



Études et Résultats

N° 261 • septembre 2003

Avec le vieillissement, nombre de personnes âgées sont en butte à des problèmes fonctionnels qui se révèlent, pour certaines plus que d'autres, sources de perte d'autonomie dans les activités du quotidien (locomotion et équilibre, souplesse et manipulation, vue et orientation dans le temps). En effet, sur les 7,4 millions de personnes de 55 ans et plus qui présentent l'un de ces problèmes fonctionnels en 1999, une sur cinq subit des restrictions graves pour effectuer seule les activités élémentaires telles que : se nourrir, s'habiller... C'est d'abord la nature des problèmes fonctionnels qui différencie les personnes ayant des restrictions d'activité des autres : « toutes choses égales par ailleurs », les femmes, les résidents des institutions ou les plus âgés (70 ans et plus), plus souvent dépendants que la moyenne, présentent en plus grande proportion les problèmes particulièrement générateurs de restrictions d'activité : problèmes physiques, cognitifs ou cumulés. Mais d'autres facteurs interviennent aussi : en effet, des disparités subsistent entre ces groupes de populations « à problèmes fonctionnels équivalents ». Ainsi, il existe des disparités face aux risques de perte d'autonomie, d'abord en termes d'exposition aux différents types de problèmes fonctionnels, puis dans la manière de les gérer, certaines personnes en compensant mieux les effets que d'autres. À cet égard, il semblerait qu'un meilleur accompagnement des problèmes fonctionnels courants (aides techniques, aménagements, rééducation...) permettrait à un plus grand nombre de prolonger son autonomie.

Emmanuelle CAMBOIS

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées
DREES

et Jean-Marie ROBINE

Inserm, Démographie et santé, Montpellier

Vieillesse et restrictions d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels

En 1999, d'après l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance (HID) de l'Insee, plusieurs millions de personnes âgées sont dépendantes de l'assistance d'une personne à leur domicile (Dutheil, 2001). Aux très grands âges (après 90 ans), huit personnes sur dix déclarent avoir recours à une aide au quotidien (Mormiche, 2000). Dans ces études, on appréhende la dépendance à travers les difficultés rencontrées et le besoin d'aide qu'elles engendrent pour effectuer des activités élémentaires du quotidien telles que se laver, se nourrir, sortir... Ces indicateurs sont regroupés au sein de grilles et classifications (Aggir, Colvez, Katz) en fonction du besoin d'assistance auxquels ils correspondent, de manière à organiser la prise en charge et à planifier l'offre future de services et d'intervention auprès des plus âgés (Colin *et al.*, 2000). À partir de ces grilles et des projections de population, les prévisions envisagent pour les années à venir une forte augmentation du nombre de personnes dépendantes, plus importante que celle du nombre de personnes potentiellement susceptibles de les aider, à savoir les proches de la génération suivante (Bontout *et al.*, 2002). Face à ces perspectives, l'enjeu n'est plus seulement d'anticiper les besoins futurs en matière de prise en charge de la dépendance, mais aussi d'en limiter l'am-

● ● ●



pleur. Outre la prévention des maladies invalidantes, une meilleure gestion des problèmes fonctionnels, particulièrement fréquents aux grands âges (vue, locomotion, mémoire...) et sources de restrictions dans les activités usuelles, pourrait permettre de prolonger l'autonomie des personnes pour une partie au moins des activités du quotidien.

En effet, le risque de rencontrer des restrictions d'activité est en partie lié aux ressources individuelles et collectives susceptibles de limiter l'impact des problèmes fonctionnels auxquels les personnes sont confrontées (difficultés pour se déplacer, voir ou s'orienter...). Certaines limitations peuvent être palliées par l'utilisation d'aides (canne, rampe, ustensiles adaptés...), d'autres en organisant ses activités ou en aménageant son domicile. Les personnes peuvent ainsi par elles-mêmes éviter ou réduire la tâche d'éventuels aidants en maintenant certaines activités ; les aidants pouvant d'ailleurs avoir incité le recours à ce type d'aide (Kerjosse, 2003). Parce que les individus ne dis-

posent pas tous des mêmes ressources, certains peuvent rencontrer des difficultés au quotidien quand d'autres parviennent à maintenir un niveau d'activité et d'autonomie satisfaisant en dépit de limitations fonctionnelles (Cambois *et al.*, 2003). Dès lors, on peut étudier ce qui différencie ces personnes en dissociant, lors de la mesure des incapacités et de la dépendance, les limitations fonctionnelles sensorielles, physiques ou cognitives (voir, marcher, attraper, se pencher, se souvenir...) et les restrictions d'activité qui en découlent plus ou moins systématiquement [Encadré 1]. En sélectionnant des activités dites « élémentaires » (Katz, 1963), on mesure ce que l'Organisation mondiale de la santé appelle l'« indépendance minimale » (WHO, 1980). Le besoin d'aide pour ces activités (s'habiller ou se nourrir...) nécessite une assistance plus que quotidienne. C'est pourquoi il apparaît important de comprendre ce qui permet à certains de conserver la maîtrise de ces activités même en ayant des problèmes locomoteurs ou autres.

Quatre personnes sur cinq n'ont pas de restrictions d'activité sévères en dépit de problèmes fonctionnels

Selon l'enquête HID, sur les 14,75 millions de personnes âgées de 55 ans ou plus, la moitié (7,38 millions) présente un ou plusieurs problèmes fonctionnels, c'est-à-dire concrètement des difficultés à voir, se déplacer, se pencher, se souvenir... (Encadré 2). Parmi les personnes qui présentent ces gênes, une sur cinq rencontre de sérieuses difficultés ou a besoin d'aide pour réaliser des activités élémentaires de la vie quotidienne : se nourrir, se laver, s'habiller, aller aux toilettes, se lever du lit et se coucher (tableau 1). Les quatre personnes restantes parviennent à mener seules ces activités, en dépit de leurs problèmes fonctionnels. Ce qui différencie les personnes qui maintiennent leur autonomie pour ces activités peut être la nature physique, sensorielle ou cognitive des problèmes fonctionnels auxquelles elles sont confrontées, leur fréquence et leur gravité ou bien la façon de les compenser. Au regard des différences observées entre les groupes d'âges, le sexe ou encore entre les personnes vivant à domicile et en institution, nous montrerons que ces différents niveaux d'explication coexistent.

E-1

Les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité

Handicap, incapacités ou dépendance sont les conséquences de maladies, accidents ou malformations sur le fonctionnement de l'individu. Dès les années soixante, des recherches ont été menées pour définir et mesurer l'état fonctionnel des individus à travers des modèles dans le but, entre autres, d'évaluer les conséquences de l'allongement de l'espérance de vie sur l'état de santé des personnes (Nagi, 1965 & 1976 ; Wood, 1975 ; WHO, 1980). Dans ces travaux, certains suggéraient déjà de distinguer les « limitations fonctionnelles » (état fonctionnel de l'individu) et les « restrictions d'activité » (conséquences des limitations sur la vie quotidienne) [Nagi, 1976 ; Wood, 1975], pour mieux appréhender le processus conduisant de la maladie ou de l'accident à la dépendance de l'aide des autres au quotidien. Les limitations fonctionnelles relèvent de problèmes sensoriels, physiques ou mentaux ressentis par l'individu et induits par une déficience de l'organisme : ils sont mesurés dans les enquêtes en population par des questions sur d'éventuelles difficultés à voir, à se déplacer, à se souvenir... Ces limitations fonctionnelles déterminent l'état fonctionnel de l'individu, indépendamment de son environnement ou des aides techniques dont il dispose, et l'exposent au risque de rencontrer des difficultés dans ses activités. Les restrictions d'activité représentent ainsi les difficultés rencontrées lors de la réalisation d'activités du quotidien ; selon le type d'activité ou le niveau de difficulté éprouvée, les restrictions peuvent conduire à un désavantage social, par exemple dépendre d'une tierce personne pour les soins quotidiens (se nourrir, se laver...) ; c'est l'indicateur de Katz qui fait référence dans ce domaine permettant de déterminer l'indépendance minimale des personnes (Katz, 1963).

