

INCAPACITÉS ET PERTES D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES DE LA RÉUNION

— ENQUÊTE VQS 2014 – RÉSULTATS DU DÉPARTEMENT DE LA RÉUNION —

INFOS  STATISTIQUES

Service Études
et Statistiques
Direction de la Stratégie
et de la Performance
Agence de Santé Océan Indien

ars
Agence de Santé
Océan Indien

En 2016, La Réunion compte 132 000 personnes âgées de 60 ans ou plus, soit 15% de la population. Leur nombre devrait doubler d'ici 2040 pour atteindre 274 000 personnes, selon les estimations de l'INSEE.

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 dont le montant de l'aide diffère selon les ressources déclarées avec un non versement de l'APA si inférieur à 29,64 €. Par conséquent, elle écarte 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. Cependant des résultats au niveau de La Réunion ont été obtenus au travers de l'enquête sur l'état de santé et les conditions de vie des personnes âgées de 65 ans et plus à La Réunion ⁽¹⁾.
- ❖ soit 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 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). 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]. Cet Infos Statistiques cherche à estimer, à partir de l'enquête VQS, la prévalence de la dépendance non financière à La Réunion dans toutes ses acceptions et à mettre en exergue les différences entre les femmes et les hommes à La Réunion.

⁽¹⁾ Enquête réalisée par l'ARS OI, le CGEOI et le DMG en 2016/2017, dite « Gramoune Care », publication prévue en mai 2018.



ENTRE 21 000 ET 40 000 PERSONNES ÂGÉES CONCERNÉS PAR LA DÉPENDANCE, LA PERTE D'AUTONOMIE OU DES INCAPACITÉS 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]. 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 à La Réunion, 59% d'entre elles déclarent avoir une maladie chronique, soit une estimation de près de 71 500 individus. La prévalence est similaire entre femmes et hommes mais augmente avec l'âge : 54% des moins de 75 ans déclare une maladie chronique contre 71% chez les 75 ans ou plus
- Parmi cette même population de 60 ans ou plus vivant à domicile, 32% d'entre elles déclarent au moins **un type de limitation fonctionnelle** (physique, sensorielle, cognitive), soit 39 200 individus. Les limitations physiques sont les plus fréquentes (26%). Les fortes limitations dans les activités générales depuis au moins 6 mois concernent 16 100 personnes de 60 ans ou plus vivant à domicile (13%). Elles sont plus fréquentes chez les femmes à partir de 85 ans (38% contre 33% pour les hommes). 21 000 individus déclarent avoir des difficultés pour se laver (17%). 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, 23% des personnes utilisent une aide technique à la mobilité ou un aménagement du logement et 39% des personnes reçoivent de l'aide humaine – fournie soit par l'entourage soit par un professionnel.
- **Le processus de dépendance** n'est pas complètement imbriqué. En effet, parmi les 78 400 personnes ayant une maladie chronique ou une limitation fonctionnelle ou des restrictions d'activité dans le domaine de la toilette (difficultés pour se laver), 47% ont uniquement une maladie chronique. À l'inverse, très peu de personnes ont des difficultés pour se laver sans limitation fonctionnelle ni maladie chronique (0,4% des 60 ans ou plus) [voir graphique 2].
- À partir des questions de l'enquête, un « **score VQS** » a été calculé pour synthétiser en un seul chiffre les diverses difficultés rencontrées par les personnes âgées [voir encadré définitions]. Un senior déclarant de fortes difficultés pour de nombreuses activités aura ainsi un score VQS élevé. Le score VQS permet de classer les seniors selon leur degré d'autonomie, du plus autonome (score VQS proche de 0) au moins autonome (score VQS proche de 100). Une personne ayant un score VQS supérieur à 40 est considérée être en situation de perte d'autonomie. Selon cette définition, en 2014, 19 400 personnes de 60 ans ou plus peuvent être considérées comme dépendantes au sens de VQS, soit 16% des seniors. C'est 6 500 personnes de plus que le nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile fin 2014 : 12 900 personnes (Indicateurs Santé Social, ORS 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

