pour les activités ADL et de celles déclarant être limitées depuis plus de six mois (GALI) sont équivalents (écarts entre 0,22 points et 2,7 points). À partir de 85-90 ans, les écarts entre les deux difficultés sont de 11,3 points. Par ailleurs, dès la tranche 75-79 ans, davantage de femmes déclarant des ADL que des limitations GALI sont observées.

➤ **Encadré 1 • Méthodologie des enquêtes Handicap-Santé Ménages (HSM) 2008 et Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) 2015**

Les enquêtes HSM et CARE s'intéressent aux conditions de vie des personnes vivant à domicile, à leurs difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne et aux aides qu'elles reçoivent. Une seule personne est interrogée par logement. En cas d'inaptitude à répondre en raison d'un problème de santé, d'un handicap ou de l'âge ou en cas d'absence non définitive supérieure à 3 semaines, un proxy est autorisé à répondre à la place de la personne. Par ailleurs, des personnes de l'entourage pouvaient aider à répondre en complément de la personne interrogée. Ce protocole d'interrogation permet de ne pas exclure les personnes ayant des troubles cognitifs graves et de disposer de réponses plus fiables notamment sur les questions concernant les dépenses.

Caractéristiques des enquêtes HSM 2008 et CARE 2015

		HSM 2008	CARE 2015
Caractéristiques de l'enquête	Champ	France entière Personnes de tout âge vivant dans un logement ordinaire Représentativité des régions Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, le Rhône-Alpes, et les départements d'outre-mer : la Martinique, la Guadeloupe, la Guyane et La Réunion*	France métropolitaine Toutes les personnes de 60 ans ou plus vivant dans un logement ordinaire

⁷ Les limitations de concentration ou d'organisation sont incluses (cf. encadré 2).

	Périodes de collecte	Avril 2008 à juillet 2008	Mai 2015 à octobre 2015
	Modes de collecte	Face-à-face	Face-à-face
	Taux de réponse au niveau ménage chez les 60 ans ou plus	77 %	71 %
	Taille de l'échantillon de 60 ans ou plus métropolitain (% non pondéré de 75 ans ou plus)	8 874 (47 %)	10 628 (56 %)
Nombre de questions utilisées concernant...	...Les limitations fonctionnelles physiques	7	6
	...Les limitations fonctionnelles sensorielles	3	4
	...Les limitations fonctionnelles cognitives	8	8
	...Les autres limitations	3	3
	...Les restrictions ADL	7	7
	...Les restrictions IADL	10	10
	...Les restrictions GALI	1	1
	...Les autres difficultés	2	2
	...L'état de santé général	1	1
	...Les maladies chroniques	1	1

GALI > Global Activity Limitation Indicator, ou « indicateur de limitations d'activité générales ». **ADL** > activities of daily living, ou « activités de la vie quotidienne ». **IADL** > instrumental activities of daily living, ou « activités de la vie quotidienne instrumentales ».

* Par soucis de comparabilité entre les deux enquêtes, les départements d'outre-mer, présents uniquement dans l'enquête Handicap-Santé, sont retirés des analyses.

Les difficultés sont souvent cumulées...

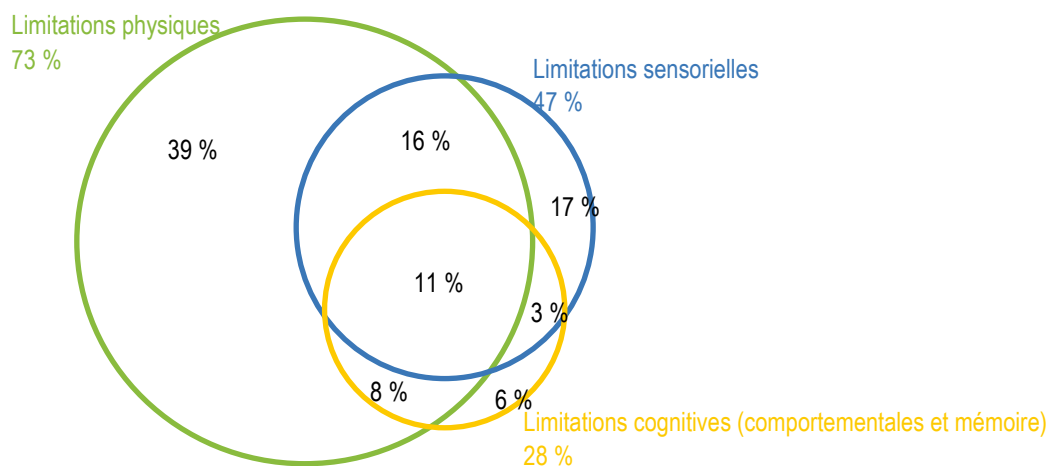
... que ce soit pour les limitations fonctionnelles

Qu'elles soient cumulées ou non avec d'autres types de limitations, les limitations fonctionnelles physiques sont les plus souvent déclarées [graphique 4]. Parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus ayant au moins une limitation fonctionnelle (cumulée ou non), 73 % déclarent au moins souffrir d'une limitation physique. Concernant les autres limitations, près d'un senior sur deux souffre de limitations sensorielles, alors que 28 % déclarent des limitations cognitives.

Parmi les seniors ayant au moins une limitation fonctionnelle, 39 % déclarent uniquement des limitations physiques, 17 % déclarent uniquement des limitations sensorielles et 6 % uniquement des limitations cognitives.

La combinaison de limitations fonctionnelles la plus répandue comprend des limitations physiques et sensorielles (16 %). Enfin, 11 % des seniors cumulent les trois types de limitations (physique, sensorielle et cognitive), soit 638 000 personnes âgées de 60 ans ou plus déclarant au moins une limitation.

➤ Graphique 4 • Répartitions des personnes déclarant au moins une limitation fonctionnelle selon le type de limitations



Lecture > 28 % des seniors déclarant au moins une limitation fonctionnelle cumulent les trois types de limitations fonctionnelles.

Champ > Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile, déclarant au moins une limitation fonctionnelle soit physique, soit sensorielle soit cognitive (mémoire ou relationnelle) [n= 5 802 000 individus de 60 ans ou plus]. France métropolitaine.

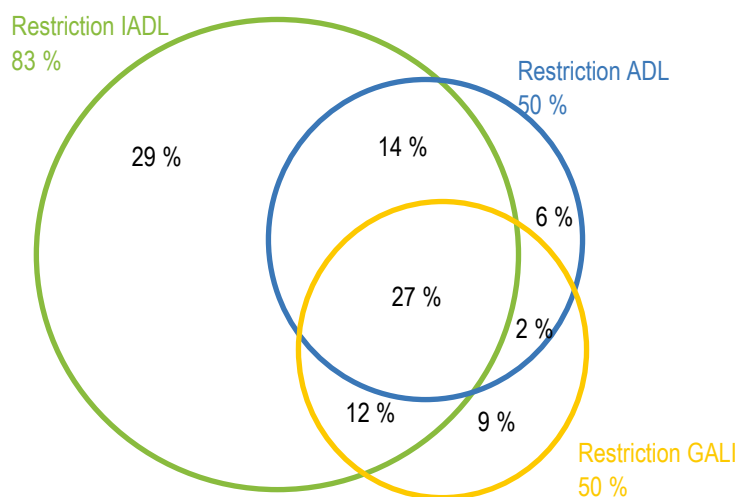
Source > Enquête Capacités, Aides et REssources des seniors, ménages – volet seniors (CARE-M) 2015, DREES.

... ou pour les restrictions d'activité

Une majorité de seniors ayant au moins une restriction d'activité déclarent au moins une restriction IADL (combinée ou non avec d'autres restrictions d'activité), soit 83 % des personnes âgées de 60 ans ou plus. Les difficultés les plus sévères, que l'on repère grâce aux restrictions ADL, représentent un senior sur deux âgé de 60 ans ou plus (graphique 5).

Parmi les seniors éprouvant des difficultés pour au moins une restriction d'activité, 29 % d'entre eux déclarent uniquement des restrictions IADL.

➤ **Graphique 5 • Répartition des personnes déclarant au moins une restriction d'activité selon le type de restriction**



Lecture > 27 % des seniors déclarant au moins une restriction d'activité cumulent les trois restrictions d'activité.

Champ > Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile, déclarant une restriction IADL ou une restriction ADL, ou une restriction GALI (n= 4 488 000 individus de 60 ans ou plus). France métropolitaine.

Source > Enquête Capacités, Aides et REssources des seniors, ménages – volet seniors (CARE-M) 2015, DREES.

Les personnes âgées de 60 ans ou plus sont peu nombreuses à déclarer uniquement des restrictions ADL. En effet, celles-ci permettent de repérer les seniors ayant les difficultés les plus sévères, et elles sont donc plus souvent, lorsqu'elles sont rencontrées, cumulées avec d'autres types de restrictions.

Certaines personnes âgées déclarent plusieurs types de difficultés et combinent des restrictions IADL et ADL ; 14 % des seniors sont concernés par ces pertes d'incapacités cumulées.

Par ailleurs, l'enquête CARE permet une autre mesure des restrictions d'activité avec la question GALI. En France, un senior sur deux déclarant au moins une restriction d'activité dit être limité depuis plus de 6 mois dans les activités que les gens font habituellement, en raison d'un problème de santé (cumulé ou non avec les restrictions IADL ou ADL). Par ailleurs, 9 % des seniors ayant au moins une restriction d'activité déclarent uniquement des restrictions GALI.

Enfin, 27 % des personnes âgées de 60 ans ou plus combinent à la fois les trois restrictions d'activité (IADL, ADL et GALI).

➤ Encadré 2 • Les définitions de la dépendance et des incapacités

Pour mesurer l'incapacité, nous nous sommes appuyés sur les modèles développés à partir des années 1970 (Wood, P. and E. Badley, 1978; World Health Organization, 2001) et notamment le processus de dépendance explicité par Verbrugge, L. and A. Jette, 1994. Celui-ci explicite le mécanisme conduisant à la dépendance en distinguant trois composantes de la perte d'autonomie (voir Graphique 2) :

1. les maladies ou les problèmes de santé potentiellement invalidants, qui ne sont pas directement une mesure de l'incapacité mais peuvent en être à l'origine ;
2. les limitations fonctionnelles, qui représentent les altérations des fonctions physiques, sensorielles ou cognitives, liées à ces maladies ou problèmes de santé et à leurs symptômes ;
3. les restrictions dans les activités du quotidien (soins personnels et activités en général) que les limitations fonctionnelles sont susceptibles d'engendrer.

Analyser chacune des composantes du processus de dépendance permet de visualiser la progression des individus dans ce processus et notamment d'identifier les individus capables de compenser ou ralentir l'avancée dans celui-ci. À l'inverse, construire des indicateurs synthétiques de la dépendance (Brunel, Carrère, septembre 2017) permet de disposer d'un gradient de la dépendance allant du moins dépendant (celui qui ne déclare aucune difficulté) au plus dépendant (celui qui combine quasiment toutes les facettes de la dépendance). Les profils intermédiaires permettent de révéler les fragilités des personnes qui ne sont pas encore considérées comme dépendantes (Sirven, 2013).

