

LES DOSSIERS DE LA DREES

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

MARS 2017 /// N° 13

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

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

En 2014, l'enquête Vie quotidienne et santé (VQS) interroge les seniors âgés de 60 ans ou plus, résidant à domicile.

Plusieurs mesures de la perte d'autonomie et des incapacités peuvent être estimées grâce à cette enquête. Ainsi, parmi les personnes de 60 ans ou plus, 26 % déclarent au moins une limitation fonctionnelle (physique, sensorielle ou cognitive) ; 12 % ont des difficultés pour se laver et 28 % déclarent recevoir une aide humaine. Pour la plupart de ces mesures, les femmes sont les plus touchées par la perte d'autonomie. Par ailleurs, les difficultés ne sont pas indépendantes les unes des autres puisque l'on constate, pour plus d'un tiers des seniors, un cumul des limitations.

L'enquête VQS 2014 met aussi en évidence une moindre perte d'autonomie et une diminution des incapacités chez les seniors vivant à domicile depuis la précédente enquête menée en 2007. Chez les 60-74 ans, les inégalités entre les sexes se sont réduites là où elles sont au désavantage des femmes, et creusées dans les situations où elles sont à leur avantage. Pour les 75 ans ou plus, les tendances sont moins marquées, et la situation semble rester toujours défavorable pour les femmes.



SOMMAIRE

LES DOSSIERS DE LA DREES

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

Mars 2017 /// N° 13

La prévalence nationale des incapacités
et de la dépendance en France en 2014..... 5

> **Mathieu Brunel et Amélie Carrère**

Entre un et quatre millions de personnes âgées concernées
par la dépendance ou ses déterminants en 2014..... 6

Prévalences par tranche d'âge..... 13

Les femmes plus touchées par la dépendance et par les incapacités 16

Les limitations fonctionnelles sont souvent combinées..... 18

Bibliographie..... 23

L'évolution des incapacités
et de la dépendance depuis 2007..... 24

> **Amélie Carrère**

Une baisse des incapacités et de la dépendance entre 2007 et 2014 à domicile..... 25

Des évolutions différentes des inégalités entre sexes selon l'âge..... 31

Les 65-74 ans bénéficient le plus de la baisse de la prévalence des incapacités..... 34

Bibliographie..... 37

Annexes..... 38

La prévalence nationale des incapacités et de la dépendance en France en 2014

Mathieu Brunel et Amélie Carrère

En 2014, la France comptait 15,5 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile (y compris les résidences autonomie ex logements-foyers) contre 13,7 millions en 2007.

Dans une population vieillissante, le débat sur la prise en charge des seniors est récurrent. En effet, cette population âgée est sujette à des maladies chroniques, des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activités qui nécessitent des soins et un accompagnement de longue durée. Les enjeux liés à l'aide humaine apportée mais également le financement de la prise en charge sont mis en question. Qui doit assurer les soins dont ont besoin les personnes âgées : l'entourage, les professionnels ? Faut-il privilégier un maintien à domicile ou améliorer l'offre en institution ? Qui doit financer la prise en charge de la dépendance : la sphère publique ou la sphère privée ? Pour répondre à ces questions, il est important de connaître la population des seniors et les risques qu'elle encourt de devenir dépendante.

La dépendance des personnes âgées peut être mesurée de différentes façons :

- Soit en comptabilisant le nombre de personnes destinataires des mesures publiques qui la concerne, par exemple le nombre de bénéficiaires de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie). Cette définition est restrictive puisqu'elle utilise une définition administrative de la dépendance et qu'elle écarte par conséquent toutes les personnes qui ne recourent pas à cette prestation alors qu'elles pourraient en avoir besoin.
- Soit en évaluant l'état fonctionnel des personnes grâce à des tests. Cette mesure a l'avantage d'être plus fiable mais est difficile à mettre en œuvre dans le cadre d'une enquête statistique sur un large échantillon de personnes.
- Soit, enfin, en interrogeant directement les personnes sur les difficultés qu'elles rencontrent, et cela sur un large échantillon de la population afin d'être représentatif de cette population entière.

Cette dernière approche a été récemment mise en œuvre dans l'enquête « Vie quotidienne et santé » (VQS) de 2014, conçue par la DREES et mise en œuvre par l'INSEE avec le soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Cette enquête est

représentative de la population des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile, en France y compris les DOM¹. Elle fait suite à une enquête similaire, qui avait eu lieu en 2007 (VQS 2007). Elle est le premier volet du dispositif d'enquêtes nommé Capacité, Aides et REssources des seniors (CARE). Elle permet de mesurer la dépendance grâce à différentes questions sur les difficultés que les personnes rencontrent pour réaliser des activités de la vie quotidienne et sur l'aide qu'elles reçoivent [voir encadré 1]. Afin de mesurer les difficultés de la façon la plus réaliste possible, les questions prennent en exemple des situations concrètes auxquelles sont confrontées les personnes : monter les escaliers, ramasser un objet etc.

Cet article cherche à estimer, à partir de l'enquête VQS, la prévalence de la dépendance au niveau national – c'est-à-dire la proportion de la population concernée par la dépendance – et à mettre en exergue les différences entre les femmes et les hommes, les premières étant davantage touchées par la dépendance.

Entre un et quatre millions de personnes âgées concernées par la dépendance ou ses déterminants en 2014, selon le critère retenu

Plusieurs mesures de la dépendance

Les maladies de longue durée peuvent mener à une entrée en incapacité [voir graphique 1]. En effet, elles peuvent induire des gênes dans les activités de la vie quotidienne et entraîner un besoin d'aide pour les réaliser. En 2014, parmi les personnes de 60 ans ou plus vivant à domicile, 8 037 400 d'entre elles déclarent avoir une maladie chronique, soit 52 %.

Parmi cette même population de 60 ans ou plus vivant à domicile, 4 104 800 personnes ont au moins un type de limitation fonctionnelle (physique, sensorielle, cognitive), soit 27 %. Les limitations physiques sont les plus fréquentes (voir ci-après).

2 606 900 personnes âgées de 60 ans ou plus ont au moins une restriction d'activité (GALI² ou difficulté pour se laver), soit 17 % des seniors, dont 1 932 800 individus ayant des difficultés pour se laver (12 %) et 1 749 200 individus fortement limités dans les activités générales (GALI) (11 %). Les restrictions pour se laver repèrent des incapacités plus lourdes, qui nécessitent souvent de l'aide pour les surmonter.

Pour limiter les conséquences de ces difficultés, le senior peut recourir à des aides. En 2014, au sein de la population de 60 ans ou plus, 2 708 800 personnes utilisent une aide technique à la mobilité ou un aménagement du logement (18 %) et 4 305 300 personnes (28 %) reçoivent de l'aide humaine – fournie soit par l'entourage soit par un professionnel.

¹ Hors Mayotte et collectivités non régies par l'article 73 de la Constitution.

² GALI : *Global Activity Limitation Indicator*, ou « indicateur de limitations d'activité générales ».

Le processus de dépendance n'est pas complètement imbriqué. En effet, parmi les 8 932 400 personnes ayant soit une maladie chronique, soit une limitation fonctionnelle, soit des restrictions d'activité dans le domaine de la toilette (difficultés pour se laver), 51 % ont une maladie chronique mais n'ont ni limitation fonctionnelle ni restriction d'activité [voir graphique 1]. À l'inverse, très peu de personnes ont des difficultés pour se laver sans limitation fonctionnelle ni maladie chronique (1 % des 60 ans ou plus ayant au moins une des trois composantes du processus de dépendance).

À partir des questions de l'enquête, un « score VQS » peut-être calculé pour synthétiser en un seul chiffre les diverses difficultés rencontrées par les personnes âgées. Un senior déclarant de fortes difficultés pour de nombreuses activités aura ainsi un score VQS élevé [voir encadré 2]. Le score VQS permet de classer les seniors selon leur degré d'autonomie, du plus autonome (score proche de 0) au moins autonome (score proche de 100). Nous considérons dans cet article qu'une personne ayant un score VQS supérieur à 40 est en situation de perte d'autonomie³. Selon cette définition, en 2014, 1 405 700 personnes de 60 ans ou plus peuvent être considérées comme dépendantes au sens de VQS (9 %) [voir tableau 1]. C'est près de deux fois plus que le nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile fin 2014 : 741 210 personnes (Amar, Borderies et Leroux, 2015). Ces deux estimations du nombre de personnes dépendantes sont éloignées pour plusieurs raisons. D'une part, il existe du non-recours à l'APA, soit parce que la personne ne connaît pas l'allocation, soit parce que les démarches pour en bénéficier peuvent être un frein (Ramos-Gorand, 2016). D'autre part, la mesure est différente. Les bénéficiaires de l'APA ont fait l'objet d'une évaluation de leur autonomie à leur domicile reposant sur la grille nationale d'évaluation AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources). Cette grille permet de mesurer le degré de dépendance selon huit dimensions : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, hygiène de l'élimination, transferts et déplacement à l'intérieur. À partir de cette évaluation, la personne se voit attribuer un GIR (groupe Iso Ressource) allant de 1 (très dépendant) à 6 (autonome). Seules les personnes en GIR 1 à 4 ont droit à l'APA. L'enquête VQS, opération « filtre » réalisée sur une large population, ne permet pas d'estimer ce GIR, contrairement aux enquêtes Handicap-Santé et à CARE-Ménages, plus détaillées mais qui couvrent moins de personnes (Eghbal-Téhérani et Makdessi, 2011) : la dépendance au sens du score VQS ne recouvre ainsi pas la dépendance au sens du GIR. L'enquête ne permet pas non plus de mesurer les autres échelles habituelles d'évaluation de la perte d'autonomie, qui nécessiteraient un questionnaire beaucoup plus détaillé : grille de Colvez, indicateur « EHPA », indicateur de Katz...

Il est à noter qu'aucun des indicateurs présentés dans cet article ne peut être considéré à lui seul comme la « vraie mesure » de la dépendance. L'objectif ici est de regarder chaque mesure dans leur ensemble car elles constituent diverses facettes de cette problématique.

³ Le seuil de 40 a été choisi de manière à s'approcher au mieux du critère « GIR » (groupe Iso Ressource). Dans l'enquête Handicap-Santé Ménages de 2008, les individus ayant un score VQS supérieur ou égal à 40 sont en effet majoritairement des individus dépendants au sens de ce critère (GIR 1-4).

Focus sur le mini-module européen

L'enquête VQS intègre le mini-module européen, composé de trois questions qui portent sur la déclaration d'une maladie chronique, sur l'état de santé et sur les limitations de plus de six mois dans les activités quotidiennes (indicateur « GALI »). Ce module est présent dans de nombreuses enquêtes européennes notamment l'enquête EU-SILC (*European Statistics on Income and Living Conditions*) / SRCV (Statistiques sur les ressources et les conditions de vie) et l'enquête SHARE (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*). Il permet de réaliser des comparaisons entre pays sur l'état de santé des individus (Cox et al. 2009).

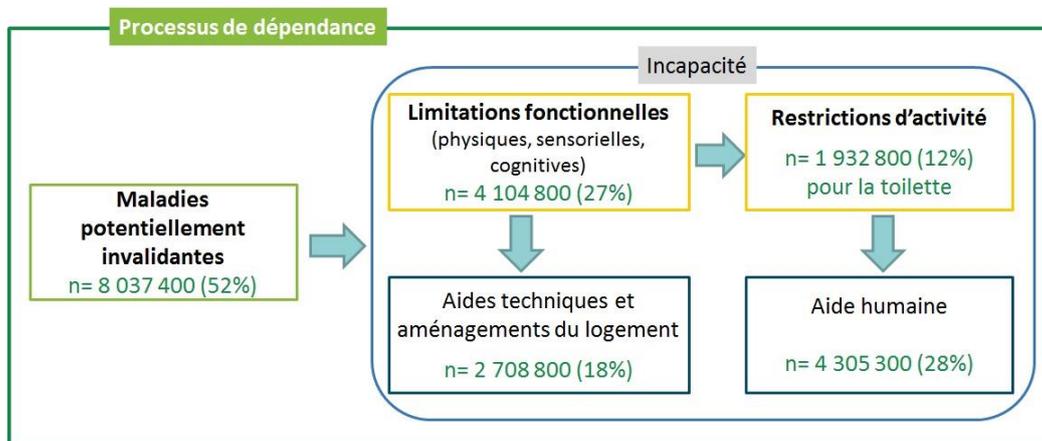
Les maladies chroniques concernent, comme on l'a vu, environ 8 millions de personnes de 60 ans ou plus vivant à domicile. Leur prévalence est plus élevée chez les hommes : près d'un homme sur deux de moins de 75 ans déclare une maladie chronique (49 %), et 64 % chez les 75 ans ou plus, contre respectivement 44 % et 61 % pour les femmes.

Les fortes limitations depuis au moins 6 mois (GALI) concernent 1 749 200 personnes de 60 ans ou plus, soit 11 % des individus de 60 ans ou plus vivant à domicile. Elles sont plus fréquentes chez les femmes après 75 ans : 22 % des 75 ans ou plus contre 18 % pour les hommes de cette tranche d'âge.

La proportion de seniors déclarant être en très mauvaise santé est de 2 % chez les 60 ans ou plus et de 3 % chez les 75 ans ou plus. Au total, 276 300 personnes de 60 ans ou plus vivant à domicile se déclarent en très mauvaise santé.

Les chiffres présentés dans le tableau 1 ne sont pas contrôlés des différences d'âge au sein de chaque tranche. Ainsi, les prévalences plus importantes chez les femmes de 75 ans ou plus sont expliquées par un âge des femmes en moyenne plus élevé que celui des hommes.

➤ Graphique 1 • Processus de dépendance et nombre de personnes âgées concernées en 2014

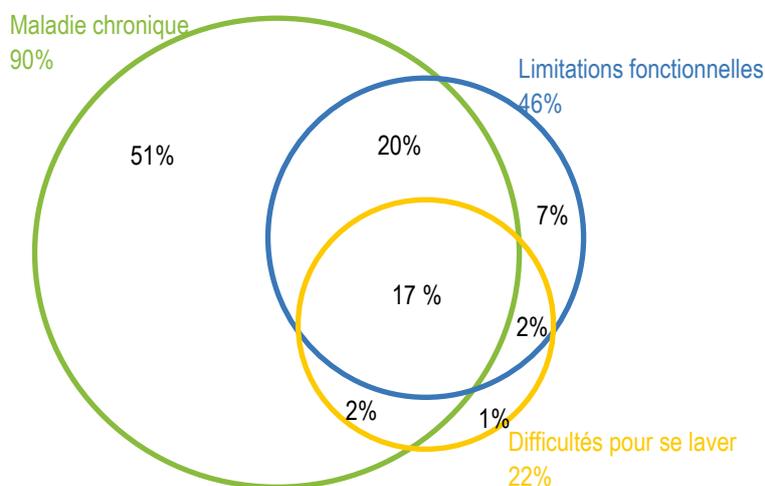


Lecture > 4 305 300 individus de 60 ans ou plus ont déclaré avoir de l'aide humaine (professionnelle ou de l'entourage), soit 28 % des individus de 60 ans ou plus.

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

Source > Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, DREES. Sieurin, Cambois et Robine (2011).

➤ Graphique 1bis • Parmi ceux ayant soit une maladie chronique, soit une limitation fonctionnelle, soit des difficultés pour se laver (n= 8 932 400 individus de 60 ans ou plus)



Lecture > 17 % 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.

Note > Pour des raisons de lisibilité, seuls trois aspects sont représentés sur ce graphique parmi les diverses dimensions du processus de dépendance.

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

Source > Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014.