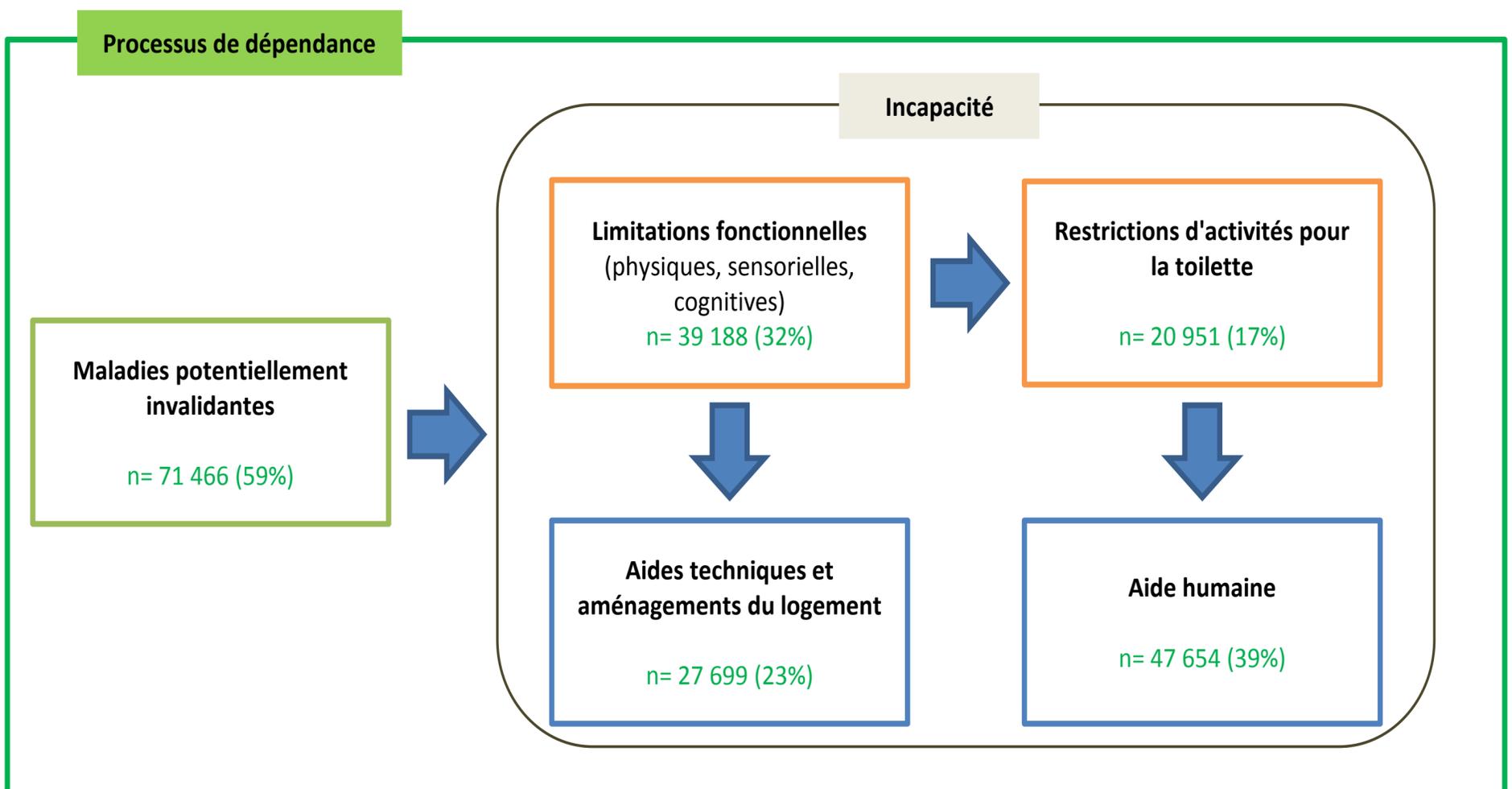
d'une évaluation de leur autonomie à leur domicile reposant sur la grille nationale d'évaluation AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources). Cette grille permet de mesurer le degré de dépendance selon huit dimensions : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, hygiène de 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...

La proportion de séniors **déclarant être en très mauvaise santé** est de 2% chez les 60 à 74 ans et de 7% chez les 75 ans ou plus. Au total, 4 200 personnes de 60 ans ou plus vivant à domicile se déclarent en très mauvaise santé.

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

GRAPHIQUE 1 : PROCESSUS DE DÉPENDANCE ET NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE CONCERNÉES EN 2014



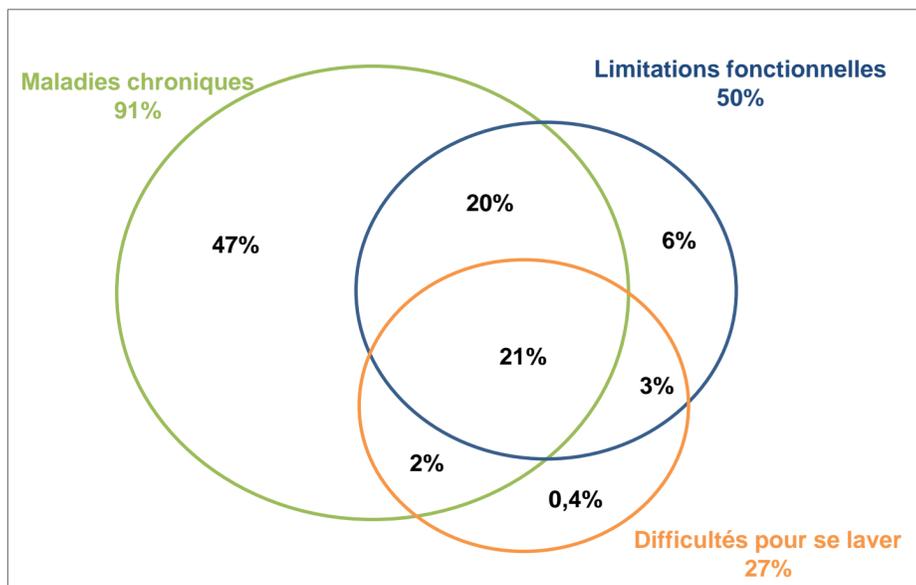
Lecture : 59% des individus de 60 ans ou plus ont déclaré avoir une maladie potentiellement invalidante, soit 71 466 personnes de 60 ans ou plus estimées à La Réunion.