Dés études plus récentes ont montré que les limitations fonctionnelles sont prédictives de restrictions d'activité et qu'elles constituent une première alerte au risque de dépendance (voir Cambois *et al.*, 2003). Les études montrent aussi que le passage des limitations fonctionnelles aux restrictions d'activité n'est pas systématique. Ainsi, l'approche par les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité permet de distinguer les individus qui parviennent à compenser leurs problèmes fonctionnels pour rester indépendants de l'aide d'une personne pour différentes activités de ceux qui se voient limités dans leurs activités. On suppose dès lors qu'outre la gravité et la nature des problèmes fonctionnels rencontrés, les déterminants d'une plus grande indépendance peuvent ainsi être liés aux ressources individuelles de tous ordres, à l'organisation médico-sociale (accès et promotion des aides techniques, pratiques de rééducation, lois...) et à l'environnement (obstacles ou aménagements urbains) qui vont favoriser ou limiter les possibilités de compensation des problèmes fonctionnels.

Les femmes, les plus âgées et les personnes résidant en institutions déclarent davantage de problèmes fonctionnels et de restrictions d'activité sévères pour leurs soins personnels

Dans la population âgée de 55 ans et plus, une personne sur deux rencontre des problèmes fonctionnels physiques, sensoriels ou cognitifs : locomotion et équilibre, souplesse et manipulation, vue, orientation dans le temps. Elles sont 11 % à présenter des restrictions sévères pour se nourrir, se laver, s'habiller, aller aux toilettes, se lever du lit et se coucher (tableau 2).

Si les femmes déclarent en moyenne davantage que les hommes des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité sévères pour les soins personnels, cette différence n'apparaît en fait qu'après 70 ans (Graphique 1). Avant cet âge, les différences ne sont pas significatives, suggérant de comparer les situa-



tions des plus jeunes (55-70 ans) et des plus âgés (70 ans et plus) [Encadré 2]. Progressant de manière presque linéaire avec l'âge, les problèmes fonctionnels après 90 ans concernent 85 % des hommes et 98 % des femmes. La prévalence des restrictions d'activité sévères s'accroît quant à elle de façon nette après 70 ans et atteint environ 40 % des hommes et 61 % des femmes de 90 ans et plus.

On retrouve aussi de larges différences entre la population vivant en institutions¹ et celle vivant à domicile (le leur, celui d'un proche ou un logement-foyer). Dans la population âgée de 55 ans et plus, les limitations fonctionnelles (vue, orientation dans le temps, souplesse et manipulation, locomotion et équilibre) touchent 95 % des résidents des institutions et 48 % des personnes vivant à domicile. Les restrictions d'activité sévères pour réaliser les soins personnels (se nourrir, se laver...) concernent quant à elles respectivement 65 et 9 % de ces deux groupes de population. Les différences sont notoires dès l'âge de 55 ans (Graphique 2) : parmi les résidents en institutions âgés de 55 à 59 ans, 80 % déclarent au moins une limitation fonctionnelle physique, sensorielle ou cognitive et 40 % des restrictions sévères pour les activités de soin personnel. C'est près de quatre fois plus qu'en ménages ordinaires ce qui souligne à ces âges l'ampleur de l'effet de sélection lié à l'entrée en institution en raison de problèmes fonctionnels. Toutefois, la prévalence des limitations fonctionnelles dans la population des ménages vivant à domicile converge chez les plus âgés avec celle observée en institutions et les différences entre ces deux groupes s'atténuent progressivement (graphique 2) : la prévalence atteint 93 % parmi les plus de 90 ans vivant en ménage et 99 % parmi ceux vivant en institutions. Ces chiffres soulignent aussi le caractère presque inéluctable

1. Il s'agit d'établissements socio-sanitaires et psychiatriques de résidence ou de soins. Ils comprennent des établissements pour personnes âgées, médicalisés ou non, des établissements pour adultes handicapés, des établissements psychiatriques, des unités de soins de longue durée d'établissements hospitaliers.

T.01 répartition des personnes de 55 ans ou plus selon qu'elles déclarent ou non des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité (en milliers), et proportion avec et sans restriction d'activité sévère¹ (%)

	Pas de restriction d'activité sévère		Au moins une restriction d'activité sévère		Total	
Au moins une limitation fonctionnelle	5 806	(79%)	1 570	(21%)	7 376	(100%)
Pas de limitation fonctionnelle	7 376	(100%)	5	(0%)	7 381	(100%)
Total	13 182	(89%)	1 575	(11%)	14 757	(100%)

1. Restriction d'activité sévère (soins personnels) et limitations fonctionnelles (voir, monter et descendre des escaliers...) [voir Encadré 2]

Lecture : parmi les 7 376 000 personnes âgées de 55 ans et plus ayant une limitation fonctionnelle, 5 806 000 (79 %) n'ont pas de restriction d'activité sévère.

Sources : Enquêtes HID « institutions », 1998 et « ménages » 1999.

T.02 prévalence de la restriction d'activité sévère¹ pour les soins personnels et de la limitation fonctionnelle pour les hommes et les femmes de 55 ans et plus en population générale

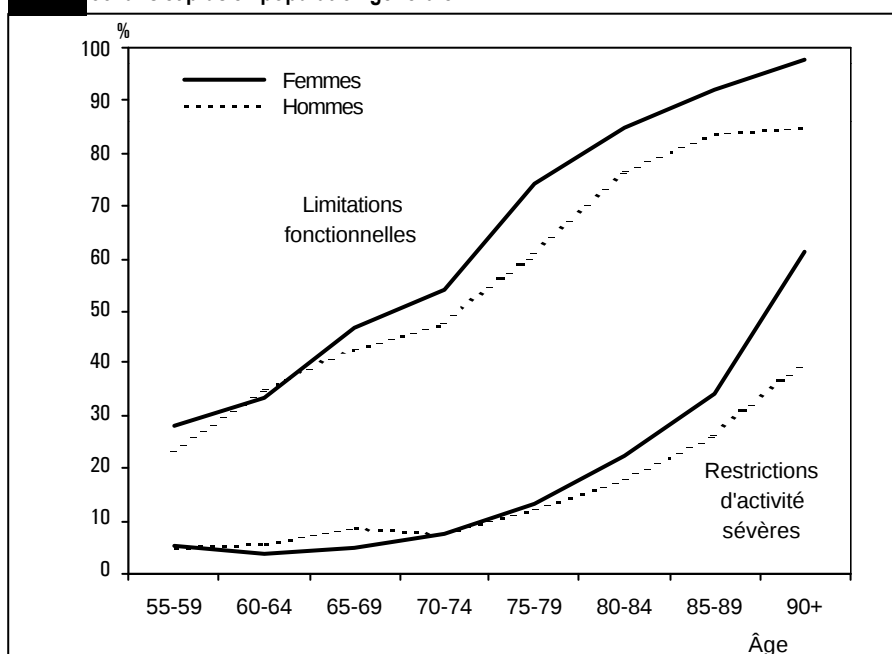
	Limitations fonctionnelles	Restriction d'activité sévère
Hommes	44 %	9 %
Femmes	54 %	12 %
Ensemble	50 %	11 %

1. Restriction d'activité sévère (soins personnels) et limitations fonctionnelles (voir, monter et descendre des escaliers...) [voir Encadré 2].

Lecture : parmi les personnes âgées de 55 ans et plus, 50 % déclarent au moins une limitation fonctionnelle, 11 % au moins une restriction d'activité sévère.

Sources : Enquêtes HID « institutions », 1998 et « ménages » 1999

G.01 prévalence de la restriction d'activité sévère¹ pour les soins personnels et de la limitation fonctionnelle par groupe d'âges pour les hommes et les femmes de 55 ans et plus en population générale



1. Restriction d'activité sévère (soins personnels) et limitations fonctionnelles (voir, monter et descendre des escaliers...) [voir Encadré 2].