➤ **Tableau 1 • Part des personnes ayant des difficultés par type d'incapacité, sexe et tranche d'âge en 2014**

	60-74 ans			75 ans ou plus		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Effectifs	5 307 600	4 733 000	10 040 700	3 288 500	2 149 300	5 437 700
Santé						
Maladie chronique	44 %	49 %	46 %	61 %	64 %	62 %
Très mauvais état de santé	1 %	1 %	1 %	3 %	3 %	3 %
Limitations fonctionnelles : % de personnes déclarant beaucoup de difficultés ou ne pouvant pas du tout faire l'activité						
Au moins une limitation fonctionnelle	16 %	17 %	16 %	48 %	41 %	45 %
Au moins une limitation physique	13 %	11 %	12 %	39 %	29 %	35 %
<i>marcher sur 500 mètres et monter et descendre un escalier</i>	8 %	7 %	7 %	31 %	22 %	28 %
<i>se pencher et ramasser un objet</i>	6 %	6 %	6 %	24 %	19 %	22 %
<i>se servir de ses mains ou de ses doigts</i>	3 %	2 %	2 %	10 %	6 %	9 %
<i>lever le bras</i>	5 %	3 %	4 %	19 %	10 %	15 %
Au moins une limitation sensorielle (après correction)	5 %	7 %	6 %	21 %	21 %	21 %
<i>Voir</i>	3 %	2 %	2 %	11 %	7 %	10 %
<i>Entendre</i>	3 %	6 %	4 %	14 %	17 %	15 %
Au moins une limitation cognitive	3 %	3 %	3 %	17 %	14 %	15 %
<i>comprendre les autres ou se faire comprendre des autres</i>	1 %	1 %	1 %	6 %	6 %	6 %
<i>se concentrer plus de 10 minutes</i>	1 %	1 %	1 %	9 %	6 %	8 %
<i>se souvenir des choses importantes</i>	2 %	2 %	2 %	11 %	9 %	10 %
<i>résoudre les problèmes de la vie quotidienne</i>	2 %	2 %	2 %	11 %	8 %	10 %
Aides techniques pour se déplacer et aménagements du logement						
Une aide technique pour se déplacer et/ou un aménagement du logement	9 %	7 %	8 %	39 %	28 %	35 %
<i>Une aide technique pour se déplacer</i>	6 %	6 %	6 %	31 %	22 %	27 %
<i>Un aménagement du logement</i>	6 %	4 %	5 %	23 %	16 %	20 %
Restrictions d'activité						
GALI : fortement limité	6 %	7 %	6 %	22 %	18 %	20 %
GALI : au moins un peu limité	26 %	26 %	26 %	55 %	49 %	53 %
Difficultés pour se laver	5 %	5 %	5 %	29 %	21 %	26 %
Aide humaine						
Au moins une aide humaine	17 %	14 %	15 %	57 %	41 %	51 %
<i>aide de l'entourage</i>	12 %	9 %	10 %	47 %	33 %	41 %
<i>aide professionnelle</i>	8 %	7 %	8 %	38 %	23 %	32 %
Score VQS						
Score VQS ≥ 40	3 %	3 %	3 %	24 %	15 %	20 %

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

Lecture > 3 % des femmes de 60-74 ans ont un score VQS supérieur ou égal à 40.

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

Source > Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, DREES.

➤ Encadré 1 • Méthodologie des enquêtes Vie quotidienne et santé (VQS) 2007 et 2014

Les enquêtes VQS 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. L'un des objectifs principaux de ces enquêtes est de « filtrer » un vaste échantillon de la population afin de constituer l'échantillon d'enquêtes plus approfondies sur la dépendance : l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM)⁴ en 2008 et l'enquête Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE)⁵ en 2015. Les personnes en situation de dépendance sont en effet peu nombreuses dans la population générale : environ 10 % des personnes âgées de 80 ans ou plus sont bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile, et 1 % parmi les 60-79 ans (source : enquête annuelle – Aide sociale de la DREES). Il est donc important de pouvoir les surreprésenter dans l'échantillon d'une enquête qui s'intéresse à leurs caractéristiques et à leur situation pour disposer de résultats suffisamment robustes. L'enquête VQS consiste à adresser à un grand nombre de ménages un court questionnaire. À partir des réponses à ce questionnaire, un score de dépendance présumée est construit afin de répartir toutes les personnes selon des groupes de dépendance présumée. Ces groupes sont ensuite utilisés pour constituer les strates de tirage de l'enquête CARE. Bien que le questionnaire des enquêtes VQS soit court, il permet de confronter différents indicateurs d'incapacités et de dépendance.

Les enquêtes VQS interrogent toutes les personnes du logement. Une personne pouvait répondre pour l'ensemble des personnes de son logement ce qui permet de réduire la non-réponse (pour les personnes qui ont des difficultés cognitives importantes par exemple). Les personnes ayant ce type de limitations ne vivent généralement pas seules : leur probabilité de répondre est donc proche de celle du reste de la population.

Un indicateur synthétique de la dépendance est calculé grâce à différentes questions du questionnaire VQS : le score VQS. Ce score permet de classer les individus en 4 groupes de dépendance : le groupe VQS. Une personne classée en groupe I est considérée comme totalement autonome alors qu'une personne classée en groupe IV est dépendante. La méthode de calcul du score VQS a évolué entre les enquêtes VQS 2007 et 2014 car le champ d'enquête ainsi que les questions mobilisées ne sont pas identiques (Carrère A., Haag O. et Soullier N., 2015). Le score VQS 2014 est utilisé dans le premier article du présent *Dossier de la DREES*. Les individus ayant un score VQS supérieur ou égal à 40 sont considérés comme dépendants.

Lorsque des comparaisons entre les enquêtes 2014 et 2007 sont réalisées, un autre score a été calculé. Il est construit à partir des variables communes aux deux enquêtes (DREES, 2016). Pour construire ce nouveau score, une régression linéaire du score VQS 2014 sur les variables VQS 2007 a été réalisée. Le nouveau score correspond à la somme de ces variables pondérées des coefficients issus de la régression. Il peut donc être calculé de façon identique à partir des questions de 2007 et 2014. Les individus ayant un score VQS supérieur ou égal à 40 sont considérés comme dépendants. Pour les deux scores VQS, le seuil de 40 a été choisi de manière à avoir une bonne discrimination sur le critère « GIR » (groupe Iso Ressource). Dans l'enquête Handicap-Santé Ménages de 2008, les individus ayant un score VQS supérieur ou égal à 40 sont majoritairement des individus pour lesquels le pseudo-GIR (estimation du GIR à partir des questions de l'enquête Handicap-Santé) est entre 1 et 4.

⁴ <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/handicap-et-dependance/article/les-enquetes-handicap-sante>

⁵ <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/personnes-agees/article/les-enquetes-capacites-aides-et-ressources-des-seniors-care>

⁶ Il s'agit des variables relatives aux maladies chroniques, aux difficultés pour voir, pour entendre, pour marcher et monter les escaliers, pour lever le bras, pour se servir de ses mains et de ses doigts, pour se pencher, pour sortir de son logement, pour se concentrer, pour se souvenir des choses importantes, pour comprendre et se faire comprendre, ainsi que l'âge, l'âge au carré, le sexe et le croisement sexe et âge.

Caractéristiques des enquêtes VQS 2007 et 2014

	VQS 2007	VQS 2014
Caractéristiques de l'enquête	Champ France entière Personnes de tout âge vivant dans un logement ordinaire Représentativité départementale pour le Nord, le Pas-de-Calais, le Rhône, les Hauts-de-Seine, la Martinique, la Guadeloupe, la Guyane et La Réunion	France entière Toutes les personnes de 60 ans ou plus vivant dans un logement ordinaire Représentativité départementale de tous les départements hors Mayotte
	Périodes de collecte	Avril 2007 à décembre 2007
	Modes de collecte	Auto-questionnaire postal / Téléphone / Face-à-face
	Taux de réponse au niveau ménage chez les 60 ans ou plus	80 %
	Taille de l'échantillon de 60 ans ou plus (% non pondéré de 75 ans ou plus)	56 332 (37 %)
Nombre de questions sur ...	Limitations fonctionnelles physiques	4
	Limitations fonctionnelles sensorielles	3
	Limitations fonctionnelles cognitives	6
	ADL	-
	GALI ou assimilé	1
	Aides techniques et aménagements du logement	2
	Aide humaine	1
	État de santé général	1
	Maladies chroniques	1

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

Quels types de limitations ?

La limitation fonctionnelle la plus déclarée est la limitation physique, qui regroupe les difficultés pour marcher, monter des escaliers, lever le bras, se servir de ses mains et de ses doigts et se pencher. La prévalence des limitations physiques est de 20 % chez les personnes âgées de 60 ans ou plus et de 35 % chez celles âgées de 75 ans ou plus. Les limitations liées à la mobilité (marcher et monter un escalier, se pencher et ramasser un objet) concernent davantage de personnes que les limitations touchant à la manipulation ou la souplesse (se servir de ses doigts et lever le bras). Les difficultés pour marcher et monter un escalier sont les plus fréquentes, surtout chez les 75 ans ou plus : 28 %. Les difficultés pour se pencher et ramasser un objet sont déclarées par 6 % des 60-74 ans et 22 % des 75 ans ou plus.

Les limitations sensorielles après correction (c'est-à-dire avec lunettes, lentilles, appareils auditifs, etc.) sont un peu plus présentes chez les hommes que chez les femmes : 12 % chez les hommes de 60 ans ou plus contre 11 % chez les femmes de 60 ans ou plus. Par ailleurs, les difficultés pour entendre sont plus fréquentes que les difficultés pour voir, surtout chez les 75 ans ou plus.

Les limitations cognitives sont moins fréquentes que les limitations physiques et sensorielles : 8 % chez les 60 ans ou plus. Les difficultés pour se souvenir des choses importantes et pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne sont les limitations cognitives les plus répandues : 2 % chez les 60-74 ans et 10 % chez les 75 ans ou plus.

Prévalences par tranche d'âge

Les prévalences relatives aux différents indicateurs augmentent de façon exponentielle avec l'âge, que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, excepté la prévalence des maladies chroniques et la prévalence de la très mauvaise santé, qui augmentent plutôt de façon linéaire avec l'âge. La prévalence des maladies chroniques diminue même aux âges très élevés (à partir de 85 ans), sans doute du fait d'un effet de sélection – les personnes sans maladie chronique ayant plus de chances de rester en vie après cet âge. L'aide humaine est l'indicateur pour lequel l'écart en points de pourcentage entre la tranche 60-64 ans et la tranche de 95 ans ou plus est le plus élevé : +80 points de pourcentage pour les femmes et +77 points de pourcentage pour les hommes.

Pour la majorité des indicateurs, les prévalences des femmes et des hommes chez les jeunes seniors (60-64 ans) sont similaires. Seule la prévalence des maladies chroniques présente un écart de 4,5 points de pourcentage entre les femmes et les hommes, au désavantage des seconds. Les différences entre femmes et hommes se creusent avec l'avancée en âge, le plus souvent au détriment des premières, et peuvent atteindre jusqu'à 15 points de pourcentage pour l'aide humaine par exemple.

Chez les femmes et les hommes âgés de 60 à 64 ans, la proportion de personnes dont le score VQS est supérieur ou égal à 40 est de 2 %, contre 71 % et 60 % respectivement pour

les femmes et les hommes de 95 ans ou plus. Chez les hommes, la prévalence de cet indicateur est inférieure à 10 % entre 60 et 80 ans. Entre la tranche d'âge 75-79 ans et 80-84 ans, la prévalence est multipliée par 2, passant de 7 % à 14 %, puis de nouveau entre 80-84 ans et 85-89 ans, pour atteindre 27 %. Ce constat est aussi vérifié chez les femmes.

Parmi les 60-64 ans, la part de femmes déclarant au moins une limitation fonctionnelle est proche de celle chez les hommes, respectivement 13 % et 14 %. Parmi les personnes âgées de 95 ans ou plus, l'écart de prévalence des limitations fonctionnelles entre les femmes et les hommes est un peu plus marqué, avec une prévalence à 86 % pour les femmes contre 81 % pour les hommes.

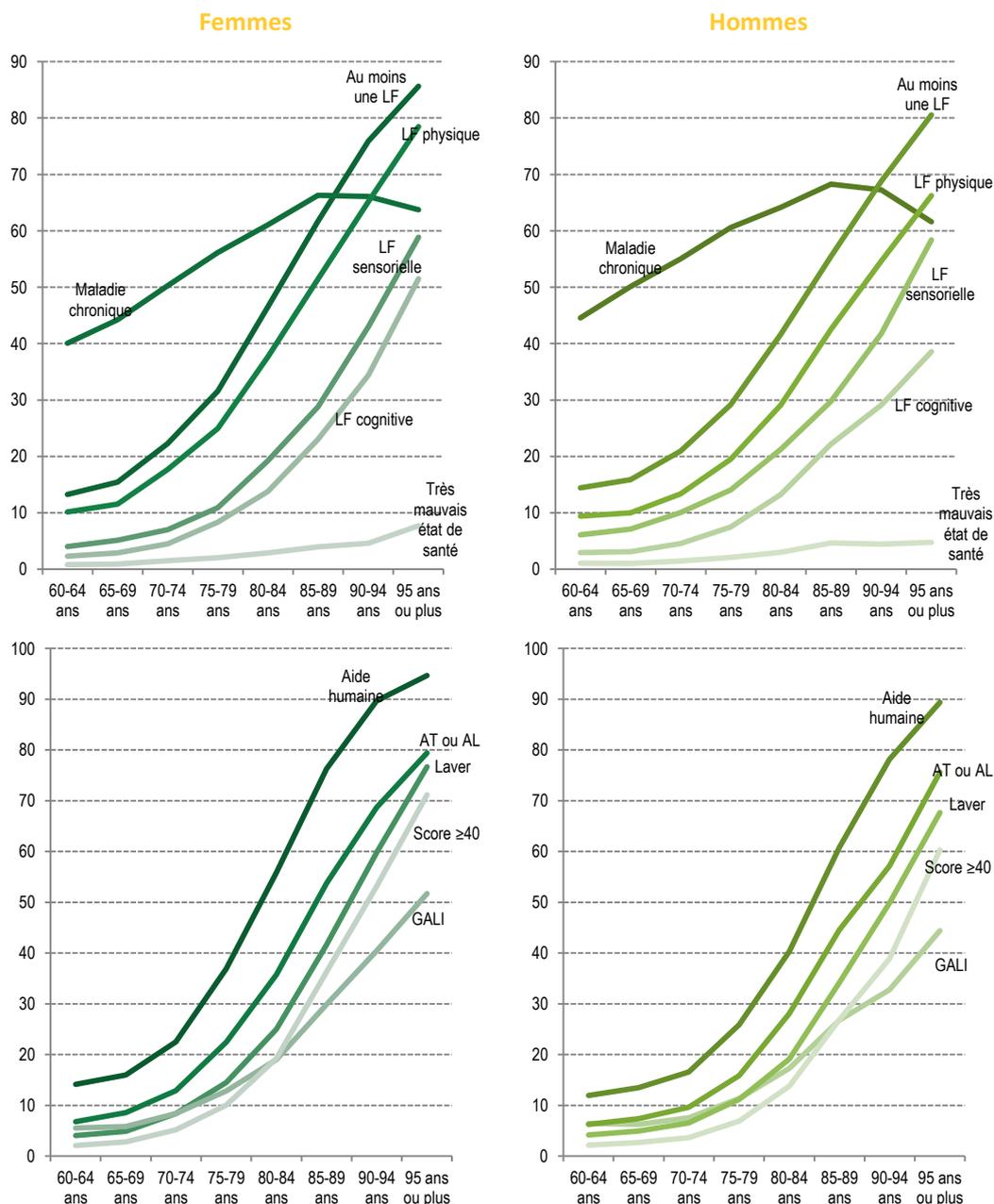
Parmi les trois limitations fonctionnelles, la prévalence des limitations cognitives est la plus faible à tous âges. La prévalence des limitations physiques est à l'inverse toujours supérieure à celles des autres limitations fonctionnelles. Elle s'élève à 10 % chez les femmes âgées de 60 à 64 ans, contre 9 % chez les hommes du même âge ; et à 78 % chez les femmes de 95 ans ou plus (66 % pour les hommes).