Champ : individus de 60 ans ou plus résidant à domicile à La Réunion.

Source : Enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) 2014, DREES, Sieurin, Cambois et Robine (2011).

Exploitation : ARS OI

GRAPHIQUE 2 : PARMIS CEUX AYANT UNE MALADIE CHRONIQUE OU UNE LIMITATION FONCTIONNELLE OU DES DIFFICULTÉS POUR SE LAVER (N = 78 341 INDIVIDUS DE 60 ANS OU PLUS)



Lecture : parmi les individus de 60 ans ou plus ayant déclaré avoir une maladie chronique ou une limitation fonctionnelle ou des restrictions d'activité, 21% cumulent les trois composantes du processus de dépendance.

Champ : individus de 60 ans ou plus résidant à domicile à La Réunion.

Source : Enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) 2014, DREES.

Exploitation : ARS OI

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 17% chez les personnes âgées de 60 à 74 ans et de 49% 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 : 42%. Les difficultés pour se pencher et ramasser un objet sont déclarées par 11% des 60-74 ans et 35% des 75 ans ou plus.

Les limitations cognitives concernent 8% des personnes de 60 à 74 ans et 27% des 75 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 : 8% chez les 60 ans ou plus.

Les limitations sensorielles après correction (c'est-à-dire avec lunettes, lentilles, appareils auditifs, etc.) sont moins fréquentes que les limitations physiques et cognitives : 7% chez les 60 à 74 ans et 25% chez les 75 ans ou plus. Les difficultés pour entendre sont plus fréquentes que les difficultés pour voir, surtout chez les 75 ans ou plus.