Lecture : Dans la tranche d'âge des 55-59 ans, 28 % des femmes et 23 % des hommes ont au moins une limitation fonctionnelle, 5 % environ des hommes et des femmes ont au moins une restriction d'activité sévère.

Sources : Enquêtes HID « institutions », 1998 et « ménages » 1999



La population de l'étude et les données

L'enquête

L'enquête Handicaps, incapacités, dépendance (HID) est une enquête longitudinale couvrant l'ensemble de la population (ménages vivant à domicile et en institution). Elle est constituée de deux vagues séparées de deux ans. La première vague, sur laquelle est basée cette étude, a été réalisée auprès de la population résidant en institutions en 1998 (environ 15 000 entrevues) et auprès de la population vivant à domicile en 1999 (16 500 entrevues). L'échantillon des institutions a été mis au point par tirage au sort des établissements puis de leurs résidents. Dans les établissements ayant accepté l'enquête, le taux de réponse des pensionnaires tirés au sort est de 95 %. L'échantillon des ménages est issu d'un questionnaire filtre (Vie Quotidienne et Santé), passé auprès de 400 000 individus lors du recensement général de la population de 1999 et qui a permis de sur-représenter la population en incapacité. Le taux de réponse dans l'échantillon des ménages est de 77,8 %. Les questionnaires sont administrés en « face à face » et le sujet pouvait être aidé ou remplacé par une tierce personne en cas de difficultés à répondre (proxy).

La population de l'étude

Les études montrent généralement que les restrictions d'activité pour les soins personnels touchent peu d'individus avant l'âge de 65 ans ou 70 ans (voir encadré 1). Parce que cette étude vise à étudier les relations entre limitations fonctionnelles et restrictions d'activité, il est nécessaire de se concentrer sur une population suffisamment âgée pour avoir des effectifs raisonnables de personnes concernées par ces difficultés. Toutefois, la population de l'étude a été étendue à des âges plus jeunes, à partir de 55 ans, pour mettre en évidence d'éventuelles différences entre les groupes d'âges « jeunes » et « vieux » dans le processus de développement de l'incapacité. La population d'étude est donc constituée de 6 204 hommes et 10 757 femmes de 55 ans et plus, représentative d'environ 14 757 000 individus. Dans la population de l'étude, 63 % des questionnaires ont été complétés par la personne elle-même, 17 % des sujets interviewés ont été aidés et 20 % ont été remplacés par un membre de l'entourage qui a répondu pour eux. En institutions 36 % seulement des questionnaires ont été complétés par la personne elle-même. L'âge moyen est de 70,2 ans pour les femmes et de 67,8 ans pour les hommes avec les effectifs pondérés.

Les restrictions d'activité et les limitations fonctionnelles dans l'enquête HID

Pour les restrictions d'activité, cinq questions de l'enquête HID ont été retenues pour construire un indicateur de restrictions pour les activités de soins personnels, sur la base de l'indicateur de Katz (1963), exceptée la question relative à l'incontinence qui n'est pas prise en compte, relevant plutôt du niveau des déficiences. Ce type de restrictions identifie des individus à fort risque de dépendance (de l'aide d'une tierce personne au quotidien). Pour cette première analyse, le choix des activités de soins personnels permet de tester nos hypothèses avec moins d'ambiguïté : les difficultés à réaliser ces activités sont principalement générées par un problème de santé contrairement à d'autres telles que les activités domestiques, qui peuvent être aussi liées à des raisons culturelles, à l'organisation au sein du ménage... Nous ne retenons ici que le niveau sévère de restriction que les modalités de réponses permettent d'isoler. Une restriction sévère d'activité correspond à avoir beaucoup de difficulté ou ne pas faire seul (besoin d'aide) pour l'une au moins des cinq activités considérées (les réponses « sans objet » ont été ajoutées le cas échéant : par exemple, « nourri au goutte à goutte ») :

- 1- Une fois que la nourriture est prête, mangez-vous et buvez-vous sans aide ? / a beaucoup de difficulté + ne fait pas seul + nourri au goutte à goutte
- 2- Vous habillez-vous et déshabillez-vous entièrement sans aide ? / a beaucoup de difficulté + ne fait pas seul

3- Faites-vous habituellement votre toilette sans l'aide de quelqu'un ? / a beaucoup de difficulté + ne fait pas seul

4- Vous couchez-vous et vous levez-vous du lit sans aide ? / a beaucoup de difficulté + ne fait pas seul + confiné au lit

5- Allez-vous aux toilettes sans l'aide de quelqu'un ? / a beaucoup de difficulté + ne fait pas seul

Pour les limitations fonctionnelles, les questions de l'enquête HID couvrent principalement des difficultés d'ordre physique et sensoriel. Pour cette étude on ne retient que les limitations susceptibles d'intervenir dans le processus ; c'est-à-dire de provoquer une restriction sévère dans les activités de soins personnels. Ainsi, bien que fréquentes, les limitations fonctionnelles auditives n'ont pas été retenues du fait d'une faible relation avec les restrictions dans les activités de soins personnels retenus dans cette étude. Les limitations fonctionnelles cognitives sont difficiles à mesurer dans les enquêtes par interview et font plutôt généralement l'objet de tests. On utilisera toutefois une question portant sur les difficultés d'orientation dans le temps qui dénote des problèmes cognitifs importants. On a construit des indicateurs sur la base de huit questions pour représenter ces trois dimensions de l'état fonctionnel ; loin d'être exhaustive, cette sélection de problèmes fonctionnels permet de mettre en évidence l'impact du physique, du sensoriel et du cognitif dans le processus de développement de l'incapacité. Le biais possible entraîné par les problèmes fonctionnels omis ne modifie pas le sens et la nature des conclusions de cette étude (Cambois et al., 2003). Les limitations fonctionnelles ont été codées en « oui/non ». Ont une limitation fonctionnelle ceux qui déclarent à l'une des huit questions quelques ou beaucoup de difficultés ainsi que ceux qui ont besoin d'aide. Par regroupement d'items, on obtient la prévalence des limitations fonctionnelles sensorielles, physiques et cognitives. Du fait de la fréquence élevée de la combinaison de plusieurs problèmes fonctionnels, on répartit la population en sept catégories exclusives de limitations fonctionnelles : avoir des limitations fonctionnelles physiques ou sensorielles ou cognitives seulement, ou avoir une des quatre différentes combinaisons possibles.

LIMITATIONS FONCTIONNELLES SENSORIELLES

1- Voyez-vous bien de près avec vos lunettes si vous en avez ? (pour lire un journal, un livre, dessiner, faire des mots croisés...) / oui sans aucune difficulté vs autres modalités

2- Reconnaissez-vous le visage d'une personne à quatre mètres ? (avec vos lunettes si vous en avez) / oui sans aucune difficulté vs autres modalités

LIMITATIONS FONCTIONNELLES PHYSIQUES

• SOUPLESSE ET MANIPULATION :

3- Vous servez-vous de vos mains et de vos doigts sans difficulté ? (par exemple pour ouvrir une porte, manipuler les robinets, saisir un crayon, utiliser des ciseaux...) / oui sans aucune difficulté vs autres modalités

4- Vous coupez-vous les ongles des orteils sans l'aide de quelqu'un ? / oui sans aucune difficulté vs autres modalités + déficients des quatre membres

• LOCOMOTION ET ÉQUILIBRE :

5- Lorsque vous êtes debout, pouvez-vous vous pencher et ramasser un objet sur le plancher (par exemple une chaussure) ? / oui sans aucune difficulté vs autres modalités + déficients des 4/2 membres + confinés au lit

6- Pouvez-vous monter ou descendre un étage d'escalier sans l'aide d'une autre personne ? / oui, sans aucune difficulté vs autres modalités + confinés au lit

7- Vous déplacez-vous sans aide dans toutes les pièces de l'étage où vous êtes ? / oui, sans aide vs autres modalités + fauteuils roulants+ confinés au lit

LIMITATIONS FONCTIONNELLES COGNITIVES

8- Vous arrive-t-il de ne plus vous souvenir à quel moment de la journée on est ? / non jamais vs autres modalités

aujourd'hui de ce type de gênes parmi les plus âgés, qu'ils vivent encore à domicile ou qu'ils résident en institutions. En revanche, en matière de restrictions sévères pour les activités de soins personnels, l'écart est important quel que soit l'âge : parmi les 90 ans et plus, elles concernent 49 % des personnes vivant à domicile et 74 % de celles vivant en institutions.

