

*Conditions de vie
et état de santé
des personnes âgées
à domicile*

**D^r Cécile Bonhomme, Caroline Lefèvre, Anne-Carine Paillas,
D^r Marielle Lambourg-Podigue, Philippe Lorenzo, Alain Trugeon**

Ce rapport a été mis en page par :
Sylvie Bonin, Martine Rodriguès.

Ce travail a été possible grâce à la volonté des deux directeurs de l'hôpital de Saint-Valery-sur-Somme qui se sont succédé : **François Allès et Bernard Candas.**

Il a été réalisé grâce au soutien financier du conseil général de la Somme, de la caisse régionale d'assurance maladie Nord-Picardie, de l'hôpital de Saint-Valery-sur-Somme et de la mutualité sociale agricole de la Somme.

Ce document constitue une synthèse de deux conclusions d'études : une thèse de médecine par le **D^r Cécile Bonhomme** et un mémoire pour l'obtention du DESS de démographie et données sociales par **Caroline Lefèvre.**

Enfin, il faut remercier le comité de pilotage qui a eu la lourde tâche de préparer le questionnaire et sa passation effective sur le terrain. Il était composé de :

Bernard Candas (Hôpital de Saint-Valery-sur-Somme),
Maryse Candas (Hôpital de Saint-Valery-sur-Somme),
Yasmina Darbelet (Développement social local, conseil général de la Somme),
Christine Delabie (Mairie de Saint-Blimont),
Véronique Dupas (CRAM Nord-Picardie),
Isabelle Édouard (Direction de la prévention et de l'aide sociale, conseil général de la Somme),
D^r Marielle Lambourg-Podigue (ORS Picardie),
Philippe Lorenzo (ORS Picardie).

Les photographies de la couverture ont été réalisées par **Alain Trugeon.**

SOMMAIRE

PRÉFACE	page 5
INTRODUCTION	page 9
A. RÉFLEXIONS GÉNÉRALES	page 13
I. Le vieillissement	page 15
I.1 Vieillissement biologique	page 15
I.2 Vieillissement et sénescence	page 16
I.3 La difficile transmission du vécu intime du vieillissement	page 17
II. L'âge auquel on devient vieux	page 18
II.1 Un peu d'histoire...	page 18
II.2 Évolution des espérances de vie à la naissance, à 65 ans et sans incapacité	page 19
III. La vieillesse	page 23
IV. La dépendance	page 27
IV.1 Définition	page 27
IV.2 Évaluation de la dépendance	page 27
IV.3 La grille AGGIR	page 29
V. La politique d'aide et de soins des personnes âgées	page 31
V.1 Les années soixante-dix	page 31
V.2 Les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix	page 32
V.3 La prestation spécifique dépendance	page 33
B. MÉTHODOLOGIE	page 35
I. Protocole de l'enquête	page 37
I.1 La Commission nationale d'informatique et des libertés	page 37
I.2 Le questionnaire	page 37
I.3 La formation des enquêtrices	page 38
I.4 La sensibilisation du public et des professionnels	page 39
I.5 Le recueil des données et le nom de l'enquête	page 39
II. Désignation de l'échantillon	page 40
II.1 Définitions générales	page 40
II.2 Le tirage aléatoire de l'échantillon	page 40
III. Exploitation des données recueillies	page 43
III.1 Création de variables	page 43
III.2 L'analyse statistique	page 43
III.3 La standardisation	page 44
C. LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE	page 45
I. Les caractéristiques générales	page 47
I.1 Les caractéristiques démographiques	page 47
I.2 Les caractéristiques sociales	page 49

II. Les conditions de logement	page 50
II.1 Le statut d'occupation du logement	page 50
II.2 Habitats présent et antérieurs	page 50
II.3 Le type d'habitat	page 51
II.4 L'équipement sanitaire du logement	page 52
II.5 Les souhaits en matière d'amélioration de l'habitat	page 54
II.6 L'isolement du logement	page 55
II.7 L'isolement du logement par rapport aux commerces	page 55
II.8 Les services ou commerces déclarés manquants dans la commune	page 56
III. L'autonomie des personnes âgées	page 57
III.1 Les personnes selon leur degré de dépendance	page 57
III.2 Autonomie et aide des personnes pour les déplacements	page 58
III.3 Autonomie et aide des personnes pour les AEVQ	page 60
III.4 Autonomie et aide des personnes pour les AIVQ	page 62
IV. L'état de santé	page 65
IV.1 Fréquence des visites chez le médecin de famille	page 65
IV.2 Consultation d'un professionnel de la santé libéral	page 65
IV.3 Etat de santé déclarée	page 66
IV.4 Séjour à l'hôpital et difficultés du retour au domicile	page 67
IV.5 Troubles sensoriels d'importance moyenne ou sévère	page 67
IV.6 Traitement médical	page 68
IV.7 Recours en cas de problème de santé	page 69
IV.8 Lieu choisi si départ du logement pour problèmes de santé	page 69
IV.9 Prise en charge par la Sécurité sociale et la mutuelle	page 70
V. Le réseau relationnel	page 71
V.1 La cohabitation	page 71
V.2 La proximité de la famille	page 72
V.3 Les visites de l'entourage	page 73
V.4 La visite d'une personne bénévole au domicile de la personne âgée	page 74
VI. Les activités	page 75
VI.1 Les activités au domicile	page 75
VI.2 Les activités hors du domicile	page 76
VI.3 L'aide que les personnes âgées apportent aux autres	page 76
VI.4 Les moyens de locomotion	page 77
VII. Les services d'aide à domicile	page 78
VII.1 Connaissances des services favorisant la vie des personnes âgées	page 78
VII.2 Utilisation des services d'aide à domicile	page 79
VII.3 Services que les personnes âgées souhaitent utiliser	page 80
VII.4 Connaissance des services de maintien à domicile dans les communes...	page 81
VII.5 Domaines où les personnes âgées rencontrent le plus de difficultés	page 84
VII.6 Recours en cas de difficultés financières, matérielles ou liées à la santé	page 85
VIII. Les activités ménagères	page 86
VIII.1 Les difficultés à réaliser les tâches ménagères	page 86
VIII.2 L'aide fournie aux personnes âgées pour réaliser les tâches ménagères	page 86

IX. Les revenus	page 89
IX.1 Montant des revenus des personnes âgées	page 89
IX.2 Les types de revenus	page 90
IX.3 Les impôts sur le revenu	page 92
D. L'ANALYSE FACTORIELLE	page 93
I. Variables retenues	page 95
II. Interprétation des résultats	page 96
E. SYNTHÈSE ET DISCUSSION	page 99
I. Les personnes âgées et leur réseau relationnel	page 101
II. L'état de santé	page 103
II.1 Les incapacités	page 103
II.2 Les troubles sensoriels	page 104
II.3 Le recours aux soins	page 105
III. L'habitat	page 107
IV. Les services d'aide à domicile	page 108
IV.1 Reconnaissance du problème	page 108
IV.2 Désir d'aide	page 108
IV.3 Connaissance des services	page 108
IV.4 Aide professionnelle	page 109
F. CONCLUSION	page 111
G. BIBLIOGRAPHIE	page 115
H. ANNEXES	page 121
I. Méthodologie de la standardisation	page 123
I.1 Définition	page 123
I.2 Calcul	page 123
II. Direction des données sociales - observatoire - conseil général de la Somme	page 134
II.1 Nombre d'organismes intervenant par commune	page 134
II.2 Liste des opérateurs de services de nécessité	page 135
II.3 Club du troisième âge	page 140
III. Démographie et géographie	page 142
III.1 Les deux cantons dans la région et le département	page 142
III.2 Les vingt-et-une communes des deux cantons	page 142
III.3 Pyramide des âges des 65 ans et plus au RP 99 des deux cantons	page 143
III.4 Récapitulatif par commune de la population au RP 99 et enquêtée	page 143
IV. Le questionnaire	page 144

PRÉFACE

Préface

L'hôpital de Saint-Valery-sur-Somme a demandé en 1996 la conduite d'une enquête en population, préalable à la mise en place d'un réseau gérontologique. En 1998, cette étude est devenue opérationnelle avec la constitution d'un groupe de travail pour la réalisation de l'enquête dans le premier semestre 1999. Ce groupe de travail a réuni l'observatoire régional de santé de Picardie, des représentants de l'hôpital de Saint-Valery-sur-Somme, du conseil général de la Somme, de la mutualité sociale agricole de la Somme, de la caisse régionale d'assurance maladie Nord-Picardie et des élus des cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin.

L'hôpital de Saint-Valery-sur-Somme a souhaité réaliser la mise en place partenariale d'un réseau gérontologique dans le but de coordonner les actions entre tous les services s'occupant des personnes âgées, sur l'ensemble des communes des deux cantons.

Il s'agit de réfléchir à l'opportunité de la mise en place des dispositifs tels qu'une aide médico-sociale, une aide administrative, un guichet unique et des actions sociales dans le but de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. Les enquêtes locales réalisées jusqu'à maintenant montrent clairement le souhait des personnes âgées de vouloir rester au domicile (J.-C. Henrard, 1999).

Dans cette optique, la réalisation d'une enquête sociologique et épidémiologique, préalable à la création du réseau gérontologique, est un outil indispensable pour connaître les conditions de vie des personnes âgées afin d'apprécier la pertinence et l'efficacité du réseau à construire.

Cette étude a donc pour but d'aider à la définition de priorités pour améliorer les conditions de vie des personnes âgées à domicile dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin. Les objectifs fixés sont de fournir des informations quantitatives sur la vie quotidienne des personnes âgées afin d'être en mesure de mieux cerner leurs besoins de soins ou de prise en charge : le développement de services d'aide à domicile ne peut être conçu sans une évaluation de la demande de tels services et sans une mesure de l'aide spontanée apportée par l'entourage.