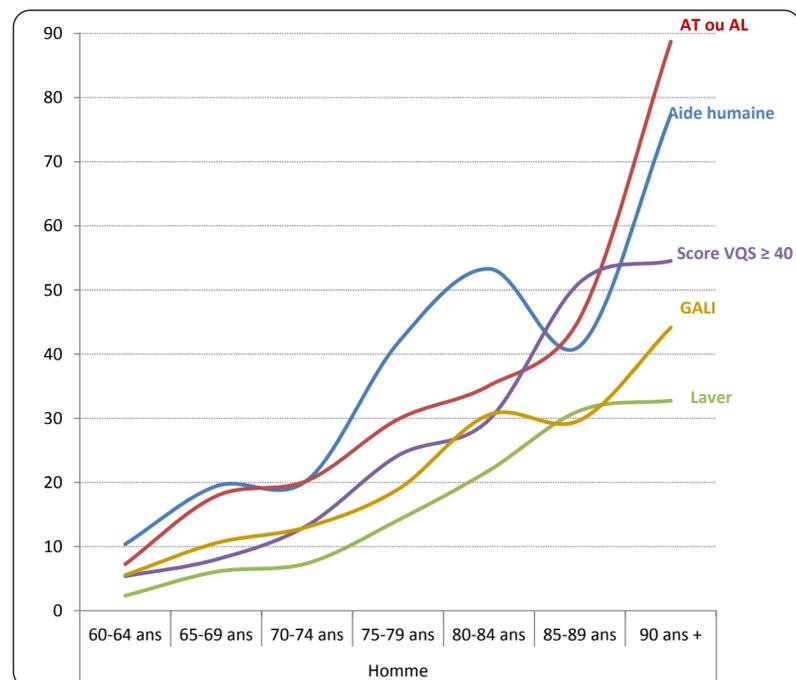
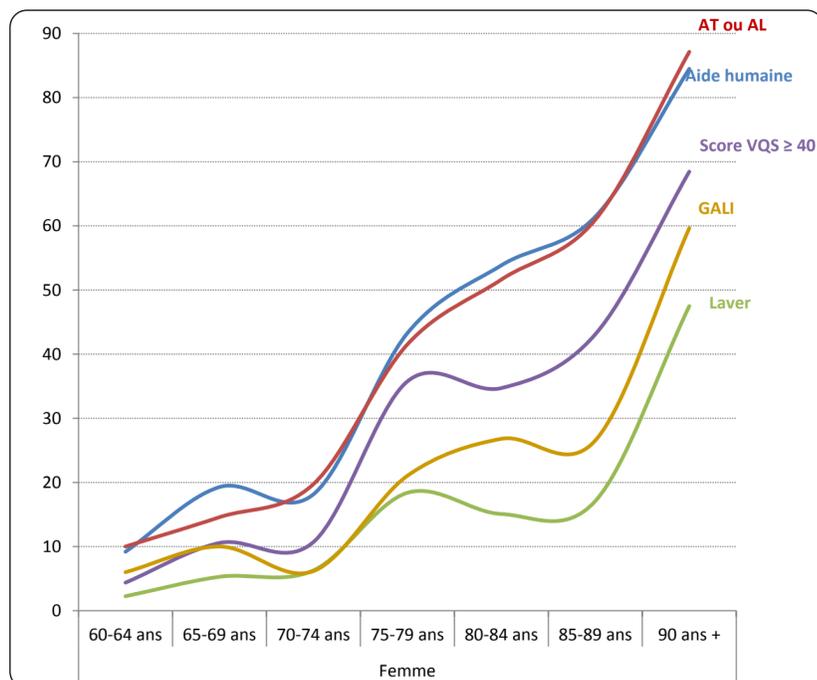
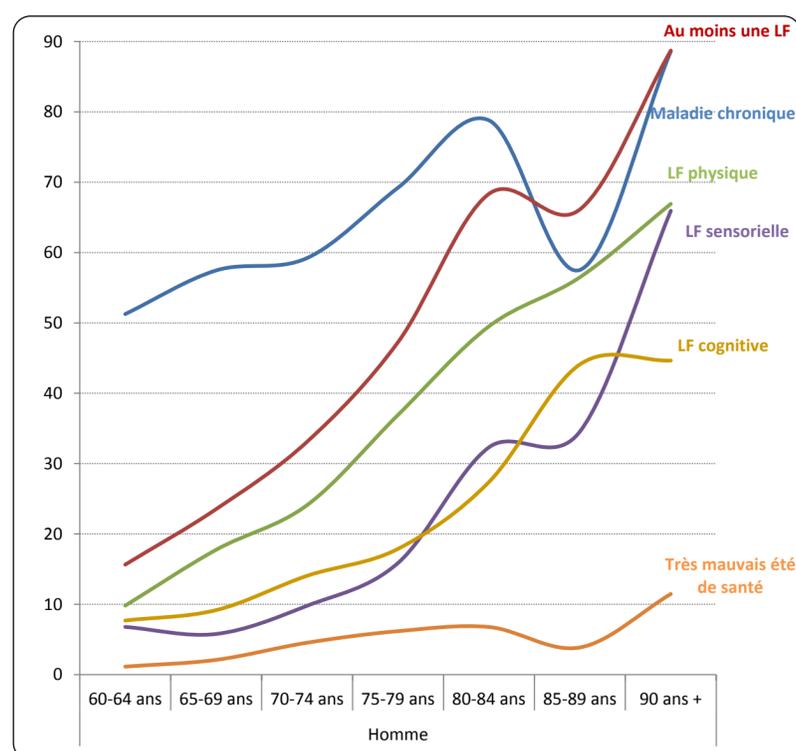
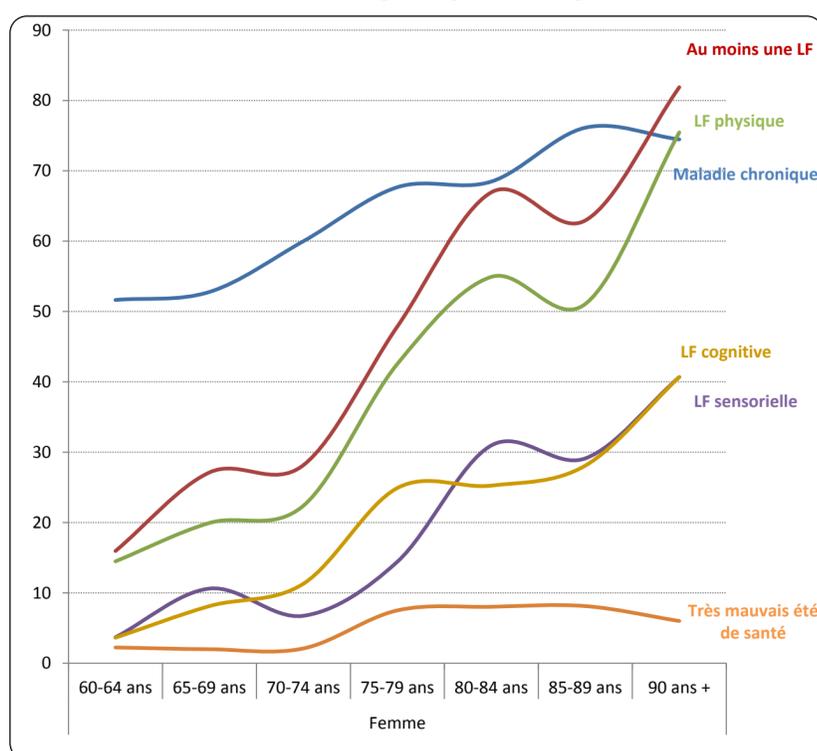
DES PRÉVALENCES QUI AUGMENTENT AVEC L'ÂGE

Les prévalences relatives aux différents indicateurs augmentent avec l'âge, que ce soit chez les femmes ou chez les hommes. Toutefois, ces prévalences régressent entre 85 et 89 ans, aussi bien chez les femmes que chez les hommes, 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 et avec une meilleure autonomie. L'aide technique ou l'aménagement du logement est l'indicateur pour lequel l'écart en points de pourcentage entre la tranche 60-64 ans et la tranche de 90 ans ou plus est le plus élevé : +77 points de

pourcentage pour les femmes et +81 points de pourcentage pour les hommes.

Pour la majorité des indicateurs, les prévalences des femmes et des hommes chez les jeunes seniors (60-69 ans) sont proches (+/- 0 à 5 points). Les différences entre femmes et hommes se creusent avec l'avancée en âge, principalement à partir de 75 ans. Cet écart se fait le plus souvent au détriment des hommes (hormis pour les limitations fonctionnelles physiques) et peut atteindre jusqu'à 25 points de pourcentage pour les limitations fonctionnelles sensorielles.