Les limitations fonctionnelles recouvrent des situations différenciées de handicap et de restrictions d'activité

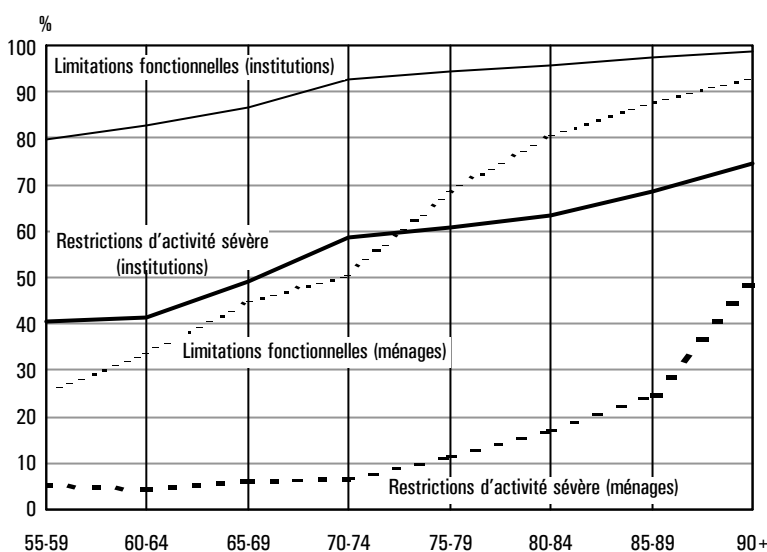
Le risque de rencontrer de sévères difficultés pour réaliser les activités de soin personnel est conditionné par la présence de limitations fonctionnelles ; il est quasiment nul parmi ceux qui ne présentent aucune des limitations envisagées dans le cadre de cette étude et s'élève à 21 % parmi ceux qui en déclarent au moins une (tableau 1). Parmi ces derniers, le risque varie aussi fortement : il est de 20 % pour les personnes âgées de 55-59 ans et de 60 % après 90 ans ou encore de 20 % pour les personnes âgées de 55 à 59 ans vivant à domicile et de 49 % pour celles vivant en institutions (tableau 3). Les différences entre ces groupes de population montrent que les chances de mener seul les activités quotidiennes en dépit d'un problème fonctionnel ne sont pas les mêmes pour tous : elles reflètent des situations de handicap spécifiques liées, en premier lieu, à la nature même des limitations fonctionnelles qui peuvent être plus ou moins faciles à compenser et donc plus ou moins génératrices de difficultés dans les activités du quotidien. On suppose par exemple que les problèmes cognitifs sont plus difficiles à compenser que ne le sont des difficultés à marcher ou à voir, ou encore qu'il est plus compliqué de pallier simultanément plusieurs difficultés de différente nature.

Des problèmes fonctionnels complexes touchent plus fréquemment les femmes, les plus âgés et les résidents en institutions

Les femmes, qui déclarent davantage de problèmes fonctionnels que les hom-

G
02

prévalence de la restriction d'activité sévère¹ pour les soins personnels et de la limitation fonctionnelle par groupe d'âges dans les populations des ménages ordinaires et des institutions (hommes et femmes de 55 ans et plus)



1. Restriction d'activité sévère (soins personnels) et limitations fonctionnelles (voir, monter et descendre des escaliers...) [voir Encadré 2].
Lecture : dans la tranche d'âge 55-59 ans, 80 % des résidents des institutions et 25 % des résidents des ménages ordinaires ont au moins une limitation fonctionnelle, ils sont respectivement 40 % et 5 % à avoir au moins une restriction d'activité sévère.

Sources : Enquêtes HID « institutions », 1998 et « ménages » 1999

T
03

probabilités d'avoir une restriction sévère¹ pour les activités de soins personnels en présence d'une des limitations fonctionnelles de l'étude selon l'âge, le sexe et la résidence (ménages vivant à domicile et institutions) (%)

	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	Total
Population générale									
Hommes	22	16	20	16	20	23	31	48	21
Femmes	19	12	11	14	18	26	37	63	22
Ensemble	20	14	15	15	19	25	35	60	21
En ménages ordinaires									
Hommes	21	15	19	14	18	20	26	41	19
Femmes	19	11	10	12	16	21	29	56	18
Ensemble	20	13	14	13	17	21	28	53	18
En institutions									
Hommes	52	51	59	68	61	70	69	68	65
Femmes	44	49	52	59	66	65	71	77	69
Ensemble	49	50	56	63	64	66	70	75	68

1. Restriction d'activité sévère (soins personnels) et limitations fonctionnelles (voir, monter et descendre des escaliers...) [voir Encadré 2].
Lecture du tableau : au total, parmi ceux qui ont au moins une limitation fonctionnelle, 21 % ont au moins une restriction d'activité sévère (68 % dans les institutions et 18 % en ménage ordinaire).

Sources : Enquêtes HID « institutions », 1998 et « ménages » 1999

mes (54 % contre 44 %), sont plus enclines qu'eux à cumuler plusieurs types de limitations. À structure par âge égale, le cumul des trois types de limitation représente 8 % des limitations fonctionnelles des femmes et 4 % de celles des hom-

mes (tableau 4). Elles déclarent aussi plus fréquemment la limitation cognitive (se souvenir du moment de la journée) qui représente en tout environ 16 % de leurs problèmes fonctionnels contre 10 % de ceux des hommes ; on constate que les



T 04 distribution des limitations fonctionnelles des hommes et femmes de 55 ans et plus, selon leur nature physique, sensorielle et cognitive (%)

Limitation fonctionnelle (1)	Hommes *	Femmes
Physique seule	63	54
Physique et sensorielle	18	8
Sensorielle seule	8	5
Physique, sensorielle, cognitive	4	8
Physique et cognitive	4	7
Cognitive seule	2	1
Sensorielle et cognitive	≈0	≈0
Ensemble des limitations	100	100

* Pour les hommes, valeurs standardisées sur la structure par âge de la population féminine

1. Limitations fonctionnelles (voir, monter et descendre des escaliers...) [voir Encadré 2]

Lecture : À structure par âge égale (celle de la population féminine), les problèmes physiques seuls représentent 63 % des limitations fonctionnelles chez les hommes et 54 % chez les femmes (de 55 ans et plus)

Sources : Enquêtes HID « institutions », 1998 et « ménages » 1999

problèmes cognitifs se présentent rarement sans problèmes physiques conjoints.

Avec l'âge, les profils évoluent aussi et les risques de cumuler plusieurs types de limitations et d'avoir un problème cognitif augmentent considérablement : après 85 ans, 84 % des hommes et 94 % des femmes déclarent une limitation fonctionnelle (physique, orientation dans

les âges. Ces profils de problèmes fonctionnels particuliers illustrent là encore le fait que l'entrée en institution est souvent due à des problèmes fonctionnels difficiles à gérer à domicile.

Ces problèmes fonctionnels qui caractérisent les groupes de population sont le reflet de leur état de santé global. Par exemple, au-delà d'un certain âge, les femmes sont davantage concernées que

le temps, vue), environ quatre personnes sur dix cumulent deux types de limitations et deux sur dix les trois types de limitations (Graphique 3).