Enfin, la prévalence des limitations sensorielles est de 4 % chez les femmes âgées de 60 à 64 ans, contre 6 % chez les hommes du même âge. Cette prévalence s'élève à 59 % chez les femmes âgées de 95 ans ou plus et à 58 % pour les hommes du même âge.

Les restrictions d'activité sont mesurées, dans l'enquête VQS 2014, grâce aux difficultés pour se laver et à la question GALI. Les femmes, notamment les plus âgées, sont davantage concernées par les restrictions d'activité que les hommes. La prévalence de la difficulté à faire sa toilette chez les personnes de 95 ans ou plus est de 77 % (68 % pour les hommes), et celle liée à la question GALI de 52 % (45 % pour les hommes). Ainsi, plus d'une femme sur deux âgées de 95 ans ou plus déclare être fortement limitée depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé.

La prévalence des maladies chroniques augmente avec l'âge jusqu'à 85-89 ans mais dans de faibles proportions contrairement aux autres indicateurs, ce qui indique que les maladies surviennent de manière assez linéaire selon l'âge – il s'agit aussi de l'indicateur dont le niveau est le plus élevé dès 60 ans : 40 % pour les femmes et 45 % pour les hommes, contre moins de 15 % pour tous les autres indicateurs. La prévalence diminue ensuite avec l'âge après 85 ans.

➤ Graphique 2 • Proportions associées aux diverses mesures de la dépendance et des incapacités, par tranche d'âge quinquennal pour les femmes et les hommes



AT > Aides techniques pour se déplacer. / AL > Aménagements du logement. / LF > Limitation fonctionnelle.

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

Lecture > Les femmes âgées de 85-89 ans ont une prévalence des limitations fonctionnelles de 62 %, alors que la prévalence s'élève à 13 % chez les femmes de 60-64 ans.

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

Source > Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, DREES.

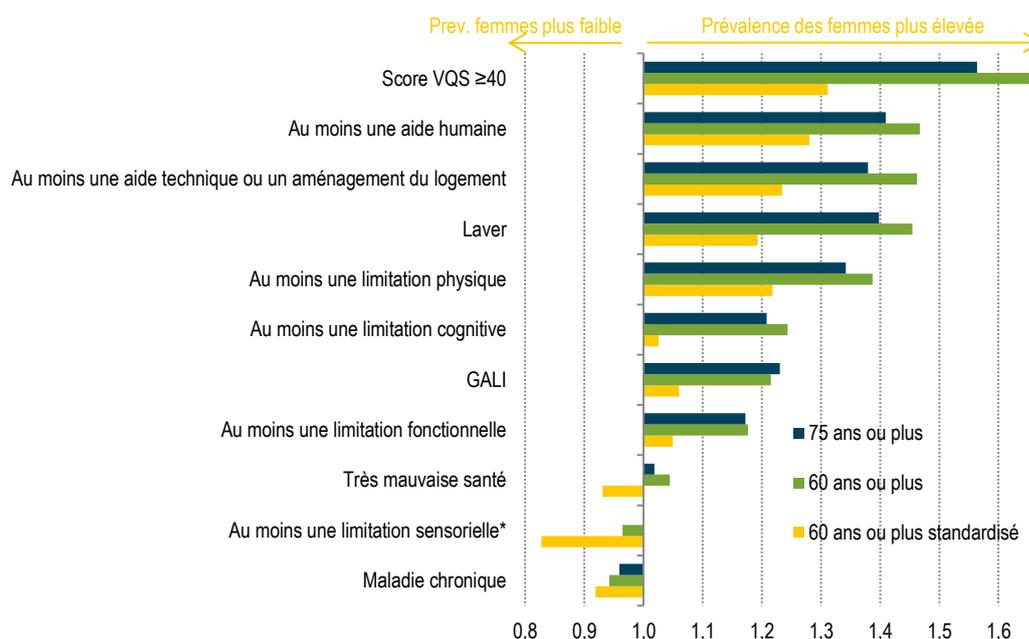
Les femmes plus touchées par la dépendance et par les incapacités

La partie précédente a mis en évidence des disparités entre les femmes et les hommes pour la plupart des indicateurs, surtout aux âges avancés. Les rapports de prévalences (prévalence des femmes divisée par celle des hommes) sont présentés conjointement ci-après chez les 60 ans ou plus ainsi que chez les 75 ans ou plus [voir graphique 3]. 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. Seules les prévalences des limitations sensorielles des femmes et des hommes ne sont pas significativement différentes (au seuil de 5 %) chez les 75 ans ou plus. Pour tous les autres indicateurs, il existe des différences significatives entre les femmes et les hommes. La majorité d'entre eux montre que les femmes déclarent en plus grande proportion des difficultés que les hommes (rapports supérieurs à 1).

Les limitations fonctionnelles sont déclarées 1,2 fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes (que ce soit chez les 60 ans ou plus ou chez les 75 ans ou plus). Le rapport de prévalences est plus élevé encore pour les limitations physiques : chez les 60 ans ou plus, 23 % des femmes déclarent une limitation physique contre 16 % des hommes, soit un rapport de 1,4 ; chez les 75 ans ou plus, la prévalence est de 39 % pour les femmes et 29 % pour les hommes, soit un rapport de 1,3. Près d'un tiers des femmes de 60 ans ou plus déclarent de l'aide humaine (32 %), contre 22 % des hommes de 60 ans ou plus. Les femmes ont ainsi une prévalence plus d'1,4 fois plus élevée que les hommes. Cet écart dans la proportion de personnes aidées peut s'expliquer par le fait qu'une plus grande part de femmes vit seule. Parmi les seniors âgés entre 60 à 74 ans, 30 % des femmes vivent seules contre 18 % des hommes. Cet écart se creuse chez les 75 ans ou plus au sein desquels plus d'une femme sur deux (56 %) vit seule contre moins d'un quart des hommes (24 %).

Enfin, pour les deux classes d'âges, la proportion des femmes ayant un score VQS supérieur ou égal à 40 est plus d'1,5 fois plus grande que celle des hommes. Les seules prévalences qui sont plus faibles pour les femmes concernent les limitations sensorielles et les maladies chroniques. Les écarts sont toutefois faibles, puisque les rapports de prévalences sont supérieurs à 0,95.

► Graphique 3 • Rapport des prévalences entre femmes et hommes (prévalence femmes / prévalence hommes) en 2014



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

* > Différence non significative pour les limitations sensorielles chez les 75 ans ou plus.

Note > La série « 60 ans ou plus standardisé » correspond aux prévalences standardisées sur l'âge fin en 2014, 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.

Lecture > Les femmes âgées de 60 ans ou plus ont une prévalence des limitations fonctionnelles 1,2 fois plus élevée que les hommes de 60 ans ou plus. Lorsqu'on standardise sur l'âge en 2014 (i.e. si on considère que les femmes et les hommes sont dans les mêmes proportions dans chaque âge), le rapport de prévalence passe en dessous de 1,1.

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

Source > Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, DREES.

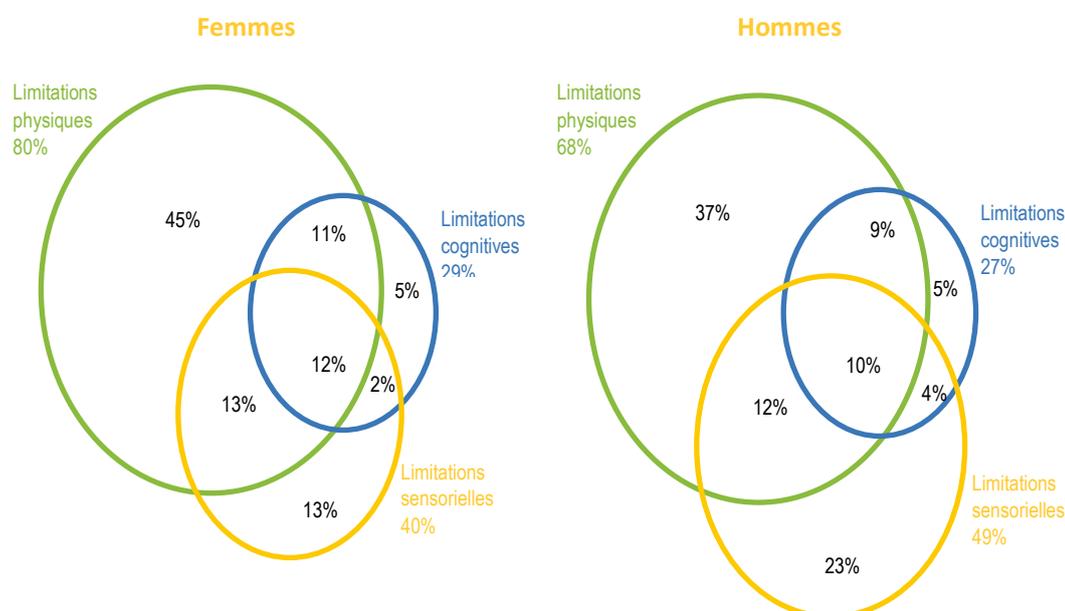
Ces écarts s'expliquent pour partie par un âge des femmes en moyenne plus élevé que celui des hommes (72,4 ans en moyenne pour les femmes et 70,9 ans pour les hommes) et par le fait que le risque de développer des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité s'accroît avec l'âge. Afin de neutraliser cet effet, nous standardisons les prévalences sur la structure par âge fin (tous sexes confondus), en 2014. Cela permet de comparer les prévalences moyennes avec une structure par âge identique des femmes et des hommes. Il s'agit de la série « 60 ans ou plus standardisé » dans le graphique 3. Avec cette standardisation, les rapports de prévalences femmes/hommes se déforment au détriment des hommes : lorsqu'ils sont défavorables aux femmes, ils diminuent sensiblement, mais restent pour la plupart des indicateurs supérieurs à 1. Les rapports des prévalences des « limitations cognitives », du « GALI » et de l'indicateur « avoir au moins une limitation fonctionnelle » se rapprochent ainsi de 1. Pour le rapport de prévalences relatif à la « très mauvaise santé », la situation des hommes devient moins favorable que celle des femmes à structure par âge identique. Pour ceux relatifs à la « limitation sensorielle » et à la « maladie chronique », le désavantage des hommes s'accroît lorsqu'on raisonne à structure par âge identique.

Les limitations fonctionnelles sont souvent combinées

Les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité permettent d'aborder un large éventail de difficultés rencontrées par les personnes. Celles-ci sont généralement liées les unes aux autres. Il est donc important, pour apprécier l'état d'incapacité de la personne, d'identifier comment elles se combinent. Dans le graphique 4, sont représentées les combinaisons des trois types de limitations pour les femmes et les hommes.

Pour plus d'un tiers des seniors, plusieurs types de limitations se cumulent. Certains en cumulent deux types quand d'autres les cumulent tous. Près de la moitié des femmes de 60 ans ou plus ayant au moins une limitation fonctionnelle ont uniquement des limitations physiques, contre un peu plus d'un tiers pour les hommes ; par ailleurs, 13 % des femmes ont uniquement une limitation sensorielle contre 23 % pour les hommes. Les femmes sont plus nombreuses à déclarer les trois limitations, elles sont 12 % parmi celles déclarant au moins une limitation contre 10 % des hommes déclarant au moins une limitation. La combinaison des limitations « physiques » et « sensorielles » est plus souvent déclarée par les femmes (13 % chez les femmes contre 12 % chez les hommes), de même que la combinaison des limitations « physiques » et « cognitives » (11 % chez les femmes contre 9 % chez les hommes). Seule la combinaison des limitations « cognitives » et « sensorielles » touche plus souvent les hommes puisqu'ils sont 4 % à combiner ces deux limitations contre seulement 2 % des femmes.

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

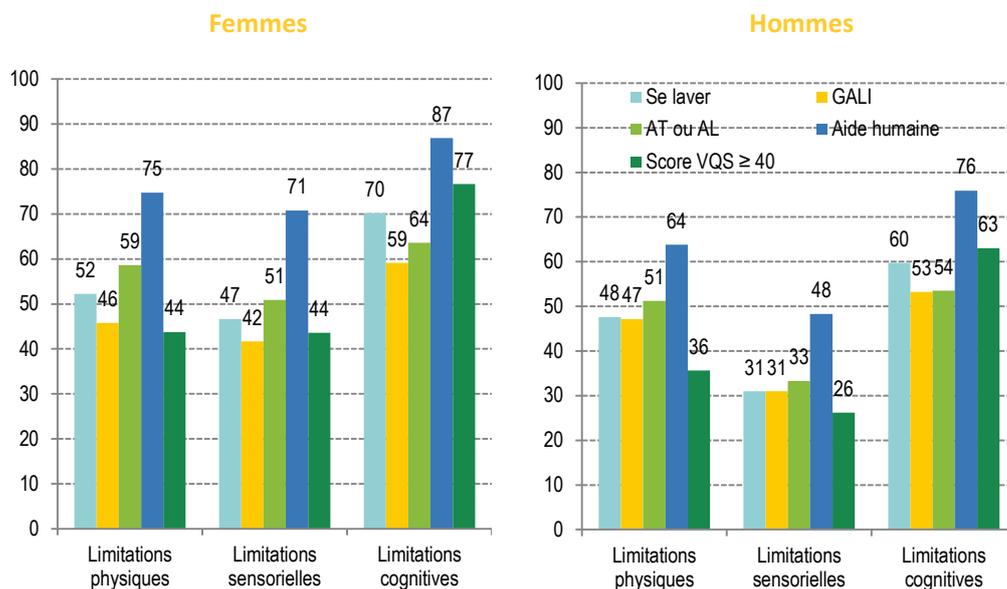


Lecture > 10 % des hommes de 60 ans ou plus ayant au moins une limitation fonctionnelle cumulent à la fois des limitations sensorielles, physiques et cognitives.

Champ > Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile et déclarant au moins un type de limitation, France entière.

Source > Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, DREES.

➤ Graphique 5 • Répartitions des personnes déclarant des difficultés ou recevant de l'aide selon le type de limitation, par sexe



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

AT > Aides techniques pour se déplacer. / **AL** > Aménagements du logement.

Lecture > Parmi les femmes de 60 ans ou plus ayant des limitations physiques, 52 % déclarent avoir des difficultés pour se laver.

Champ > Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile et déclarant au moins un type de limitation, France entière.

Source > Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, DREES.

Le graphique 5 met en relief, pour chaque type de limitation, la prévalence par sexe des difficultés ou aides déclarées. Comparativement aux autres limitations fonctionnelles, les personnes ayant des limitations cognitives ont plus souvent des difficultés pour se laver, sont plus souvent limitées dans les activités (GALI), utilisent plus souvent une aide technique pour se déplacer ou un aménagement du logement et ont plus souvent un score VQS supérieur à 40. Ces différences s'expliquent principalement par le fait que les limitations cognitives sont plus souvent combinées à d'autres limitations car elles surviennent plus tardivement. En effet, parmi les personnes ayant des limitations cognitives, 83 % ont aussi une autre limitation (contre 45 % pour les personnes ayant des limitations physiques et 61 % pour les personnes ayant des limitations sensorielles).

La difficulté pour se laver est très présente chez les seniors ayant des limitations fonctionnelles, quelle que soit la limitation fonctionnelle déclarée. En effet, cette activité nécessite la réalisation de différents gestes : se baisser, lever les bras, etc. Lorsque la personne ne peut pas les réaliser, cela provoque une gêne pour la réalisation de l'activité « se laver », et entraîne un besoin d'aide potentiel.

