

# De la « mesure » de la dépendance...

**On estime à un million le nombre de personnes dépendantes sur les 4 millions de personnes âgées de plus de 75 ans. Comment évalue-t-on cet état de dépendance ? De quelles données dispose-t-on ? C'est ce qu'Henriette Gardent se propose de traiter dans cet article.**

**U**n premier constat s'impose : le terme de dépendance est entré dans le langage courant. Il est très utilisé pour caractériser les personnes âgées. La catégorie *personnes âgées dépendantes* existe dans les représentations collectives. Elle est de construction récente. Elle apparaît alors que disparaissent les appellations de « vieillards », « incurables », « infirmes », « invalides »... Faisant abstraction du fait que la dépendance (ou l'interdépendance) est une caractéristique normale de l'homme en société, dans le domaine des personnes âgées, on parle de dépendance lorsqu'il y a « recours à une aide pour l'accomplissement des actes élémentaires de la vie courante ». Cette définition s'est progressivement imposée et fait maintenant l'unanimité. Consensus trompeur, car lorsqu'il s'agit d'évaluer la dépendance (le niveau de dépendance), on assiste à des glissements de sens, signes d'un flou conceptuel certain.

La dépendance des personnes âgées est considérée comme un problème important en santé publique, qui va s'am-

plifier au cours des prochaines années. Les médias évoquent souvent l'accroissement du nombre des personnes âgées et surtout celui des personnes très âgées, de leur dépendance ainsi que les besoins d'aide professionnelle ou d'institution d'hébergement qui en découleraient. On s'inquiète, et l'on inquiète les générations suivantes, du fardeau que cela représenterait pour le système de protection sociale.

Pour être réalistes, il convient d'examiner les données dont nous disposons pour cerner le phénomène.

## Des données quantitatives...

Les données de base sont les données démographiques. En France, les projections démographiques sont d'excellente qualité. Elles s'appuient sur la structure actuelle de la population connue par les recensements (et leurs mises à jour à l'aide des données d'état civil pendant les périodes inter censitaires) et sont

construites à l'aide d'hypothèses portant sur les taux de fécondité, de mortalité et sur le solde des migrations extérieures. Les expériences anciennes des années 30 ont rendu les démographes prudents : l'Insee utilise actuellement une batterie d'hypothèses qui permettent de calculer plusieurs scénarios (voir page suivante) et aboutissent ainsi à des fourchettes de valeurs qui permettent de caler les prospectives.

## Des données plus qualitatives...

Pour pouvoir répondre aux besoins de ces futures populations âgées dans leur grande diversité, les décideurs ont besoin de compléter ces perspectives quantitatives fournies par les démographes, par des informations plus qualitatives : quel sera l'état de santé de ces futures personnes d'âge élevé ? En d'autres termes : comment évolueront respectivement l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité ?

Dans les pays occidentaux industrialisés, la maîtrise des maladies infectieuses, la généralisation de la protection sociale, l'amélioration des conditions d'hygiène générale et l'élévation globale du niveau de vie ont contribué à augmenter la durée moyenne de vie et, par

## Projections démographiques

Les scénarios actuels reposent sur :

- quatre hypothèses quant à l'évolution de la fécondité (nombre moyen d'enfant par femme de 1,5 ; 1,8 ; 2,1 ou 2,4, valeur supposée atteinte peu après 2000) ;
- deux hypothèses quant à l'évolution de la mortalité : soit le prolongement des tendances observées aux divers âges au cours des années récentes : c'est l'hypothèse « tendancielle », soit une évolution à la baisse, c'est l'hypothèse « basse » ;
- une hypothèse concernant les migrations extérieures : solde global annuel nul, avec, jusqu'en 1990, des soldes par sexe et âge cohérents avec ceux observés pendant la période 1975-1982, et au delà de 1990, une diminution progressive conduisant à des soldes nuls à partir de 2000.

Par exemple, l'hypothèse « basse » sur la mortalité conduit à prévoir, d'ici 2020, un gain sur la vie moyenne deux fois plus élevé que l'hypothèse « tendancielle » (2,1 ans contre 5,9 pour les femmes, et 2,1 contre 4,2 pour les hommes).