Enfin, les problèmes fonctionnels rencontrés sont très différents selon que les personnes résident en institution ou vivent à domicile : les problèmes cumulés, physiques et cognitifs sont sur-représentés en institutions (Graphique 4). Par ailleurs, parmi les 55 ans et plus, les problèmes cognitifs, seuls ou accompagnés d'autres types de limitation, touchent environ 49 % des résidents des institutions contre guère plus de 6 % des personnes vivant à domicile. Cette grande différence existe à tous

les hommes par des maladies générant en grand nombre des limitations physiques et cognitives : en particulier, à âge égal, les problèmes ostéo-articulaires et les troubles mentaux (Sermet, 1998). Les plus âgés sont en outre davantage exposés aux maladies chroniques qui affaiblissent l'organisme et ses diverses fonctions, en particulier physiques. Aux très grands âges s'ajoutent les maladies mentales comme les démences (Sermet, 1998).

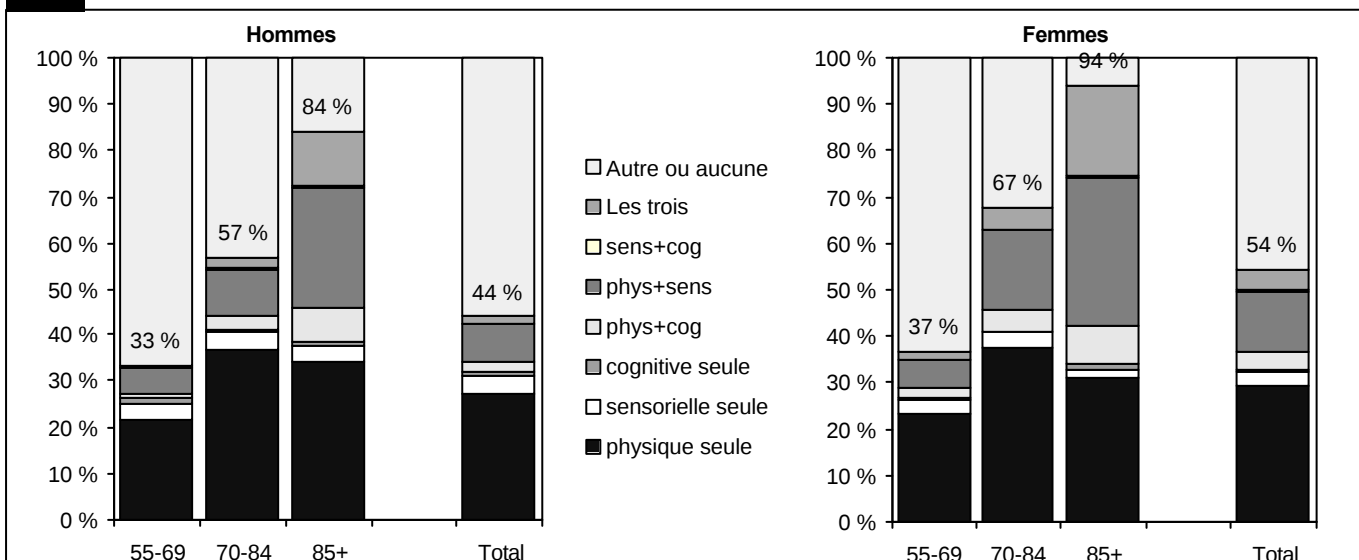
Ainsi, une partie des différences observées entre ces groupes face au risque de déclarer une restriction d'activité sévère pour les soins personnels peut s'expliquer par la nature des problèmes fonctionnels qu'ils subissent. Dès lors, on peut chercher d'une part à évaluer l'impact des différents types de problèmes fonctionnels sur les risques de restriction et d'autre part à savoir si des disparités face à ces risques persistent au sein de la population « à problème fonctionnel égal ».

Le cumul des problèmes fonctionnels physiques et cognitifs génère davantage de restrictions sévères d'activité

Des régressions logistiques ont ainsi été réalisées pour estimer l'effet propre

6

G 03 répartition de la population des 55 ans et plus selon les catégories (exclusives) de limitations fonctionnelles ¹ par sexe et par groupe d'âges

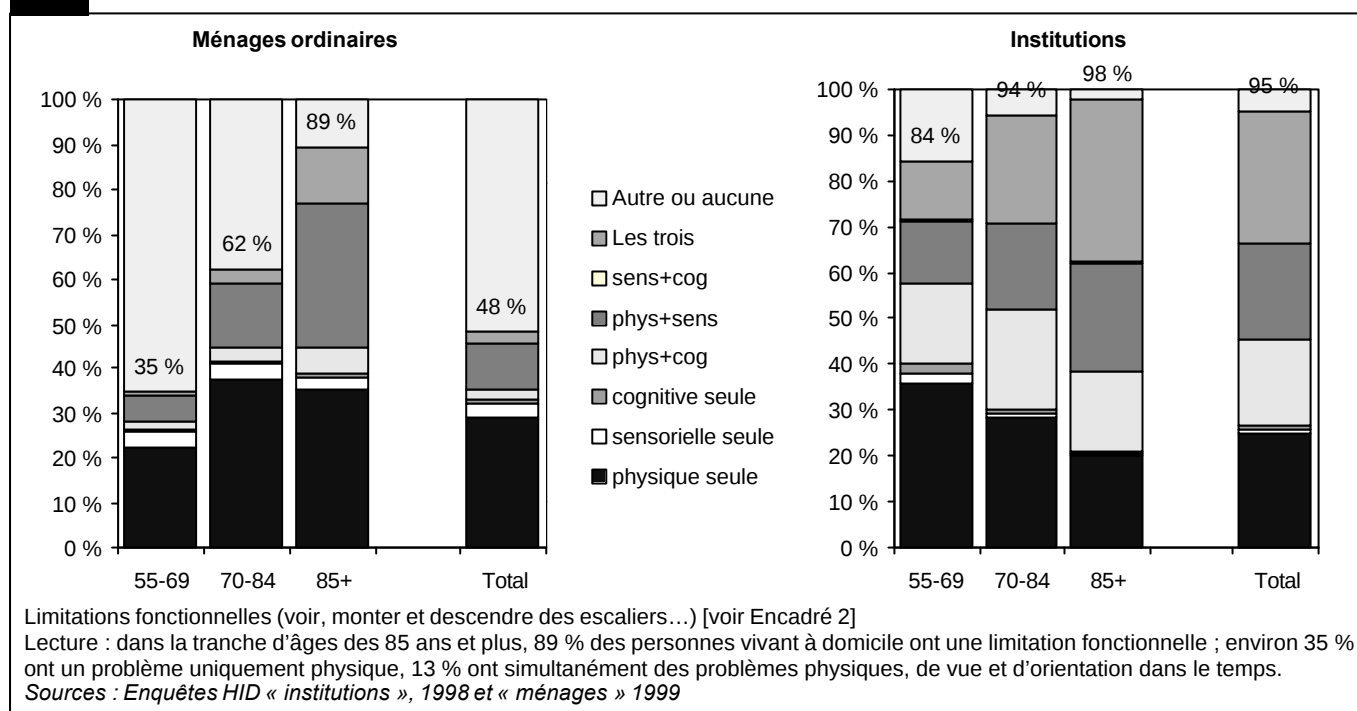


1. Limitations fonctionnelles (voir, monter et descendre des escaliers...) [voir Encadré 2]

Lecture : dans la tranche d'âges des 85 ans et plus, 84 % des hommes ont une limitation fonctionnelle ; 34 % ont un problème uniquement physique, 12 % ont simultanément des problèmes physiques, de vue et d'orientation dans le temps.

Sources : Enquêtes HID « institutions », 1998 et « ménages » 1999



G
04répartition de la population des 55 ans et plus
selon les catégories (exclusives) de limitations fonctionnelles¹ par groupe d'âges et lieu de résidence

des problèmes fonctionnels, de l'âge, du sexe et du lieu de résidence sur la probabilité de subir des restrictions d'activité sévères ; l'avantage de ces modèles réside dans le fait que le rôle de chaque variable est présenté « toutes choses égales par ailleurs »². Ayant mis en évidence une interaction entre l'âge et le sexe dans le risque d'avoir une restriction sévère avec ou sans limitation fonctionnelle, deux groupes d'âges distincts ont été pris en compte (moins de 70 ans et 70 ans et plus).