Il est à souligner également que les hommes déclarant des limitations physiques ont plus souvent des difficultés pour se laver, sont plus souvent limités dans les activités (GALI), utilisent plus souvent une aide technique pour se déplacer ou un aménagement du logement et ont plus souvent un score VQS supérieur à 40 que ceux déclarant des

limitations sensorielles. Le même phénomène s’observe pour les femmes mais de façon moins prononcée. Par exemple, 64 % des hommes déclarant une limitation physique disent recourir à une aide humaine, contre 48 % de ceux ayant une limitation sensorielle ; l’écart est plus faible chez les femmes (75 % contre 71 %).

➤ **Tableau 2 • Part des personnes déclarant des difficultés ou recevant de l’aide selon le nombre de limitations, par sexe**

		Femmes			Hommes		
		Parmi celles qui ont...			Parmi ceux qui ont...		
		1 LF	2 LF	3LF	1 LF	2 LF	3LF
% de personnes ayant...	... des difficultés pour se laver	31 %	62 %	84 %	24 %	51 %	78 %
	... des limitations dans les activités (GALI)	28 %	53 %	74 %	26 %	48 %	71 %
	... des aides techniques pour se déplacer ou des aménagements du logement	41 %	63 %	78 %	30 %	51 %	71 %
	... de l’aide humaine	61 %	83 %	93 %	43 %	69 %	86 %
	... un score VQS ≥40	20 %	59 %	91 %	12 %	45 %	82 %

GALI > *Global Activity Limitation Indicator*, ou « indicateur de limitations d’activité générales ». **LF** > limitation(s) fonctionnelle(s).

Lecture > Parmi les femmes de 60 ans ou plus ayant 3 types de limitations, 93 % déclarent recevoir de l’aide humaine (professionnelle ou de l’entourage).

Champ > Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile et déclarant au moins un type de limitation, France entière.

Source > Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, DREES.

Le tableau 2 présente le pourcentage de personnes ayant des restrictions d’activité (se laver et GALI), utilisant des aides techniques pour se déplacer ou des aménagements du logement, ayant recours à de l’aide humaine et ayant un score VQS supérieur ou égal à 40 selon le nombre de limitations rencontrées par les personnes âgées.

Le cumul des limitations s’accompagne d’une plus grande prévalence des difficultés pour se laver, des limitations dans les activités (GALI), de l’utilisation d’aides techniques pour se déplacer et d’aménagement du logement et du recours à l’aide humaine – que ce soit pour les femmes ou pour les hommes. Par exemple, la prévalence des difficultés pour se laver est multipliée par plus de 2,5 entre les femmes n’ayant qu’un type de limitation et celles en ayant trois.

À nombre de limitations équivalent, les femmes déclarent plus souvent des difficultés pour se laver, utilisent plus souvent des aides techniques pour se déplacer ou des aménagements du logement et ont recours plus souvent à de l’aide humaine que les hommes. Les écarts peuvent être élevés. Parmi les femmes ayant une ou deux limitations, le pourcentage de femmes utilisant une aide technique pour se déplacer ou un aménagement du logement est supérieur de 10 points de pourcentage à celui des hommes.

➤ 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; Verbrugge, L. and A. Jette, 1994; World Health Organization, 2001). Nous mesurons :

1. les maladies potentiellement invalidantes, 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 des maladies 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.

On s'intéresse, en complément :

4. aux aides techniques utilisées pour compenser les limitations fonctionnelles liées à la mobilité ;
5. à l'aide humaine, fournie par une personne de l'entourage ou un professionnel, utilisée pour compenser les restrictions d'activité.

Ces différentes dimensions sont résumées dans le graphique 1 proposé par Sieurin, Cambois et Robine (2011).

Les maladies potentiellement invalidantes sont mesurées par la question : « *La personne a-t-elle une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?* ».

Les limitations fonctionnelles peuvent ou non conduire à des restrictions dans les activités quotidiennes. L'utilisation d'aides techniques ou d'aménagement du logement 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* » (dans VQS 2014), « *voir nettement le visage de quelqu'un à l'autre bout d'une pièce* » (dans VQS 2007), « *voir les caractères ordinaires d'un article de journal* » (dans VQS 2007), « *entendre une conversation avec plusieurs personnes* » (dans VQS 2007 et 2014). 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 (dans VQS 2007 et 2014) par les difficultés pour « *monter et descendre des escaliers et marcher sur 500 mètres* », « *se pencher et ramasser un objet* », « *se servir de ses mains et de ses doigts* » et « *lever le bras* ». 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 ou comportementales sont mesurées par les difficultés pour « *se concentrer plus de 10 minutes* », « *se souvenir des choses importantes* », « *résoudre les problèmes de la vie quotidienne* » et « *se faire comprendre des autres et comprendre les autres* ». Les difficultés pour « *prendre des initiatives dans la vie quotidienne* » et « *parler* », uniquement présentes dans VQS 2007, 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 « *beaucoup de difficultés* » ou « *ne pas [pouvoir faire] du tout* » au moins une de ces activités.

En 2014, les aides techniques sur lesquelles porte l'enquête concernent uniquement les déplacements et sont identifiées grâce à la question : « *En raison d'un problème de santé, d'un handicap, ou de son âge, [la personne] utilise-t-elle régulièrement une aide technique pour se déplacer (canne, déambulateur, fauteuil roulant) ?* » (« *En raison d'un problème de santé ou d'un handicap, utilise-t-elle régulièrement une prothèse, un appareillage ou une aide technique ?* » en 2007). En 2014, les aménagements du logement sont identifiés grâce à la question : « *En raison d'un problème de santé, d'un handicap, ou de son âge, [la personne] utilise-t-elle des équipements ou aménagements de son logement (barre d'appui, douche adaptée, élargissement des portes...)?* » (« *En raison d'un problème de santé ou*

d'un handicap, des aménagements du logement ont-ils été réalisés pour cette personne ? » en 2007). Le changement de la formulation de ces questions entre VQS 2007 et VQS 2014 ne permet pas de les comparer.

Katz et al., 1963 proposent différentes activités élémentaires (ADL, pour *activities of daily living*, c'est-à-dire « activités de la vie quotidienne ») avec lesquelles mesurer les restrictions d'activité : « faire sa toilette », « se nourrir », « s'habiller », « se coucher/se lever », « aller aux toilettes ». Seule l'ADL « faire sa toilette » est présente dans VQS 2014. Cette ADL capte bien à elle seule l'ensemble des autres ADL. Généralement peu fréquentes, les restrictions ADL représentent les formes les plus sévères d'incapacité approchant la notion de dépendance ; les personnes concernées par ces difficultés ont besoin de l'aide d'une tierce personne au quotidien. Nous retenons donc le fait de ressentir au moins un peu de difficulté sur cette restriction d'activité.

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 beaucoup de difficultés. Cet indicateur ne s'attachant pas à un type précis d'activité, il permet d'identifier des formes plus diverses de restrictions d'activité. Il est à noter que la formulation du GALI dans VQS 2007 était différente : « La personne est-elle limitée dans les activités qu'elle peut faire en raison d'un problème de santé ? ».

Les aides humaines sont mesurées grâce aux questions : « En raison d'un problème de santé, d'un handicap, ou de son âge, la personne reçoit-elle l'aide de professionnels (infirmier, aide-ménagère...) dans la vie quotidienne ? » et « En raison d'un problème de santé, d'un handicap, ou de son âge, reçoit-elle l'aide de proches (conjoint, famille, ami...) dans la vie quotidienne ? ». Nous retenons donc le fait de recevoir l'aide d'un professionnel ou d'un proche (regroupement des modalités « oui, un peu » et « oui, beaucoup »). Le changement de la formulation entre VQS 2007 et VQS 2014 ne permet pas de les comparer.

Par ailleurs, un indicateur synthétique de dépendance est calculé : le score VQS [voir l'encadré 1 « Méthodologie des enquêtes VQS »].

Enfin, la mesure de l'état général de santé est utilisée : « Comment est l'état de santé général de la personne ? » Très bon / Bon / Assez bon / Mauvais / Très mauvais. Il est à noter que dans VQS 2007 la modalité centrale était « Moyen ». Pour pouvoir disposer de notions homogènes entre les réponses de 2007 et 2014 nous comparons uniquement les proportions de personnes ayant indiqué la modalité « Très mauvais »⁷.

⁷ La modalité « moyen » présente dans VQS 2007 a une connotation négative. Il est donc possible que des personnes qui auraient répondu « mauvais » au questionnaire VQS 2014, répondent aussi « moyen » au questionnaire VQS 2007. D'ailleurs, le nombre de personnes déclarant être en mauvaise ou très mauvaise santé dans VQS 2014 était 35 % plus élevé que dans VQS 2007.

Bibliographie

Amar E., Borderies F. et Leroux I., 2015, « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2014 », Document de travail, Série Statistiques, n° 200, DREES, août.

Carrère A., Haag O. et Soullier N., 2015, « Enquêtes VQS et CARE : ou comment prendre en compte le tirage d'échantillons dépendants dans le cadre du NCEE », Actes de la XII^e édition des Journées de méthodologie statistique, INSEE, avril.

Cox, B., Oyen, H. V., Cambois, E., Jagger, C., Roy, S. L., Robine, J. M., and Romieu, I., 2009. « The reliability of the minimum European health module. » *International Journal of Public Health*, 54(2), 55-60.

DREES, 2016, « Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014, Résultats départementaux », octobre.

Eghbal-Téhérani, S. et Makdessi, Y., 2011, « Les estimations GIR dans les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009, Méthodes de calcul, intérêts et limites d'une estimation en population générale », Document de travail n° 26, Série Sources et Méthodes, DREES, septembre.

Katz, S., 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.

Midy, L., 2009, « Limitations dans les activités et sentiment de handicap ne vont pas forcément de pair », *Insee Première*, 1254, août.

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

Ramos-Gorand M., 2016, « Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain - Entre contraintes et expression du choix des personnes âgées », *Les Dossiers de la Drees*, n° 10, DREES, décembre.

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

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.

L'évolution des incapacités et de la dépendance depuis 2007

Amélie Carrère

En France, le nombre de personnes âgées et très âgées ne cesse d'augmenter (Blanpain et Buisson, 2016). La proportion d'individus de 65 ans ou plus a augmenté de près de quatre points de pourcentage entre 1990 et 2013. Cette évolution peut s'expliquer d'une part, par l'arrivée des générations nombreuses des « baby boomers » aux âges élevés ; d'autre part, par l'accroissement de l'espérance de vie à 60 ans. Celle-ci a augmenté de 1 année pour les femmes (respectivement 1,3 année pour les hommes) entre 2006 et 2014 (Bellamy et Beaumel, 2017). L'augmentation de la population âgée devrait continuer au moins jusqu'en 2070 selon les projections de l'INSEE.

Or, cette population âgée a un plus grand risque de devenir dépendante. Dos Santos et Makdessi (2010) estiment, à partir des données de l'enquête Handicap-Santé et grâce à une analyse statistique multifactorielle, que 3,3 % des 60-79 ans sont dépendants ou fortement dépendants contre 13,7 % chez les 80 ans ou plus. Si le risque reste stable, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait augmenter. On constate, par exemple, que le nombre de bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) augmente depuis 2010 (Amar, Borderies et Leroux 2015 ; Borderies et Trespeux 2015 ; Borderies et Trespeux 2014, Borderies et Trespeux 2013 ; Borderies et Trespeux 2012 ; Bérardier et Clément 2011)⁸ et, d'après les dernières projections disponibles, il devrait être multiplié par deux entre 2010 et 2060 (Lecroart, Froment, Marbot et Roy 2013). Par ailleurs, les femmes, par leur plus grande longévité, sont plus exposées au risque de devenir dépendantes, et vivent bien plus d'années que les hommes avec des limitations fonctionnelles (Sieurin, Cambois et Robine 2011).

Connaître l'évolution de la dépendance représente ainsi un enjeu de politique publique important. Cette connaissance était à ce titre un objectif du groupe de travail « Perspectives démographiques et financières de la dépendance » dans le cadre du débat national sur la dépendance mené en 2011. Or, ce groupe de travail avait constaté, à l'époque, qu'il « ne disposait pas de tendances claires sur la période longue de l'évolution de la dépendance à chaque âge ».

Les enquêtes VQS 2007 et 2014 ont l'avantage d'avoir un questionnaire comparable, bien que court, ainsi qu'un mode de collecte proche. Leur champ géographique est identique, celui des individus vivant à domicile en France entière hors Mayotte. Le champ d'âge est différent mais la taille de l'échantillon VQS 2007 offre la possibilité de faire des estimations

⁸ http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,371,375

fiables sur le champ réduit des 60 ans ou plus [voir encadré 1 du premier article de ce Dossier de la DREES].

Cet article vise à estimer l'évolution de la dépendance entre ces deux enquêtes et à identifier les évolutions des inégalités par sexe et par âge.

Une baisse des incapacités et de la dépendance entre 2007 et 2014 à domicile

Baisse du nombre de personnes ayant des incapacités et hausse du nombre de personnes ayant un état de santé dégradé

Entre 2007 et 2014, le nombre de personnes ayant des incapacités ou dépendantes a diminué pour la plupart des définitions retenues⁹ [voir annexe 1]. Un indicateur synthétique de la dépendance est calculé grâce à différentes questions des questionnaires des enquêtes VQS 2007 et 2014 : le score VQS. La méthode de calcul du score VQS a évolué entre les enquêtes VQS 2007 et 2014 car le champ d'enquête ainsi que les questions mobilisées ne sont pas identiques (Carrère A., Haag O. et Soullier N., 2015). Un autre score a été calculé pour comparer les deux enquêtes. Il est construit à partir des variables communes aux deux enquêtes. Pour construire ce nouveau score, une régression linéaire du score VQS 2014 sur les variables VQS 2007 qui sont identiques à 2014 a été réalisée. Le nouveau score correspond à la somme de ces variables pondérées des coefficients issus de la régression. Il peut donc être calculé de façon identique à partir des questions de 2007 et 2014. Les individus ayant un score VQS supérieur ou égal à 40 sont considérés comme dépendants¹⁰. Le nombre de personnes ayant un score VQS supérieur ou égal à 40 a légèrement diminué entre 2007 et 2014 : 1 380 600 individus de 60 ans ou plus avaient un score VQS supérieur à 40 en 2007 contre 1 377 900 en 2014, soit une baisse de 0,2 %. En 2007, 4 175 400 personnes de 60 ans ou plus déclaraient au moins une limitation fonctionnelle contre 4 104 800 en 2014, soit une baisse de 1,7 % en sept ans. Le seul type de limitations fonctionnelles pour lequel l'effectif a augmenté entre 2007 et 2014 est la limitation fonctionnelle physique : 3 080 800 individus de 60 ans ou plus en 2007 contre 3 095 600 individus de 60 ans ou plus en 2014. Le nombre de personnes déclarant une limitation sensorielle a diminué de 7,3 %. La baisse du nombre de personnes ayant des limitations cognitives est équivalente (7,1 %) : 1 250 200 personnes de 60 ans ou plus en 2007 contre 1 161 100 en 2014. Le nombre de personnes ayant des limitations d'activité générales, mesurées par la question « GALI »¹¹, est celui qui a le plus diminué au cours des sept années séparant les deux enquêtes : -24,9 %. Cette baisse est toutefois probablement due au changement dans la formulation de la question entre les enquêtes VQS 2007 et 2014 [voir encadré 2 du premier article de ce Dossier]. À l'inverse, le nombre de personnes

⁹ Les indicateurs retenus pour la comparaison entre les enquêtes 2007 et 2014 sont : avoir une maladie chronique, être en très mauvais état de santé, avoir au moins une limitation fonctionnelle, avoir au moins une limitation physique, avoir au moins une limitation sensorielle, avoir au moins une limitation cognitive, avoir un score VQS supérieur à 40, être limité dans les activités (GALI).