Les maladies ou les problèmes de santé potentiellement invalidants sont mesurés par la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? » (Dans HSM et CARE-Ménages volet seniors).

Les limitations fonctionnelles peuvent ou non conduire à des restrictions dans les activités quotidiennes. L'utilisation d'aides techniques, d'aménagements du logement ou l'environnement dans lequel évolue la personne peuvent en effet venir compenser les limitations fonctionnelles. Nous avons distingué des indicateurs de limitations fonctionnelles physiques, sensorielles et cognitives (Nagi, S., 1976).

Les limitations fonctionnelles sensorielles sont mesurées par les difficultés pour « voir clairement le visage de quelqu'un à 4 mètres (de l'autre côté de la rue) », « voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal », « entendre une conversation avec plusieurs personnes ». Il est à noter que dans CARE-Ménages volet seniors, une question supplémentaire sur les limitations fonctionnelles sensorielles a été ajoutée : « Pouvez-vous entendre ce qui se dit dans une conversation avec une autre personne dans une pièce silencieuse ? » Cette question n'est pas utilisée afin de maintenir la comparabilité entre HSM et CARE. Les questionnaires ne permettent pas de connaître les difficultés sans lunettes, lentilles ou appareils auditifs. Nous ne retenons que les limitations résiduelles (avec lunettes, lentilles ou appareils auditifs etc.) car les difficultés sensorielles sont très fréquentes (à tous les âges) et souvent correctement corrigées. Nous retenons le fait de ressentir « beaucoup de difficultés » ou « ne pas [pouvoir faire] du tout » au moins une de ces activités.

Les limitations fonctionnelles physiques sont mesurées par les difficultés pour « marcher 500 mètres sur un terrain plat », « monter et descendre un étage d'escalier », « se baisser ou s'agenouiller », « se servir de ses mains et de ses doigts », « porter un sac de provisions de 5 kilos sur une distance de 10 mètres » et « lever le bras ». Les difficultés pour « prendre un objet avec les mains », uniquement présentes dans HSM, ne sont pas utilisées dans cette étude. Nous ne retenons que les limitations absolues (sans aide technique) afin d'identifier les difficultés de fonctionnement que rencontrent les personnes, quel que soit l'environnement qui les entoure. Nous retenons le fait de ressentir « beaucoup de difficultés » ou « ne pas [pouvoir faire] du tout » au moins une de ces activités.

Les limitations cognitives sont scindées en deux mesures : les limitations fonctionnelles cognitives liées à la mémoire, la concentration et l'organisation et celles liées aux difficultés relationnelles. Les limitations liées à la mémoire, la concentration et l'organisation, que nous nommerons « difficultés liées à la mémoire » par simplification, comprennent les difficultés pour « se souvenir à quel moment de la journée on est », « avoir des trous de mémoire », « se concentrer plus de 10 minutes » et « résoudre les problèmes de la vie quotidienne ». Les limitations liées aux difficultés relationnelles regroupent les difficultés pour « se faire comprendre des autres et comprendre les autres », le fait de « se mettre en danger », « d'être impulsif ou agressif » (seulement « agressif » dans CARE) et d'avoir des difficultés pour « nouer des relations avec les autres ». Il est à noter que les difficultés pour se faire comprendre des autres et comprendre les autres peuvent être liées à différents troubles et non pas uniquement des troubles liés aux relations : problèmes d'audition, problèmes de capacités intellectuelles, problèmes psychique, problèmes cognitifs, troubles autistiques etc. La question concernant le fait d'avoir une mémoire moins bonne que les autres personnes du même

âge ainsi que celle sur la détérioration de la mémoire au cours des 6 derniers mois, uniquement présentes dans CARE, et celle concernant les savoirs, uniquement présente dans HSM, ne sont pas utilisées dans cette étude. Les catégories de réponse permettent de distinguer les difficultés nombreuses de celles rencontrées rarement. Cette distinction permet de ne pas prendre en compte les difficultés ponctuelles, qui sont assez courantes en population générale, et de les distinguer des troubles récurrents qui sont signes de dégradation cognitive. Nous retenons donc uniquement le fait de déclarer « souvent » des difficultés pour au moins une de ces activités (« beaucoup de difficultés » pour la question concernant les difficultés à nouer une relation).

D'autres limitations sont identifiées : les difficultés pour « mordre », « contrôler vos selles et vos urines », « se changer en cas de besoin ». Elles sont analysées à part.

Katz et al., 1963 proposent différentes activités élémentaires (ADL, pour *activities of daily living*, c'est-à-dire « activités de la vie quotidienne ») à partir desquelles mesurer les restrictions d'activité : « se laver », « couper sa nourriture et se nourrir », « s'habiller », « se coucher/se lever », « aller aux toilettes ». Généralement peu fréquentes, les restrictions ADL représentent les formes les plus sévères d'incapacité, souvent associées à la notion de dépendance ; les personnes concernées par ces difficultés ont besoin de l'aide d'une tierce personne au quotidien. Dans le premier article de ce Dossier, nous considérons que les individus déclarant « quelques difficultés », « beaucoup de difficultés » ou « ne [pouvant] pas du tout » faire au moins une des activités ont des restrictions ADL. Par souci de comparabilité entre les enquêtes Handicap-Santé et CARE, nous ne considérons que les difficultés sévères : « beaucoup de difficultés » ou « ne pas [pouvoir faire] du tout » dans le second article de ce Dossier qui compare les enquêtes HSM et CARE.

Lawton et Brody, 1969 proposent différentes activités instrumentales (IADL, pour *instrumental activities of daily living*, c'est-à-dire « activités de la vie quotidienne instrumentales ») avec lesquelles mesurer les restrictions d'activité : « faire les courses », « préparer les repas », « faire les tâches ménagères courantes », faire les démarches administratives », « prendre des médicaments », « se déplacer dans les pièces d'un étage », « sortir de son logement », « utiliser les transports en commun », « trouver son chemin » et « se servir d'un téléphone ». Les difficultés pour « faire des tâches occasionnelles (petits travaux...) » et « pour se servir d'un ordinateur », uniquement présentes dans HSM, ne sont pas utilisées dans cette étude. Des difficultés pour certaines activités peuvent refléter un manque de compétences ou d'habitude pour faire l'activité (préparer les repas, faire les démarches administratives, faire les courses et faire le ménage), nous ne retenons donc que les difficultés déclarées en raison de l'état de santé ou de l'âge et excluons les difficultés pour d'autres raisons. Dans le premier article de ce Dossier, nous considérons que les individus déclarant « quelques difficultés », « beaucoup de difficultés » ou « ne [pouvant] pas du tout » faire au moins une des activités ont des restrictions IADL. Par souci de comparabilité entre les enquêtes Handicap-Santé et CARE, nous ne considérons que les difficultés sévères : « beaucoup de difficultés » ou « ne pas [pouvoir faire] du tout » dans le second article de ce Dossier.

Les limitations d'activité générales sont mesurées par la question « GALI » (*Global Activity Limitation Indicator*, ou « indicateur de limitations d'activité générales ») : « Êtes-vous limité depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? » Nous retenons tous ceux qui déclarent être « limités fortement ». Cet indicateur ne s'attachant pas à un type précis d'activité, il permet d'identifier des formes plus diverses de restrictions d'activité.

D'autres indicateurs sont proposés : l'alitement ou le maintien dans un fauteuil non roulant et le besoin d'une tierce personne pour rappeler ou inciter à réaliser des activités de tous les jours. Ils sont analysés à part.

Enfin, la mesure de l'état général de santé est utilisée : « Comment est votre état de santé en général ? » Très bon / Bon / Assez bon / Mauvais / Très mauvais.

Les femmes, davantage touchées par la dépendance

Les prévalences présentées dans le tableau 1 ou dans le graphique 3 ont montré des écarts plus ou moins importants selon les indicateurs présentés. Ces écarts s'expliquent pour partie au moins par des différences démographiques : les femmes ont en effet une longévité plus grande que les hommes, et les écarts sont plus forts aux grands âges. Les rapports de prévalence (prévalence des femmes divisée par celle des hommes) sont présentés conjointement ci-après chez les 60-74 ans ainsi que chez les 75 ans ou plus [graphique 6]. Un rapport supérieur à 1 indique que les femmes ont une plus grande prévalence que les hommes. Inversement, un rapport inférieur à 1 indique que les hommes ont une plus grande prévalence que les femmes.

Pour la majorité des indicateurs, les femmes déclarent des difficultés dans une plus grande proportion que les hommes. Ces résultats sont conformes aux résultats issus de l'enquête VQS (Brunel et Carrère, 2017). C'est notamment le cas pour les limitations physiques (que ce soit chez les 60-74 ans ou 75 ans ou plus). Chez les femmes de 60 à 74 ans, la prévalence des limitations physiques est de 22 %, contre 12 % des hommes, soit un rapport de prévalence de 1,8. Chez les femmes de 75 ans ou plus, la prévalence des limitations physiques est de 60 %, contre 37 % des hommes, soit un rapport de prévalence de 1,6. Parmi toutes les questions mobilisées pour construire l'indicateur des limitations physiques, celle pour laquelle les rapports de prévalence femmes-hommes sont les plus importants est la question concernant les difficultés pour porter un sac de 5 kgs. Le rapport de prévalence de cette difficulté est de 2,6 chez les personnes âgées de 60 ans ou plus (2,7 chez les individus de 60 à 74 ans et 2,3 chez les individus de 75 ans ou plus). De toutes les questions utilisées, c'est celle pour laquelle le rapport est le plus grand. Cette différence femmes-hommes ne peut être interprétée comme l'expression d'un état physique dégradé mais plus comme le produit d'une inégalité *ex ante* de force physique entre les femmes et les hommes.

Les limitations cognitives peuvent être scindées en deux catégories : celle des difficultés liées à la mémoire et celle liées au relationnel. Pour les premières, le rapport de prévalence est assez faible, que ce soit chez les 60-74 ans ou 75 ans ou plus (respectivement un rapport de 1,1 et de 1,3). Les questions pour lesquelles le rapport femmes-hommes est le plus grand sont les difficultés pour se souvenir du moment de la journée pour les 75 ans ou plus (rapport de 1,7) et les difficultés pour résoudre des problèmes de la vie quotidienne pour les 60-74 ans (rapport de 1,2). Par contre, les difficultés pour se concentrer sont beaucoup plus élevées pour les hommes de 60 à 74 ans (rapport de 0,7). La prévalence des limitations cognitives liées aux difficultés relationnelles est plus élevée chez les hommes de 60 à 74 ans que chez les femmes du même âge, principalement parce que les hommes de cet âge déclarent plus souvent se mettre en danger ou être agressif. Chez les individus de 75 ans ou plus, par contre, la prévalence de ces difficultés est plus importante chez les femmes que chez les hommes (rapport de 1,4), bien que la déclaration de l'agressivité est toujours plus forte que chez les hommes (rapport de 0,5 pour « être agressif.ve »).