Tout d'abord, les modèles montrent l'incidence des différents « profils » de limitations fonctionnelles. Les personnes

de 55 ans et plus qui ne présentent que des problèmes de vue n'ont pas de risque de restriction d'activité significativement plus élevé que ceux ne déclarant aucun problème fonctionnel, à sexe, âge et résidence contrôlés. Les problèmes uniquement cognitifs, relativement rares, n'ont un impact significatif qu'après 70 ans (tableau 5) ; la combinaison de ces deux types de limitations est quasiment inexistante et ne semble avoir un impact qu'avant l'âge de 70 ans. Mais c'est la présence d'un problème physique qui accroît le plus fortement ce risque de restriction, et il est d'autant plus fort que le problème physique s'accompagne de limitations cognitives et de vue (tableau 5). Parmi les limitations physiques, la probabilité d'avoir une restriction d'activité sévère pour les soins personnels est plus importante quand il s'agit de problèmes de souplesse et de manipulation (utiliser ses mains, se couper les ongles des pieds) que de problèmes locomoteurs et d'équilibre (se pencher et ramasser, se déplacer, monter les escaliers...). Même si la gravité des limitations n'est pas prise en compte dans cette première analyse, l'approche par les cumuls de difficultés reflète au moins pour partie l'incidence que peuvent exercer des situations complexes – plus difficiles à gérer ou à compenser –

sur le risque de déclarer des restrictions. On constate en tout cas qu'il s'agit bien de problèmes fonctionnels touchant plus fréquemment les femmes, les personnes plus âgées et celles qui résident en institutions (problèmes cognitifs et physiques, combinaisons) qui, « toutes choses égales par ailleurs », engendrent surtout ce type de restrictions.

Des chances inégales de maintenir ses activités du quotidien « à problème fonctionnel équivalent »

Les chances de maintenir ses activités de soin personnel dépendent donc bien des types de limitations fonctionnelles rencontrés, mais ceux-ci n'expliquent pas la totalité des disparités face au risque de restriction d'activité sévère. Les régressions mettent aussi en évidence un effet propre du sexe, de l'âge et de la résidence sur le risque de restrictions sévères, « à problème fonctionnel équivalent ». Les femmes déclarent en moyenne plus de limitations fonctionnelles génératrices de restrictions que les hommes, mais elles ont un risque moins important qu'eux de déclarer une restriction sévère lorsqu'on tient compte de ces limitations, de l'âge et du mode de résidence (tableau 5). Cette tendance

2. Les régressions logistiques fournissent des « odd ratios » qui indiquent un risque accru ou moindre d'avoir des restrictions pour un groupe particulier (par exemple, les institutions) par rapport à un groupe de référence (par exemple, les ménages), en neutralisant l'impact des autres variables présentes dans le modèle (par exemple en supposant que la structure par âge des populations des ménages et des institutions sont similaires). Le risque est significativement plus élevé (moins élevé) pour le groupe particulier que pour le groupe de référence lorsque le « odd ratio » et son intervalle de confiance sont supérieurs à 1 (inférieurs à 1). Les risques ne sont pas « statistiquement » différents si l'intervalle de confiance comprend 1.



**T
05**

comparaison des risques d'avoir une restriction d'activité sévère¹ à l'âge, sexe, lieu de résidence et état fonctionnel contrôlés (catégories exclusives de limitations). Hommes et femmes, 55 ans et plus

Odd Ratio (restriction sévère)	55-69 ans		70 ans et plus		55 ans et plus	
Sensorielle uniquement (vs aucune ou autre)	1,83	[0,39-8,60]	1,79	[0,38-8,51]	1,79	[0,60-5,37]
Cognitive uniquement	1,62	[0,20-13,1]	14,30	[5,15-39,7]	7,65	[3,32-17,6]
Sensorielle+cognitive	20,90	[2,15-203]	7,52	[0,87-65,1]	9,83	[2,09-46,3]
Physique uniquement	42,60	[21,9-83,0]	64,90	[32,2-131]	52,20	[32,3-84,6]
Physique+sensorielle	66,30	[33,6-131]	100,00	[49,8-203]	80,40	[49,5-131]
Physique+cognitive	112,00	[55,8-226]	286,00	[141-580]	204,00	[125-333]
Les trois types	177,00	[86,9-359]	526,00	[259-1067]	379,00	[232-620]
Une année d'âge supplémentaire	1,01	[0,99-1,03]	1,03	[1,03-1,04]	1,02	[1,02-1,03]
Institutions (vs ménages ordinaires)	3,54	[2,96-4,23]	3,72	[3,36-4,12]	3,77	[3,45-4,11]
Femmes (vs hommes)	0,75	[0,64-0,89]	0,90	[0,81-1,00]	0,86	[0,79-0,94]

1. Restriction d'activité sévère (soins personnels) et limitations fonctionnelles (voir, monter et descendre des escaliers...) [voir encadré 2]
Lecture : en contrôlant sur les catégories de limitations fonctionnelles, l'âge et le sexe, le risque de restriction d'activité sévère reste plus fort en institution qu'en ménage ordinaire (odd ratio de 3,54 parmi les 55-69 ans et de 3,72 parmi les 70 ans et plus). En italique, les « odd ratios » ne sont pas statistiquement différents de 1, les variables n'ont pas d'influence propre sur le risque d'avoir des restrictions sévères.
Sources : Enquêtes HID « institutions », 1998 et « ménages » 1999

8

s'atténue toutefois avec l'âge, l'avantage des femmes étant à la limite de l'intervalle significatif pour les 70 ans et plus (la différence n'est plus significative passé l'âge de 80 ans - chiffres non fournis). L'âge, quant à lui, n'influe pas spécifiquement sur le risque d'avoir des restrictions sévères avant 70 ans, lorsqu'on contrôle sur le type de limitation fonctionnelle, le sexe et la résidence. En revanche, chaque année d'âge est une contrainte supplémentaire après 70 ans pour maintenir ses activités en présence de limitations fonctionnelles. Enfin, la résidence en institutions, plutôt qu'à domicile, s'accompagne d'un risque plus important de déclarer des restrictions sévères, même en contrôlant l'effet de l'âge, du sexe et même en tenant compte de l'état fonctionnel (tableau 5).

Des risques de restrictions d'activité semblables pour les hommes et les femmes lorsqu'ils présentent des problèmes d'orientation dans le temps

L'analyse du risque d'avoir une restriction sévère pour les activités de soin personnel peut être précisée et enrichie en appliquant un modèle similaire à trois sous-populations différentes déclarant l'une au moins une limitation fonctionnelle physique (locomotion et équilibre, souplesse et manipulation), la deuxième au moins une limitation visuelle et la troisième au moins un problème d'orientation dans le temps. Les résultats se pré-

cisent surtout pour les personnes présentant des problèmes d'orientation dans le temps. Lorsqu'il y a ce type de limitation, l'avantage qu'on observait pour les femmes avant 70 ans dans la relation entre limitations fonctionnelles et restrictions d'activité n'est plus significatif (tableau 6). En d'autres termes, en présence de problèmes d'orientation dans le temps, les hommes et les femmes ont un risque de restriction d'activité sévère équivalent pour réaliser leurs soins personnels. Après 70 ans, la présence d'un problème cognitif induit en outre, « toutes choses égales par ailleurs », un risque de restriction d'activité sévère beaucoup plus fort en institutions qu'en ménage ordinaire. Ceci illustre sans doute le recours aux institutions plus systématique pour des personnes très âgées présentant des problèmes mentaux importants.

Une meilleure gestion des problèmes fonctionnels peut expliquer une partie des inégalités face à la dépendance

L'approche par les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité montre donc des combinaisons de problèmes fonctionnels différents selon l'âge, le sexe ou le lieu de résidence : ces différences expliquent en partie les inégalités face à la dépendance pour les soins personnels, mais elles soulignent aussi l'existence de besoins spécifiques en matière de prise en charge pour ces différents groupes de population. Les dis-

parités concernant le risque de restrictions d'activité sévères persistent entre ces groupes face à des problèmes fonctionnels de même type. Ceci suggère que d'autres facteurs interviennent dans le processus de développement de l'incapacité, permettant à certains plus qu'à d'autres d'éviter des difficultés importantes ou d'éprouver un besoin d'aide au quotidien. Cette approche met donc en avant aussi bien des disparités en termes d'exposition aux problèmes fonctionnels, liés aux maladies et accidents intervenant en amont du processus, que des disparités en termes de gestion de ces problèmes qui permettent de rester plus ou moins autonome.