¹⁰ Le seuil de 40 a été choisi de manière à s'approcher au mieux du critère « GIR ». Dans l'enquête Handicap-Santé Ménages de 2008, les individus ayant un score VQS supérieur ou égal à 40 sont majoritairement des individus dépendants (GIR 1-4).

¹¹ *Global Activity Limitation Indicator*, ou « indicateur de limitations d'activité générales ».

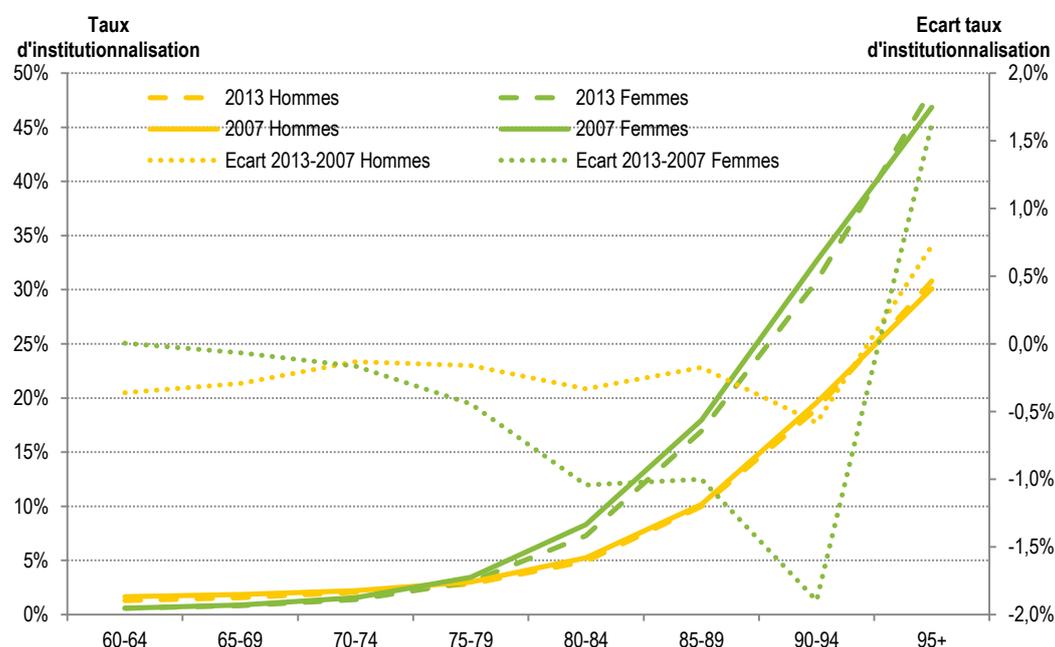
déclarant une maladie chronique a augmenté de 8,9 % passant de 7 381 900 individus en 2007 à 8 037 400 en 2014 et le nombre de personnes se déclarant en très mauvaise santé a augmenté de 1,8 % : 271 400 en 2007 contre 276 300 en 2014.

Baisse de toutes les prévalences

Le nombre de personnes âgées ayant augmenté entre 2007 et 2014 (Blanpain et Buisson 2016), la prévalence des incapacités et de la dépendance a diminué pour la plupart des indicateurs retenus, même pour les indicateurs sur l'état de santé [voir annexe 2]. L'augmentation du nombre de personnes ayant une maladie chronique ou déclarant être en très mauvaise santé est donc principalement un effet « volume » plutôt qu'un effet « risque ».

Ces évolutions à la baisse de la prévalence à domicile de l'incapacité ne sont pas expliquées par un accroissement du nombre de personnes en institution. En effet, le taux de personnes en institution par tranche d'âge a diminué entre 2007 et 2013¹² pour toutes les tranches d'âge excepté celle des 95 ans ou plus [voir graphique 6]. En supposant que les personnes en institution sont plus dépendantes, l'impact de l'évolution du taux de ces personnes en institution – si impact il y avait – devrait donc a priori être plutôt une augmentation de la dépendance à domicile entre 2007 et 2014.

➤ **Graphique 6 • Taux d'institutionnalisation par âge quinquennal en 2007 et 2013 chez les femmes et les hommes**



Lecture > 33 % des femmes de 90 à 94 ans résidaient dans un service de moyen ou long séjour, une maison de retraite, un foyer ou une résidence sociale en 2007, contre 31 % en 2013.

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

Source > Insee, RP 2007-2013 exploitation principale. Calculs DREES.

¹² Les données du recensement de la population 2014 ne sont pas encore disponibles à ce jour.

Baisse de la plupart des prévalences à structure par sexe et âge constante

Pour neutraliser l'effet de l'évolution de la structure de la population entre 2007 et 2014, nous estimons les prévalences en standardisant la structure par âge¹³ et par sexe de 2007 sur celle qui prévalait en 2014. Cette standardisation permet de raisonner comme si la structure par âge et sexe n'avait pas évolué entre 2007 et 2014 et donc d'estimer la véritable variation du risque moyen d'être dépendant à sexe et âge donnés.

En standardisant sur la structure par âge et sexe de 2014, la diminution de la prévalence de la dépendance entre 2007 et 2014 est amoindrie mais perdure. Cette standardisation révèle que les risques de devenir dépendant ont diminué ou sont restés stables entre 2007 et 2014 pour tous les indicateurs, que ce soit chez les plus jeunes (60-74 ans), femmes ou hommes [voir graphique 7] ou chez les plus âgés (75 ans ou plus), femmes ou hommes [voir graphique 8]. Le seul indicateur qui semble augmenter est celui des maladies chroniques pour les hommes de 60-74 ans. Cependant, l'écart entre 2007 et 2014 n'est pas statistiquement significatif (au seuil de 5 %).

La proportion de personnes ayant un score VQS supérieur ou égal à 40 diminue de 0,8 point de pourcentage entre 2007 et 2014 chez les femmes de 60-74 ans. Chez les hommes du même âge, la différence entre 2007 et 2014 n'est pas significative. Pour les individus de 75 ans ou plus, la prévalence de cet indicateur diminue respectivement de 3,0 points de pourcentage pour les femmes, contre 2,4 points de pourcentage pour les hommes.

Entre 2007 et 2014, la prévalence des limitations fonctionnelles a diminué de 4,3 points de pourcentage chez les femmes de 60-74 ans, passant ainsi de 20,6 % en 2007 (si la structure par âge et sexe de 2007 était la même que celle de 2014) à 16,3 % en 2014. Chez les hommes de 60-74 ans, l'écart en points de pourcentage est plus faible (-2,5) mais la baisse de la prévalence observée entre 2007 et 2014 reste significative au seuil de 5 %. Chez les 75 ans ou plus, l'écart entre 2007 et 2014 de la prévalence est de respectivement -3,7 points de pourcentage chez les femmes et -3,2 points de pourcentage chez les hommes.

Les limitations sensorielles sont les limitations fonctionnelles qui ont le plus diminué entre 2007 et 2014 chez les individus de 75 ans ou plus, que ce soit chez les femmes ou chez les hommes (en points de pourcentage). En effet, chez les femmes, la prévalence standardisée était de 24,8 % en 2007 contre 21,3 % en 2014 (-3,5) ; chez les hommes, elle était de 24,5 % en 2007 contre 21,3 % en 2014 (-3,2).

En 2014, la prévalence des limitations physiques était de 12,5 % chez les femmes de 60-74 ans. Si la structure par âge et sexe en 2007 avait été la même que celle de 2014, la prévalence en 2007 aurait été de 15,2 %, soit un écart de -2,7 points de pourcentage chez les femmes de 60-74 ans. La baisse entre 2007 et 2014 de la prévalence standardisée des limitations physiques est plus faible chez les hommes de 60-74 ans (-0,8 point de pourcentage) ; elle passe de 11,4 % à 10,6 %. Chez les 75 ans ou plus, l'écart entre 2007 et 2014 de la prévalence standardisée des limitations physiques est de respectivement

¹³ La structure par âge fin et sexe des individus de 60 ans ou plus résidant à domicile en 2014 en France est estimée grâce à l'enquête VQS 2014. Les âges supérieurs ou égaux à 103 ans sont regroupés.

-2,8 points de pourcentage chez les femmes et -2,5 points de pourcentage chez les hommes.

La proportion de personnes déclarant au moins une limitation cognitive diminue de 1,6 point de pourcentage entre 2007 et 2014 chez les femmes de 60-74 ans. Chez les hommes du même âge, la différence entre 2007 et 2014 est de 0,9 point de pourcentage. Pour les individus de 75 ans ou plus, la prévalence de cet indicateur diminue respectivement de 2,6 points de pourcentage pour les femmes, contre 1,6 point de pourcentage pour les hommes.

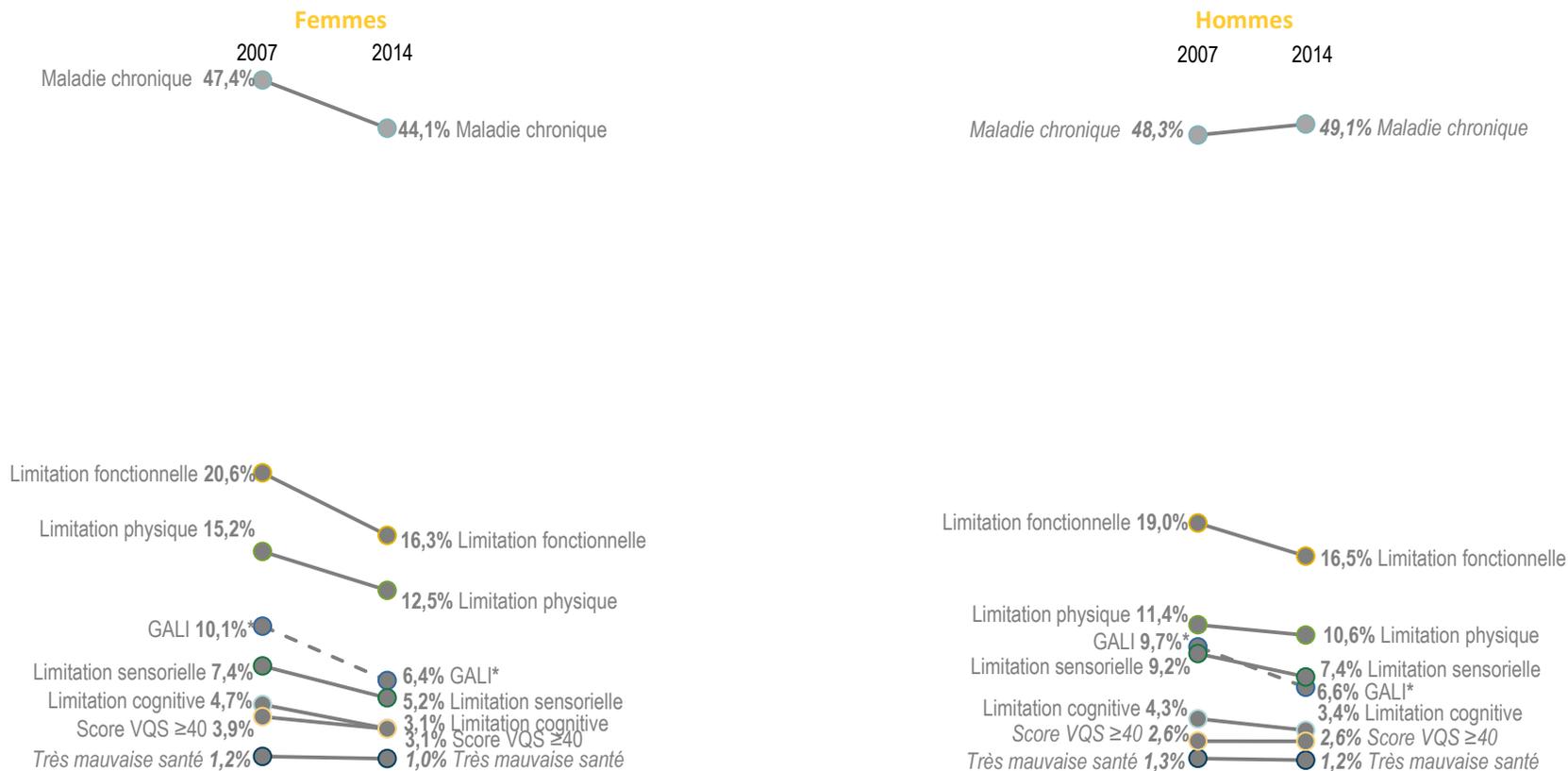
Les proportions d'individus ayant déclaré être en très mauvaise santé sont restées stables entre 2007 et 2014 (écarts non significatifs au seuil de 5 %), que ce soit chez les femmes de 60-74 ans ou de 75 ans ou plus ou chez les hommes de 60-74 ans ou de 75 ans ou plus.

Ainsi, le risque de dépendance, à âge donné, a dans l'ensemble diminué que ce soit chez les femmes de 60-74 ans ou de 75 ans ou plus ou chez les hommes de 60-74 ans ou de 75 ans ou plus.

Les prévalences des incapacités constituent l'un des éléments du calcul des espérances de vie « sans incapacité » (EVS) ou « en bonne santé » – en complément de la mortalité à chaque âge. Ces espérances de vie n'ont pas ici été calculées, car cela n'est pas l'objet de cet article. La diminution des prévalences des incapacités parmi les personnes âgées vivant à domicile donne cependant une indication du fait que ces espérances de vie à 60 ans ont vraisemblablement augmenté au cours de la période, confirmant un scénario de compression des incapacités – c'est-à-dire un scénario dans lequel la durée de vie sans incapacité s'accroît plus rapidement que la durée de vie totale. Ceci est concordant avec les données d'Eurostat en France¹⁴ : la proportion d'années de vie sans incapacité à 65 ans était pour les femmes, de 43,2 % en 2007 et 44,7 % en 2014 ; respectivement 48,6 % et 52,9 % pour les hommes.

¹⁴ Voir http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_hlye&lang=en, EVS calculées à partir de la question GALI dans l'enquête SRCV, échantillon français de l'enquête EU-SILC.

➤ Graphique 7 • Prévalences chez les 60-74 ans, comparaison VQS 2007 et 2014, standardisation des structures par âge et sexe (référence=2014)



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

* > La formulation de la question GALI ayant été modifiée entre VQS 2007 et VQS 2014, une partie de la baisse de la prévalence observée entre 2007 et 2014 est probablement due à ce changement.