Les limitations sensorielles sont les seules limitations pour lesquelles les hommes, quelle que soit la tranche d'âge considérée, ont une prévalence plus élevée que les femmes. Cette

différence de prévalence s'explique par une déclaration plus importante de difficultés pour entendre chez les hommes : 12 % des hommes de 60-74 ans (respectivement 29 % des hommes de 75 ans ou plus) ont des difficultés pour entendre une conversation avec plusieurs personnes, contre 6 % des femmes de 60-74 ans (respectivement 24 % des femmes de 75 ans ou plus). Concernant les difficultés pour voir, ce sont toujours les femmes qui en déclarent plus souvent et le rapport de prévalence est plus élevé en ce qui concerne les difficultés pour voir de près (rapport de prévalence de 2,0 que ce soit chez les 60-74 ans ou chez les 75 ans ou plus).

Concernant les restrictions d'activité, la prévalence des limitations générales d'activité (GALI) est équivalente chez les femmes et chez les hommes de 60 à 74 ans. Elle est à peine plus élevée chez les femmes de 75 ans ou plus (rapport de 1,1).

La prévalence des restrictions ADL est plus élevée chez les femmes, surtout pour la tranche d'âge 75 ans ou plus. Chez les individus de 60-74 ans, les hommes déclarent plus que les femmes des difficultés pour s'habiller (prévalence de 4,6 % pour les femmes contre 5,2 % pour les hommes). Pour la même tranche d'âge, l'activité ADL pour laquelle le rapport de prévalence est le plus élevé est le coucher et lever du lit. Pour les individus de 75 ans ou plus, l'activité pour laquelle le rapport de prévalence est le plus élevé est le coupage de la nourriture (rapport de 2,0).

La prévalence des restrictions IADL est de 15 % chez les femmes contre 9 % pour les hommes de 60 à 74 ans, soit un rapport de prévalence de 1,7 (respectivement 59 % chez les femmes contre 35 % pour les hommes de 75 ans ou plus soit un rapport de prévalence de 1,7). Chez les 60-74 ans, les difficultés pour se servir du téléphone ou prendre un médicament sont plus répandues chez les hommes que chez les femmes (rapport de 0,7) ; à l'inverse les difficultés pour faire les tâches ménagères courantes sont plus répandues chez les femmes que chez les hommes (rapport de 2,2).

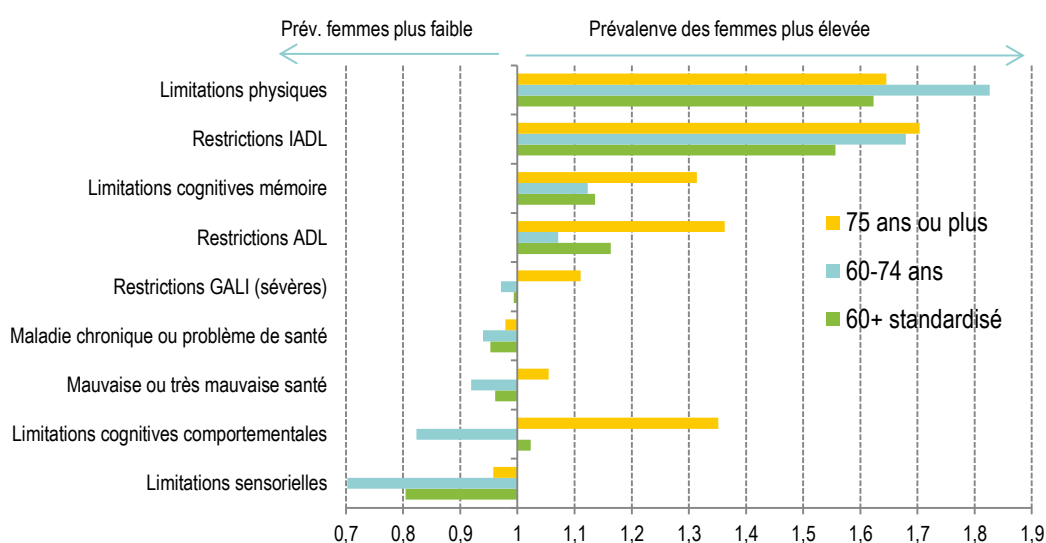
Concernant l'état de santé déclaré, les hommes de 60-74 ans déclarent légèrement plus souvent un état de santé dégradé (mauvaise ou très mauvaise santé ou maladie chronique) que les femmes du même âge (rapport de prévalence de 0,9). Chez les 75 ans ou plus, les prévalences pour les femmes et les hommes tendent à se rapprocher (rapport de prévalence très proche de 1).

Ces écarts s'expliquent en partie par un âge des femmes en moyenne plus élevé que celui des hommes (72,7 années pour les femmes contre 71,2 années pour les hommes en moyenne sur le champ de l'enquête). Avec l'avancée en âge, les risques de rencontrer des gênes pour réaliser des activités sont plus élevés. Afin de neutraliser cet effet lié à la différence d'âge entre femmes et hommes, nous standardisons les prévalences sur la structure par âge fin (tous sexes confondus) en 2015. Cette procédure permet de comparer les prévalences qui seraient observées si les femmes et les hommes étaient représentés dans les mêmes proportions à chaque âge de la vie. Il s'agit de la série « 60 ans ou plus standardisé » dans le graphique 6. Avec cette standardisation, les rapports de prévalence femmes-hommes se rapprochent de 1.

Les différences entre hommes et femmes révélées précédemment peuvent être liées à des déterminants spécifiques qui caractérisent différemment les femmes par rapport aux hommes. Par exemple, les femmes appartiennent à des catégories socio-professionnelles

moins élevées que les hommes. Or, les personnes appartenant à des catégories socio-professionnelles moins favorisées ont aussi de plus grands risques d'être confrontées à des gênes pour réaliser des activités de la vie quotidienne. Un travail plus détaillé d'analyse des déterminants sociodémographiques de la dépendance pourra permettre d'identifier si le sexe est un déterminant à part entière de la dépendance ou s'il n'est qu'un canal de transmission des inégalités. Une partie des écarts peut par ailleurs s'expliquer par la restriction du champ étudié aux personnes résidents à domicile. Une analyse en population générale, mobilisant à la fois l'enquête CARE auprès des ménages et celle auprès des personnes résidant en institution, permettra de mieux apprécier cet effet de sélection.

➤ Graphique 6 • Rapport des prévalences entre femmes et hommes (prévalences femmes / prévalences hommes) en 2015.



Note > La série « 60 ans ou plus standardisé » correspond aux prévalences standardisées sur l'âge fin en 2015, tout sexe confondu, cela permet de neutraliser l'effet des différences d'âge observées chez les femmes et chez les hommes. Ces prévalences sont celles qui seraient observées en moyenne si les femmes et les hommes avaient les mêmes effectifs par âge.

ADL > *activities of daily living*, ou « activités de la vie quotidienne ». **IADL** > *instrumental activities of daily living*, ou « activités instrumentales de la vie quotidienne ». **GALI** > *Global Activity Limitation Indicator*, ou indicateur de limitations d'activité générales ».

Lecture > Les femmes âgées de 60-74 ans ont une prévalence des limitations fonctionnelles physiques 1,8 fois plus élevée que celle des hommes du même âge.

Champ > Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile, France métropolitaine.

Source > Enquête Capacités, Aides et REssources des seniors, ménages – volet seniors (CARE-M) 2015, DREES.

➤ **Encadré 3 • Comparaison des indicateurs des enquêtes Vie Quotidienne et Santé (VQS) 2014 et Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) 2015**

Des divergences sur certains résultats sont observées entre les enquêtes VQS et CARE dans l'étude des indicateurs synthétiques. Toutefois, certaines spécificités des deux enquêtes peuvent expliquer les écarts constatés. Tout d'abord, l'échantillon de l'enquête CARE diffère de celui de VQS, puisque les seniors domiciliés dans les départements d'outre-mer (DOM) n'ont pas été interrogés dans CARE. Par ailleurs, les indicateurs synthétiques (limitations fonctionnelles) ne sont pas tous comparables. En effet, le questionnaire de CARE, plus complet, permet de consolider les indicateurs synthétiques en ajoutant quelques questions. La mesure des difficultés est plus fine puisque plus de précisions sont apportées dans les questions de l'enquête CARE et les consignes données aux enquêteurs. Le questionnement en face-à-face permet de mieux expliquer les questions. Enfin, l'effectif CARE de la classe d'âge des seniors âgés de 90 ans ou plus est trop faible pour la comparaison des deux enquêtes.

Prenons l'exemple des limitations fonctionnelles physiques pour illustrer ces différents points. Six questions permettent de calculer l'indicateur dans CARE contre 4 dans VQS : deux questions supplémentaires sont utilisées dans CARE : « Pouvez-vous porter un sac à provisions de 5 kilos sur une distance de 10 mètres sans l'aide de quelqu'un ni d'un déambulateur, d'une canne ou d'une autre aide technique ? » et « Pouvez-vous vous baisser ou vous agenouiller, sans l'aide de quelqu'un ni d'un objet (cane, chaise, table) ? » Par ailleurs, la question « Lorsqu'elle est debout, a-t-elle des difficultés pour se pencher et ramasser un objet ? » n'est pas présente dans CARE. Enfin, la question « A-t-elle des difficultés pour monter un étage d'escalier ou marcher sur 500 mètres ? » de VQS est scindée en deux questions dans CARE, portant sur les difficultés pour monter un escalier et celles pour marcher 500 mètres. Les précisions sont plus nombreuses dans CARE puisqu'il est indiqué qu'il s'agit d'un « terrain plat sans l'aide de quelqu'un, sans canne, ni béquille, ni déambulateur » et une consigne enquêteur précisait : « Tenir compte uniquement des difficultés physiques (exemple : une personne pouvant marcher mais ayant un handicap visuel répond « oui, sans difficulté »). Il s'agit de la canne qui sert d'appui pour marcher et non de la canne blanche. »

Cet indicateur n'est donc pas comparable entre CARE et VQS.

Pour les raisons évoquées précédemment, il convient de comparer les deux enquêtes en analysant les résultats question par question pour des classes d'âges agrégées telles que 60 ans ou plus, 60-74 ans et 75 ans ou plus.

Bibliographie

Brunel M. et Carrère A., 2017, « Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014. Premiers résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014. », *Les Dossiers de la Drees*, n°13, mars 2017.

Brunel M. et Carrère A., 2017, « Les personnes âgées dépendantes en France vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête CARE « ménages » », *Études et Résultats*, n°1029, DREES, septembre 2017.