Comprendre ces inégalités à « double détente » et identifier les déterminants pertinents d'une meilleure gestion des problèmes fonctionnels nécessite une réflexion plurielle. D'abord, la gravité des problèmes fonctionnels et de l'état de santé général – non contrôlés dans cette étude – éclairent certainement une partie des disparités inhérentes aux possibilités de compensation. S'ils ne sont pas répartis également dans les différents groupes de population, les problèmes les plus sévères accroissent le risque global de dépendance que subissent certains d'entre eux, indépendamment d'autres facteurs. C'est sans doute le cas des plus âgés ou de ceux vivant en institutions qui concentrent des problèmes de santé ne pouvant plus être gérés seuls à domicile. La plus grande difficulté à pallier les limitations fonctionnelles peut aussi être



T 06 comparaison des risques d'avoir une restriction d'activité sévère* pour les activités de soins personnels dans trois sous-populations (ceux qui ont au moins une limitation cognitive, au moins une limitation physique et au moins une limitation sensorielle) à âge, sexe, lieu de résidence contrôlés et selon la présence ou non des autres types de limitation fonctionnelle* (55-69 ans et 70 ans et plus)¹

	55-69 ans		70 ans et plus	
En présence d'une limitation cognitive :				
Une année d'âge supplémentaire	1,02	[0,98-1,06]	1,04	[1,03-1,05]
Femmes (vs hommes)	0,74	[0,52-1,05]	0,84	[0,67-1,04]
Une limitation physique (vs non)	38,67	[9,25-162]	26,00	[12,7-53,3]
Une limitation sensorielle (vs non)	1,58	[1,11-2,26]	1,83	[1,52-2,19]
Institutions (vs ménages ordinaires)	3,28	[2,30-4,67]	6,05	[4,96-7,36]
En présence d'une limitation physique :				
Une année d'âge supplémentaire	1,01	[0,99-1,03]	1,03	[1,03-1,04]
Femmes (vs hommes)	0,75	[0,63-0,89]	0,90	[0,81-1,00]
Une limitation cognitive (vs non)	2,66	[2,17-3,28]	4,80	[4,32-5,33]
Une limitation sensorielle (vs non)	1,56	[1,30-1,86]	1,63	[1,48-1,79]
Institutions (vs ménages ordinaires)	3,45	[2,88-4,13]	3,69	[3,33-4,08]
En présence d'une limitation sensorielle :				
Une année d'âge supplémentaire	1,01	[0,98-1,05]	1,05	[1,04-1,06]
Femmes (vs hommes)	0,63	[0,47-0,85]	0,93	[0,79-1,10]
Une limitation physique (vs non)	27,82	[8,71-88,9]	58,70	[18,4-187]
Une limitation cognitive (vs non)	2,77	[2,00-3,83]	5,22	[4,49-6,06]
Institutions (vs ménages ordinaires)	3,26	[2,37-4,49]	3,41	[2,94-3,96]

1. Dans ces trois modèles, les effets de l'âge, du sexe, du lieu de résidence et de la présence des deux autres types de limitations sont contrôlés.

* Restriction d'activité sévère (soins personnels) et limitations fonctionnelles (voir, monter et descendre des escaliers...) [voir Encadré 2]
Lecture : parmi les 70 ans et plus qui ont une limitation cognitive, en contrôlant sur les deux autres types de limitation, l'âge et le sexe, le risque de restriction d'activité sévère est significativement plus fort en institution qu'en ménage ordinaire (OR=6,05). En italique, les valeurs n'étant pas significativement différentes de 1, les variables n'ont pas d'influence propre sur le risque d'avoir des restrictions sévères.

Sources : Enquêtes HID « institutions », 1998 et « ménages » 1999

due à la spécificité de ces problèmes, même si l'état fonctionnel général n'apparaît pas être un frein aux activités élémentaires du quotidien. C'est par exemple le cas avec des troubles cognitifs dont la prise en charge exige souvent l'intervention d'un tiers contrairement à certains problèmes physiques et de vue. Les problèmes d'orientation dans le temps ont sans doute à cet égard un impact particulier, étant les seuls qui pénalisent autant les hommes que les femmes avant 70 ans (tableau 6).

Mais, outre ces facteurs qui peuvent contrarier les possibilités de compensation, on peut également supposer qu'il existe une gestion réellement différenciée des limitations fonctionnelles, même pour des niveaux de sévérité importants. Il existerait alors pour certains des possibilités d'en améliorer la compensation. Entrent alors dans ce cadre des questions de recours et d'accès inégaux à des aides techniques, des aménagements, des services permettant de poursuivre des activités élémentaires du quotidien. Une étude américaine a montré que le recours à des équipements réduit considérable-

ment l'impact des limitations fonctionnelles sur les activités quotidiennes telles que soient leur nature et leur gravité (Verbrugge *et al.*, 1997). L'étude suggère que parmi les personnes ayant des limitations fonctionnelles, celles qui ont recours aux aides techniques déclarent moins de restrictions dans certaines activités quotidiennes ; celles qui ont recours à l'aide humaine ressentant davantage le besoin d'être aidées au quotidien. En cas de difficultés, l'assistance apportée par une tierce personne pourrait renforcer le sentiment d'un besoin d'aide, et donc de dépendance à l'égard d'un aidant. On suppose aussi qu'un recours systématique à l'aide d'un tiers peut dans certains cas renforcer la perte d'autonomie si la personne ne tente plus de réaliser elle-même ses activités.

Ainsi, en institution, la disponibilité d'une assistance pour les activités quotidiennes (toilette, habillage...) serait susceptible d'induire un recours supplémentaire à l'aide et d'expliquer une partie de la déclaration de besoin d'aide très importante par rapport à la population vivant à domicile à problèmes fonction-

nels équivalents. Le moindre risque de restriction sévère d'activité des femmes avant 70 ans, lorsqu'on contrôle sur ces problèmes fonctionnels, pourrait aussi être dû en partie à des modes de gestion différents de ces problèmes ; à âge égal, les hommes déclarent davantage recourir aux aides techniques (canne, prothèse...) en raison d'un problème de santé que les femmes qui, elles, déclarent plus souvent avoir besoin de l'aide d'un tiers (Ravaud *et al.*, 2003). Si les hommes parviennent à compenser davantage de problèmes fonctionnels par eux-mêmes, par des aides techniques, ils peuvent en déclarer moins souvent que les femmes, mais les problèmes qu'ils déclarent seraient relativement plus souvent ceux qui les rendent dépendants pour les soins personnels (tableau 5).

**Une meilleure compensation
pourrait-elle prolonger l'autonomie
pour les soins personnels ?**

La gestion des limitations fonctionnelles et ses déterminants, par exemple culturels ou sociaux, sont susceptibles de



jouer un rôle important dans la déclaration de restrictions sévères pour réaliser les activités de soin personnel ; ils pourraient en partie expliquer certaines des différences mises en évidence ici. Les plus jeunes (55-69 ans) ont un moindre risque de restriction sévère pour les soins personnels (à « problèmes fonctionnels équivalents ») que les plus âgés (70 ans et plus) : l'origine et l'acceptation d'une limitation fonctionnelle, physique par exemple, ne sont pas les mêmes aux différents âges de la vie, comme ne le sont pas non plus les ressources mobilisées, collectives ou individuelles, pour la compenser et s'adapter à ses conséquences (rééducation, appareillage...).