Récemment M. Dinh de la division des enquêtes et études de l'Insee a pu comparer pour 1990 les prévisions faites en 1985 aux données réellement observées. Il en conclut que la population âgée croît plus rapidement qu'on ne le pensait en 1985. Il constate que si la fécondité observée entre 1985 et 1990 est assez proche de l'hypothèse 1,8, l'essentiel de la baisse de la mortalité se produit au delà de 40 ans. Sur 1,5 années gagnées pour les hommes, les classes d'âge de 40 ans et plus, participent pour 1,29 années (1,18 sur 1,47 pour les femmes). C'est donc le scénario B18 (hypothèse de mortalité « basse » ; fécondité 1,8 enfant par femme) qui s'avère le mieux adapté aux projections futures. Ce scénario constitue la base adéquate pour la définition de politiques sociales de la vieillesse adaptées. Cependant, l'examen de la pyramide des âges de la population française nous montre que nous avons un temps de répit jusqu'en 2015, date à laquelle les générations nombreuses des baby-boomers, nés entre 1946 et 1973, arriveront à l'âge de 65 ans. Le reflux commencera en 2040 avec les générations moins nombreuses nées depuis la baisse de la natalité (entre 1974 et 1990). Ce temps de répit est à utiliser à mettre en œuvre une politique de la vieillesse adaptée.

conséquent, donné aux maladies dégénératives (maladies cardio-vasculaires et respiratoires, cancer, rhumatismes...) l'opportunité de se développer. Pour rendre compte de l'état de santé des populations, il est maintenant nécessaire de disposer d'indicateurs plus fins que les classiques taux de mortalité.

C'est dans ce contexte, que se sont développées les recherches d'indicateurs caractérisant l'état de santé global d'une personne ou d'une population. L'impossibilité de s'appuyer sur les pathologies, en raison de la fréquente polypathologie et de la chronicité des atteintes, a conduit à s'orienter vers la prise en compte des

conséquences de l'état de santé global sur la vie quotidienne, à chercher à évaluer les incapacités pour faire face aux nécessités quotidiennes que cet état de santé induit, indépendamment de la cause originelle.

Parmi les cadres conceptuels plus utilisés et sans doute les mieux définis, on peut citer l'approche de Katz en terme d'activités de la vie quotidienne, et celle de Ph. Wood développée à la demande de l'OMS pour mesurer les conséquences des maladies et des états chroniques (la séquence déficience - incapacité fonctionnelle et leur traduction sociale : le handicap (ou désavantage). Pour repérer ces conséquences sociales (*i. e.* le handicap) – bien évidemment très liées au contexte socioculturel – Wood propose de s'attacher à un petit nombre de dimensions communes (six) à tout homme vivant en société qu'il appelle « rôles de survie » : l'indépendance physique pour les actes élémentaires de la vie courante ; la mobilité physique ; les occupations de type social ; l'intégration sociale ; la suffisance économique ; l'orientation dans le temps et l'espace. Toute personne limitée totalement ou partiellement dans l'accomplissement de ces rôles de survie présente, par rapport à ses pairs, un désavantage (ou handicap). La dépendance est alors définie comme « la nécessité de recourir à un tiers pour l'accomplissement de ces rôles de survie ».

C'est en explorant ces dimensions par des questions appropriées, avec des échelles pertinentes et fiables que l'on évalue l'état de désavantage (handicap) ou le niveau de dépendance. Par exemple, les dimensions d'indépendance physique, de mobilité, sont explorées à partir de questions portant : d'une part sur les actes élémentaires de la vie courante : s'habiller, faire sa toilette, aller aux W.-C., contrôler ses sphincters, se déplacer (transfert lit/fauteuil, fauteuil/lit), manger ; d'autre part, sur les tâches permettant, dans le contexte des pays occidentaux industrialisés, de vivre seul dans un logement ordinaire.

C'est dans ce contexte que se situe le développement des instruments visant à mesurer la dépendance, généralement

dénommes « grilles de dépendance ». Elles se présentent sous des formes variées, mais fondamentalement ce sont des listes de questions dont les réponses sont notées par un (des) observateur (s). Construites de façon très pragmatique, souvent mosaïque d'instruments déjà existants, elles foisonnent, car chaque utilisateur (soignants, gestionnaires, tutelles) les adapte en fonction de ses préoccupations, sans cadre théorique ou méthodologique de construction ou de validation. On notera que, en l'absence d'étalon externe de mesure de la « dépendance », l'échelle d'évaluation est le plus souvent exprimée en terme d'aide (fait seul, avec l'aide d'une, de deux personnes...). Ce qui pose question sur l'utilisation qui est faite des résultats obtenus pour déterminer l'aide à apporter, le « besoin d'aide ».

Par construction, ces instruments ne permettent que des constats. Ils ne donnent par eux-mêmes aucune indication sur les causes de l'état constaté, et encore moins sur les réponses à proposer ou l'adéquation des réponses déjà offertes. Utiles pour préparer une décision, ils ne peuvent en aucun cas la dicter de façon univoque. Il n'y a pas d'automatisme de passage de ce que les grilles « mesurent » à ce dont les personnes, les établissements ou les services, ont besoin.