Katz, S., Ford A-B., Moskowitz R. *et al.*, 1963, "Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized Measure of biological and psychosocial function", *JAMA* 185(12): p. 914-919.

Lawton, M.P., et Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.

Nagi, S., 1976, "An epidemiology of disability among adults in the United States", *Milbank Memorial Fund Quarterly / Health and Society*, 54: p. 439-467.

Rolland-Guillard L. (2018, juin). Les difficultés pour entendre, voir et mastiquer augmentent avec l'âge. DREES, *Études & Résultats*, 1065.

Sieurin A., Cambois E., Robine J.M., 2011 « Espérance de vie sans incapacité en France », Document de travail INED n° 170.

Sirven, N., 2013, « Fragilité et prévention de la perte d'autonomie. Une approche en économie de la santé », *Question d'économie de la santé* n°184, Irdes, février 2013.

Verbrugge, L. and Jette A., 1994, "The disablement process", *Social Science and Medicine*. 38: p. 1-14.

Wood, P. and Badley E., 1978, "An epidemiological appraisal of disablement", in *Recent Advances in Community Medicine*, A. Bennett, Editor. Churchill Livingstone: Edinburgh. p.149-173.

World Health Organization, 2001, "International classification of functioning, disability and health: ICF", WHO: Geneva.

DREES. (2018). Limitations fonctionnelles et incapacités des 60 ans et plus en France : résultats de l'enquête CARE. Repéré à http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/Indic_CARE-M/

L'évolution des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité depuis 2008

Amélie Carrère (DREES, INED)

La France, comme la plupart des pays de l'OCDE, fait face depuis plusieurs décennies à une augmentation de sa population âgée (Blanpain et Buisson, 2016). L'avancée en âge va de pair avec un risque accru de développer des maladies chroniques, d'avoir un état fonctionnel dégradé et d'être confronté à une situation de perte d'autonomie. Le premier article de ce dossier met en évidence une progression exponentielle des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité avec l'âge. Il est donc réaliste de penser que le nombre de personnes âgées dépendantes a progressé au cours du temps.

Une approche consiste à s'intéresser à la dépendance au sens administratif, c'est-à-dire au nombre de bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). De nombreuses études révèlent que ce nombre est en progression depuis 2010 (Leroux, 2017) et qu'il devrait continuer de progresser jusqu'en 2060 (Lecroart, Froment, Marbot et Roy, 2013).

Toutefois, il n'existe pas une définition unique de la dépendance et la mesure administrative offre une vision tronquée de la perte d'autonomie puisqu'elle ne considère pas les personnes dépendantes qui n'auraient pas recours à cette allocation. Le questionnement de l'enquête CARE permet de confronter deux approches de la perte d'autonomie : une approche par la fragilité grâce à des mesures synthétiques de la dépendance (Brunel et Carrère, septembre 2017) et une approche par le processus de dépendance (encadré 2 de l'article précédent). *L'Étude et résultats* n°1029 publié par la DREES a fourni une première estimation de l'évolution du nombre de personnes dépendantes au sens de l'APA (Brunel et Carrère, 2017). Il y est constaté une augmentation du nombre de personnes âgées estimées dépendantes au sens du GIR mais une baisse de la prévalence de la perte d'autonomie depuis 2008.

Une analyse de l'évolution des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité a par ailleurs été réalisée grâce aux enquêtes VQS 2007 et 2014 (Brunel et Carrère, 2017). Le questionnaire plus complet de l'enquête CARE permet dans cet article d'affiner les mesures de la dépendance, même si c'est au détriment de résultats moins performants statistiquement (échantillon plus faible). Il est à noter que la France a connu une baisse de la proportion de résidents en institution (à structure par âge et sexe constante). Les augmentations possibles de prévalence de certains indicateurs à domicile ne révéleront donc pas forcément une hausse réelle de la dépendance pour l'ensemble de la population.

Cet article a pour objectif d'estimer l'évolution de la dépendance et d'affiner les estimations de la dépendance par rapport à celles de l'enquête VQS en détaillant chaque facette de la dépendance. Des divergences de résultats entre l'étude à partir de VQS et celle-ci peuvent être expliquées par une construction différente de certains indicateurs [encadré 3 de l'article précédent].

Une baisse du risque de déclarer des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité entre 2008 et 2015 à domicile.

Augmentation du nombre de personnes ayant des limitations fonctionnelles...

Entre 2008 et 2015, le nombre de personnes de 60 ans ou plus vivant à domicile et déclarant être en mauvaise ou très mauvaise santé a diminué de 28 % [annexe 1]. L'amélioration de l'état de santé est plus marquée pour les femmes (-32 %) que pour les hommes (-24 %). La déclaration des maladies ou problèmes de santé chroniques a diminué pour les femmes de 3 % alors qu'il a augmenté pour les hommes de 9 %.

La progression du nombre de personnes déclarant des limitations sensorielles est la progression la plus marquée (+36 %). Elle est en partie liée à l'ajout d'une question dans l'enquête CARE : « Pouvez-vous entendre une conversation avec une autre personne dans une pièce silencieuse, avec votre appareil auditif si vous en portez un ? », qui a pu modifier la perception des personnes quant à leurs difficultés pour entendre. En effet, proposer aux personnes de comparer leur audition selon l'environnement les pousse à déclarer plus de difficultés dans une pièce bruyante. Cette sur-déclaration était aussi constatée dans l'enquête ESPS qui a ajouté la même question.

Le nombre de personnes ayant des limitations physiques a progressé de 6 % en 7 ans. Cette hausse est plus marquée pour les hommes de 60-74 ans, avec une hausse de 9 % du nombre de personnes déclarant au moins une limitation fonctionnelle physique. Le nombre de personnes ayant des limitations cognitives liées à la mémoire a aussi progressé, quelle que soit la tranche d'âge ou le sexe. Cette progression est plus forte pour les femmes de 75 ans ou plus (+28 %). Le nombre de personnes déclarant des difficultés relationnelles a dans l'ensemble diminué (-13 % chez les 60 ans ou plus), mais il a augmenté pour les femmes de 75 ans ou plus (+18 %).

Le nombre de personnes déclarant être fortement limité dans les activités (GALI) a diminué entre 2008 et 2015 (-14 %) quel que soit l'âge et le sexe considéré. Le nombre de personnes déclarant au moins une restriction ADL sévère a diminué pour tous sauf pour les femmes de 75 ans ou plus (+8 %). Le nombre de personnes ayant indiqué avoir des restrictions IADL sévères a progressé pour tous les âges et sexes.

... mais baisse de la prévalence de l'incapacité pour la majorité des indicateurs

Les résultats présentés précédemment sont en partie liés à l'augmentation du nombre de personnes âgées entre 2008 et 2015. En mesurant le risque de dépendance par la

prévalence des difficultés (c'est-à-dire la proportion de personnes déclarant des difficultés au sein de la population), on constate qu'il a diminué entre 2008 et 2015 pour la plupart des indicateurs, excepté pour les limitations sensorielles, les limitations cognitives liées à la mémoire et les restrictions IADL [annexe 2].

Baisse de la prévalence de l'incapacité à structure par âge équivalente

Pour neutraliser l'effet de l'évolution de la structure de la population entre 2008 et 2015, nous estimons les prévalences en standardisant la structure par âge et par sexe de 2008 sur celle qui prévalait en 2015 [graphiques 7 et 8]. Cette méthode approche avec plus de précision le risque d'avoir des incapacités puisqu'elle permet de raisonner comme si la structure de la population de 2008 était identique à celle de 2015. La plupart des prévalences ont diminué même si la différence n'est pas toujours statistiquement significative au seuil de 5 %⁸.

Chez les personnes âgées de 60-74 ans, la prévalence standardisée de la mauvaise et très mauvaise santé déclarée a diminué. Elle est passée de 15 % à 8 % pour les femmes et de 14 % à 9 % chez les hommes. À âges équivalents, les maladies ou problèmes de santé chroniques sont également moins fréquents en 2015 qu'en 2008. La prévalence standardisée est passée de 69 % à 58 % chez les femmes et de 65 % à 62 % chez les hommes. Les limitations sensorielles ont progressé entre 2008 et 2015. La prévalence standardisée est estimée à 8 % en 2008 contre 10 % en 2015 chez les femmes âgées de 60 à 74 ans (respectivement 11 % contre 14 % chez les hommes de 60 à 74 ans). Comme expliqué précédemment, cette progression est en partie liée à l'ajout d'une question dans l'enquête CARE qui a pu modifier la perception des personnes quant à leurs difficultés pour entendre. On constate cependant également une augmentation des limitations pour voir chez les femmes de 60 à 74 ans. La prévalence standardisée des limitations physiques est passée de 25 % en 2008 à 22 % en 2015 chez les femmes ; respectivement de 13 % à 12 % chez les hommes. Les limitations cognitives liées à la mémoire sont restées stables chez les femmes (5 % en 2008 et 2015) et ont légèrement augmenté chez les hommes (4 % en 2008 contre 5 % en 2015). Les difficultés relationnelles ont diminué de 2 points de pourcentage entre 2008 et 2015, que ce soit chez les femmes ou les hommes. À âge équivalent, la prévalence des fortes limitations générales d'activité (GALI) est passée de 14 % à 9 % pour les femmes ; 13 % à 10 % pour les hommes. Les restrictions ADL sont restées assez stables, que ce soit pour les femmes (passage de 3 % en 2008 à 2 % en 2015) ou pour les hommes (2 % en 2008 et 2015). Les restrictions IADL ont évolué de façon différenciée pour les femmes et les hommes. La prévalence est restée assez stable, voire en baisse pour les femmes (9 % en 2008 et 8 % en 2015), alors qu'elle a augmenté pour les hommes (5 % en 2008 contre 6 % en 2015).

Chez les 75 ans ou plus, la prévalence standardisée de la mauvaise ou très mauvaise santé déclarée a diminué, passant de 29 % en 2008 à 20 % en 2015 pour les femmes ; respectivement de 30 % à 19 % pour les hommes. La prévalence des maladies ou

⁸ Compte tenu du nombre de personnes interrogées dans les enquêtes CARE et HSM. Pour pouvoir garantir qu'une différence de faible ampleur est significative statistiquement, il est en effet nécessaire de disposer d'échantillons de très grande taille, supérieure à celle des enquêtes utilisées ici. Sauf mention explicite contraire, ces diminutions sont statistiquement significatives au risque d'erreur de 5 %.

problèmes de santé chroniques a baissé de 5 points de pourcentage pour les femmes et 6 points de pourcentage pour les hommes. Nous retrouvons encore une hausse de la prévalence des limitations sensorielles, que ce soit chez les femmes ou les hommes (voir explication plus haut). Pour les limitations physiques, l'effet est différencié. Pour les femmes, la prévalence standardisée est restée assez stable (62 % en 2008 contre 60 % en 2015), tandis que pour les hommes la prévalence a diminué de 7 points de pourcentage, passant de 43 % en 2008 à 36 % en 2015. Les limitations cognitives liées à la mémoire sont de 15 % en 2008 et 16 % en 2015 pour les femmes contre 15 % en 2008 et 12 % en 2015 pour les hommes. La prévalence des difficultés relationnelles est stable entre 2008 et 2015 pour les femmes (10 %), elle a diminué de 4 points de pourcentage pour les hommes. Les limitations générales d'activité ont fortement diminué : de 8 points de pourcentage chez les femmes et de 11 points de pourcentage chez les hommes. Il en est de même pour les restrictions ADL sévères qui sont passées de 17 % à 14 % chez les femmes ; respectivement de 14 % à 10 % chez les hommes. Enfin, la prévalence des restrictions IADL est restée plutôt stable : 42 % chez les femmes et 24-26 % chez les hommes.