GRAPHIQUE 3 : PROPORTIONS ASSOCIÉES AUX DIVERSES MESURES DE LA DÉPENDANCE ET DES INCAPACITÉS, PAR TRANCHE QUINQUENNALE POUR LES FEMMES ET LES HOMMES



AT>Aides technique pour se déplacer / **AL**>Aménagement du logement / **LF**>Limitation fonctionnelle / **GALI**>Indicateur de limitations d'activité générales.

Lecture : les femmes âgées de 90 ans ou plus ont une prévalence des limitations fonctionnelles de 82%, alors que la prévalence s'élève à 16% chez les femmes de 60-64 ans.

Champ : individus de 60 ans ou plus résidant à domicile à La Réunion.

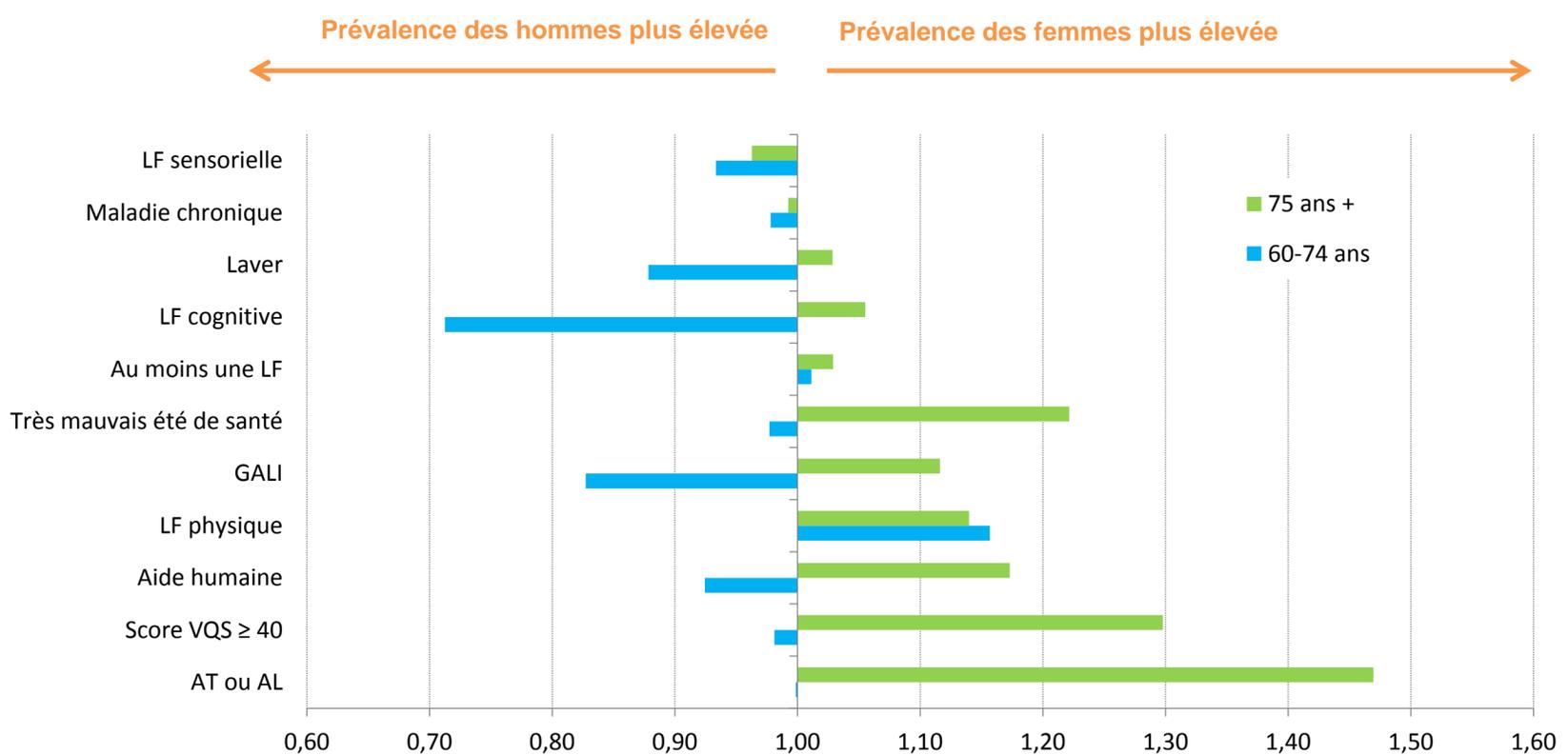
Source : Enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) 2014, DREES.

Exploitation : ARS OI

Les rapports de prévalences (prévalence des femmes divisée par celle des hommes) sont présentés conjointement ci-après chez les 60-74 ans ainsi que chez les 75 ans ou plus. 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. Avant 75 ans, la prévalence est plus importante chez les hommes,

hormis pour les limitations fonctionnelles physiques. A partir de 75 ans, la prévalence est plus importante chez les femmes, hormis pour les limitations fonctionnelles sensorielles. Les hommes déclarent donc une plus grande proportion de difficultés que les femmes avant 75 ans et inversement à partir de 75 ans ce sont les femmes qui déclarent une plus grande proportion de difficulté.