Établir un tel bilan des besoins exprimés par les personnes âgées devrait permettre d'alimenter une réflexion de tous les partenaires, première étape d'un processus dynamique. À terme, cette démarche devrait aboutir à une réelle coordination gérontologique et à la réalisation d'actions concrètes répondant aux besoins des personnes âgées et aux préoccupations des professionnels des deux cantons.

Pierre Dingremont
Maire de Saint-Valery-sur Somme
Conseiller général de la Somme
Président du conseil d'administration
de l'hôpital de Saint-Valery-sur-Somme

Bernard Candas
Directeur de l'hôpital de
Saint-Valery-sur-Somme

INTRODUCTION

Introduction

Si vieillir est pour chacun une expérience originale, la vieillesse est tout autant une construction historique et culturelle qu'un fait naturel. Elle s'établit à la fois dans le registre du réel (le biologique) et dans celui de la représentation sociale d'une société donnée. Toutes les sociétés proposent une interprétation de l'avancée en âge et un découpage du cycle de vie en stades qui se succèdent de manière plus ou moins homogène en fonction des changements qui jalonnent le cours de la vie.

Dans les sociétés occidentales, la représentation de la vieillesse est essentiellement négative. Le terme d'âgisme est apparu à la fin des années soixante aux États-Unis pour décrire ce racisme sociétal anti-vieux.

En France, au XVIII^e siècle, un nouveau-né sur cinq atteignaient 60 ans ; cette proportion dépasse aujourd'hui quatre sur cinq.

En 1995, 68 % des décès masculins et 86 % des décès féminins surviennent après 70 ans. Soixante ans auparavant, ces pourcentages étaient respectivement de 36 et 50 %.

L'augmentation de l'espérance de vie conjuguée à la baisse de la natalité entraîne une augmentation du nombre et de la proportion des personnes âgées. En 1945, les personnes de plus de 65 ans étaient, en France, 4,4 millions soit 11 % de la population. En 1998, elles sont 9,2 millions soit 16 % de la population.

En France jusqu'en 1960, la politique publique d'action sociale et médico-sociale en faveur de la vieillesse se limite à l'assistance aux pauvres dont beaucoup sont des personnes âgées. À la suite du rapport Laroque (1962), cette politique est centrée sur le soutien à domicile et le maintien d'activités. Depuis le début des années quatre-vingt, deux priorités coexistent : la restriction des dépenses socialisées et la prise en charge des personnes dépendantes.

En Picardie, bien que la région se situe au second rang derrière le Nord - Pas-de-Calais pour la jeunesse de sa population, certaines zones comptent déjà et compteront dans les dix années à venir un pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus important. C'est le cas pour le Nord-Est et le Nord-Ouest de la région. C'est pourquoi, en 1996, l'hôpital de Saint-Valery-sur-Somme a souhaité disposer de données sur les conditions de vie et l'état de santé des personnes âgées résidant à domicile dans deux cantons situés sur cette dernière aire géographique.

L'état des lieux réalisé est un préalable à la mise en place d'un réseau gérontologique entre l'ensemble des acteurs locaux. Dans ce cadre, l'observatoire régional de santé de Picardie a réalisé une enquête, sous forme de questionnaires, auprès de 1 150 personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile. Les résultats de cette enquête sont présentés dans la seconde partie de ce document, après une première partie permettant de décrire les principales évolutions de la vieillesse et de la notion de dépendance.

A. RÉFLEXIONS GÉNÉRALES

I. Le vieillissement

I.1 Vieillesse biologique

Définition

L. Robert, l'un des spécialistes français actuels de l'étude du vieillissement biologique, propose de définir le vieillissement comme l'incapacité progressive de l'organisme à s'adapter aux conditions variables de son environnement et à se maintenir dans un état fonctionnel égal et inchangé.

Les mécanismes impliqués présentent toutes les caractéristiques suivantes : ils sont progressifs, nuisibles, irréversibles et généralement communs à de nombreux organes. Ce déclin concerne d'une façon très inégale les différentes fonctions de l'organisme. On a pu calculer la durée maximale pour laquelle une fonction donnée est prévue ou programmée. Ces âges maximaux varient de 67 ans pour l'accommodation de l'œil à 395 ans pour l'épithélium pigmentaire de la rétine.

Voilà donc un écart considérable entre les vitesses de déclin des fonctions physiologiques, avec néanmoins un fort regroupement entre 90 et 100 ans pour un grand nombre de fonctions. Cela cadre raisonnablement avec la longévité actuellement acceptée, d'environ 120 ans.

Théories du vieillissement et faits expérimentaux

Le processus du vieillissement est aussi mystérieux que l'ont été les mécanismes de l'hérédité ou des infections, et le sont largement encore ceux de la différenciation et de la croissance des cancers, dans la mesure où on ne sait pas dans quelle direction il faudrait à coup sûr orienter les recherches pour en définir les causes premières et y remédier éventuellement. Rares sont les chercheurs qui n'auraient pas encore compris que le vieillissement ne peut être ramené à une seule cause dépendant d'un seul mécanisme biologique.

L. Robert propose un inventaire des théories du vieillissement et des faits expérimentaux (L. Robert, *le vieillissement faits et théories*, 1995).

Le génome contrôle le vieillissement

Cette théorie est étayée par certains faits expérimentaux : la cellule garde la "mémoire" de l'âge de son donneur, même après douze ans de congélation dans l'azote liquide. Certaines maladies d'origine génétique qui diminuent l'espérance de vie se caractérisent par un raccourcissement de la durée de vie des cellules en culture. Le vieillissement est le plus souvent dominant dans des hybrides cellulaires entre cellules mortelles et immortelles. Seule une modification du génome (transformation maligne, virale) permet, en culture cellulaire, de passer du vieillissement obligatoire à la vie éternelle.

Cependant, si l'on admet qu'un mécanisme programmé dans le génome (certains ont parlé de gérontogènes : gènes codant le vieillissement) fait passer un message qui arrête les divisions cellulaires, on ne voit pas comment ce mécanisme pourrait s'appliquer aux cellules postmitotiques qui ne se divisent pas.

Si la longévité paraît donc "héréditaire", dans une certaine mesure, la recherche de gènes codant le vieillissement (gérontogènes) est restée jusqu'à aujourd'hui sans succès.

Mutations somatiques et vieillissement

Ces théories apparues dans les années quarante concernent la nature, la structure et le fonctionnement du génome. Elles reposent sur le postulat que la fréquence de telles mutations augmente avec l'âge et peut en expliquer les manifestations essentielles. Les différentes variantes de cette théorie considèrent que ces mutations provoquent une perte progressive de l'information génétique.

L'efficacité de la réparation de l'ADN

L'ADN subit des attaques radicalaires et du rayonnement UV qui peuvent induire des mutations nocives. L'efficacité de la réparation de ces dégâts peut donc bien représenter un facteur de survie important. Une telle accumulation d'altérations n'est pas compatible avec la survie.

Cependant, certains vertébrés inférieurs qui ne possèdent pas de système de réparation efficace de leur ADN ont des durées de vie maximales comparables à celles d'autres espèces qui les réparent rapidement. Plusieurs maladies qui diminuent l'espérance de vie (progéria, syndrome de Werner, trisomie 21) n'altèrent pas la capacité de réparation de l'ADN.

Le vieillissement moléculaire

Le vieillissement est attribué à des erreurs commises par l'organisme vieillissant. Ces théories, qui évoquent les dommages entraînés par le fonctionnement de cellules frappées d'erreurs, ont trouvé un noyau de cristallisation avec la mise en évidence de molécules (enzymes) inefficaces dans l'organisme vieillissant.

L. Robert propose une théorie du vieillissement qui reprend les différents faits expérimentaux : les contraintes de l'évolution de la vie sur Terre ont imposé à toutes les macromolécules "informationnelles" (ADN, ARN, protéines) une limite de fiabilité à leurs fonctions et structure.

I.2. Vieillissement et sénescence

Le vieillissement, pour certains auteurs, a un double sens : celui de la sénescence et celui de l'avance en âge. La sénescence est l'expression du temps biologique, l'avance en âge celle du déroulement du temps chronologique. La sénescence peut se décrocher du déroulement chronologique et accélérer le déclin de l'organisme. *"La sénescence n'est pas une pente que chacun descend à la même vitesse. C'est une volée de marches irrégulières que certains dégringolent plus vite que d'autres"* (Howell cité par S. de Beauvoir).

Le vieillissement n'est pas un mécanisme spécifique de la dernière partie de la vie. C'est une suite programmée de mécanismes biologiques continus qui se succèdent à des rythmes différents, le développement, la maturité, la sénescence, de façon naturelle et continue pour tout être vivant. Il relève à la fois de mécanismes intrinsèques qui paraissent déterminés génétiquement et inéluctables, et extrinsèques qui relèvent clairement de l'environnement au sens large du terme et peuvent donc être améliorés ou optimisés.

Parmi les facteurs extrinsèques du vieillissement, A. et A. Mizrahi ont étudié les facteurs sociaux du vieillissement. Ils retiennent que, d'une manière générale, l'état de santé se dégrade lorsque le niveau économique ou socioculturel est moins élevé, et la mesure de cette dégradation en termes de vieillissement relatif peut atteindre plusieurs années. Pour les adultes, le chômage et l'absence de qualification apparaissent comme les risques sociaux de vieillissement prématurés les plus importants : les chômeurs accusent un vieillissement prématuré de près de trois ans par rapport aux actifs...