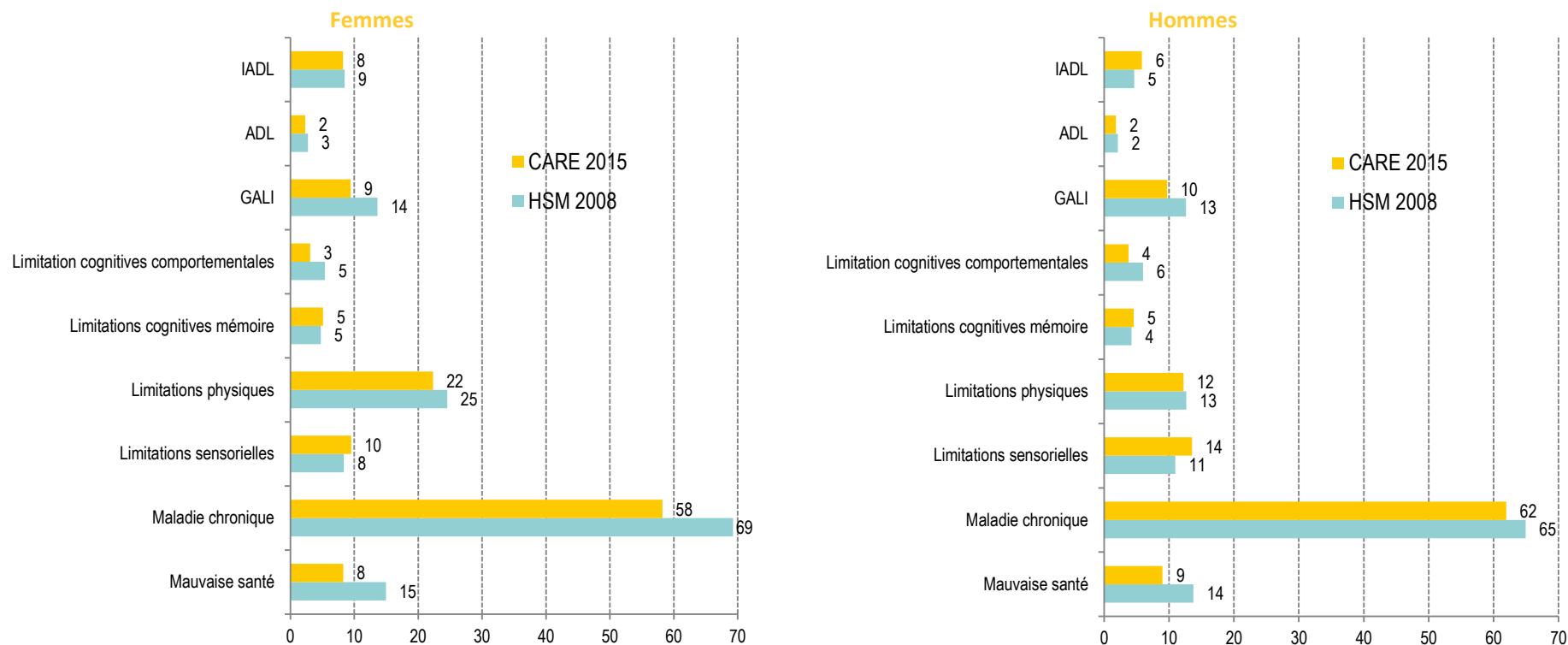
Que ce soit pour les femmes ou pour les hommes, pour les 60-74 ans ou les 75 ans ou plus, la prévalence de chacune des composantes du processus de dépendance a ainsi diminué entre 2008 et 2015. Les limitations sensorielles, et dans une moindre mesure les limitations cognitives liées à la mémoire, constituent une exception, mais d'une part l'exception est pour partie artificielle dans le premier cas (cf. ci-avant), et d'autre la France a connu, durant la période 2008-2015, une baisse de la proportion de résidents en institution (à structure par âge et sexe constante⁹). Les augmentations observées des prévalences pour ces limitations sur le champ des personnes résidant à domicile ne révèlent donc pas forcément une hausse réelle pour l'ensemble de la population.

Par ailleurs, l'augmentation des prévalences standardisées ne révèle pas forcément une dégradation de l'état de santé des personnes au fil des années. On peut mettre en évidence une plus longue survie avec des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité qu'avant. L'indicateur des espérances de vie sans incapacité permet de combiner évolution de la longévité et risque d'incapacité. La DREES (Moisy, 2018), de même qu'Eurostat¹⁰, publient le pourcentage de vie passée sans incapacité au cours du temps (calculé grâce à la question GALI de l'enquête SRCV, échantillon français de l'enquête EU-SILC). Le pourcentage de vie passée sans incapacité (ou en bonne santé) a diminué que ce soit pour les hommes ou pour les femmes : il était de 76,1 % en 2008 et 75,5 % en 2015 pour les femmes ; 80,7 % en 2008 et 79,1 % en 2015 pour les hommes. Ceci confirme bien que les personnes ont plus de chances de vivre plus longtemps qu'avant avec leurs incapacités.

⁹ Source : RP2008 et RP 2014 exploitation principale, Insee.

¹⁰ <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

➤ Graphique 7 • Prévalences chez les 60-74 ans, comparaison HSM 2008 et CARE 2015, standardisation sur l'âge fin et le sexe.



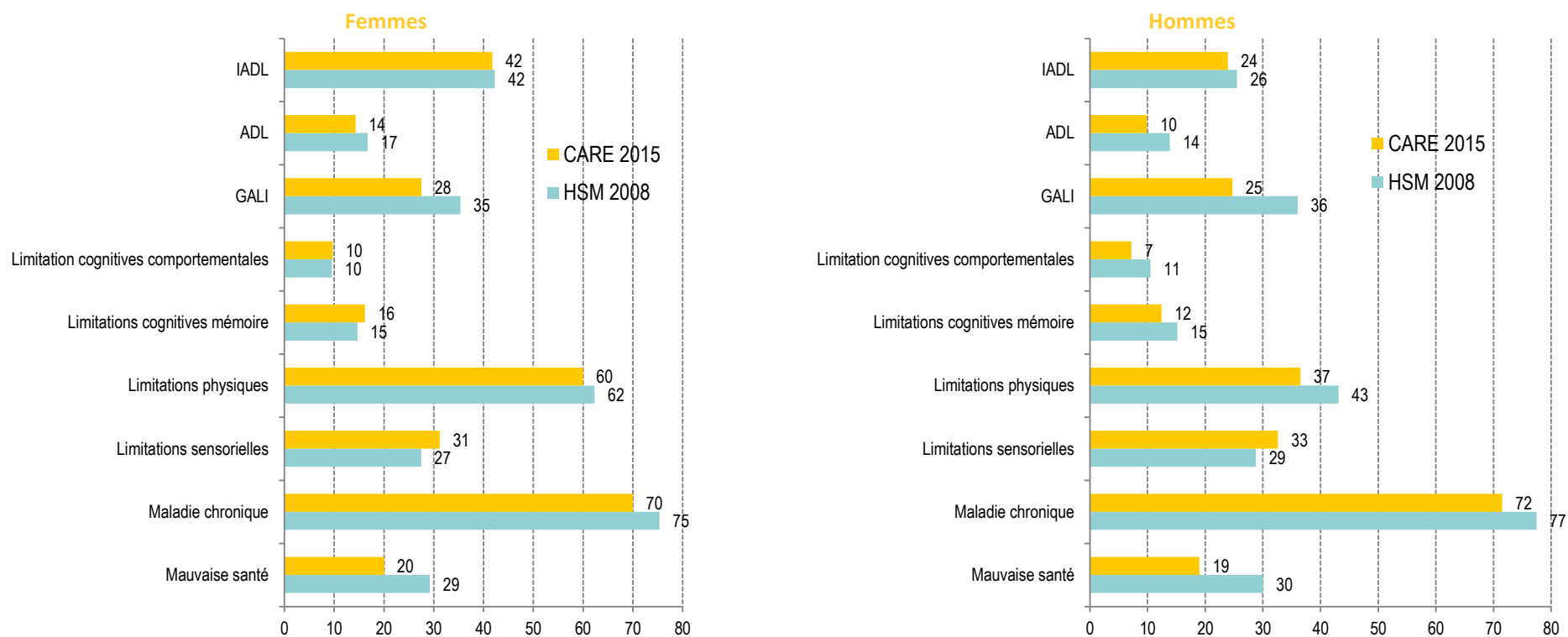
GALI > *Global Activity Limitation Indicator*, ou « indicateur de limitations d'activité générales ». **ADL** > *Activities of daily living*, ou « activités de la vie quotidienne ». **ADL** > *Instrumental activities of daily living*, ou « activités de la vie quotidienne instrumentales ». **Note** > Pour les restrictions ADL et IADL, contrairement au premier article de ce Dossier, il s'agit des prévalences en excluant les « quelques difficultés ».

Lecture > La prévalence des limitations physiques chez les femmes de 60-74 ans est passée de 25 % en 2008 (à structure par âge fin et sexe de 2015) à 22 % en 2015.

Champ > Individus de 60-74 ans ou plus résidant à domicile, France métropolitaine.

Sources > Enquêtes Handicap-Santé ménages (HSM) 2008 et Capacités, Aides et REssources des seniors, ménages (CARE-M), volet seniors, INSEE-DREES.

➤ Graphique 8 • Prévalences chez les 75 ans ou plus, comparaison HSM 2008 et CARE 2015, standardisation sur l'âge fin et le sexe.



GALI > *Global Activity Limitation Indicator*, ou « indicateur de limitations d'activité générales ». **ADL** > *Activities of daily living*, ou « activités de la vie quotidienne ». **IADL** > *Instrumental activities of daily living*, ou « activités de la vie quotidienne instrumentales ». **Note** > Pour les restrictions ADL et IADL, contrairement au premier article de ce Dossier, il s'agit des prévalences en excluant les « quelques difficultés ».