GRAPHIQUE 4 : RAPPORT DES PRÉVALENCES ENTRE FEMMES ET HOMMES (PRÉVALENCE FEMMES / PRÉVALENCE HOMMES) EN 2014



AT>Aides technique pour se déplacer / **AL**>Aménagement du logement / **LF**>Limitation fonctionnelle / **GALI**>Indicateur de limitations d'activité générales.

Lecture : les femmes âgées de 75 ans ou plus ont une prévalence de l'aide humaine 1,2 fois plus élevée que les hommes de 75 ans ou plus.

Champ : individus de 60 ans ou plus résidant à domicile à La Réunion.

Source : Enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) 2014, DREES.

Exploitation : ARS OI



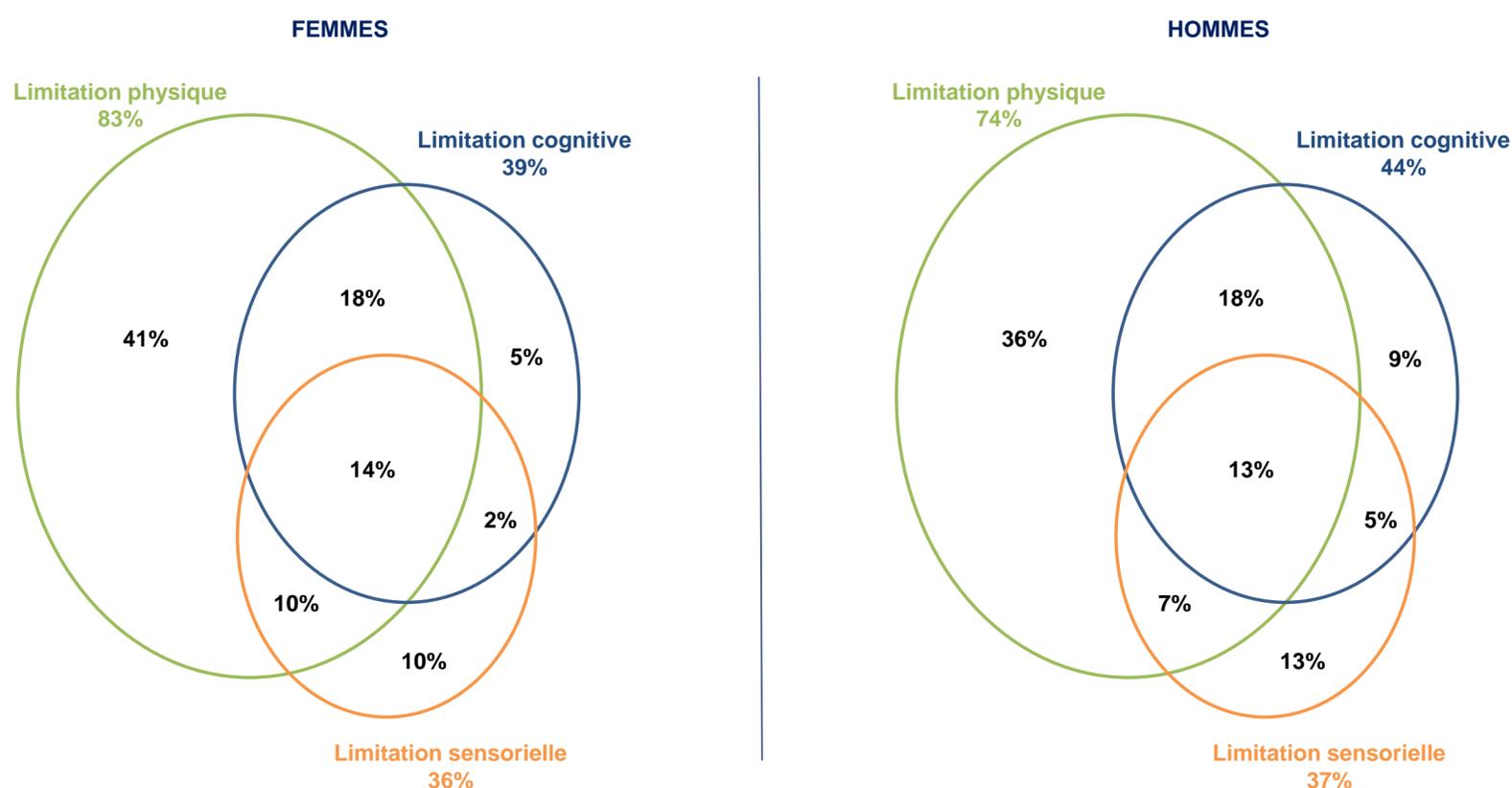
LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES SONT SOUVENT COMBINÉES

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 5, sont représentées les combinaisons des trois types de limitations pour les femmes et les hommes.

Près de la moitié des seniors cumule plusieurs types

de limitations (43%). Certains en cumulent deux types quand d'autres les cumulent tous. Les femmes de 60 ans ou plus ayant au moins une limitation fonctionnelle sont 41% à déclarer uniquement des limitations physiques, contre un peu plus d'un tiers pour les hommes. En revanche, les hommes déclarent plus souvent des limitations cognitives seules ou combinées avec une autre limitation que les femmes (respectivement 44% contre 39%). Les seniors sont 14% à déclarer les trois limitations.