I.3 La difficile transmission du vécu intime du vieillissement

B. Puijalon étudie les textes d'une cinquantaine d'auteurs âgés français contemporains qui, plus ou moins longuement, ont écrit sur leur vieillissement et leur vieillesse (*la difficile transmission du vécu intime du vieillissement*, 1998). Dans cet article, elle aborde l'aspect de la vieillesse vécue comme événement. En résumé, parler de sa vieillesse, c'est d'abord parler de sa surprise d'être devenu vieux.

Le travail insidieux et subreptice du temps rend imperceptible la progressive évolution de l'être créé par l'empilement des années, jusqu'au jour où l'évidence s'impose. La vieillesse est perçue non pas comme le résultat d'un long cheminement mais comme un événement, une occurrence ; quelque chose qui arrive inattendu, surprenant et déstabilisateur. Surprise, non pas de vieillir, puisque vieillir est un processus, mais de se découvrir un jour vieux qui se traduit par cette interrogation de L. Aragon : *"Que s'est-il donc passé ? La vie, et je suis vieux."*

Il n'y a pas d'âge pour cette surprise. Elle peut survenir relativement tôt, ainsi que le relate l'abbé Pierre : *"C'est sans doute parce que j'ai eu si longtemps trente ans que j'ai ressenti un choc lorsque j'ai reçu le premier versement de ma pension d'ancien député : j'étais donc un vieux qui méritait d'être payé à ne rien faire"*. A. Maurois a, quant à lui, attendu 82 ans. Souffrant, il consulte son médecin qui lui apprend qu'une opération est nécessaire : *"C'était un coup de tonnerre inattendu. Les années de sérénité se transformaient en années de calamité"*. Les réactions à l'événement "je suis vieux" sont diverses. J. Green se dit "horrifié", l'abbé Pierre reconnaît avoir pleuré. M. Bernard compare son étonnement et son impatience à celle *"d'une bête libre que l'on resserre dans une cage étroite"*. Outre sa peur, E. Ionesco crie son refus : *"Dire qu'il y a encore très peu de temps, seize mois, à plus de soixante-quinze ans, j'étais jeune, mais j'ai sombré psychologiquement et physiquement et soudainement dans la vieillesse. À 75 ans, je parlais de la vieillesse. Maintenant, suis-je la vieillesse ?"*. La surprise est là, le coup de gong retentit même pour ceux qui comme G. Mounin, croyaient être prévenus : *"J'ai très tôt tenté de méditer sur la vieillesse et très tôt de me préparer à ce que je pressentais (d'après mes lectures) devoir être un choc. Et pourtant, je peux dire que, pour si préparé que je me croyais, j'ai été surpris par l'âge"*. Il ajoute : *"Que transmettre aux autres de cette expérience ? Sans doute qu'il faut se préparer, mais qu'il faut se préparer surtout à être surpris quand même"*. Idée que confirme G. Cesbron : *"La vieillesse est comme Venise : inimaginable... Ne croyez rien de ce qu'on vous en dit !"*.

D'abstraite, la vieillesse devient événement effectif.

II. L'âge auquel on devient vieux

II.1 Un peu d'histoire...

Depuis l'Antiquité, la vieillesse a toujours été perçue comme un moment particulier de la vie, mais cela n'a pas conduit les auteurs à s'accorder sur l'âge à partir duquel on devient vieux. Hippocrate compare la vie aux quatre saisons de la nature et assimile la vieillesse à l'hiver ; il la fait débiter à 56 ans.

M. Eyquem de Montaigne situe l'âge charnière à 30 ans : *"Depuis cet âge, et mon esprit et mon corps ont plus diminué qu'augmenté et plus reculé qu'avancé. Il est possible qu'à ceux qui emploient bien le temps, la science et l'expérience croissent avec la vie ; mais la vivacité, la promptitude, la fermeté et autres parties bien plus nostres, plus importantes et essentielles, se fanissent et s'alanguissent."*

D. Diderot précise que *"les ouvrages classiques ne peuvent être bien faits que par ceux qui ont blanchi sous le harnais. C'est le milieu et la fin qui éclairent les ténèbres du commencement. Ce n'est qu'après 30 à 40 ans d'exercice que mon oncle a entrevu les premières lueurs de la théorie musicale."*

En 1679, le plus ancien dictionnaire, celui de C.-P. Richelet donne les définitions suivantes :

- Vieillard un homme depuis 40 jusqu'à 70 ans. Les vieillards sont d'ordinaire soupçonneux, jaloux, avares, chagrins, causeurs, se plaignent toujours, les vieillards ne sont pas capables d'amitié ;

- Vieille de 40 jusqu'à 70 ans. Les vieilles sont fort dégoûtantes. Vieille décrépète, vieille ratatinée, vieille roupieuse. Au-delà de 70 ans se situe l'âge décrépi.

La catégorie des vieillards est, depuis la fin du XVIII^e siècle, la catégorie des 60 ans et plus. La retraite étant devenue, depuis la seconde guerre mondiale, une expérience de masse, l'âge d'éligibilité pour la pension de retraite du plus grand nombre désigne l'âge d'entrée dans la vieillesse (60 ans pour les deux sexes en France). Mais cette "barrière" de 60 ans reste-t-elle pertinente en cette fin de XX^e siècle ?

D'une part, comme le remarque le Comité consultatif national d'éthique, la distribution du travail sur le cycle de vie a connu dans les vingt dernières années des bouleversements majeurs. Les jeunes font une entrée plus tardive sur le marché du travail en raison de l'allongement de la scolarité et des difficultés qu'ils ont à trouver un emploi. L'activité après 55 ans s'est considérablement réduite en Europe et Outre-Atlantique. La vie de travail tend donc à se raccourcir aux deux extrémités et concerne désormais principalement les groupes d'âge médians.

D'autre part, la réalité de l'âge n'a-t-elle pas changé ?

Avoir 60 ans aujourd'hui n'est pas identique à avoir 60 ans au début du siècle. C'est cette modification de la réalité de l'âge que les indicateurs suivants aident à appréhender : espérance de vie à la naissance, espérance de vie à 65 ans et espérance de vie sans incapacité.

II.2 Évolution de l'espérance de vie à la naissance, de l'espérance de vie à 65 ans et de l'espérance de vie sans incapacité

Espérance de vie à la naissance

Le nombre de décès n'a guère varié en France au cours du dernier demi-siècle : 534 000 en 1950, 520 000 en 1994. Dans le même temps, la population s'est accrue de quelque 40 %, passant de 42 millions à 58 millions. Aussi, la constance du nombre annuel de décès correspond-elle, en fait, à un formidable recul de la mortalité !

Les valeurs du taux de mortalité relevées en France au cours de ces dernières années ont été les plus faibles jamais enregistrées : 9,1 ou 9,2 décès pour 1 000 habitants depuis 1991. Cependant, ce taux global, appelé taux brut, est trop sensible à la composition par âge de la population, variable au fil du temps, pour constituer un indicateur fiable de la mortalité. Le meilleur indicateur, et le plus usuel, est l'espérance de vie à la naissance ou vie moyenne (en dehors de méthodes calculatoires moins explicites pour un public plus large tel que les taux comparatifs).

Espérances de vie à la naissance masculine, féminine et moyenne des deux sexes, France 1750-1993

Année	Sexe masculin	Sexe féminin	Moyenne des deux sexes
vers 1750	25,5	27,2	26,3
vers 1850	39,6	41,0	40,3
vers 1900	44,7	48,0	46,3
vers 1910	47,9	51,8	49,9
vers 1920	48,2	53,0	50,6
vers 1930	53,6	58,3	56,0
1938	55,9	62,0	58,9
1946	59,8	65,1	62,5
1950	63,4	69,2	66,3
1960	67,0	73,5	70,3
1970	68,4	75,8	72,1
1980	70,2	78,4	74,3
1985	71,3	79,4	75,3
1990	72,4	80,9	76,8
1991	72,9	81,1	77,0
1992	73,2	81,4	77,3
1993	73,3	81,5	77,4

Source : Nizard A., Bourgoïn N., Sur l'évolution de la mortalité au troisième âge et aux âges antérieurs, in Données sociales et économiques sur la vieillesse, *Cahiers de la Fondation nationale de gérontologie*, Fondation nationale de gérontologie, 1994, 71 : 42-65

En France, la hausse de l'espérance de vie à la naissance a connu plusieurs phases au cours du XX^e siècle. Sa progression déjà très rapide jusqu'en 1938, s'est envolée de 1946 à la fin des années cinquante. Après un ralentissement au cours des années soixante, la vie moyenne connaît une croissance soutenue depuis 1970, gagnant près d'un an toutes les quatre années civiles.

Contribution de chaque groupe d'âge au gain d'espérance de vie à la naissance par période décennale en année

	Gain Total	0 an	1-19 ans	20-34 ans	35-59 ans	60-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus
Hommes								
1950-1960	3,62	1,80	0,58	0,36	0,62	0,14	0,10	0,01
1960-1970	1,37	0,72	0,01	0,03	0,26	0,19	0,15	0,06
1970-1980	1,79	0,60	0,11	0,01	0,24	0,62	0,17	0,04
1980-1990	2,57	0,24	0,26	0,01	0,67	0,82	0,48	0,08
1950-1990	9,35	3,36	0,96	0,41	1,79	1,77	0,90	0,19
Femmes								
1950-1960	4,43	1,52	0,60	0,52	0,81	0,66	0,29	0,03
1960-1970	2,25	0,60	0,08	0,09	0,36	0,57	0,41	0,15
1970-1980	2,54	0,52	0,09	0,07	0,44	0,78	0,48	0,12
1980-1990	2,54	0,19	0,17	0,08	0,43	0,67	0,71	0,28
1950-1990	11,76	2,81	0,94	0,76	2,04	2,68	1,89	0,58

Source : Robine J.-M., Mormiche P., Cambois E., Évolution de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans, *Gérontologie et société*, Fédération nationale de gérontologie, 1994, 71 : 69.