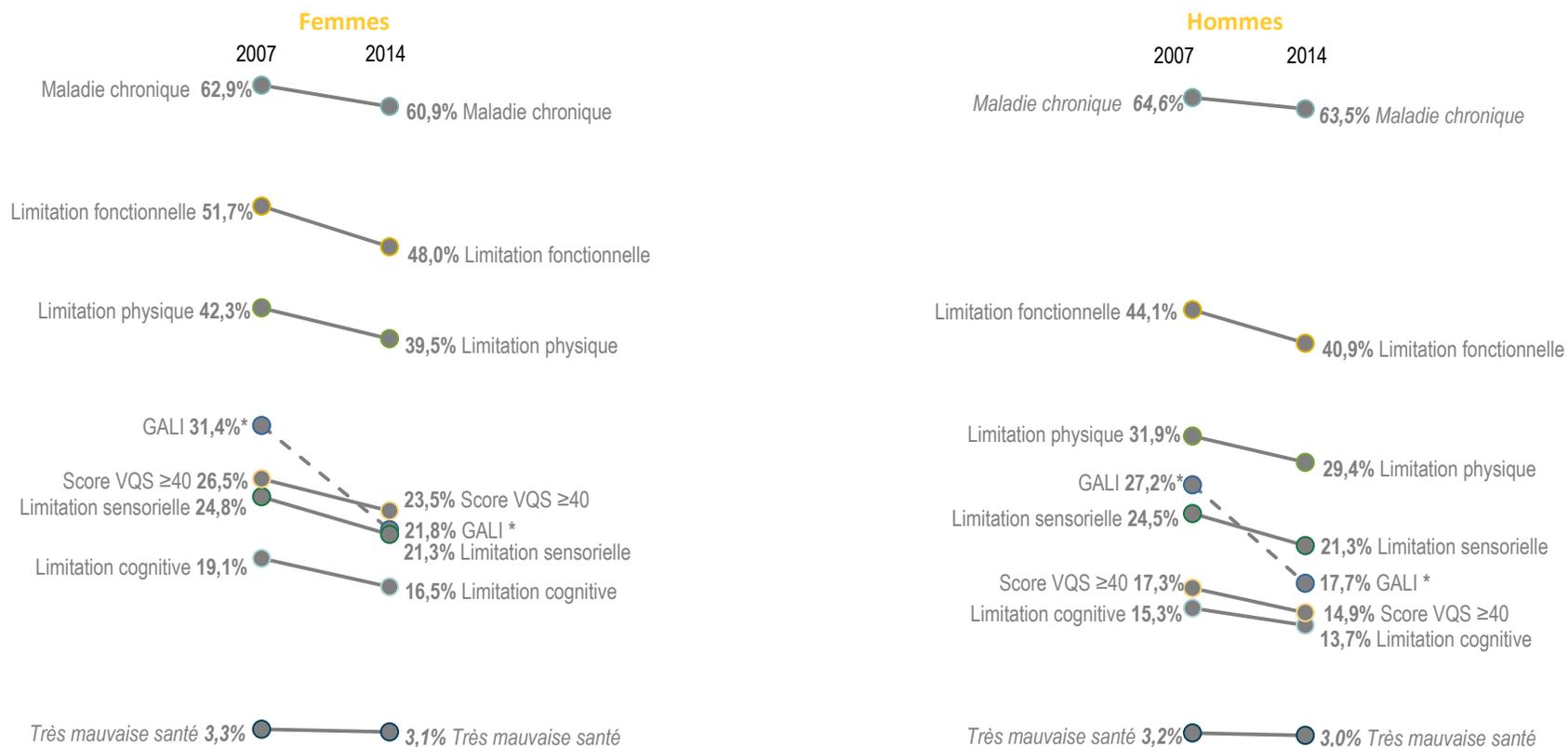
Italique > Différence non significative au seuil de 5 %.

Lecture > La prévalence des limitations physiques chez les femmes de 60-74 ans est passée de 15,2 % en 2007 (à structure par âge fin et sexe de 2014) à 12,5 % en 2014.

Champ > Individus de 60-74 ans résidant à domicile, France entière.

Sources > Enquêtes Vie quotidienne et santé (VQS) 2007-2014, INSEE-DREES.

➤ Graphique 8 • Prévalences chez les 75 ans ou plus, comparaison VQS 2007 et 2014, standardisation des structures par âge et sexe (référence=2014)



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

* > La formulation de la question GALI ayant été modifiée entre VQS 2007 et VQS 2014, une partie de la baisse de la prévalence observée entre 2007 et 2014 est probablement due à ce changement.

Italique > Différence non significative au seuil de 5 %.

Lecture > La prévalence des limitations physiques chez les hommes de 75 ans ou plus est passée de 31,9 % en 2007 (à structure par âge fin et sexe de 2014) à 29,4 % en 2014.

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

Sources > Enquêtes Vie quotidienne et santé (VQS) 2007-2014, INSEE-DREES.

Des évolutions différentes des inégalités entre sexes selon l'âge

Afin d'identifier les variations d'inégalités entre sexes, nous comparons les rapports de prévalence (femmes / hommes) de 2007 et 2014.

Dans un premier temps, nous estimons les rapports des prévalences femmes / hommes standardisées sur l'âge¹⁵ pour chaque sexe [voir annexe 3]. En d'autres termes, nous neutralisons l'effet de l'évolution entre 2007 et 2014 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 2014.

Chez les 60-74 ans, les rapports des prévalences diminuent entre 2007 et 2014 pour tous les indicateurs. Pour certains indicateurs, le rapport des prévalences diminue pour se rapprocher d'une situation plus égalitaire. C'est le cas des limitations physiques, du score VQS supérieur ou égal à 40, des limitations fonctionnelles et de la question « GALI ». En effet, le rapport des prévalences des limitations physiques passe par exemple de 1,34 à 1,18. Ainsi la situation s'améliore, même si elle reste dans l'absolu défavorable aux femmes. Il en est de même pour le rapport des prévalences du score VQS supérieur ou égal à 40 qui diminue fortement chez les 60-74 ans. Pour cet indicateur, la prévalence des femmes de 60-74 ans était 1,5 fois plus élevée que celle des hommes en 2007. Elle est, en 2014, 1,2 fois plus élevée. Les rapports des prévalences des limitations fonctionnelles et du GALI sont restés assez stables et égalitaires entre 2007 et 2014 (rapport proche de 1). Pour d'autres indicateurs, les rapports des prévalences diminuent et deviennent défavorables aux hommes. C'est le cas des limitations cognitives et des maladies chroniques. Alors que, pour les limitations cognitives, la prévalence des femmes de 60-74 ans était 1,1 fois plus élevée que celle des hommes en 2007, elle est, en 2014, 1,1 fois moins élevée. Alors que, pour les limitations cognitives, la prévalence des femmes de 60-74 ans était équivalente à celle des hommes en 2007, elle est, en 2014, 1,1 fois moins élevée. Le rapport des prévalences de la très mauvaise santé reste stable et en défaveur des hommes. Enfin, le rapport des prévalences des limitations sensorielles diminue : le désavantage des hommes continue de se renforcer sur cet indicateur.

Chez les 75 ans ou plus, les inégalités entre sexes augmentent en défaveur des femmes pour le score VQS supérieur ou égal à 40 et la question « GALI ». La situation reste stable et inégalitaire pour les femmes pour les limitations fonctionnelles et les limitations physiques. Les inégalités diminuent pour les limitations cognitives mais restent défavorables aux femmes. Pour les autres indicateurs : limitations sensorielles, maladie chronique et très mauvaise santé, la situation reste assez égalitaire (rapport proche de 1).

Étant donné que les femmes vivent plus longtemps, elles sont plus nombreuses aux âges très élevés. Ainsi la prévalence plus forte observée chez les 75 ans ou plus tient sans doute à leur différence d'âge. Pour neutraliser cet effet longévité des femmes et identifier

¹⁵ Comme dans la sous-partie précédente, la structure par âge fin et sexe des individus de 60 ans ou plus résidant à domicile en 2014 en France est estimée grâce à l'enquête VQS 2014. Les âges supérieurs ou égaux à 103 ans sont regroupés.

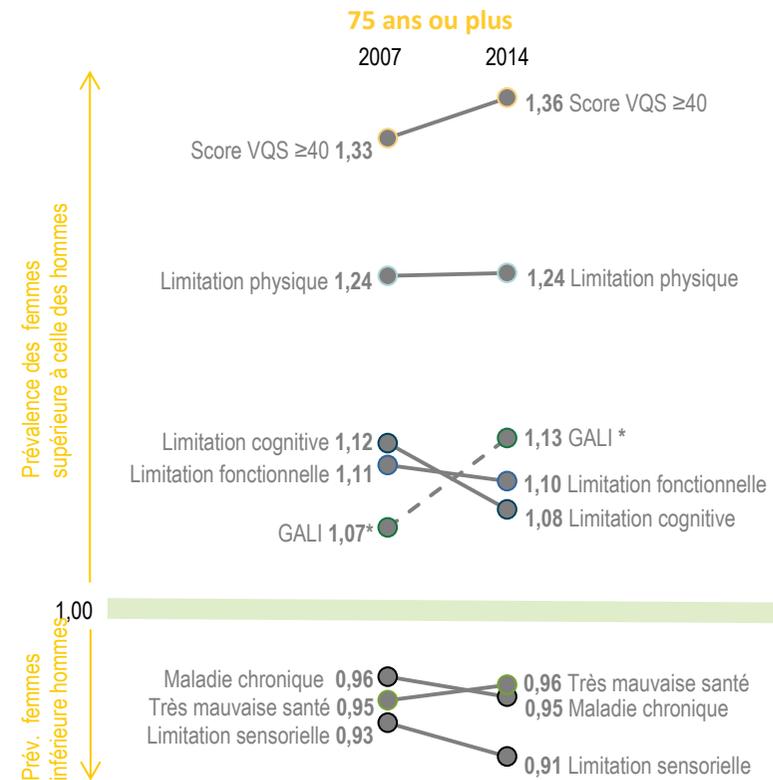
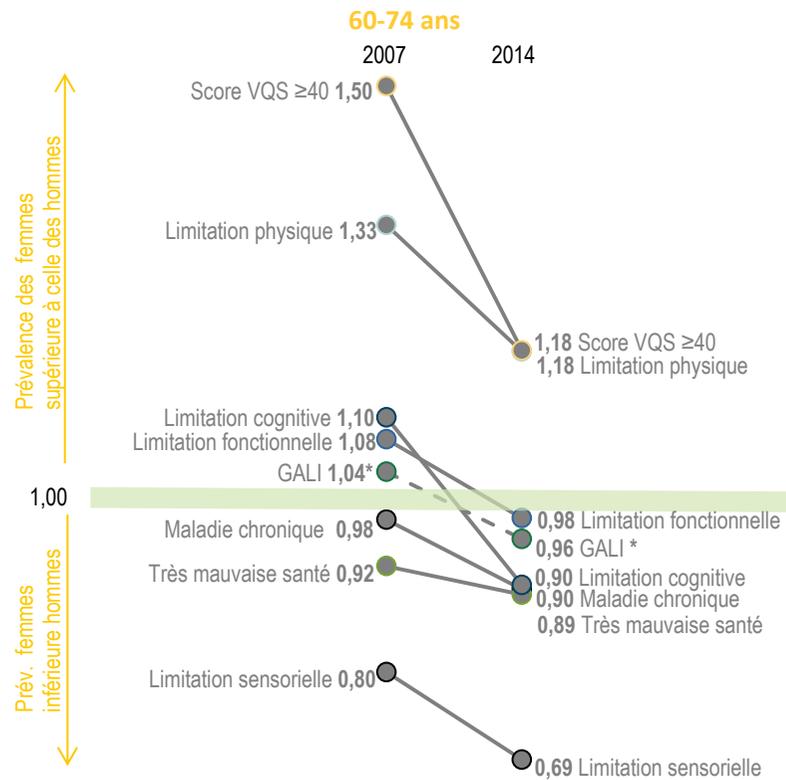
l'évolution des inégalités de risque de dépendance, nous standardisons les prévalences sur l'âge en retenant la même structure par âge pour les deux sexes. Cela permet de considérer que les femmes et les hommes sont représentés dans les mêmes proportions à chaque âge [voir graphique 9].

Chez les 60-74 ans, nous retrouvons les mêmes conclusions que précédemment car la répartition par âge fin de cette classe d'âge est identique entre les femmes et les hommes.

Chez les 75 ans ou plus, le diagnostic reste aussi globalement inchangé. Les inégalités de sexe augmentent en défaveur des femmes entre 2007 et 2014 pour le score VQS supérieur ou égal à 40 et le GALI. En effet, le rapport des prévalences du score VQS supérieur ou égal à 40 passe de 1,33 à 1,36. La situation reste stable et en défaveur des femmes pour les limitations fonctionnelles (rapport proche de 1,1) et les limitations physiques (rapport autour de 1,2). Il en est de même pour les limitations cognitives. Pour cet indicateur, la prévalence (standardisée) des femmes de 75 ans ou plus était 1,12 fois plus élevée que celle des hommes en 2007 ; en 2014, elle est 1,08 fois plus élevée. Pour les autres indicateurs : limitations sensorielles, maladie chronique et très mauvaise santé, la situation reste stable et défavorable aux hommes (le rapport est tout de même assez proche de 1).

Ainsi, le désavantage des femmes a diminué chez 60-74 ans pour la plupart des indicateurs retenus, voire même, dans certains cas, la comparaison est devenue désavantageuse pour les hommes. Pour les 75 ans ou plus, les tendances sont moins marquées. La situation semble tout de même toujours aussi défavorable pour les femmes pour la plupart des indicateurs, notamment le score VQS supérieur à 40. Cela indique que les femmes cumulent plus de limitations qu'avant (le score VQS correspondant au cumul pondéré des différentes difficultés déclarées).

➤ Graphique 9 • Rapport des prévalences femmes-hommes (femmes/hommes), comparaison VQS 2007 et 2014, standardisation des structures par âge fin (référence= 2014)



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

* > La formulation de la question GALI ayant été modifiée entre VQS 2007 et VQS 2014, une partie de la baisse de la prévalence observée entre 2007 et 2014 est probablement due à ce changement.

Lecture > Le rapport de la prévalence des limitations physiques femmes/hommes chez les 75 ans ou plus est resté stable : 1,24 en 2007 et 2014, soit un maintien du désavantage des femmes.

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

Sources > Enquêtes Vie quotidienne et santé (VQS) 2007-2014, INSEE-DREES.

Les 65-74 ans bénéficient le plus de la baisse de la prévalence des incapacités

Afin d'identifier quelles franges de la population ont bénéficié le plus de la baisse générale de la prévalence des incapacités entre 2007 et 2014, nous comparons les courbes de prévalences par âge quinquennal et sexe de 2007 et 2014 [voir annexe 4 pour les prévalences brutes et annexe 5 pour les prévalences standardisées]. Les courbes 2007 et 2014 sont assez proches, mais selon les tranches d'âge, les écarts sont plus ou moins importants.

Nous estimons le taux de variation (en %) des prévalences standardisées sur l'âge fin et le sexe entre VQS 2007 et 2014 [voir graphique 10].