GRAPHIQUE 5 : RÉPARTITION DES PERSONNES DÉCLARANT AU MOINS UNE LIMITATION FONCTIONNELLE SELON LE TYPE DE LIMITATION, PAR SEXE



Lecture : 14% des femmes de 60 ans ou plus ayant au moins une limitation fonctionnelle cumulent à la fois des limitations physiques, cognitives et sensorielles.

Champ : individus de 60 ans ou plus résidant à domicile à La Réunion.

Source : Enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) 2014, DREES.

Exploitation : ARS OI

LE CUMUL DE LIMITATIONS FONCTIONNELLES SYNONYME D'AIDES

Le tableau 1 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 quel que soit la difficulté aussi bien pour les femmes que pour les hommes. Par exemple, la prévalence des difficultés pour se laver est multipliée par plus de 5 entre les femmes n'ayant qu'un type de limitation et celles en ayant trois.

Lorsque les femmes et les hommes ont une seule limitation, les femmes déclarent plus souvent utiliser les aides techniques pour se déplacer ou des aménagements du logement que les hommes. Tandis que les hommes sont plus limités dans leur activité (GALI) que les femmes. Les femmes ayant deux limitations déclarent systématiquement avoir plus de difficultés ou avoir plus recours à une aide que les hommes. Lorsque les femmes et les hommes ont trois limitations, les hommes déclarent plus souvent que les femmes avoir des difficultés pour se laver, utiliser des aides techniques pour se déplacer ou des aménagements du logement et ayant un score VQS supérieur ou égal à 40.

TABLEAU 1 : 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 celles qui ont ...		
		1 LF	2 LF	3 LF	1 LF	2 LF	3 LF
% de personnes ayant des difficultés pour se laver	11%	38%	61%	11%	36%	75%
	... des limitations dans les activités (GALI)	23%	47%	82%	30%	39%	78%
	... des aides techniques pour se déplacer ou des aménagements du logement	43%	67%	77%	33%	51%	87%
	... de l'aide humaine	40%	67%	89%	41%	62%	83%
	... un score VQS ≥ 40	26%	74%	93%	25%	58%	94%

LF > Limitation fonctionnelle

Lecture : parmi les femmes de 60 ans ou plus ayant 3 types de limitations (3 LF), 89% déclarent recevoir de l'aide humaine (professionnelle ou entourage).

Champ : individus de 60 ans ou plus résidant à domicile à La Réunion.

Source : Enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) 2014, DREES.

Exploitation : ARS OI

UN TIERS DES PERSONNES ÂGÉES DE 60 ANS OU PLUS VIVANT SEULES DÉCLARENT AVOIR DES DIFFICULTÉS OU DE NOMBREUSES DIFFICULTÉS POUR LEUR AUTONOMIE

34% des personnes âgées de 60 ans ou plus vivent seules, 45% vivent avec une autre personne et 20% vivent avec au moins deux autres personnes au sein de leur foyer. Parmi les seniors qui vivent à deux, dans 67% des cas il s'agit de leur conjoint et dans 20% des cas de leur enfant.

Les personnes de 60 ans ou plus vivant seules sont 16% à déclarer avoir de nombreuses difficultés pour leur autonomie et 17% à avoir plusieurs difficultés contre respectivement 11% et 10% pour les personnes cohabitant avec d'autres personnes (conjoint, enfant, autres).

LES DÉFINITIONS DE LA DÉPENDANCE ET DES INCAPACITÉS

Pour mesurer l'incapacité, nous nous sommes appuyés sur le dossier de la DREES n°13 – Mars 2017 qui lui-même s'appuie 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 physiques sont mesurées 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 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.

LES DÉFINITIONS DE LA DÉPENDANCE ET DES INCAPACITÉS

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 (cane, déambulateur, fauteuil roulant) ?* ». **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...) ?* ».

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.

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* »).

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. Les individus ayant un score VQS supérieur ou égal à 40 sont considérés comme dépendants.

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.

TABLEAU 2 : PART DES PERSONNES AYANT DES DIFFICULTÉS PAR TYPE D'INCAPACITÉ, SEXE ET TRANCHE D'ÂGE EN 2014 – COMPARATIF RÉUNION / MÉTROPOLE

La prévalence à La Réunion des différentes mesures d'incapacité est systématiquement plus élevée qu'en métropole, quel que soit l'âge ou le sexe. Elle est supérieure de 1 à 5 pour la tranche d'âge 60-74 ans et de 1 à 2,3 pour la tranche d'âge 75 ans ou plus. Une seule exception, la proportion de séniors déclarant des difficultés pour se laver est moins importante à La Réunion qu'en métropole.