L'accroissement de l'espérance de vie a pendant longtemps correspondu à la chute de la mortalité aux bas âges. Aujourd'hui, une grande partie des gains d'espérance de vie est réalisée aux âges élevés et même très élevés.

Ainsi, l'espérance de vie à 85 ans est passée de 3,9 ans pour les femmes au début du siècle, à 6,1 ans aujourd'hui, soit un accroissement de 58 % ; pour les hommes, les valeurs correspondantes sont de 3,4 ans et 5,0 ans soit 47 % d'augmentation.

Un élément essentiel du vieillissement contemporain est que les décès ont lieu de plus en plus souvent aux âges élevés. En 1995, 68 % des décès masculins et 86 % des décès féminins surviennent après 70 ans. Soixante ans auparavant, ces pourcentages étaient respectivement de 36 % et 50 %.

Taux comparatif de mortalité pour 1 000 personnes en 1950 et 1994 par grands groupes de causes de décès

Causes de décès	Taux en 1950	Taux en 1994
Maladies infectieuses... ¹	3,25	0,57
Cancers et autres tumeurs	2,21	2,29
Maladies cardio-vasculaires	5,80	2,15
Maladies appareil digestif et alcoolisme (troubles mentaux)	0,64	0,40
Anomalies congénitales et affections périnatales	0,40	0,06
Autres maladies ²	0,82	0,78
Traumatismes	0,79	0,73
Toutes causes	13,91	6,99

Source : Nizard A., Les trois révolutions de la mortalité depuis 1950. INED, *Population et sociétés*. 1997, 327 : 2-3.

¹ Maladies infectieuses générales, de l'appareil respiratoire et du système nerveux, maladies des organes génito-urinaires, complications de la grossesse.

² Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme, sang, peau, os, muscles, tissu conjonctif, autres troubles mentaux, autres maladies du système nerveux, maladies pulmonaires chroniques, mort subite du nourrisson.

Les causes médicales de décès font l'objet d'une statistique, élaborée par l'Inserm depuis 1968, auparavant faite par l'Insee, d'après les certificats médicaux des causes de décès.

Toutes les causes connaissent une diminution, sauf "les cancers et autres tumeurs". De 1950 à 1994, selon les taux comparatifs, les maladies cardio-vasculaires sont passées du 1^{er} rang au 2^e ; les maladies infectieuses, du 2^e au 5^e ; les cancers du 3^e au 1^{er} ; les autres maladies et les traumatismes, respectivement des 4^e et 5^e rangs aux 3^e et 4^e.

Espérance de vie à 65 ans

L'espérance de vie à 65 ans, une année donnée, indique le nombre moyen d'années restant à vivre aux survivants de 65 ans si les conditions de mortalité observée cette année-là persistaient jusqu'au décès de ces derniers survivants.

Évolution de l'espérance de vie à 65 ans en France depuis 1900

Période	Hommes	Femmes
1898-1903	10,5	11,5
1908-1913	10,5	11,7
1920-1923	10,9	12,3
1928-1933	10,9	12,6
1933-1938	11,1	13,1
1946-1949	12,1	14,4
1952-1956	12,1	14,8
1960-1964	12,7	15,9
1966-1970	12,7	16,4
1976	13,4	17,4
1981	14,0	18,2
1986	14,7	19,0
1991	15,7	20,1

Source : Robine J.-M., Mormiche P., Cambois E., Évolution de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans, *Gérontologie et société*, Fédération nationale de gérontologie, 1994, 71 : 67.

La répétition du calcul de l'espérance de vie à 65 ans, de période en période, met en évidence les transformations des conditions de mortalité qu'a connues la France depuis cent ans. En 1991, l'espérance de vie à 65 ans des hommes est de 15,7 ans, la même que celle que connaissaient les femmes trente ans plus tôt.

Espérance de vie sans incapacité

Dès lors, beaucoup s'interrogent sur la qualité de ces années gagnées en fin de vie et certains se demandent, par exemple, si on n'échappe pas à la mortalité que pour survivre en état d'incapacité. C'est sur la base de ces constatations et de ces interrogations que le concept "d'espérance de santé" a été développé, et en particulier la notion "d'espérance de vie sans incapacité".

L'indicateur d'espérance de vie sans incapacité a été introduit en 1971, il a été calculé pour la première fois en France en 1980-81. Cet indicateur est issu de la combinaison des estimations de mortalité et des incapacités : on calcule le total des années vécues par la population entre deux âges donnés à partir des tables de mortalité et le nombre d'années sans incapacité à partir d'enquêtes transversales donnant la fréquence des incapacités.

Évolution de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans, en France, entre 1981 et 1991

	1981	1991	Évolution
Hommes			
espérance de vie à 65 ans	14,1	15,7	+1,6
espérance de vie à 65 ans sans incapacité	8,8	10,1	+1,3
	1981	1991	Évolution
Femmes			
espérance de vie à 65 ans	18,3	20,1	+1,8
espérance de vie à 65 ans sans incapacité	9,8	12,1	+2,3

Source : Robine J.-M., Mormiche P., Cambois E., Évolution de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans, *Gérontologie et société*, Fédération nationale de gérontologie, 1994, 71 : 74.

À 65 ans, entre 1981 et 1991, les femmes gagnent 1,8 an d'espérance de vie et 2,3 ans d'espérance de vie sans incapacité ; les hommes, 1,6 an d'espérance de vie et 1,3 an d'espérance de vie sans incapacité.

Au cours de la dernière décennie, l'accroissement de l'espérance de vie, en France, s'est accompagné d'une augmentation de la part du temps vécu sans incapacité.

Avec l'étude de ces trois indicateurs, on mesure l'évolution de l'état de santé des personnes âgées de 60 ans en un siècle. Si en 1750, un homme de 64 ans avait encore 10 ans à vivre, aujourd'hui cet espoir est celui des hommes de 72,3 ans ; du côté féminin, on passe ainsi de 64 ans à 77,6 ans. La presque totalité des jeunes connaît aujourd'hui la soixantaine qui paraît dès lors bien plus banale.

Avoir 60 ans aujourd'hui n'est pas identique à avoir 60 ans au début du siècle. Le découpage chronologique, au-delà du problème de sa limite inférieure, est critiquable car il amalgame au sein de mêmes groupes d'âge des personnes dont l'histoire de vie, le contexte socioculturel et économique sont, outre l'état de santé, très différents, et ne prennent pas suffisamment en compte l'effet de génération.

III. La vieillesse

Si vieillir est pour chacun une expérience originale, créée selon des modes et une infinie variabilité, la vieillesse est tout autant une construction historique et culturelle qu'un fait naturel. Elle s'établit à la fois dans le registre du réel (le biologique) et dans celui de la représentation sociale d'une société donnée. Toutes les sociétés proposent une interprétation de l'avancée en âge et un découpage du cycle de vie en stades ou phases qui se succèdent de manière plus ou moins homogène en fonction des événements et des changements qui jalonnent le cours de la vie.

Le rapport de l'OMS, "*Viellir en bonne santé*", souligne qu'il est regrettable que la société actuelle tende à considérer l'individu vieillissant comme quelqu'un dont le rendement diminue et qui, avec les années, perd peu à peu de ses compétences, de ses aptitudes et de ses qualifications. Elle considère les personnes âgées comme un groupe homogène, presque exclusivement passif, nécessiteux et dépendant... et ceci malgré le résultat des recherches qui ont montré que neuf personnes sur dix de 60 à 69 ans n'ont besoin d'aucune assistance, sept sur dix du groupe de 70 à 79 ans et jusqu'à quatre sur dix de ceux qui ont 80 ans ou plus font parfaitement face aux nécessités de la vie quotidienne sans la moindre assistance.

Dans une étude récente sur les représentations de la vieillesse, l'auteur du rapport note que la vieillesse ingrate, si consensuelle, est paradoxale puisque les personnes âgées elles-mêmes ne s'y identifient pas. En d'autres termes, la personne âgée, ce n'est jamais soi, c'est quelqu'un d'autre plus âgé, davantage marqué par le déclin physique. On est dans une situation où un objet social, la vieillesse, fait l'objet d'un consensus autour d'une représentation cohérente et solide alors que cette représentation n'a pas de sujet.

En construisant une telle représentation, on se défendrait de la vieillesse en la rejetant hors des frontières de notre identité alors qu'on est tous potentiellement vieux et que notre société est pleine de vieux. "*La vieillesse est particulièrement difficile à assumer par ce que nous l'avions toujours considérée comme une espèce étrangère. Suis-je donc devenue une autre, alors que je demeure moi-même ?*" note S. de Beauvoir. Le "noble vieillard" et le "vieux décrépi" sont des figures alternativement dominantes depuis l'Antiquité ; la vieillesse est socialement valorisée à certaines époques (Antiquité, XVIII^e) et dévalorisée à d'autres (Moyen Age). Les historiens s'accordent sur le fait que l'image du sage patriarche disparaît au début du XX^e siècle, sous la pression des valeurs accompagnant l'explosion industrielle.

Quels sont les idées et les faits qui pèsent sur notre représentation de la vieillesse ? Comment est née cette vision négative de la vieillesse à laquelle les personnes âgées ne s'identifient pas ?

Lors de la création des caisses de retraite pour la vieillesse, dans la seconde moitié du XIX^e siècle, la vieillesse des ouvriers est assimilée par le patronat à "l'invalidité", c'est-à-dire à "l'incapacité de produire".