Lecture > La prévalence des limitations physiques chez les femmes de 75 ans ou plus est restée stable entre 2008 et 2015 : 60 % (à structure par âge fin et sexe de 2015).

Champ > Individus de 75 ans ou plus résidant à domicile, France métropolitaine.

Sources > Enquêtes Handicap-Santé ménages (HSM) 2008 et Capacités, Aides et REssources des seniors, ménages (CARE-M), volet seniors, INSEE-DREES.

Les hommes de 60-64 ans, 70-74 ans et 85-89 ans sont plus touchés par l'incapacité en 2015 qu'en 2008

La prévalence par âge de la mauvaise et très mauvaise santé déclarée des femmes a diminué entre 2008 et 2015, principalement pour les plus jeunes : rapport de 0,5-0,6 pour les tranches 60-64 ans, 65-69 ans, 70-74 ans, 75-79 ans et 80-84 ans [graphique 9]. Pour les plus âgées, le rapport de prévalence est proche de 1, indiquant une stabilité entre 2008 et 2015. La prévalence par âge des maladies et problèmes de santé chronique déclarés par les femmes est restée assez stable entre 2008 et 2015 pour toutes les tranches d'âge (rapport de prévalence proche de 1). La prévalence des limitations sensorielles a augmenté à chaque âge pour les femmes (en partie liée à l'ajout d'une question dans le questionnaire CARE, voir plus haut). Concernant les limitations physiques, les prévalences par âge sont restées stables pour les âges suivants : 65-69 ans, 80-84 ans, 85-89 ans et 90 ans ou plus. Elles ont légèrement diminué pour les tranches 60-64 ans, 70-74 ans et 75-79 ans, soit pour les plus jeunes. Les limitations cognitives liées à la mémoire ont augmenté entre 2008 et 2015 chez les femmes âgées de 70-74 ans, 80-84 ans et 85-89 ans. Pour les autres tranches d'âge la prévalence est stationnaire. L'évolution entre 2008 et 2015 de la prévalence par âge des difficultés relationnelles n'est pas linéaire. En effet, elle a fortement diminué pour les 60-74 ans (et principalement chez les 65-69 ans : rapport de 0,4). Pour les 75-84 ans, la prévalence est stable. Pour les 85-89 ans, elle a légèrement diminué (rapport de 0,8) et pour les 90 ans ou plus, elle a augmenté (rapport de 1,3). L'interprétation de cette variable est assez difficile car bien qu'elle soit très utile pour détecter des marqueurs de la maladie d'Alzheimer, elle peut être mal interprétée par les personnes interrogées et ne pas révéler de réels changements relationnels. La prévalence des limitations d'activité générales a diminué pour toutes les tranches d'âge, la diminution étant plus marquée pour les plus jeunes. La prévalence par âge des restrictions ADL a diminué entre 2008 et 2015 de façon identique pour toutes les tranches d'âge (rapport de prévalence de 0,8-0,9). La prévalence par âge des restrictions IADL est restée assez stable entre 2008 et 2015 (rapports de prévalence autour de 0,8-1,1). Il est à noter que pour les femmes de 90 ans ou plus, la plupart des rapports de prévalences (prévalence CARE / prévalence HSM) sont proches de 1, ce qui indique une stabilité des incapacités pour cette tranche d'âge.

Pour les hommes, les prévalences par âge de la plupart des indicateurs ont diminué mais leur différence n'est pas significative. Les évolutions sont cependant assez inattendues pour certains âges et/ou indicateurs. Ainsi, seules trois tranches d'âge ont des évolutions positives entre 2008 et 2015¹¹ : la tranche 60-64 ans, la tranche 70-74 ans et la tranche 85-89 ans. La prévalence de tous les indicateurs a augmenté pour la tranche 60-64 ans, à part pour la prévalence des difficultés relationnelles et pour la mauvaise et très mauvaise santé déclarée. Les nouvelles générations d'hommes âgés semblent donc avoir des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité plus tôt que par le passé. Par exemple, pour les

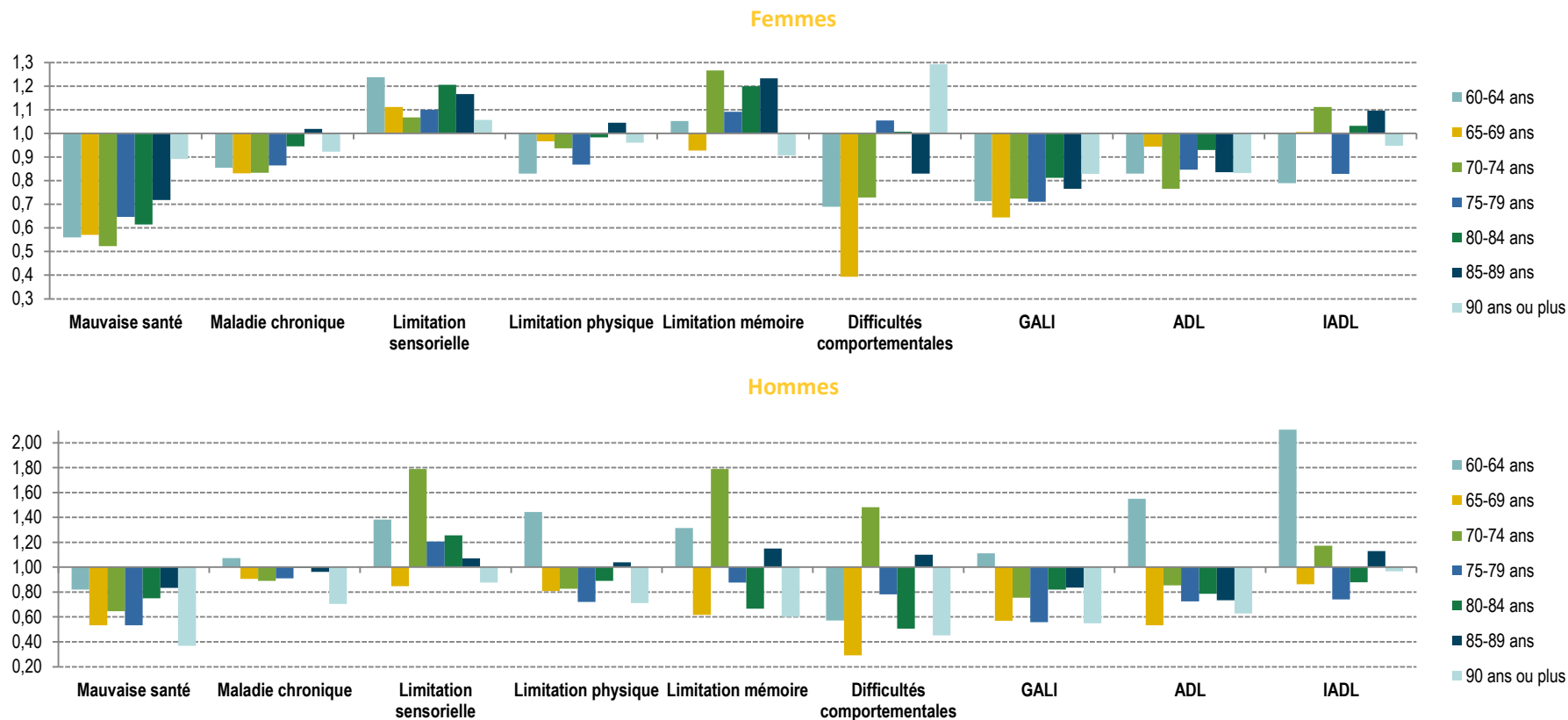
¹¹ Excepté pour la prévalence des limitations sensorielles pour laquelle l'augmentation de la prévalence peut-être en partie imputable à une évolution du questionnaire (voir explication plus haut).

restrictions IADL, la prévalence de 2015 est plus de deux fois plus élevée qu'en 2008. Les activités IADL pour lesquelles l'accroissement est le plus fort sont « se servir d'un téléphone » (rapport de 4,6), « se déplacer dans toutes les pièces d'un étage » (rapport de 4,1), « sortir de son logement » (rapport de 3,4) et « trouver son chemin » (rapport de 3,3). Grâce aux données des enquêtes Vie Quotidienne et Santé (VQS) 2007 et 2014, la DREES a aussi identifié une progression des limitations fonctionnelles physiques ainsi que du score VQS pour les hommes de 60-64 ans, mais la prévalence des limitations fonctionnelles sensorielles et cognitives avaient diminué¹² (Brunel et Carrère, 2017). Pour la tranche d'âge 70-74 ans, la prévalence des limitations sensorielles, des limitations cognitives liées à la mémoire, des difficultés relationnelles et des restrictions IADL a progressé entre 2008 et 2015. Pour les limitations cognitives liées à la mémoire, le rapport de prévalence est de 1,8. C'est principalement dû aux difficultés pour se souvenir du moment de la journée et aux trous de mémoire plus importants pour cette tranche d'âge en 2015 que par le passé. Pour les autres indicateurs (mauvaise et très mauvaise santé, maladie chronique, limitations physiques, GALI, ADL), la prévalence à 70-74 ans a diminué. Pour la tranche 85-89 ans, les augmentations sont très faibles.

Ces évolutions des prévalences révèlent de grandes différences entre les femmes et les hommes. Pour les femmes, les évolutions des prévalences estimées pour un même indicateur vont généralement dans le même sens pour chaque tranche d'âge considérée, avec souvent un effet dégressif avec l'âge : les âges élevés ont plutôt moins de variations. Les femmes étaient plus sujettes à de l'incapacité dans le passé pour la mauvaise et très mauvaise santé, les maladies chroniques, les limitations physiques, les difficultés relationnelles, les restrictions GALI, les restrictions ADL et les restrictions IADL, quel que soit l'âge. Les femmes étaient auparavant moins sujettes aux incapacités pour les limitations sensorielles et les limitations cognitives liées à la mémoire, quel que soit l'âge. À l'inverse, pour les hommes, ce sont des âges spécifiques qui ont des évolutions similaires. Pour la tranche d'âge 60-64 ans, cela peut être lié à une sur-déclaration des incapacités due au relèvement de 2 ans de l'âge minimal de départ à la retraite à partir de 2010 (certaines difficultés pouvant être perçues comme restreignant l'activité par des personnes qui doivent continuer d'exercer une activité professionnelle, alors que la restriction n'aurait pas été ressentie si les personnes avaient été retraitées). Les individus âgés de 70-74 ans en 2015 sont la génération née entre 1941 et 1945 c'est-à-dire durant la 2nde guerre mondiale. En 2008, il s'agit de la génération née entre 1934 et 1938 soit à l'entre deux guerres. La plus faible déclaration d'incapacité pour cette seconde génération peut être en fait liée à un effet sélection liée au fort nombre de décès durant la seconde guerre mondiale.

¹² Aucune variable permettant de mesurer l'évolution des restrictions d'activité n'est disponible dans les enquêtes VQS.