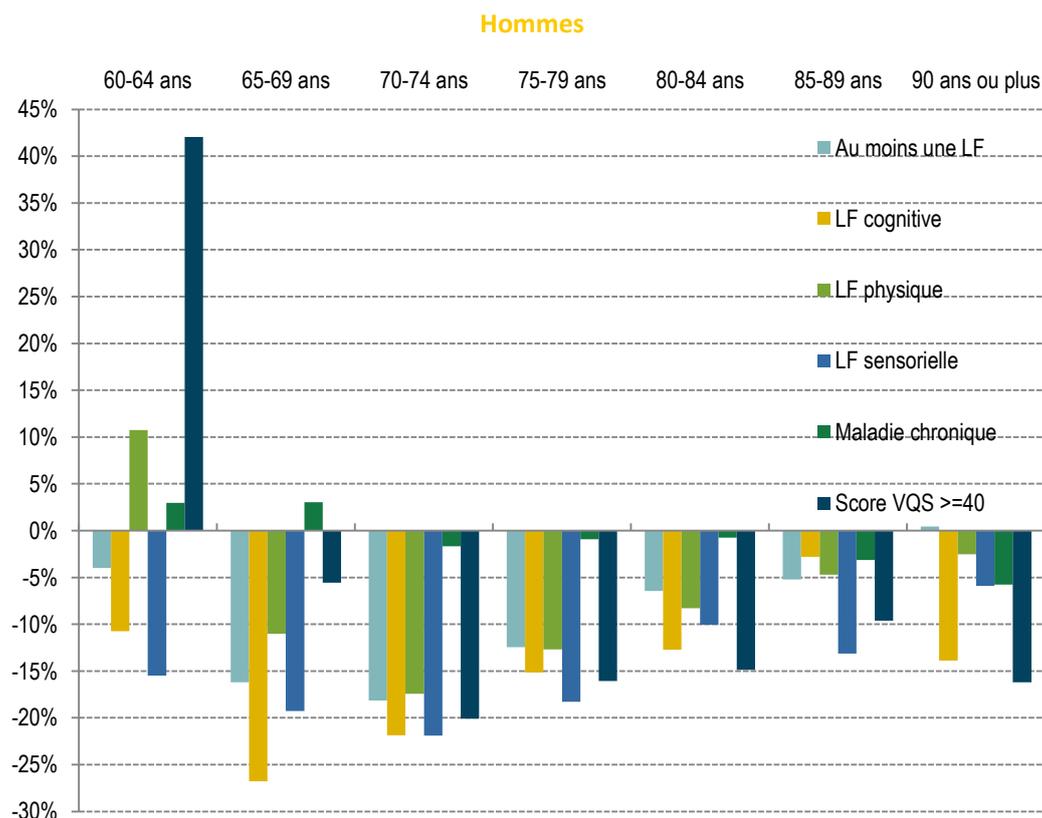
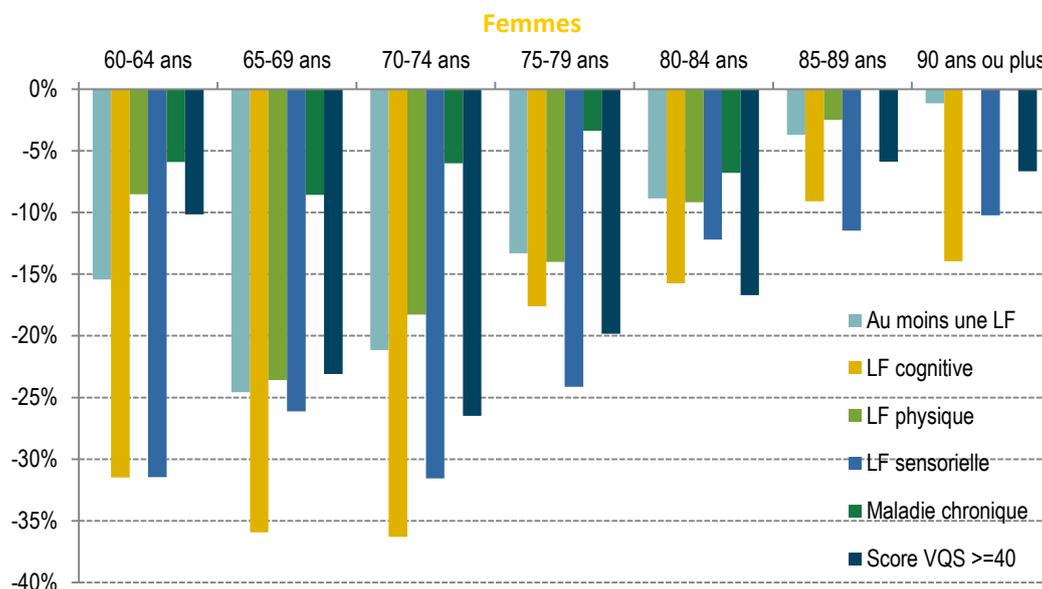
Chez les femmes, la prévalence baisse pour tous les groupes d'âge (taux de variation négatif pour tous les âges). Les groupes d'âge pour lesquels les diminutions sont de plus grande ampleur, pour quasiment tous les indicateurs (au moins une limitation fonctionnelle, au moins une limitation cognitive, au moins une limitation physique, un score VQS supérieur ou égal à 40), sont les 65-69 ans et les 70-74 ans. À l'inverse, les femmes de 85-89 ans sont celles pour lesquelles la prévalence a le moins baissé pour tous les indicateurs. La prévalence des limitations cognitives est l'indicateur qui s'est le plus amélioré (taux de variation négatif de plus grande ampleur) pour les femmes ; parmi les sept tranches d'âge considérées, il est pour cinq d'entre elles l'indicateur qui diminue le plus. La prévalence des limitations sensorielles est aussi un indicateur qui a fortement diminué entre 2007 et 2014 : la prévalence a baissé au maximum de 32 % pour les 60-64 ans et pour les 70-74 ans et au minimum de 10 % pour les 90 ans ou plus. La prévalence des maladies chroniques est à l'inverse l'indicateur qui a le moins varié entre 2007 et 2014 : le taux de croissance varie entre 0 % et -8 % selon la tranche d'âge considérée.

Contrairement à ce qui était observé chez les femmes, on constate chez les hommes des taux de variation positifs pour certains indicateurs dans certaines classes d'âge : limitations physiques pour les 60-64 ans ; maladie chronique pour les 60-64 ans et les 65-69 ans ; score VQS supérieur ou égal à 40 pour les 60-64 ans. Il s'agit toutefois de classes d'âge dans lesquelles les prévalences sont faibles, et des augmentations importantes en pourcentages peuvent ne représenter en réalité que de faibles hausses en points de pourcentage¹⁶. Par ailleurs, bien que ce soit moins marqué que pour les femmes, les groupes d'âge pour lesquels les diminutions sont de plus grande ampleur, pour quasiment tous les indicateurs (au moins une limitation fonctionnelle, au moins une limitation cognitive, au moins une limitation sensorielle), sont les 65-69 ans et les 70-74 ans. C'est majoritairement chez les 60-64 ans et chez les 85-89 ans que la prévalence a le moins diminué voire a augmenté

¹⁶ Les taux de variation ne sont en outre pas statistiquement différents de zéro au seuil de 5 % en ce qui concerne les indicateurs suivants : maladies chroniques pour les hommes (toutes les tranches d'âge) et les femmes de 85 ans ou plus ; au moins une limitation fonctionnelle pour les hommes de 60-64 ans et les hommes et les femmes de 90 ans ou plus ; au moins une limitation physique pour les hommes de 75-79 ans, et les 85 ans ou plus (hommes et femmes) ; au moins une limitation sensorielle pour les hommes de 75-79 ans et 90 ans ou plus ; au moins une limitation cognitive pour les hommes de 60-64 ans, 75-79 ans, 85-89 ans et 90 ans ou plus ; un score VQS supérieur ou égal à 40 pour les femmes de 60-64 ans, les hommes de 65-69 ans et 75-79 ans et les femmes de 85-89 ans.

entre 2007 et 2014. La prévalence des limitations cognitives et celle des limitations sensorielles se sont le plus améliorées (diminution de plus forte ampleur) pour les hommes. La prévalence des limitations sensorielles a baissé au maximum de 22 % pour les 70-74 ans et au minimum de 6 % pour les 90 ans ou plus. La prévalence des maladies chroniques est à l'inverse, comme pour les femmes, l'indicateur qui a le moins varié entre 2007 et 2014 : le taux de croissance varie entre -6 % et +3 % selon la tranche d'âge considérée.

➤ Graphique 10 • Taux de croissance des prévalences par âge quinquennal entre VQS 2007 et 2014, standardisés sur l'âge fin et le sexe, selon le sexe



LF > Limitation fonctionnelle.

Lecture > La prévalence des limitations fonctionnelles physiques a baissé de 8 % chez les femmes de 60-64 ans entre VQS 2007 et VQS 2014.

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

Sources > Enquêtes Vie quotidienne et santé (VQS) 2007-2014, INSEE-DREES.

Bibliographie

Amar E., Borderies F. et Leroux I., 2015, « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2014 », Document de travail, Série Statistiques, n° 200, DREES, août.

Bellamy V. et Beaumel C., 2017, « Bilan démographique 2016 », Insee Première, INSEE, n° 1630 – janvier.

Bérardier M. et Clément É., 2011, « L'évolution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) de 2002 à 2009 », *Études et Résultats*, DREES, n° 780, octobre.

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

Blanpain N. et Buisson G., 2016, « 21 000 centenaires en 2016 en France, 270 000 en 2070 ? », *Insee Première*, INSEE, n° 1620 – novembre.

Borderies F. et Trespeux F., 2015, « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2013 », Document de travail, Série Statistiques, n° 196, DREES, Juin.

Borderies F. et Trespeux F., 2014, « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2012 », Document de travail, Série Statistiques, n° 187, DREES, avril.

Borderies F. et Trespeux F., 2013, « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2011 », *Document de travail*, Série Statistiques, n° 176, DREES, février.

Borderies F. et Trespeux F., 2012, « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2010 », Document de travail, Série statistiques, n° 171, DREES, juillet.

Carrère A., Haag O. et Soullier N., 2015, « Enquêtes VQS et CARE : ou comment prendre en compte le tirage d'échantillons dépendants dans le cadre du NCEE », Actes de la XII^e édition des Journées de méthodologie statistique, INSEE, avril.

Dos Santos S. et Makdessi Y., 2010, « Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées », *Études et résultats*, DREES, n° 718, 8 p.

Groupe de travail « Perspectives démographiques et financières de la dépendance », juin 2011, Modérateur : Jean-Michel Charpin ; Rapporteur : Cécile Tlili.

Lacroart 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.

Sieurin A., Cambois E., Robine J.M., 2011, « Les espérances de vie sans incapacité en France : Une tendance récente moins favorable que dans le passé », Document de travail, n° 170, INED, janvier.

Annexes

Annexe 1. Évolution des effectifs de personnes en incapacités ou dépendantes entre 2007 et 2014 sans standardisation.

Évolution des incapacités et de la dépendance entre 2007 et 2014, par tranche d'âge

	60-74 ans			75 ans ou plus		
	2007	2014	Évolution 2007-2014	2007	2014	Évolution 2007-2014
Score VQS ≥ 40	290 000	284 600	-1,9 %	1 090 600	1 093 300	0,2 %
Limitations fonctionnelles	1 704 500	1 647 800	-3,3 %	2 470 900	2 457 100	-0,6 %
Limitations physiques	1 155 900	1 166 200	0,9 %	1 924 900	1 929 500	0,2 %
Limitations sensorielles	707 400	626 900	-11,4 %	1 221 700	1 160 800	-5,0 %
Limitations cognitives	390 600	324 900	-16,8 %	859 600	836 200	-2,7 %
GALI*	853 100	652 100	-23,6 %	1 477 300	1 097 000	-25,7 %
Maladie chronique	4 043 900	4 667 300	15,4 %	3 338 000	3 370 000	1,0 %
Très mauvaise santé	105 300	109 900	4,4 %	166 100	166 300	0,2 %

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

* > La formulation de la question GALI ayant été modifiée entre VQS 2007 et VQS 2014, une partie de la baisse de la prévalence observée entre 2007 et 2014 est probablement due à ce changement.

Lecture > En 2007, 1 704 500 individus de 60-74 ans ont déclaré avoir des limitations fonctionnelles, contre 1 647 800 en 2014, soit une augmentation de 0,9 %.

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

Sources > Enquêtes Vie quotidienne et santé (VQS) 2007-2014, INSEE-DREES.

Évolution des incapacités et de la dépendance entre 2007 et 2014, par tranche d'âge, chez les femmes

	60-74 ans			75 ans ou plus		
	2007	2014	Évolution 2007-2014	2007	2014	Évolution 2007-2014
Score VQS ≥ 40	185 500	162 600	-12,4 %	775 600	773 600	-0,3 %
Limitations fonctionnelles	945 800	864 900	-8,6 %	1 608 900	1 577 700	-1,9 %
Limitations physiques	700 900	665 400	-5,1 %	1 308 800	1 297 500	-0,9 %
Limitations sensorielles	341 500	274 900	-19,5 %	748 700	702 000	-6,2 %
Limitations cognitives	220 000	163 700	-25,6 %	569 800	542 600	-4,8 %
GALI*	461 300	338 000	-26,7 %	957 000	716 500	-25,1 %
Maladie chronique	2 136 800	2 341 700	9,6 %	2 037 200	2 004 200	-1,6 %
Très mauvaise santé	54 700	55 100	0,7 %	103 500	101 300	-2,1 %

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

* > La formulation de la question GALI ayant été modifiée entre VQS 2007 et VQS 2014, une partie de la baisse de la prévalence observée entre 2007 et 2014 est probablement due à ce changement.

Lecture > En 2007, 945 800 femmes de 60-74 ans ont déclaré avoir des limitations fonctionnelles, contre 864 900 en 2014, soit une baisse de 8,6 %.

Champ > Femmes de 60 ans ou plus résidant à domicile, France entière.

Sources > Enquêtes Vie quotidienne et santé (VQS) 2007-2014, INSEE-DREES.

Évolution des incapacités et de la dépendance entre 2007 et 2014, par tranche d'âge, chez les hommes

	60-74 ans			75 ans ou plus		
	2007	2014	Évolution 2007-2014	2007	2014	Évolution 2007-2014
Score VQS ≥ 40	104 500	122 000	16,8 %	315 000	319 700	1,5 %
Limitations fonctionnelles	758 700	782 900	3,2 %	862 000	879 400	2,0 %
Limitations physiques	455 000	500 800	10,1 %	616 200	632 000	2,6 %
Limitations sensorielles	365 900	352 000	-3,8 %	473 000	458 800	-3,0 %
Limitations cognitives	170 600	161 200	-5,5 %	289 800	293 600	1,3 %
GALI*	391 800	314 200	-19,8 %	520 400	380 500	-26,9 %
Maladie chronique	1 907 100	2 325 600	21,9 %	1 300 800	1 365 800	5,0 %
Très mauvaise santé	50 600	54 900	8,4 %	62 600	65 000	3,9 %

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

* > La formulation de la question GALI ayant été modifiée entre VQS 2007 et VQS 2014, une partie de la baisse de la prévalence observée entre 2007 et 2014 est probablement due à ce changement.

Lecture > En 2007 758 700 hommes de 60-74 ans ont déclaré avoir des limitations fonctionnelles, contre 782 900 en 2014, soit une augmentation de 3,2 %.

Champ > Hommes de 60 ans ou plus résidant à domicile, France entière.

Sources > Enquêtes Vie quotidienne et santé (VQS) 2007-2014, INSEE-DREES.

Annexe 2. Évolution de la prévalence des incapacités et de la dépendance entre 2007 et 2014 sans standardisation.

Évolution des incapacités et de la dépendance entre 2007 et 2014, par tranche d'âge

	60-74 ans			75 ans ou plus		
	2007	2014	Écart 2007-2014	2007	2014	Écart 2007-2014
Score VQS ≥ 40	3,5 %	2,8 %	-0,6	20,8 %	20,1 %	-0,7
Limitations fonctionnelles	20,3 %	16,4 %	-3,8	46,8 %	45,2 %	-1,6
Limitations physiques	13,7 %	11,6 %	-2,1	36,4 %	35,5 %	-1,0
Limitations sensorielles	8,4 %	6,2 %	-2,2	23,1 %	21,3 %	-1,8
Limitations cognitives	4,6 %	3,2 %	-1,4	16,3 %	15,4 %	-0,9
GALI*	10,1 %	6,5 %	-3,6	28,0 %	20,2 %	-7,8
Maladie chronique	48,1 %	46,5 %	-1,6	63,2 %	62,0 %	-1,2
Très mauvaise santé	1,3 %	1,1 %	-0,2	3,1 %	3,1 %	-0,1

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

* > La formulation de la question GALI ayant été modifiée entre VQS 2007 et VQS 2014, une partie de la baisse de la prévalence observée entre 2007 et 2014 est probablement due à ce changement.

Lecture > En 2007, 20,3 % des individus de 60-74 ans ont déclaré avoir des limitations fonctionnelles, contre 16,4 % en 2014, soit écart de -3,8 points de pourcentage.

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

Sources > Enquêtes Vie quotidienne et santé (VQS) 2007-2014, INSEE-DREES.

Évolution des incapacités et de la dépendance entre 2007 et 2014, par tranche d'âge, chez les femmes

	60-74 ans			75 ans ou plus		
	2007	2014	Écart 2007-2014	2007	2014	Écart 2007-2014
Score VQS ≥ 40	4,2 %	3,1 %	-1,1	24,0 %	23,5 %	-0,5
Limitations fonctionnelles	21,1 %	16,3 %	-4,9	49,4 %	48,0 %	-1,5
Limitations physiques	15,7 %	12,5 %	-3,1	40,2 %	39,5 %	-0,8
Limitations sensorielles	7,6 %	5,2 %	-2,5	23,0 %	21,3 %	-1,7
Limitations cognitives	4,9 %	3,1 %	-1,8	17,5 %	16,5 %	-1,0
GALI*	10,3 %	6,4 %	-3,9	29,4 %	21,8 %	-7,6
Maladie chronique	47,8 %	44,1 %	-3,7	62,6 %	60,9 %	-1,7
Très mauvaise santé	1,2 %	1,0 %	-0,2	3,2 %	3,1 %	-0,1

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

* > La formulation de la question GALI ayant été modifiée entre VQS 2007 et VQS 2014, une partie de la baisse de la prévalence observée entre 2007 et 2014 est probablement due à ce changement.