Les notions de vieillesse et d'invalidité sont interchangeable dans la mesure où elles s'appliquent à tous ceux qui "*définitivement, jusqu'à la fin de leur existence, ne peuvent et ne pourront plus pourvoir par leur travail à leur propre subsistance*". (R. Lenoir, 1979).

Dans les années soixante, à la vieillesse se substitue le troisième âge défini par un nouveau départ autorisé par la libération des charges de travail ou familiales ; c'est un mode de vie tourné vers l'autonomie et les activités (culturelles, physiques, sociales). Ce modèle unificateur du troisième âge actif, consommateur et participant, permet de rejeter l'image traditionnelle de la

vieillesse dans une période ultérieure, le quatrième âge, lui conférant une image purement négative se confondant avec celle de maladie incurable avec ses conséquences, la dépendance et la mort. Autrement dit, le troisième âge serait moins un âge qui vient s'interposer entre l'âge mûr et la vieillesse que la négation de la vieillesse.

Notre société occidentale se caractérise par la valeur qu'elle accorde à la jeunesse et à la beauté, en un mot, au corps, ainsi qu'au rôle que chacun joue dans la société. Les personnes sont souvent définies et jugées aujourd'hui, non pas par ce qu'elles sont, mais par ce qu'elles font. La société occidentale productiviste confère de la valeur au seul rôle de producteur dans le secteur de l'économie formelle en dévaluant les autres rôles. Elle refuse ainsi tout pouvoir social et tout prestige à la majorité des personnes âgées qui n'assurent plus cette fonction.

Les politiques de retraite et de vieillesse engagées dans les différents pays européens ont produit du bien-être et engagé des coûts. Elles ont construit largement la vieillesse comme un temps de vie se définissant par un statut social à charge et en marge de la société, une période de vie qui n'est plus considérée que comme un coût pour la société sans autre contrepartie. Ce statut est en outre assigné de plus en plus tôt dans le cycle de vie (mise à la retraite de plus en plus précoce). L'image du vieux se rattache à une idée d'inutilité sociale. Seuls les productifs sont valorisés.

Autre point qui opacifie notre vision de la vieillesse : le vieux est devenu le porteur de la mort ; pendant longtemps répartie tout au long des âges, elle est aujourd'hui, fait historique, majoritairement portée par les vieux : en France, 61 % des décès ont lieu après 70 ans. Il y a là une des explications de l'oubli de la mort dans nos sociétés : ce n'est plus vivre et mourir qui vont ensemble, mais vieillir et mourir. À l'évidence, cette fin de siècle fait apparaître la vieillesse comme problème, non pas seulement pour les individus engagés dans la dernière étape de leur parcours de vie, mais pour la collectivité. Les "personnes âgées" sont montrées du doigt comme posant un problème essentiel, le problème démographique se traduisant en un problème économique et en un problème de santé publique. Ce problème démographique porte le nom de vieillissement de la population. Le vieillissement démographique est traditionnellement mesuré par la croissance de la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus.

Évolution de la population française et de sa structure par âge

	1901	1946	1962	1975	1995	2010 ³	2020 ³	2050 ³
population française (en milliers)								
population totale	38 486	40 125	46 422	52 600	58 265	61 721	63 453	65 098
structure par âge (en pourcentage)								
moins de 20 ans	34,2	29,5	33,1	32,1	26,3	24,2	22,7	20,7
20-59 ans	53,0	54,5	49,8	49,5	54,0	53,0	50,5	45,6
60 ans et plus	12,7	16,0	17,1	18,4	19,9	22,8	26,8	33,7
75 ans et plus	2,5	3,4	4,4	5,1	7,1	8,9	9,5	15,2
85 ans et plus	0,3	0,4	0,9	1,1	1,8	2,5	3,3	6,9

Source : Gaymu J., Regards démographiques sur le vieillissement, *Actualité et dossier en santé publique*, 1997 septembre ; 20 : II-III.

³ hypothèse 1,8 enfant par femme.

En 1995, près de 20 % des Français (soit plus de 11 millions) avaient fêté leur 60^e anniversaire, 7 % (soit plus de 4 millions) leur 75^e et 1,8 % (soit plus d'un million) leur 85^e. Dans les années soixante, ces proportions n'étaient respectivement que de 17 %, 4 % et 1 %, et, dans 30 ans, elles pourraient atteindre 28 %, 10 % et 3 %.

Le vieillissement démographique est en premier lieu la conséquence de la baisse de la fécondité, à laquelle vient s'ajouter, depuis l'après-guerre, celle de la mortalité.

Même si d'autres avant lui ont contribué à l'émergence de cette expression, c'est A. Sauvy qui le premier emploie l'expression de "vieillissement de la population" en 1928 pour caractériser les modifications de la structure d'âge de la population.

Dans les années vingt, les pertes dues à la guerre de 1914-1918 étaient obsédantes du fait de leur ampleur (le pays avait perdu 1 420 000 personnes, soit 3,5 % de sa population de 1914) et parce qu'elles se superposaient aux effets des décennies de dénatalité d'avant-guerre. De plus, au cours de ces mêmes années vingt, sont reprises les grandes questions de politique sociale et familiale qui n'avaient pas été réglées à la veille du premier conflit mondial. Les gouvernements successifs demandent alors à leurs services statistiques, en particulier à la Statistique générale de France, d'évaluer le nombre probable des bénéficiaires de chacune des mesures envisagées. Les statisticiens, démographes et économistes des services de la Statistique générale de France (dont A. Sauvy, jeune polytechnicien qui y travaille depuis 1922) sont alors fortement sollicités. De leurs évaluations découle la possibilité d'adopter tel projet plutôt que tel autre. C'est ainsi que A. Sauvy lors de la séance du 21 novembre 1928 de la Société de statistique de Paris, présente une étude intitulée "La population française jusqu'en 1956, essai de prévision démographique". C'est dans cette étude qu'il utilise une première fois le terme de vieillissement de la population pour désigner le renflement du sommet de la pyramide des âges par rapport à sa base. Il retient deux moyens afin de rajeunir la population française : des mesures législatives en faveur de la natalité, et l'apport de sujets étrangers jeunes. "*Rajeunir, opération impossible pour un individu, est une entreprise qu'un peuple peut mener à bien pourvu qu'il en comprenne la nécessité*" affirme-t-il alors.

On peut lire les conséquences de ce vieillissement de la population dans les brochures de l'Alliance nationale contre la dépopulation. Celles-ci dénoncent les périls qui attendent une France dont la population vieillissante serait "*constamment réduite, desséchée, ratatinée*", entraînant une "*politique sénile, de renoncement, d'abandon, d'amputations successives*". P. Bourdelais, historien, note que l'image négative de la vieillesse héritée du XIX^e siècle a été entièrement réinvestie dans ce qui se présente comme une réflexion démographique moderne. Il ajoute : "*le comble est que, par rétroaction, la connotation très sombre ainsi attachée au vieillissement, notion issue du discours scientifique, a été amplifiée et propagée dans les milieux dirigeants et dans l'opinion ; elle a pesé à son tour sur les représentations contemporaines de la vieillesse et sur les pratiques sociales qui en découlent*". (*L'âge de la vieillesse, histoire du vieillissement de la population*, 1997). J.-C. Henrard fait le même constat : "*La notion de vieillissement de la population introduite par A. Sauvy en 1928... a connu une rapide consécration. Elle véhicule un cortège d'effets défavorables pour l'avenir du pays dont la base est purement idéologique tel le vieillissement de la civilisation*". (*Actualité et dossier en santé publique*, n°21, 1997).

Le débat actuel sur les conséquences du vieillissement démographique des populations est assez comparable d'un pays européen à l'autre. Il se concentre essentiellement sur la charge que ce vieillissement fera peser sur le volume des dépenses sociales.

Selon une interprétation mécaniste, l'analyse la plus courante consiste à prolonger les tendances passées, déjà constatées en matière de progression des dépenses sociales, dans le contexte d'une accélération du vieillissement démographique des populations européennes au début du troisième millénaire. Elle aboutit à dresser un tableau apocalyptique du devenir des systèmes de protection sociale. Trois éléments cumulatifs sont généralement avancés pour brosser ce sombre tableau :

- le vieillissement va entraîner une hausse de la demande de transferts sociaux puisqu'il affectera les deux fonctions les plus sensibles du budget social, les fonctions vieillesse et santé ;
- le vieillissement démographique affecte également la capacité de la collectivité à financer les programmes sociaux en modifiant la composition de la population active et le rapport entre population économiquement active et les inactifs ;
- dès lors, les arbitrages vont devenir difficiles pour répartir les transferts sociaux entre les inactifs jeunes, les inactifs âgés et préserver les revenus des actifs.