	RÉUNION						MÉTROPOLE					
	60-74 ans			75 ans ou plus			60-74 ans			75 ans ou plus		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
SANTÉ												
Maladie chronique	54%	55%	54%	71%	71%	71%	44%	49%	46%	61%	63%	62%
Très mauvais état de santé	2%	2%	2%	8%	6%	7%	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 physique	18%	16%	17%	51%	45%	49%	12%	11%	12%	39%	29%	35%
<i>marcher sur 500 mètres et monter et descendre un escalier</i>	12%	11%	12%	45%	38%	42%	8%	7%	7%	31%	22%	27%
<i>se pencher et ramasser un objet</i>	11%	11%	11%	36%	32%	35%	6%	6%	6%	21%	19%	22%
<i>se servir de ses mains ou de ses doigts</i>	3%	5%	3%	11%	9%	10%	3%	2%	2%	10%	6%	9%
<i>lever le bras</i>	8%	5%	7%	24%	18%	22%	5%	3%	4%	19%	10%	15%
Au moins une limitation sensorielle (après correction)	7%	7%	7%	25%	26%	25%	5%	7%	6%	21%	21%	21%
<i>voir</i>	4%	3%	4%	12%	15%	13%	3%	2%	2%	11%	7%	10%
<i>entendre</i>	3%	5%	4%	17%	18%	17%	3%	6%	4%	14%	17%	16%
Au moins une limitation cognitive	7%	10%	8%	28%	26%	27%	3%	3%	3%	16%	13%	15%
<i>comprendre les autres ou se faire comprendre des autres</i>	3%	4%	3%	10%	9%	10%	1%	1%	1%	6%	6%	6%
<i>se concentrer plus de 10 minutes</i>	3%	5%	4%	15%	10%	13%	1%	1%	1%	9%	6%	8%
<i>se souvenir des choses importantes</i>	4%	5%	5%	17%	14%	16%	2%	2%	2%	10%	9%	10%
<i>résoudre les problèmes de la vie quotidienne</i>	4%	5%	4%	20%	15%	18%	2%	1%	1%	11%	8%	10%
AIDES TECHNIQUES POUR SE DÉPLACER ET AMÉNAGEMENTS DU LOGEMENT												
Une aide technique pour se déplacer	6%	10%	8%	39%	25%	34%	6%	6%	6%	31%	22%	27%
Un aménagement du logement	11%	8%	10%	41%	28%	36%	6%	4%	5%	23%	16%	20%
RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ												
GALI : fortement limité	7%	9%	8%	28%	25%	27%	6%	7%	6%	22%	18%	20%
GALI : au moins un peu limité	25%	23%	24%	35%	35%	35%	20%	19%	19%	33%	31%	32%
Difficultés pour se laver	4%	5%	4%	21%	20%	20%	2%	2%	2%	15%	10%	13%
AU MOINS UNE AIDE HUMAINE												
Aide de l'entourage	24%	20%	22%	70%	56%	65%	11%	9%	10%	46%	33%	41%
Aide professionnelle	11%	11%	11%	45%	37%	42%	8%	7%	8%	37%	23%	32%
SCORE VQS												
Score ≥ 40	8%	8%	8%	41%	32%	37%	3%	3%	3%	25%	16%	21%

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

Lecture : 8 % des femmes de 60-74 ans domiciliées à La Réunion ont un score VQS supérieur ou égal à 40

Champ : Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile, à La Réunion ou en métropole

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

Exploitation : ARS OI

VQS - une enquête nationale

SOURCE, CHAMP ET LIMITES DE L'ÉTUDE

L'enquête VQS est une enquête de grande ampleur, représentative de la population des personnes de 60 ans et plus vivant en France, DOM inclus (hors Mayotte). 166 800 personnes ont répondu à l'enquête, entre le 27 août 2014 et le 31 janvier 2015. Il s'agissait d'un court questionnaire visant à décrire les difficultés rencontrées par les personnes pour réaliser des actes de la vie quotidienne à domicile.

Le questionnaire comprend 24 questions et se structure ainsi :

trois questions liées à l'état de santé, appelées « mini module européen » ;

restrictions sur les activités de la vie quotidienne : difficultés pour entendre, pour se laver, pour sortir, etc.;

questions sur les aides : l'aide de l'entourage, l'aide de professionnelle, les aides techniques à la mobilité et les aménagements du logement.

L'objectif de l'enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) 2014 était double :

premièrement, fournir une estimation du nombre de personnes âgées qui rencontrent des difficultés dans la vie quotidienne, par département ;

deuxièmement, permettre le tirage d'un échantillon de personnes handicapées de taille suffisante pour le volet ménages de l'enquête Capacité, Aides et REssources des seniors (CARE ménages), dont la collecte a eu lieu en 2015.

A La Réunion, 1 693 séniors ont été interrogés dans le cadre de l'enquête VQS 2014.



POUR EN SAVOIR PLUS

DREES mars 2017 – n°13 – Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2017 / Premiers résultats de l'enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 – [LIEN](#)

DREES 2017 – Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014, résultats départementaux – [LIEN](#)

ORS 2017 - Tableau de bord - Guery R. - Les personnes âgées à La Réunion – [LIEN](#)

INSEE mai 2014 - INSEE Partenaire n°24 - Chaussy C., Fabre E., Hoarau H., Caliez F., Mariotti E., Deux fois plus de personnes âgées dépendantes en 2030 à La Réunion – [LIEN](#)

Publication 2018



[Cliquez ici](#)

**Pour toute information complémentaire,
le service Etudes et Statistiques de l'ARS OI se tient à votre disposition.**

Mail : ars-oi-etudes-et-statistiques@ars.sante.fr

Directeur de la publication : François Maury
Responsable de la rédaction : Eric Mariotti
Rédaction : Florence CALIEZ

La rédaction de cet Infos Statistiques est inspirée des dossiers de la DREES -n°13 – mars 2017

ars
Agence de Santé
Océan Indien