Une étude complémentaire sur les différences sociales dans ce domaine et une analyse spécifique des recours aux différentes sortes d'aide en fonction des problèmes fonctionnels rencontrés serait donc utile pour fournir un éclairage plus précis sur les inégalités face à la dépendance. Elle permettrait de mieux identifier les déterminants d'une gestion efficace des problèmes fonctionnels courants, qu'ils relèvent de stratégies de compensation individuelles (recours aux aides techniques, aux prothèses, aux techniques de rééducation, re-musculation...) ou collectives (accès aux aides techniques et nouvelles technologies, promotion des techniques de rééducation et de l'ergonomie, aménagement de l'environnement...).

Pour en savoir plus

BONTOUT O., COLIN C., KERJOSSE R. : « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », DREES, Études et Résultats, n° 160, novembre 2002.

CAMBOIS E., ROBINE JM. : « Concepts et mesure de l'incapacité : définitions et application d'un modèle à la population française », *Retraite et société* ; 39:62-91, 2003.

COLIN C., COUTTON V. : « Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps, Incapacités, Dépendance », DREES, Études et Résultats, n° 94, décembre 2000.

DUTHEIL N. : « Les aides et les aidants des personnes âgées », DREES, Études et Résultats, n° 142, novembre 2001.

KERJOSSE R. : « Aides techniques et aménagement du logement : usages et besoins des personnes âgées vivant à domicile », DREES, Études et Résultats, n° 262, septembre 2003.

MORMICHE P et al. : « Le handicap se conjugue au pluriel », INSEE première ; 742:1-4, 2000.

NAGI SZ. : « Some Conceptual Issues in Disability and Rehabilitation », In SUSSMAN MB : « *Sociology and Rehabilitation* », Washington, DC, American Sociological Association :100-113, 1965.

NAGI SZ. : « An Epidemiology of Disability Among Adults in the United States », *Milbank Memorial Fund Quarterly / Health and Society*, 54:439-467, 1976.

RAVAUD JF, Ville I. : « Les disparités de genre dans le repérage et la prise en charge des situations de handicap », DREES-MiRe, *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2, janvier-juin 2003.

SERMET C. : « Évolution de l'état de santé des personnes âgées en France : 1970-1996 », Paris : INSERM/CREDES, 1998, (Coll. Questions de santé publique).

VERBRUGGE LM, JETTE AM. : « The Disablement Process », *Social Science and Medicine*, 38:1-14, 1994.

VERBRUGGE LM, RENNERT C, MADANS JH. : « The Great Efficacy of Personal and Equipment Assistance in Reducing Disability », *Am J Public Health*, 87(3):384-92, 1997.

WOOD PHN, BADLEY. : « An Epidemiological Appraisal of Disablement », In BENNETT AE (ed) : « *Recent Advances in Community Medicine* », Edinburgh (Churchill Livingstone), 1978.

World Health Organization (WHO). : « *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps* », Geneva, World Health Organization, (Reprint 1993), 1980.

Études et Résultats

derniers numéros parus

- Victor G. Rodwin, Michael K. Gusmano et Gabriel Montero : « *Viellir dans quatre mégapoles : New York, Londres, Paris et Tokyo* », Études et résultats n° 260, septembre 2003.
- Roselyne Kerjosse : « *L'APA au 30 juin 2003* », Études et résultats n° 259, septembre 2003.
- Gérard Dupuis : « *Les prestations sociales en 2002* », Études et résultats n° 258, septembre 2003.
- Lauren Trigano : « *La conjoncture des établissements de santé publics et privés en 2002 ; résultats provisoires* », Études et résultats n° 257, septembre 2003.
- Karim Azizi et Didier Balsan : « *Les dépenses de soins de ville remboursées par le régime général d'assurance maladie. Une analyse économétrique sur la période 1988-2002* », Études et résultats n° 256, septembre 2003.
- Claire Baudier-Lorin et Benoît Chastenet : « *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2002* », Études et résultats n° 255, août 2003.
- Pascal Breuil-Genier : « *Honoraires et revenus des professions de santé en milieu rural ou urbain* », Études et résultats n° 254, août 2003.
- Murielle Monroe : « *Les fonds d'aide aux jeunes : bilan de l'année 2002* », Études et résultats n° 253, août 2003.
- Matthieu Lâiné : « *La situation économique et financière des cliniques privées en 2001* », Études et résultats n° 252, août 2003.
- Murielle Monroe : « *Endettement et surendettement : des ménages aux caractéristiques différentes* », Études et résultats n° 251, août 2003.
- Nathalie Guignon et Xavier Niel : « *L'état de santé des enfants de 5 - 6 ans dans les régions : les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire* », Études et résultats n° 250, juillet 2003.
- Hélène Chaput : « *Les disparités régionales en matière de retraites* », Études et résultats n° 249, juillet 2003.
- Christine Bonnardel : « *Les emplois-jeunes du secteur social au 31 décembre 2001* », Études et résultats n° 248, juillet 2003.
- Philippe Le Fur, Valérie Paris, Céline Pereira, Thomas Renaud, Catherine Sermet : « *Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de la santé – une approche exploratoire* », Études et résultats n° 247, juillet 2003.
- Annie Fenina et Yves Geffroy : « *Les Comptes de la santé en 2002* », Études et résultats n° 246, juillet 2003.
- Roselyne Kerjosse : « *L'Allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2003* », Études et résultats n° 245, juin 2003.
- Géraldine Labarthe et Dominique Hérault : « *Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002* », Études et résultats n° 244, juin 2003.
- Laurent Caussat, Annie Fenina et Yves Geffroy : « *Quarante années de dépenses de santé – Une rétoposition des comptes de la santé de 1960 à 2001* », Études et résultats n° 243, juin 2003.
- Serge Darriné : « *Les masseurs-kinésithérapeutes en France – Situation en 2002 et projections à l'horizon 2020* », Études et résultats n° 242, juin 2003.
- Philippe Roussel : « *La mutualité en France : un panorama économique en 2000* », Études et résultats n° 241, mai 2003.
- Élise Amar : « *Les dépenses de médicaments remboursables en 2002* », Études et résultats n° 240, mai 2003.

Pour obtenir *Études et Résultats*

Écrire au ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, secrétariat de rédaction de la DREES, 11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon, 75696 Paris cedex 14 • Envoyer une télécopie au 01 40 56 88 00 • Consulter l'intégralité des textes sur le site Internet du ministère www.sante.gouv.fr/htm/publication



les publications de la



Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées

11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

Internet : www.sante.gouv.fr/htm/publication

un hebdomadaire : **Études et Résultats**

trois revues trimestrielles : **Revue française des affaires sociales**
revue thématique

Dossiers Solidarité et Santé
revue thématique

Cahiers de recherche de la MiRe

des ouvrages annuels : **Données sur la situation sanitaire et sociale en France**
Comptes nationaux de la santé
Comptes de la protection sociale



Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française
29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07
tél. : 01 40 15 70 00
Internet : www.ladocfrancaise.gouv.fr

LOGICIELS ECO-SANTÉ 2003®

Les logiciels Eco-Santé permettent d'accéder à des bases de données uniques

- Ils rassemblent de multiples séries statistiques décrivant le fonctionnement des systèmes de santé français et étrangers
- Ils regroupent l'ensemble des sources statistiques officielles dans le domaine de la santé et de la protection sociale
- Ils permettent de construire rapidement tableaux et graphiques
- Ils sont mis à jour annuellement

Eco-Santé France est une coproduction DREES/CREDES

Eco-Santé OCDE est une coproduction OCDE/CREDES

Pour commander Eco-Santé 2003 :
www.credes.fr ou tél : 01 53 93 43 00

CREDES : 10, rue Vauvenargues - 75018 Paris



ÉTUDES et RÉSULTATS

N° 259 • septembre 2003

Directrice de la publication : Mireille ELBAUM • Rédactrice en chef technique : Anne EVANS • Conseiller technique : Gilbert ROTBART •
Secrétaires de rédaction : Marie-Hélène BELLEGOU, Catherine DEMAISON • Mise en page : Thierry BETTY •
Impression : AIT du ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées
Internet : www.sante.gouv.fr/htm/publication
Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources - ISSN 1146-9129 - CPPAP 0506 B 05791