Cette approche mécaniste serait invalidable sur au moins trois points :

- le facteur démographique est conçu, selon cette interprétation, comme le facteur essentiel de progression des dépenses sociales. Or, les études d'économistes de l'OCDE ont clairement mis en évidence qu'il convenait, pour le passé, de relativiser le poids de la démographie comme facteur explicatif de l'accroissement des dépenses vieillesse et santé, en volume et en structure. Les travaux de l'OCDE (1988) ont montré que l'augmentation des dépenses de pensions et de santé entre 1960 et 1985 dans les pays de l'OCDE n'était explicable par le vieillissement démographique que pour une part limitée. Ce facteur ne rend pas compte de plus du quart de la croissance des dépenses de pensions et n'est pas non plus prépondérant dans la croissance des dépenses de santé. Le poids de la démographie a donc été infiniment moindre dans le passé que celui d'autres facteurs tels que, pour les dépenses vieillesse, l'élargissement de la couverture sociale des retraites, l'augmentation du niveau des prestations et la maturation des régimes ;

- la seconde limite qui caractérise l'approche mécaniste des relations entre vieillissement démographique et dépenses sociales est précisément de raisonner comme si l'âge assignait aux individus des caractéristiques économiques et sociales invariantes. Or, les comportements et les aspirations des générations futures seront, sans doute, sensiblement différents des générations âgées d'hier et d'aujourd'hui, ne serait-ce que par les différences qui les opposent en matière d'éducation et de santé. De plus, ce mode de raisonnement tend à considérer le vieillissement collectif d'une société égal à la somme des vieillissements individuels ; or, rien ne permet d'avancer qu'une société vieillie est assimilable à un homme vieilli ;

- la structure des dépenses sociales ne représente pas seulement une variable dépendante, explicable par un ensemble de facteurs démographiques, économiques et politiques. Elle exerce des effets conséquents sur le niveau et la demande des futures populations.

P. Bourdelais conclue par une critique de la notion de vieillissement démographique. Pour lui, cette notion s'est révélée néfaste pour les analyses scientifiques et la présentation des données sociales. Elle a même contribué à figer la représentation de l'âge de la vieillesse alors que sa réalité connaissait les plus importantes mutations jamais imaginées.

IV. La dépendance

IV.1 Définition

Le terme de "dépendance" a pris un sens particulier lorsqu'il s'applique aux personnes âgées. Dans le monde gérontologique, il ne renvoie plus à une idée de vassalité (dépendance vis-à-vis d'un supérieur, dépendance d'un état colonisé...) ou d'assuétude (dépendance à une drogue), mais signifie généralement le recours à une aide (humaine ou technique) pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. La dépendance renvoie à une diminution des capacités fonctionnelles de l'individu. La perte d'autonomie correspond à la perte du gouvernement de soi, perte du droit à choisir son mode de vie. L'autonomie est la liberté de choisir son mode de vie quand on est physiquement dépendant. Le Conseil économique et social donne la définition suivante de l'autonomie : *"C'est la capacité et le droit d'une personne à choisir elle-même les règles de sa conduite, de ses actes, et les risques qu'elle est prête à courir. C'est également pour une personne la possibilité d'effectuer sans aide les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, sociales ou économiques et de s'adapter à son environnement"*.

Le terme de dépendance est faussement consensuel. Ceci est mis en évidence par les termes utilisés pour définir l'inverse de la dépendance. Le terme d'"indépendance" est peu utilisé. On parle le plus souvent de perte d'autonomie révélant que l'on assimile l'incapacité à accomplir certains actes "basiques" à l'incapacité à faire des choix, à gérer sa vie. Telle qu'on peut la lire dans les textes administratifs ou dans les travaux épidémiologiques, la dépendance est définie par la situation de personnes ayant perdu la capacité d'effectuer seules les actes de la vie quotidienne et nécessitant l'aide de tiers. La notion de dépendance recouvre ainsi celle de "handicap", mais il est significatif que ce soit le terme de "dépendance" qui ait prévalu.

Si le terme de "dépendance" est entré dans le langage courant, la catégorie des "personnes âgées dépendantes" existe dans les représentations collectives. Elle apparaît alors que disparaissent les appellations de vieillard, incurable, infirme, invalide... dans le mouvement général d'atténuation des termes jugés stigmatisants. Le champ de la dépendance s'est constitué non pas autour d'une définition sociale et relationnelle de la dépendance, mais autour d'une définition biomédicale, en termes d'attribut spécifique de la "vieillesse qui va mal". On peut également restituer l'émergence de la notion de dépendance dans le cadre de la recherche d'indicateurs de santé globale aux âges élevés, populations caractérisées par la polypathologie et la chronicité des atteintes. On se situe au niveau des conséquences de cet état de santé sur la vie quotidienne de la personne.

IV.2 Évaluation de la dépendance

C'est dans les années 1970-1975, que les premières demandes explicites d'information sur la santé des personnes âgées furent exprimées par des responsables publics.

En 1975, la mesure de l'état de santé d'une population reposait sur une double approche :

- l'évaluation de la mortalité ;
- une mesure de la morbidité décrite en termes de prévalence des maladies diagnostiquées.

Cette approche a d'évidentes limites pour la gérontologie. La mortalité étant naturellement élevée au grand âge, son utilisation en tant qu'indicateur de santé est moins pertinente qu'aux autres âges. D'autre part, l'existence d'une pluripathologie importante limite beaucoup l'intérêt de la connaissance du seul diagnostic. Il est nécessaire de compléter l'évaluation de la morbidité diagnostiquée par une appréciation des conséquences.

L'objectif est donc de définir l'état de la personne en fonction de ses possibilités d'action sur sa vie quotidienne, autrement dit, de repérer les conséquences dans la vie courante de son état de santé global. Cela étant posé, quels aspects de la vie quotidienne va-t-on observer ? Quelles questions poser ? Comment introduire une mesure ou un classement ? Qui va observer et qui va utiliser les informations recueillies ?

Même si l'on trouve peu de références explicites à un cadre conceptuel défini pour la mesure de la dépendance, on peut cependant distinguer deux approches :

- celle de l'Organisation mondiale de la santé (classification internationale des handicaps) ;
- celle des activités de la vie quotidienne.

La classification de l'OMS

Elle est notamment le fruit des travaux de P.-H.-N. Wood (1978) en réponse à la demande de l'OMS de remodeler la classification internationale des maladies (CIM) et d'introduire une distinction entre les déficiences et leurs conséquences fonctionnelles et sociales.

P.-H.-N. Wood propose la séquence suivante :

Maladie → **déficience** → **incapacité** → **handicap**
(niveau physiologique) (retentissement fonctionnel) (niveau social)

Cette séquence illustre un modèle de causalité linéaire conduisant du médical au social, cohérent avec l'objectif initial (déterminer les conséquences des maladies).

P.-H.-N. Wood définit le handicap comme suit : "*Dans le domaine de la santé, le handicap ou désavantage social d'un individu, est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité, et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels*".

L'accomplissement de certains actes ou certains comportements sont fondamentaux pour le maintien de la vie de tout être humain en tant qu'être social. Ils sont communs à tous les individus quelle que soit la culture. Ce sont :

- l'accomplissement des activités de soins corporels et de la vie courante (indépendance physique) ;
- les déplacements dans l'environnement habituel ;
- l'orientation dans le temps et dans l'espace ;
- l'exercice des occupations habituelles suivant l'âge et le sexe : travail, éducation, loisirs, tâches ménagères... ;
- l'entretien des relations sociales ;
- la suffisance économique.

L'approche des activités de la vie quotidienne

L'approche des activités de la vie quotidienne (ou courante) en institution (AVQ ou ADL pour *Activities of Daily Living*) a été élaborée par S. Katz : se laver, s'habiller, aller aux toilettes, se déplacer, contrôler ses sphincters, se nourrir.

Pour la vie au domicile, M.-P. Lawton et E. Brody (1969) ont complété ces activités de base par des activités instrumentales (IAVQ ou IADL pour *Instrumental Activities of Daily Living*). C'est à ce dernier cadre que l'on peut rattacher la grille AGGIR qui reprend ces dimensions avec des formulations plus ou moins proches dans ses variables discriminantes ou illustratives.

Mais, la dépendance fait intervenir plus que l'atteinte des capacités physiques ou psychiques ; la dimension sociale est importante à prendre en compte : quelles sont les exigences de l'environnement et quelles sont les ressources qu'il fournit ?

La perception qu'ont les personnes âgées de ce qu'elles peuvent faire est affectée par la disponibilité des aides de l'environnement, en particulier familial, et par des dimensions culturelles : ce qu'elles estiment important ou indispensable de faire, ce qu'elles pensent savoir faire en fonction de ce qu'elles ont ou pas déjà fait (exemple des tâches domestiques pour les hommes, des tâches de bricolage pour les femmes).

IV.3 La grille AGGIR

Le terme AGGIR (Autonomie Gérontologique, Groupe Iso Ressources) apparaît dans les années quatre-vingt-dix, dans le contexte d'un vaste mouvement de recherche et d'expérimentation d'instruments de caractérisation de l'état de vieillissement des personnes âgées. La grille AGGIR s'inspire des grilles d'autonomie les plus courantes. Elle permet, selon ses concepteurs, d'évaluer le degré d'autonomie par l'observation des activités encore effectuées par la personne âgée et les ressources nécessaires à mobiliser en fonction de la perte d'autonomie.

L'observation porte sur les activités effectuées par la seule personne âgée, en excluant tout ce que font les aidants et les soignants. Elle comporte dix variables discriminantes et sept variables illustratives.

Variables discriminantes

1. **Cohérence** : converser et/ou se comporter de façon sensée ;
2. **Orientation** : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux ;
3. **Toilette** : concerne l'hygiène corporelle ;
4. **Habillage** : s'habiller, se déshabiller, se présenter ;
5. **Alimentation** : manger les aliments préparés ;
6. **Élimination** : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale ;
7. **Transferts** : se lever, se coucher, s'asseoir ;
8. **Déplacement à l'intérieur** avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant... ;
9. **Déplacement à l'extérieur** à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport ;
10. **Communication à distance** : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...

Variables illustratives

11. **Gestion** : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens ;
12. **Cuisine** : préparer ses repas et les conditionner pour être servis ;
13. **Ménage** : effectuer l'ensemble des travaux ménagers ;
14. **Transport** : prendre et/ou commander un moyen de transport ;
15. **Achats** : acquisition directe ou par correspondance ;
16. **Suivi du traitement** : se conformer à l'ordonnance du médecin ;
17. **Activité de temps libre** : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps.