Par ailleurs, deux situations sont à distinguer. Au niveau individuel, la complexité des interactions entre les conséquences de la polypathologie, de la chronicité des atteintes, le contexte environnemental matériel et relationnel, et par dessus tout, les ressources propres de la personne pour faire face aux pertes qui accompagnent l'avancée en âge, rend une évaluation fine, pluridimensionnelle et pluriprofessionnelle indispensable. Dans ce cas, la diversité des instruments ne constitue pas un problème : l'important est qu'ils soient correctement construits et adaptés à l'usage et l'utilisateur. Par contre, au niveau collectif, pour les responsables d'établissement, les tutelles (centrales ou locales), les planificateurs, une grille détaillée est inutile. Ils recherchent des indicateurs « simples » résumant de façon statistiquement signifi-

ficative les multiples données recueillies au niveau individuel ou une méthodologie qui leur permette de classer la population, par essence très hétérogène, dont ils ont la charge, en grands groupes hiérarchisés par rapport à des critères pertinents en fonction de l'objectif poursuivi. Cet objectif varie avec l'utilisateur : répartition du personnel dans un établissement, allocation de moyens par l'administration, arbitrage entre le développement des services à domicile ou la construction d'établissements...

### Quelles informations sur la dépendance ?

Au niveau de la population générale, que savons-nous de la « dépendance » des personnes âgées ? Sur quelles sources d'information s'appuyer ? Nous ne disposons pas ici, comme pour les don-

nées démographiques, d'observations continues spécifiques. Nous disposons d'enquêtes nationales comme l'enquête décennale « santé » (Insee, Credes, Sesi, Inserm, CNAMTS) et son extension en Aquitaine, l'enquête « Conditions de vie des Français » de l'Insee, d'une série d'enquêtes régionales dont plusieurs ont été réalisées selon des méthodologies semblables qui permettent d'agrégier les résultats ; d'enquêtes départementales, d'enquêtes en milieu institutionnels (Credes) ou à orientation particulière (Paquid, l'enquête transversale sur la démence de l'ORS Paca...) qui toutes contiennent des données sur l'état de dépendance des populations enquêtées...

L'une des difficultés majeures auxquelles se heurte l'évaluation du nombre des personnes âgées dépendantes, outre la « mesure » du niveau de dépendance, réside dans les faibles effectifs trouvés dans ces enquêtes pour les classes d'âge

### Estimation des pourcentages de personnes âgées présentant différentes incapacités (selon le sexe et l'âge)

Tranche d'âge (ans)	Hommes			Femmes		
	65-74	75-84	> 84	65-74	75-84	> 84
<b>Pourcentage avec une incapacité pour</b>						
La cuisine	0,8	2,5	6,4	3,5	7,5	14,8
Les courses	5,1	9,8	20,3	20,9	31,9	41,5
La lessive	2,3	6,7	15,3	10,6	24,0	37,5
Les petites tâches ménagères	2,2	66,0	25,7	10,1	18,8	29,7
Les grosses tâches ménagères	6,2	13,7	12,8	33,0	45,6	49,0
La toilette	2,6	7,5	13,2	2,5	4,9	16,4
La lecture	3,2	8,1	19,7	2,3	4,9	11,2
<b>Pourcentage avec une gêne pour</b>						
Marcher	27,7	42,2	51,6	35,0	46,4	69,1
Monter un escalier	25,7	39,4	48,9	35,7	48,2	66,9
Descendre un escalier	20,1	32,8	45,2	28,9	42,6	59,7
S'asseoir	14,5	24,7	30,6	18,7	31,3	39,6
Se couper les ongles de pieds	25,0	41,9	61,1	34,3	52,5	73,1
Lacer les chaussures	18,8	33,4	43,3	22,4	37,1	56,3
Se coiffer/se raser	4,5	9,3	16,0	8,4	13,2	26,5

Source : Inserm Cij 88-12

très élevé. La plupart des données chiffrées dont nous disposons proviennent de l'agrégation de données de plusieurs enquêtes. Cet exercice difficile demande beaucoup de négociations et de rigueur mais permet de disposer d'effectifs suffisants aux âges élevés pour être significatifs. Pour scinder la population en groupes hiérarchisés de dépendance, le principe a été de ne retenir qu'un petit nombre de dimensions permettant d'identifier des groupes de personnes âgées répondant à des critères d'incapacité prédéterminés. Les groupes sont définis, au niveau de la population générale, sur des critères très simples faisant intervenir la mobilité physique (explorée par confinement au lit ou au fauteuil, sortie du domicile) et l'indépendance pour les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage) explorée par la dépendance d'un tiers pour leur accomplissement.