➤ Graphique 9 • Rapport des prévalences par âge (prévalence CARE / prévalence HSM), par âge, standardisation sur l'âge et le sexe.



GALI > *Global Activity Limitation Indicator*, ou « indicateur de limitations d'activité générales ». **ADL** > *Activities of daily living*, ou « activités de la vie quotidienne ». **IADL** > *Instrumental activities of daily living*, ou « activités de la vie quotidienne instrumentales ». **Note** > Pour les restrictions ADL et IADL, contrairement au premier article de ce Dossier, il s'agit des prévalences en excluant les « quelques difficultés ».

Lecture > La prévalence des limitations sensorielles chez les femmes de 60-64 ans est 1,2 fois plus grande en 2015 qu'en 2008. **Champ** > Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile, France métropolitaine. **Sources** > Enquêtes Handicap-Santé ménages (HSM) 2008 et Capacités, Aides et Ressources des seniors, ménages (CARE-M), volet seniors, INSEE-DREES.

Le cumul des trois types de limitations fonctionnelles a augmenté de 1,6 point de pourcentage

Les trois types de limitations fonctionnelles sont plus souvent cumulées

Le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus ayant au moins une limitation fonctionnelle a augmenté entre 2008 (5 199 635 personnes) et 2015 (5 801 532 personnes), sauf lorsqu'on standardise sur l'âge et le sexe (5 926 873 personnes en 2008) [tableau 2]. Ainsi, l'augmentation du nombre de personnes âgées ayant au moins une limitation fonctionnelle est liée à un effet volume : il y a un volume plus grand d'individus de 60 ans ou plus qu'avant, de ce fait mécaniquement le nombre de personnes déclarant des limitations augmente. Par contre, la proportion de personnes ayant au moins une limitation fonctionnelle est restée stable : elle était de 40,3 % en 2008 (41,0 % en standardisant sur l'âge) contre 40,2 % en 2015. Parmi ces individus ayant au moins une limitation fonctionnelle, nous constatons que les limitations sensorielles sont plus souvent non cumulées à d'autres limitations fonctionnelles : 12,7 % en 2008 (12,4 % en standardisant) contre 17,4 % en 2015 – hausse qui pourrait être pour partie liée à la modification du questionnaire pour ce type de limitations. Les limitations physiques sont en revanche plus souvent associées à d'autres que par le passé : 44,6 % en 2008 (43,4 % en standardisant) contre 39,4 % en 2015. Les limitations cognitives sont elles aussi moins souvent déclarées sans les autres limitations : 7,7 % en 2008 (7,8 % en standardisant) contre 6,3 % en 2015. Par contre, le cumul des trois types de limitations a augmenté entre 2008 et 2015, passant de 9,1 % en 2008 (10,1 % en standardisant) à 10,7 % en 2015.

➤ **Tableau 2 • Évolution des cumuls de limitations fonctionnelles entre HSM et CARE**

	HSM 2008	HSM 2008 standardisé	CARE 2015
Effectifs	5 199 635	5 926 873	5 801 532
Limitations sensorielles seules	12,7%	12,4%	17,4%
Limitations physiques seules	44,6%	43,4%	39,4%
Limitations cognitives seules	7,7%	7,8%	6,3%
Limitations sensorielles et physiques	13,9%	14,5%	15,7%
Limitations sensorielles et cognitives	2,5%	2,5%	2,9%
Limitations physiques et cognitives	9,4%	9,3%	7,7%
Limitations sensorielles, physiques et cognitives	9,1%	10,1%	10,7%

HSM standardisé > Résultats de l'enquête HSM 2008 standardisés de façon à ce que la structure par âge et sexe soit identique à celle de CARE 2015.

Lecture > Parmi les seniors déclarant au moins une limitation fonctionnelle, 13 % ont seulement des limitations sensorielles en 2008 contre 17 % en 2015.

Champ > Individus de 60 ans ou plus ayant déclaré avoir soit une limitation fonctionnelle physique, soit une limitation fonctionnelle sensorielle, soit une limitation fonctionnelle cognitive résidant à domicile, France métropolitaine.

Sources > Enquêtes Handicap-Santé ménages (HSM) 2008 et Capacités, Aides et REssources des seniors, ménages (CARE-M), volet seniors, INSEE-DREES.

Le cumul des restrictions d'activité a peu évolué

Le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus ayant au moins une restriction d'activité a augmenté légèrement entre 2008 (3 284 145 personnes) et 2015 (3 310 392 personnes), sauf lorsque l'on standardise sur l'âge et le sexe (3 842 772 personnes en 2008) [tableau 3]. Il s'agit là aussi d'un effet volume de personnes âgées. Par contre, la proportion de personnes ayant au moins une restriction d'activité a diminué : elle était de 25,4 % en 2008 (26,6 % en standardisant sur l'âge) contre 22,9 % en 2015. Parmi ces individus ayant au moins une restriction d'activité, nous constatons que les restrictions IADL sont plus souvent non cumulées à d'autres restrictions d'activité : 16,2 % en 2008 (16,4 % en standardisant) contre 26,5 % en 2015. Les limitations GALI sont moins souvent associées : 45,7 % en 2008 (46,3 % en standardisant) contre 44,7 % en 2015. L'indicateur GALI ne précise pas le type d'activité, il permet d'identifier des formes plus diverses de restrictions d'activité. Ainsi, cette forte évolution peut-être liée à sa composante subjective. Les autres combinaisons de restrictions d'activité sont assez stables.

➤ Tableau 3 • Évolution des cumuls restrictions d'activité entre HSM et CARE

	HSM 2008	HSM 2008 standardisé	CARE 2015
Effectif	3 284 145	3 842 772	3 310 392
Restriction ADL seule	1,0%	0,9%	1,2%
Restriction IADL seule	16,2%	16,4%	26,5%
Restriction GALI seule	34,6%	33,5%	23,4%
Restriction ADL et IADL	2,5%	2,8%	4,1%
Restriction ADL et GALI	1,5%	1,4%	1,1%
Restriction IADL et GALI	23,8%	23,1%	24,5%
Restriction ADL, IADL et GALI	20,4%	21,8%	19,1%

HSM 2008 standardisé > Résultats de l'enquête HSM 2008 standardisés de façon à ce que la structure par âge et sexe soit identique à celle de CARE 2015.

Note > Pour les restrictions ADL et IADL, contrairement au premier article de ce Dossier, il s'agit des prévalences en excluant les « quelques difficultés ».

Lecture > Parmi les seniors déclarant au moins une restriction d'activité, 16 % ont seulement des restrictions IADL en 2008 contre 27 % en 2015.

Champ > Individus de 60 ans ou plus ayant déclaré soit une restriction d'activité GALI, soit ADL soit IADL, résidant à domicile, France métropolitaine.

Sources > Enquêtes Handicap-Santé ménages (HSM) 2008 et Capacités, Aides et REssources des seniors, ménages (CARE-M), volet seniors, INSEE-DREES.

Baisse des inégalités entre hommes et femmes chez les 60-74 ans

Afin d'identifier les variations d'inégalités entre sexes, nous comparons les rapports de prévalence (femmes / hommes) entre 2008 et 2015. Nous estimons les rapports des prévalences femmes / hommes standardisés sur l'âge pour chaque sexe [graphique 10]. En d'autres termes, nous neutralisons l'effet de l'évolution entre 2008 et 2015 de la structure par âge au sein de chaque sexe, mais nous ne neutralisons pas, en revanche, les différences de structure par âge entre les femmes et les hommes en 2015.

Chez les 60-74 ans, les rapports des prévalences diminuent entre 2008 et 2015 pour tous les indicateurs. Le rapport de prévalences des limitations fonctionnelles physiques était en 2008 défavorable aux femmes (rapport de 1,9). En 2015, la situation s'est légèrement améliorée mais reste défavorable aux femmes (rapport de 1,8). Cette amélioration est liée à une baisse de la prévalence des limitations physiques chez les femmes. L'amélioration du rapport de prévalence des restrictions IADL est la plus notable : le rapport de prévalence femmes-hommes était de 1,8 en 2008 contre 1,4 en 2015. Cette amélioration n'est pas liée à une amélioration chez les femmes mais plutôt à une dégradation chez les hommes (hausse de la prévalence des restrictions IADL). Le rapport de prévalences femmes-hommes des restrictions ADL reste inchangé et défavorable aux femmes (rapport de 1,3). Pour les limitations cognitives liées à la mémoire, les restrictions GALL, les maladies et problèmes de santé chroniques ainsi que la mauvaise et très mauvaise santé, la situation reste plutôt égalitaire (rapport de prévalence proche de 1 en 2008 et 2015). À l'inverse, pour les difficultés relationnelles et les limitations sensorielles, la situation, défavorable aux hommes en 2008, leur reste défavorable en 2015.