Lecture > En 2007, 21,1 % des femmes de 60-74 ans ont déclaré avoir des limitations fonctionnelles, contre 16,3 % en 2014, soit écart de -4,9 points de pourcentage.

Champ > Femmes de 60 ans ou plus résidant à domicile, France entière.

Sources > Enquêtes Vie quotidienne et santé (VQS) 2007-2014, INSEE-DREES.

Évolution des incapacités et de la dépendance entre 2007 et 2014, par tranche d'âge, chez les hommes

	60-74 ans			75 ans ou plus		
	2007	2014	Écart 2007-2014	2007	2014	Écart 2007-2014
Score VQS ≥ 40	2,7 %	2,6 %	-0,1	15,6 %	14,9 %	-0,8
Limitations fonctionnelles	19,3 %	16,5 %	-2,7	42,5 %	40,9 %	-1,6
Limitations physiques	11,5 %	10,6 %	-1,0	30,4 %	29,4 %	-1,0
Limitations sensorielles	9,3 %	7,4 %	-1,8	23,3 %	21,3 %	-2,0
Limitations cognitives	4,3 %	3,4 %	-0,9	14,3 %	13,7 %	-0,6
GALI*	9,9 %	6,6 %	-3,3	25,7 %	17,7 %	-8,0
Maladie chronique	48,4 %	49,1 %	0,7	64,1 %	63,5 %	-0,6
Très mauvaise santé	1,3 %	1,2 %	-0,1	3,1 %	3,0 %	-0,1

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

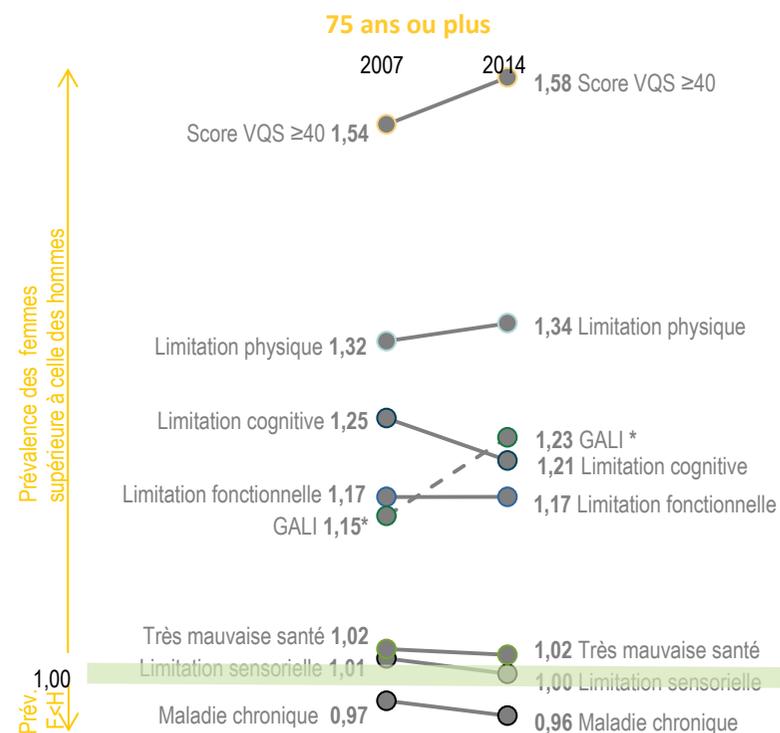
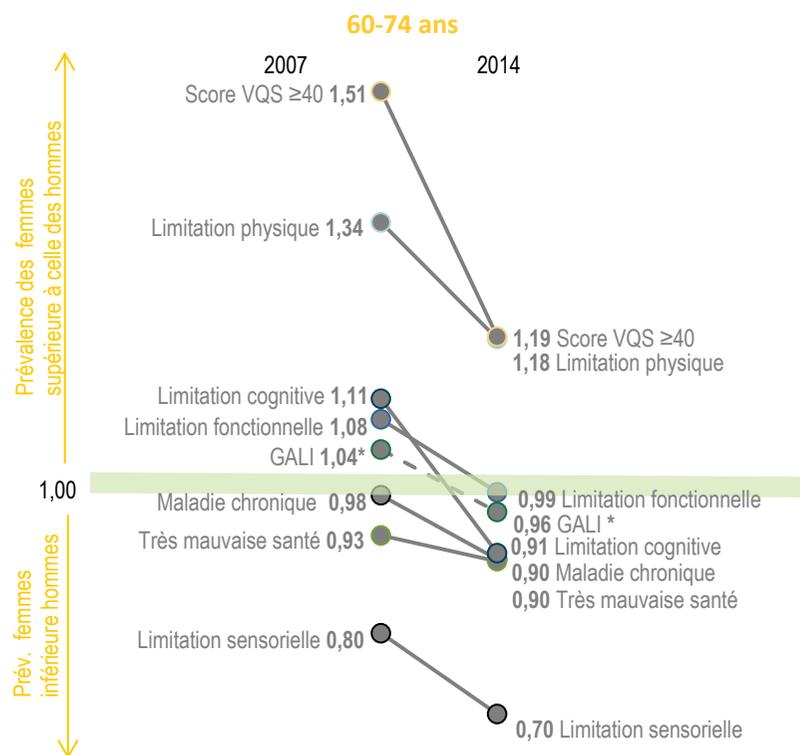
* > La formulation de la question GALI ayant été modifiée entre VQS 2007 et VQS 2014, une partie de la baisse de la prévalence observée entre 2007 et 2014 est probablement due à ce changement.

Lecture > En 2007, 19,3 % des hommes de 60-74 ans ont déclaré avoir des limitations fonctionnelles, contre 16,5 % en 2014, soit écart de -2,7 points de pourcentage.

Champ > Hommes de 60 ans ou plus résidant à domicile, France entière.

Sources > Enquêtes Vie quotidienne et santé (VQS) 2007-2014, INSEE-DREES.

Annexe 3. Évolution des inégalités de sexe. Rapport des prévalences femmes-hommes (femmes/hommes), comparaison VQS 2007 et 2014, standardisation des structures par âge séparément au sein de chaque sexe (référence=2014)



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

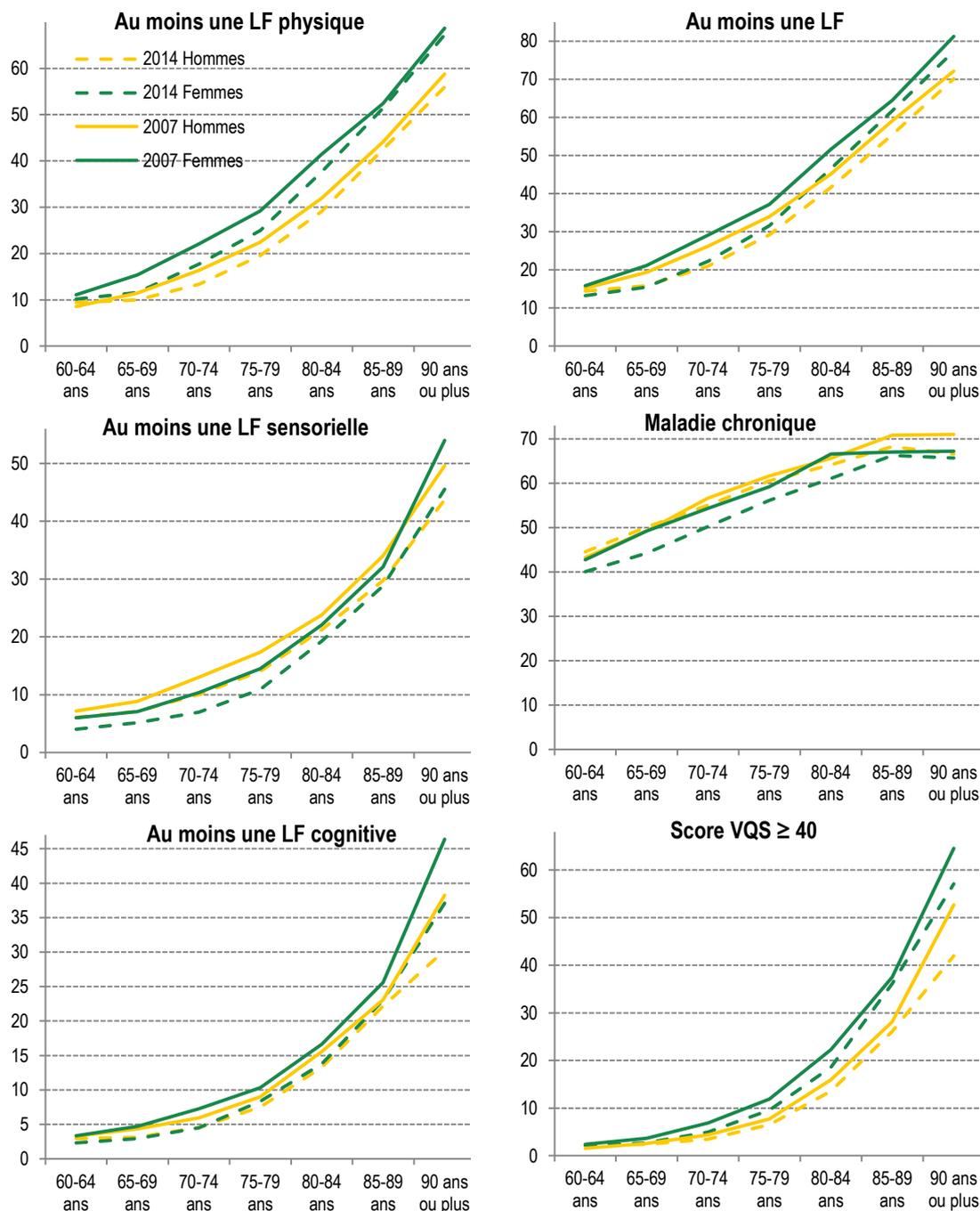
* > La formulation de la question GALI ayant été modifiée entre VQS 2007 et VQS 2014, une partie de la baisse de la prévalence observée entre 2007 et 2014 est probablement due à ce changement.

Lecture > Le rapport de la prévalence des limitations physiques femmes/hommes chez les 75 ans ou plus est passé de 1,32 en 2007 (à structure par âge et sexe de 2014) à 1,34 en 2014, soit une stabilité du désavantage des femmes.

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

Sources > Enquêtes Vie quotidienne et santé (VQS) 2007-2014, INSEE-DREES.

Annexe 4. Prévalences par âge quinquennal, comparaison VQS 2007 et 2014, selon le sexe



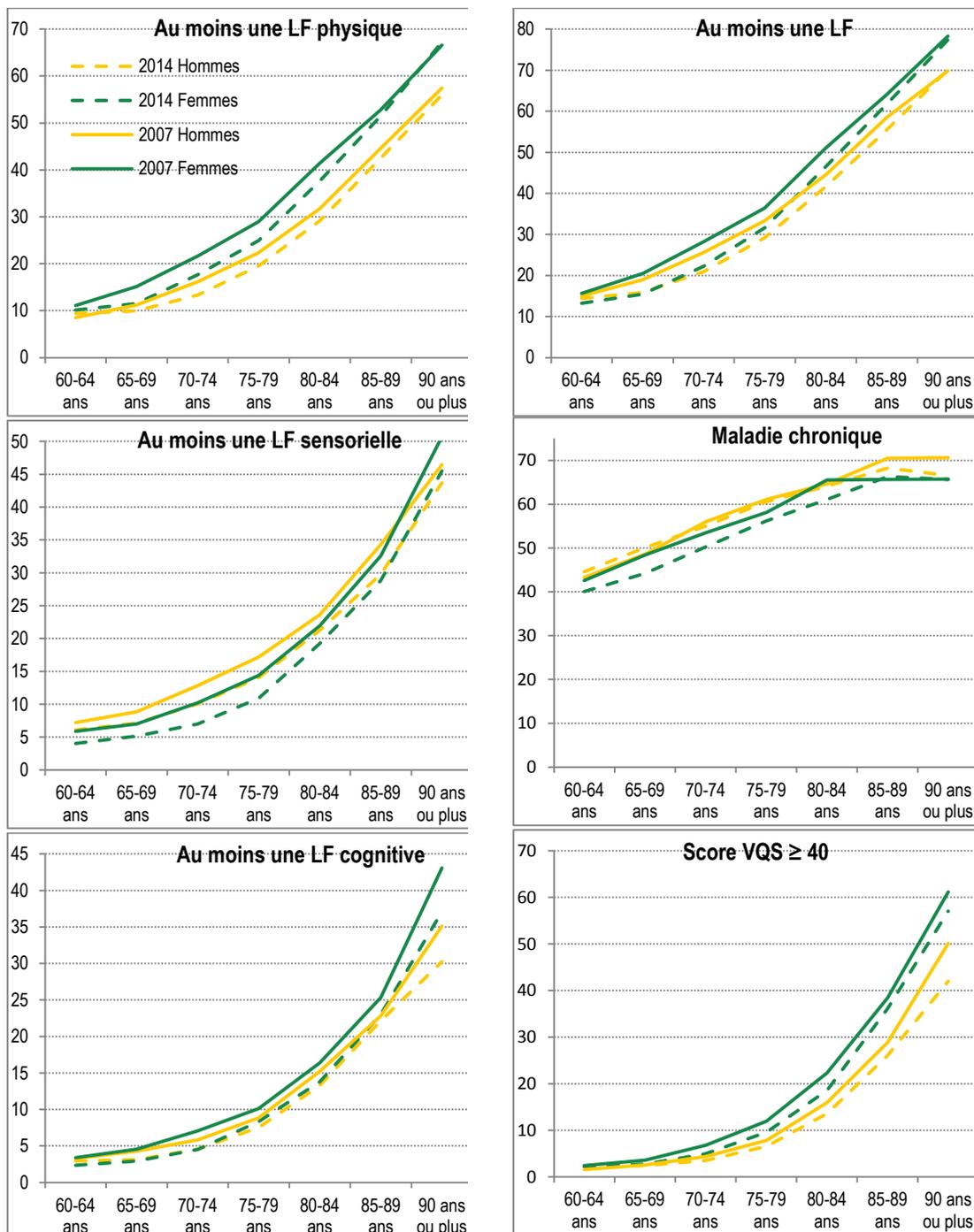
LF > Limitation fonctionnelle.

Lecture > La prévalence des limitations fonctionnelles physiques est de 15,3 % chez les femmes de 65-69 ans en 2007 contre 11,6 % en 2014.

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

Sources > Enquêtes Vie quotidienne et santé (VQS) 2007-2014, INSEE-DREES.

Annexe 5. Prévalences par âge quinquennal, comparaison VQS 2007 et 2014, selon le sexe, standardisation sur l'âge fin et le sexe



LF > Limitation fonctionnelle.

Lecture > La prévalence des limitations fonctionnelles physiques est de 15,1 % chez les femmes de 65-69 ans en 2007 (standardisé) contre 11,6 % en 2014.

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

Sources > Enquêtes Vie quotidienne et santé (VQS) 2007-2014, INSEE-DREES.

Les dossiers de la DREES

Mars 2017 /// N°13

Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014

Directeur de la publication

Franck von Lennep

Responsable d'édition

Souphaphone Douangdara

Création graphique

Philippe Brulin

ISSN

2495-120X



Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP
Retrouvez toutes nos publications sur drees.social-sante.gouv.fr