Sur ces critères, parmi les 7 529 000 personnes de 65 ans et plus, 180 000 personnes (2,4 %) font partie du groupe I, les « dépendants lourds », 233 000 (3,1 %) constituent le groupe II, 900 000 (12 %) le groupe III. D'autre part, 77 % des personnes du groupe I, les très « dépendants » vivent à domicile.

Ce constat chiffré était l'idée intuitive que les facteurs tels que la composition de la famille, les caractéristiques de l'entourage, les facteurs socio-économiques sont au moins aussi importants que le niveau de dépendance pour expliquer le maintien à domicile ou l'entrée en institution.

Ceci est conforté par les informations toujours tirées des mêmes enquêtes, sur la source de l'aide fournie aux personnes du groupe I. Cette aide provient dans 47 % des cas de la famille, dans 34 % des cas, de la famille et des professionnels, et dans seulement 19 % des cas, des professionnels seuls. L'enquête « conditions de vie » de l'Insee montre que la prise en charge par les proches est la plus fréquente pour les grands dépendants (87 % des cas du groupe I et seulement 15 % du groupe III) et que l'aide professionnelle ne paraît pas liée au niveau de dépendance (10 % quel que soit le niveau de dépendance). L'obtention de l'aide sub-

### Estimation des pourcentages de personnes âgées dans différents groupes de désavantages (selon le sexe et l'âge)

Tranche d'âge (ans)	Hommes			Femmes		
	65-74	75-84	> 84	65-74	75-84	> 84
Confiné au lit ou au fauteuil	1,1	3,9	5,6	0,9	2,4	9,2
Non confiné au lit, mais ayant une incapacité pour s'habiller ou pour faire sa toilette	1,8	5,4	10,4	1,4	2,9	8,2
Ne sort pas seul*	3,4	9,1	19,0	10,5	17,6	36,3
Autres	93,7	81,6	65,1	87,2	77,1	46,3

\* excluant les personnes des groupes précédents

Source : Inserm Cf 88-12

ventionnée paraît, dans cette enquête, plus liée au niveau de revenu qu'au niveau de dépendance (65 % des personnes qui en reçoivent ont un revenu proche du minimum vieillesse). Cette enquête met aussi en évidence le classique cumul des désavantages : les personnes âgées les plus dépendantes sont souvent les plus mal logées, les plus pauvres et les plus isolées.

Selon l'extension en Aquitaine de l'enquête « santé », la proportion des « dépendants » augmente avec l'âge : à tous les niveaux de dépendance, la proportion des « dépendants » dans le groupe des 75 ans et plus, est plus de trois fois supérieure à celle des 65-75 ans. Il est instructif de préciser que dans cette enquête, les niveaux de dépendance sont définis non seulement à partir du besoin d'aide mais aussi à partir d'un intervalle de temps : l'échelle de sévérité de la dépendance est ici fonction aussi de la fréquence des services à fournir.

Dans une optique de prospective, d'autres informations seraient à introduire. Par exemple, il convient de prévoir l'arrivée des générations nées avec la Sécurité sociale, qui ont des réflexes de « droits » à la santé. Les « 80 ans » actuels nés en 1910, avaient 20 ans lors des années 30, années de crise, alors que les « 80 ans » de 2010, nés en 1930, ont

démarré leur vie active dans les années 50 avec le système de protection sociale mis en place après la guerre de 39-45, et, pour les salariés du moins, ont toujours connu la couverture de l'assurance maladie. Calquer les comportements (autrement dit les attentes et les besoins de ces générations futures) sur celles des générations actuellement très âgées ne peut que conduire à une inadaptation des politiques. Il est donc d'une grande importance malgré les difficultés que cela représente, de recueillir des données longitudinales, permettant seules de repérer, sinon les facteurs d'entrée en incapacité, du moins l'évolution de l'état de santé global.

Deux idées à retenir. Premièrement : il existe des données ; deuxièmement : ces données sont contingentes, liées à leur mode de recueil, aux concepts et aux instruments de mesure (définition de l'indépendance, de l'incapacité, modalité d'évaluation). Si l'on veut parler de « dépendance », il serait bon de parler de « dépendance selon Katz », « dépendance selon Wood », « dépendance selon l'enquête de... ».

#### Henriette Gardent

Chargée de mission à la valorisation de la recherche sur la vieillesse  
Fondation nationale de gérontologie