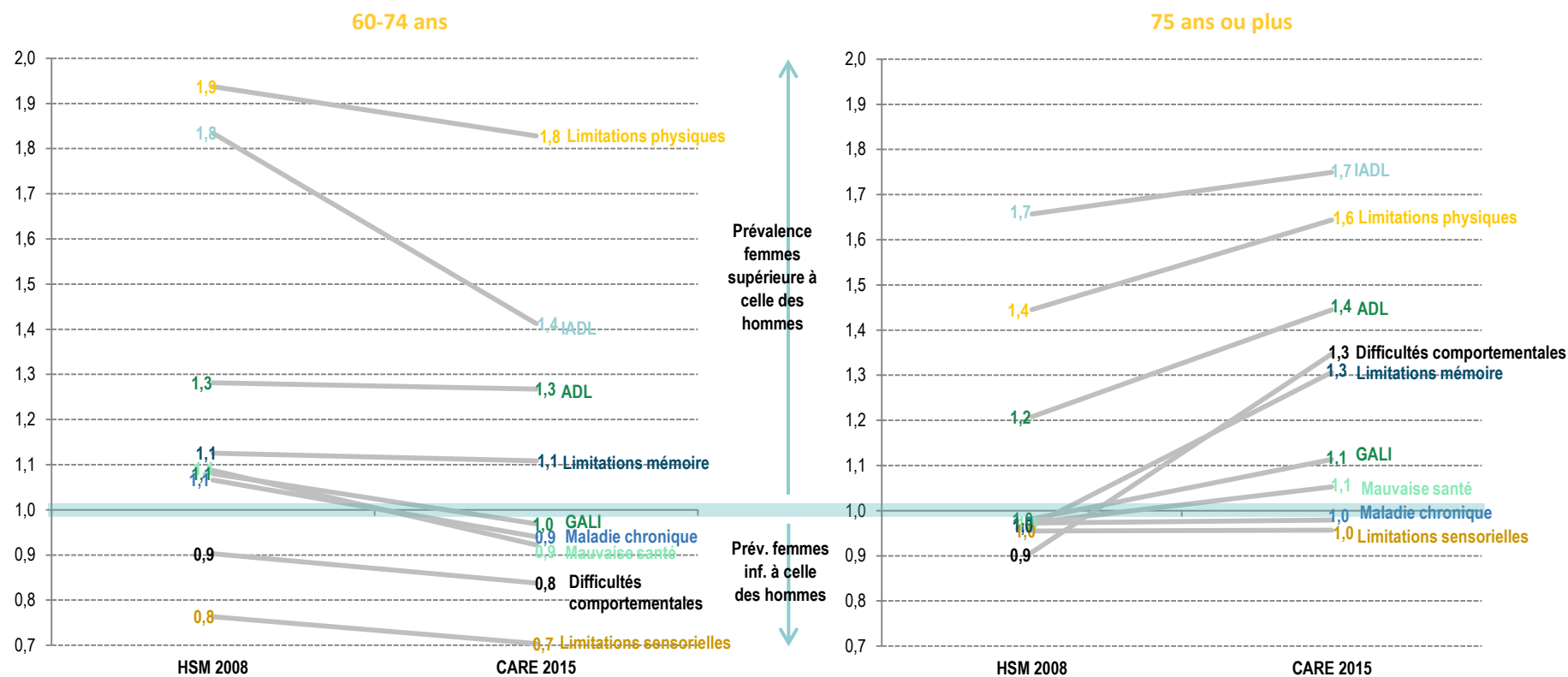
Chez les 75 ans ou plus, les rapports des prévalences femmes-hommes ont augmenté entre 2008 et 2015 pour tous les indicateurs (stabilité pour maladie chronique et limitations sensorielles). Pour la plupart des indicateurs, la situation s'est améliorée à la fois pour les hommes et pour les femmes entre 2008 et 2015, mais l'amélioration a été plus forte pour les hommes que pour les femmes. Comme la situation était défavorable aux femmes, ces évolutions ont accru les inégalités en défaveur des femmes. La progression d'inégalité la plus notable est celle des limitations cognitives liées à la mémoire. Le rapport de prévalence est passé de 1,0 en 2008 (situation égalitaire) à 1,3 (situation défavorable aux femmes) en 2015. Cette variation est expliquée d'une part par une amélioration de l'état cognitif pour les hommes (baisse de la prévalence des limitations cognitives liées à la mémoire), d'autre part par une dégradation de l'état cognitif des femmes (hausse de la prévalence des limitations cognitives liées à la mémoire).

Dans le *Dossier de la DREES* n°13 (Brunel et Carrère, 2017), le même type d'analyse a été réalisé à partir des données VQS. Les évolutions des inégalités femmes-hommes concernant les 60-74 ans présentées dans cet article sont concordantes avec celles estimées avec VQS. Par contre, les niveaux des rapports de prévalence ne sont pas identiques car les deux enquêtes comportent des différences de champ, de méthodologie et de questionnaire [encadré 3 du premier l'article de ce Dossier]. Pour les 75 ans ou plus, seules les évolutions concernant les limitations cognitives liées à la mémoire sont divergentes entre VQS et CARE. En effet, avec VQS, la situation était moins défavorable

pour les femmes en 2015 qu'en 2008, alors qu'avec CARE, la situation est devenue défavorable.

Le graphique 10 a permis de mettre en évidence une quasi-convergence vers l'égalité femmes-hommes de la prévalence de la dépendance chez les 60-74 ans excepté pour les limitations sensorielles, la mauvaise santé et les maladies chroniques. L'ensemble de ces résultats sont concordants avec ceux obtenus à partir des données des enquêtes VQS 2007 et 2014 (Brunel, Carrère, 2017). Par contre, chez les 75 ans ou plus, on constate une forte augmentation des inégalités femmes-hommes, au détriment des femmes. Avec les enquêtes VQS, les évolutions n'étaient pas aussi marquées même si les inégalités augmentaient en défaveur des femmes concernant le score VQS (c'est-à-dire la mesure synthétique de la dépendance) et une stabilité des inégalités en défaveur des femmes concernant les limitations physiques.

➤ Graphique 10 • Évolution des inégalités de sexe, comparaison HSM 2008 et CARE 2015, standardisé sur le sexe et l'âge fin.



GALI > *Global Activity Limitation Indicator*, ou « indicateur de limitations d'activité générales ». **ADL** > *Activities of daily living*, ou « activités de la vie quotidienne ». **IADL** > *Instrumental activities of daily living*, ou « activités de la vie quotidienne instrumentales ». **Note** > Pour les restrictions ADL et IADL, contrairement au premier article de ce Dossier, il s'agit des prévalences en excluant les « quelques difficultés ».

Lecture > Le rapport de la prévalence des limitations sensorielles (femmes/hommes) chez les 60-74 ans est passé de 0,8 en 2008 à 0,7 en 2015.

Champ > Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile, France métropolitaine.

Sources > Enquêtes Handicap-Santé ménages (HSM) 2008 et Capacités, Aides et REssources des seniors, ménages (CARE-M), volet seniors, INSEE-DREES.

Bibliographie

Blanpain N. et Buisson G., 2016, « Projections de population à l'horizon 2070 », *Insee Première*, INSEE, n° 1619 – novembre.

Brunel M. et Carrère A., 2017, « Les personnes âgées dépendantes en France vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête CARE « ménages » », *Études et Résultats*, n°1029, DREES, septembre 2017.

Brunel M. et Carrère A., 2017, « Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014. Premiers résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014. », *Les Dossiers de la Drees*, n°13, mars 2017.

Lecroart A., Froment O., Marbot C. et Roy D., 2013, « Projection des populations âgées dépendantes : deux méthodes d'estimation », *Dossier Solidarité Santé*, n° 43, DREES, septembre.

Leroux I., 2017, « L'aide et l'action sociales en France », DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.

Moisy M., 2018, « Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable », *Études et Résultats*, n°1046, DREES, janvier.

Annexes

Annexe 1. Taux de croissance entre 2008 et 2015 du nombre de personnes en incapacités, sans standardisation.

	60-74 ans			75 ans ou plus			60 ans ou plus		
	F	H	Tous	F	H	Tous	F	H	Tous
Santé									
Mauvaise ou très mauvaise	-39 %	-25 %	-33 %	-26 %	-22 %	-25 %	-32 %	-24 %	-28 %
Maladie chronique	-5 %	9 %	1 %	-1 %	10 %	3 %	-3 %	9 %	2 %
Limitations fonctionnelles (sévères)									
Au moins une limitation sensorielle	24 %	44 %	34 %	34 %	40 %	37 %	31 %	42 %	36 %
Au moins une limitation physique	3 %	9 %	5 %	7 %	6 %	7 %	5 %	7 %	6 %
Au moins une limitation cognitive liée à la mémoire	16 %	23 %	19 %	36 %	4 %	23 %	28 %	11 %	21 %
Au moins une difficulté relationnelle	-35 %	-28 %	-31 %	18 %	-11 %	7 %	-7 %	-20 %	-13 %
Restrictions d'activité (sévères)									
Restriction GALI	-23 %	-12 %	-18 %	-12 %	-12 %	-12 %	-16 %	-12 %	-14 %
Au moins une restriction ADL	-8 %	-5 %	-7 %	8 %	-3 %	4 %	4 %	-4 %	1 %
Au moins une restriction IADL	5 %	47 %	18 %	18 %	23 %	19 %	14 %	30 %	19 %

GALI > *Global Activity Limitation Indicator*, ou « indicateur de limitations d'activité générales ». **ADL** > *Activities of daily living*, ou « activités de la vie quotidienne ». **IADL** > *Instrumental activities of daily living*, ou « activités de la vie quotidienne instrumentales ».

Note > Pour les restrictions ADL et IADL, contrairement au premier article de ce Dossier, il s'agit des prévalences en excluant les « quelques difficultés ».

Lecture > Le nombre de personnes déclarant avoir au moins une limitation sensorielle chez les 60-74 ans a augmenté de 34 % entre 2008 et 2015.

Champ > Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile, France métropolitaine.

Sources > Enquêtes Handicap-Santé ménages (HSM) 2008 et Capacités, Aides et REssources des seniors, ménages (CARE-M), volet seniors, INSEE-DREES.

Annexe 2. Écart de prévalence entre 2008 et 2015 (prévalence 2015 – prévalence 2008), sans standardisation.

	60-74 ans			75 ans ou plus			60 ans ou plus		
	F	H	Tous	F	H	Tous	F	H	Tous
Santé									
Mauvaise ou très mauvaise	-6,8	-4,5	-5,7	-9,1	-9,6	-9,3	-7,8	-6,0	-7,0
Maladie chronique	-10,2	-2,2	-6,4	-5,5	-4,7	-5,2	-8,5	-2,9	-6,0
Limitations fonctionnelles (sévères)									
Au moins une limitation sensorielle	0,9	2,9	1,9	6,3	5,5	6,0	2,9	3,9	3,3
Au moins une limitation physique	-2,0	-0,4	-1,3	-0,1	-3,6	-1,9	-1,6	-1,2	-1,6
Au moins une limitation cognitive liée à la mémoire	0,2	0,4	0,3	3,4	-1,5	1,5	1,4	-0,2	0,7
Au moins une difficulté relationnelle	-2,2	-2,1	-2,1	0,9	-2,2	-0,3	-1,0	-2,1	-1,5
Restrictions d'activité (sévères)									
Restriction GALI	-4,2	-2,7	-3,5	-6,1	-7,9	-6,9	-5,2	-4,2	-4,8
Au moins une restriction ADL	-0,5	-0,3	-0,4	0,1	-2,1	-0,8	-0,4	-0,8	-0,6
Au moins une restriction IADL	-0,5	1,4	0,4	3,7	1,2	2,4	0,8	1,5	1,0

GALI > *Global Activity Limitation Indicator*, ou « indicateur de limitations d'activité générales ». **ADL** > *Activities of daily living*, ou « activités de la vie quotidienne ». **IADL** > *Instrumental activities of daily living*, ou « activités de la vie quotidienne instrumentales ».

Note > Pour les restrictions ADL et IADL, contrairement au premier article de ce Dossier, il s'agit des prévalences en excluant les « quelques difficultés ».

Lecture > La prévalence des limitations sensorielles chez les 60-74 ans a augmenté de 1,9 points de pourcentage entre 2008 et 2015.

Champ > Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile, France métropolitaine.

Sources > Enquêtes Handicap-Santé ménages (HSM) 2008 et Capacités, Aides et REssources des seniors, ménages (CARE-M), volet seniors, INSEE-DREES.

Les dossiers de la DREES

Juin 2018 /// N°26

**Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité des personnes âgées
vivant à domicile : une approche par le processus de dépendance**

Résultats de l'enquête Capacités,
Aides et REssources des seniors (CARE) « ménages »

Directeur de la publication

Jean-Marc Aubert

Responsable d'édition

Souphaphone Douangdara

Création graphique

Philippe Brulin

ISSN

2495-120X