Ces variables sont cotées selon une échelle à trois degrés :

A : la personne fait ces activités seule, c'est-à-dire sans aucune aide ni stimulation, totalement, habituellement et correctement ;

B : fait partiellement ;

C : ne fait pas ou pas correctement.

Les observations sont traitées par un logiciel qui calcule les groupes iso ressource (GIR) qui vont de 1 à 6, définis de la façon suivante :

Groupe iso ressources n°1

- personnes ayant perdu leur autonomie mentale, locomotrice et sociale et qui nécessitent la présence indispensable et continue d'intervenants.

Groupe iso ressources n°2

- personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Elles nécessitent une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit ;

- personnes qui souffrent de détériorations mentales graves mais qui ont conservé totalement ou significativement leurs capacités locomotrices ainsi que certaines activités corporelles. Elles nécessitent une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour certaines activités corporelles.

Groupe iso ressources n°3

- personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. De plus, la majorité d'entre elles n'assure pas seule leur hygiène et leur élimination tant anale qu'urinaire. Elles ne nécessitent pas de surveillance permanente.

Groupe iso ressource n°4

- personnes qui n'assument pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, ont des activités de déplacement à l'intérieur du logement et qui, par ailleurs, doivent être aidées ou stimulées pour la toilette, l'habillage et dont la presque totalité s'alimente seules ;

- personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que les repas.

Groupe iso ressources n°5

- personnes qui assurent seules leurs transferts et déplacements à l'intérieur du logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une surveillance ponctuelle qui peut être étalée dans la semaine et des aides pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Groupe iso ressources n°6

- personnes indépendantes pour les actes de la vie courante. Ce groupe comprend toutefois des sous-groupes de personnes ayant des besoins d'aide extérieurs très différents. Elles nécessitent la présence d'un tiers pour que soient apportés à son logement des produits nécessaires à la vie courante (sous-groupe C), une surveillance et des actions ponctuelles de façon intermittente (sous-groupe B) ou aucune aide extérieure (sous-groupe A).

V. La politique d'aide et de soins des personnes âgées

V.1 Les années soixante-dix

Jusqu'aux années soixante, le débat se limite à l'âge de la retraite et au montant des pensions. Au début des années soixante, en France, les travaux de la commission d'études des problèmes de la vieillesse, fruits des consultations systématiques des partenaires sociaux et d'experts, montrent que la vieillesse est perçue comme une situation de marginalité et d'exclusion sociale. Le rapport issu des travaux de cette commission, appelé rapport Laroque (1962), introduit dans le débat les notions de prévention et de maintien à domicile qui vont présider dans les décennies suivantes à toutes les mesures prises (club du troisième âge, services d'aides ménagères, de soins infirmiers à domicile...)

Poser le problème de la vieillesse en France, c'est essentiellement rechercher quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française d'aujourd'hui et encore plus dans celle de demain. Le problème de la vieillesse est de concilier, d'une part, l'adaptation du milieu et des conditions d'existence à l'état physique et psychique des personnes âgées ; d'autre part, leur maintien dans la société exclut toute ségrégation. Ainsi, le rapport Laroque souligne que : *“La politique de la vieillesse ne se suffit pas à elle-même, elle ne peut être qu'un aspect d'une politique plus large tendant à assurer un aménagement harmonieux de l'ensemble de la société, en vue de permettre à chacun d'occuper, à tout moment, la place qui lui assure l'épanouissement le plus complet de sa personnalité, dans son intérêt propre comme dans l'intérêt de la communauté elle-même, compte tenu tant de l'âge que des autres éléments qui déterminent cette personnalité”*. (Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse, La Documentation française, 1962).

À la suite du rapport Laroque, se met en place en France dans les années soixante-dix une politique gérontologique qui aboutit à la transformation des hospices, la partition entre le sanitaire et le social et un engagement limité de la Sécurité sociale dans le financement des mesures. L'histoire moderne des établissements d'accueil pour personnes âgées commence au XIX^e siècle, à l'époque où les services hospitaliers deviennent le lieu privilégié de la production et de la transformation du savoir médical de haut niveau. L'hôpital était alors un lieu d'assistance et d'hébergement social, accueillant un grand nombre de vieillards indigents ; il conserve cette tradition, tout en se médicalisant et en redistribuant ses fonctions entre l'hospice, lieu d'hébergement, et l'hôpital spécialisé dans les soins. L'hospice garde son caractère d'assistance aux pauvres de tous âges et aux incurables, tandis que l'hôpital s'ouvre à toutes les classes sociales, en développant une technologie médicale moderne, qui s'affirme à partir de 1945. La réforme hospitalière de 1958 classe les maisons de retraite et les hospices publics au plus bas dans la nouvelle nomenclature des établissements hospitaliers. Ils sont d'ailleurs les seuls à ne pas être désignés comme hôpitaux. Le système hospitalier rejette donc la gestion de la vieillesse indigente mais non les "soins" aux personnes âgées.

"Les hospices pourvoient à l'hébergement des vieillards, infirmes et incurables et leur assurent le cas échéant les soins nécessaires". (Article L. 678 du code de la Santé publique du 11 décembre 1958). La réforme hospitalière de 1970 indique que *"les établissements d'hospitalisation publics peuvent continuer à gérer à titre provisoire les sections d'hospice au même titre que les maisons de retraite qui leur sont attachées"*. Par la suite, la loi de 1975 portant création des institutions sociales et médico-sociales a prévu la suppression des hospices dans un délai de dix ans. Cette transformation des hospices, qui signifiait à la fois une modernisation des structures et une modification de la nature juridique, a coïncidé avec l'arrivée à l'âge de la retraite d'un nombre significatif d'anciens salariés de l'industrie qui disposaient d'une couverture sociale en matière de maladie et de vieillesse et qui se détournaient des hospices réservés à la clientèle de l'aide sociale.

La loi de 1975, qui sort de l'hôpital l'hébergement des personnes âgées, prévoit la possibilité pour les établissements hébergeant des personnes âgées de créer des sections de cure médicale (SCM).

La fonction de ces SCM et le public destinataire ont été définis par le décret du 22 novembre 1977. *"La SCM est destinée à l'hébergement et à la surveillance médicale, que nécessite l'état des pensionnaires ayant perdu la capacité d'effectuer seuls les actes ordinaires de la vie ou atteints d'une affection somatique ou psychique stabilisée, qui nécessite un traitement d'entretien ou une surveillance médicale, ainsi que des soins paramédicaux"*. Le décret précise également les limites de la prise en charge par les SCM : *"La SCM accueille ou garde des pensionnaires tant que leur état de santé ne requiert pas les soins d'un établissement hospitalier relevant de la loi de 1970"*. Dans cette optique, l'hôpital apparaît comme un relais en cas d'aggravation de l'état de la personne requérant des soins autres que ceux dispensés dans le cadre de la SCM.

La loi de 1978 portant à la fois réforme de la loi de 1975 et de la loi hospitalière de 1970 crée au sein des hôpitaux les "unités de long séjour" et les "centres de long séjour" assurant *"l'hébergement des personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien"*. Cette loi élargit le système de prise en charge des personnes âgées dépendantes en réintroduisant ce public au sein des hôpitaux.

Cette mise en place du système de prise en charge des personnes âgées dépendantes s'est accompagnée d'un engagement financier de la part de l'Assurance maladie. Cet engagement a pris la forme de forfaits-soins laissant à la charge des personnes âgées et de leurs familles les frais d'hébergement. Il relève d'une logique de limitation des dépenses de l'Assurance maladie, dont l'accroissement a été sensible à cause de la transformation des hospices en maisons de retraite avec section de cure médicale ou unité de long séjour.

V.2 Les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix

Les décrets du 8 mai 1981 relatifs aux institutions sociales et médico-sociales institutionnalisent les services de soins à domicile ce qui permet leur rapide expansion. Des emplois de coordonnateurs sont créés dans le but d'améliorer les liens entre les différents services, entre secteur ambulatoire et secteur d'hébergement.

La circulaire du 7 avril 1982 relative à "la politique sociale et médico-sociale des retraités et des personnes âgées" donne une vision d'ensemble du travail réalisé, définit toutes les structures existantes et introduit une nouvelle dimension : la participation des personnes âgées aux décisions qui les concernent. Les décrets créant les comités départementaux des retraités et des personnes âgées (CODERPA), les conseils de maison en maison de retraite suivront.

Pendant la période 1983-1986, les lois de décentralisation confient la responsabilité de l'action sociale, en particulier pour les personnes âgées, aux départements. Le président du conseil général devient responsable de l'autorisation de nouveaux établissements sociaux et de la fixation des prix d'hébergement. Le département est responsable de l'établissement d'un schéma départemental des services et des institutions sociales. Mais la décentralisation ne concernant pas les services et les institutions relevant d'un financement par l'Assurance maladie, la dichotomie entre le sanitaire et le social est renforcée, ce qui freine considérablement le développement du secteur médico-social censé prendre en charge les personnes âgées dépendantes.

En 1991, la commission de la dépendance créée au commissariat général du Plan, sous la présidence de P. Shopflin, a rendu son rapport *"Dépendance et solidarité"*. L'une des propositions

est la création d'une prestation nouvelle en espèces pour compléter le dispositif existant. La même année, une mission de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, dépose son rapport "*Vivre ensemble, rapport de la mission parlementaire sur la dépendance*".

L'année 1995 voit le début de l'expérimentation de l'allocation spécifique dépendance dans douze départements. Un projet de loi visant à la création d'une prestation autonomie a été discuté à l'automne 1995. Mais la profonde réforme de la Sécurité sociale par le plan Juppé (novembre 1995) vient interrompre le processus parlementaire. Le Sénat propose une loi qui sera promulguée en janvier 1997. Dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées, cette loi tend à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

La question de la coordination réapparaît à travers le développement des réseaux. Avec la réforme Juppé, les deux ordonnances du 24 avril 1996 sur la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ont clairement inscrit dans les codes de la Sécurité sociale et de la santé publique la constitution de réseaux de soins afin de promouvoir de nouvelles formes d'organisation des soins, notamment dans le domaine médico-social. En 1993, la Caisse nationale d'assurance vieillesse a rédigé une circulaire consacrée à une politique de promotion des réseaux gérontologiques afin d'assurer une meilleure coordination des services.

V.3 La prestation spécifique dépendance

La prestation spécifique dépendance est attribuée sous conditions de ressources à toutes les personnes de 60 ans et plus justifiant d'un certain degré de dépendance (groupes iso ressource 1, 2 et 3), quel que soit leur lieu de vie. Elle sert exclusivement à rémunérer l'aide apportée à la personne pour sa dépendance, qu'elle soit apportée par un salarié ou un membre de la famille.

Cette dépendance est appréciée à l'aide de la grille AGGIR au cours d'une instruction qui est menée par une équipe médico-sociale. Elle tient compte de l'environnement de la personne âgée et des autres aides qui lui sont apportées et aboutit à un plan d'aide, instrument de coordination des diverses aides apportées à la personne âgée. Un suivi des bénéficiaires est prévu.

La prestation est accordée par le président du conseil général. Son montant est fonction du degré de la dépendance (en cas de dépendance lourde, l'aide ne pourra pas dépasser 5 530 francs par mois). Son financement est assuré par les ressources départementales pour le volet social et par les caisses (CNAV et CNAM) pour le volet sanitaire.

En France, au 31 mars 2000, 123 000 personnes bénéficiaient de la prestation spécifique dépendance. Le montant moyen de la prestation est de 3 400 francs à domicile et de l'ordre de 1 800 francs en établissement. Des disparités importantes existent entre les départements concernant le nombre de bénéficiaires et les montants de PSD versés. Dans le département de la Somme, au 30 septembre 2000, 987 personnes percevaient la PSD à domicile et 694 la PSD en établissement.

B. MÉTHODOLOGIE

I. Protocole de l'enquête

I.1 La Commission nationale d'informatique et des libertés

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'observatoire régional de santé de Picardie a déposé un dossier auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) qui a autorisé le recueil des données et leur exploitation par un avis du 15 janvier 1999. La procédure réglementaire a été clôturée par une publication légale dans le quotidien le "*Courrier picard*" du 26 février 1999.

I.2 Le questionnaire

Le questionnaire utilisé a demandé un travail concerté pour son élaboration. Un exemplaire est reproduit en annexe (pp. 143-54). La base de départ a été les questionnaires qui ont servi pour les enquêtes des observatoires régionaux de santé d'Alsace et du Languedoc-Roussillon. À partir de cette base, le groupe de travail mis en place a apporté diverses modifications en fonction des volontés et réflexions des différents partenaires. L'écriture d'une première version du questionnaire s'est achevée en décembre 1998.

Un test de ce questionnaire a été effectué entre décembre 1998 et janvier 1999 auprès d'une quarantaine de personnes âgées d'un autre département picard. La version définitive du questionnaire a pu être élaborée à partir de l'analyse de ce test.

Ce questionnaire comprend, après une première page d'identification, huit grandes rubriques : conditions d'habitat, réseau relationnel, activités et autonomie, état de santé et recours au système de soins, activités ménagères, utilisation des services de maintien à domicile, revenus et remarques de l'enquêtrice après l'entretien.

Ce questionnaire a plusieurs objectifs :

- Décrire les conditions de vie :

- l'habitat : le type (maison, immeuble),
le confort (adduction d'eau, WC),
souhaits en matière d'améliorations du confort du logement,
les difficultés (présence d'escaliers dans le logement ou pour entrer dans le domicile, éloignement des commerces, chauffage avec manutention),
- l'environnement humain : les personnes isolées,
les personnes recevant des visites de la famille, des amis,
- les conditions de vie passées : ancienne profession,
- les ressources financières : revenus du ménage, PSD ;

- Décrire le recours au système de soins :

- consultation du médecin de famille,
- consultation de spécialistes,
- consultation d'un(e) infirmier(ère),
- consultation d'un kinésithérapeute,
- séjour à l'hôpital,
- consommation médicamenteuse ;

- Mesurer l'état de santé des personnes âgées enquêtées :
 - état de santé déclaré ;
- Étudier le recours au système de maintien à domicile :
 - recours actuel aux services de maintien à domicile (les personnes bénéficiant de ces services),
 - information sur l'existence de tels services,
 - souhaits des personnes âgées dans ce domaine,
 - services d'aide ménagère,
 - clubs du troisième âge ;
- Décrire les activités et l'autonomie des personnes âgées :
 - activités au domicile,
 - activités hors du domicile,
 - activités ménagères,
 - grille AGGIR ;
- Évaluer l'aide apportée aux personnes âgées dans leur vie quotidienne par la famille, les voisins ou les amis.

Cette étude est une évaluation des conditions générales de vie des personnes âgées à domicile. Par contre, elle ne prétend pas réaliser une évaluation de leur dépendance. En effet, ce type d'analyse suppose la participation de médecins enquêteurs qui peuvent établir un diagnostic objectif. Toutefois, l'étude tient compte de l'état de santé ressenti par les personnes âgées et d'un certain nombre d'indicateurs sur l'autonomie physique dans les actes quotidiens et sur les troubles sensoriels et psychiques. Ces éléments permettent de donner un ordre de grandeur de la fréquence des troubles physiques et psychiques et des besoins qu'ils suscitent. C'est dans cette optique que la grille AGGIR a été intégrée au questionnaire.

Concernant les troubles psychiques, aucune question n'a été posée aux personnes âgées, mais l'enquêteur était chargé d'évaluer sommairement l'état psychique de la personne. Cet indicateur ne représente donc en aucun cas un diagnostic objectif de la proportion de personnes souffrant de troubles mentaux mais apporte un ordre de grandeur.

I.3 La formation des enquêtrices

La formation des enquêteurs (en l'occurrence pour cette enquête 3 enquêtrices) est une tâche absolument nécessaire. Il est indispensable que chaque enquêtrice ait la même interprétation de chacune des questions que l'ensemble de ses collègues. Les enquêtrices ont été formées à l'hôpital de Saint-Valery-sur-Somme par le médecin de santé publique de l'observatoire régional de santé de Picardie. Pendant la demi-journée de formation, le questionnaire a été étudié par les enquêtrices, question après question. Le médecin était présent pour répondre aux différentes interrogations concernant le déroulement de l'entretien ou pour expliquer une question mal comprise ou mal interprétée. Puis des simulations ont été organisées durant lesquelles les enquêtrices ont interrogé des personnes âgées hospitalisées à l'hôpital de Saint-Valery-sur-Somme. Ce mode de formation a permis aux enquêtrices de se familiariser avec leur tâche. Par ailleurs, elles pouvaient contacter à tout moment le médecin si elles rencontraient des difficultés sur le terrain. Les enquêtrices devaient répondre à un certain nombre de questions à la fin du questionnaire concernant le déroulement de l'entretien (difficulté pour l'obtention des réponses, troubles psychiques).

I.4 La sensibilisation du public et des professionnels

D'une manière générale, les personnes âgées, peut-être alertées par les faits divers rapportés par les journaux, se méfient de tous les démarcheurs à domicile. Certaines d'entre elles, contactées pour une enquête, vont demander conseil à la mairie ou à leur médecin. Pour obtenir le plus petit nombre possible de refus de réponse, il est donc indispensable de donner une publicité maximum à l'enquête.

Cette publicité est véhiculée en premier lieu par les grands médias : presse, télévision. Plusieurs articles ont ainsi été insérés dans la presse écrite locale, notamment dans le "*Courrier picard*". L'un des responsables de l'enquête a été interrogé par la station régionale de radio, Radio France Picardie.

En second lieu, des lettres destinées à informer des objectifs de l'enquête ont été adressées aux médecins et aux élus des cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin. Enfin, la sensibilisation la plus directe a été réalisée par un courrier adressé à chaque personne âgée devant être enquêtée.

I.5 Le recueil des données et le nom de l'enquête

Les personnes échantillonnées ont été sollicitées par courrier pour accord, Quand celui-ci était obtenu, les enquêtrices ont mené les entretiens à domicile après une prise de rendez-vous préalable.

Le recueil sur le terrain s'est déroulé de mars à juillet 1999.

L'enquête porte sur l'état de santé et les conditions de vie des personnes âgées. Sous tous les tableaux ou graphiques, la source est ainsi libellée : ORS Picardie-Esacovi 99.

II. Désignation de l'échantillon

II.1 Définitions générales

La population étudiée correspond aux personnes âgées de 65 ans et plus, vivant à domicile, dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin, situés au Nord-Ouest de la région (*cf.* en annexe Démographie et géographie p. 142). Les personnes âgées vivant en hébergement collectif (maisons de retraite, foyers-logements, services de long-séjour) ou hospitalisées ne sont pas concernées par l'étude ; l'objectif premier de celle-ci étant le maintien à domicile des personnes âgées.

II.2 Le tirage aléatoire de l'échantillon

La base de sondage disponible utilisée a été le fichier des listes électorales sur lequel figure pour chaque personne électrice son sexe, son âge et son adresse. La liste électorale est établie par commune. L'échantillon a été stratifié pour chaque commune (au nombre de 21, *cf.* en annexe Démographie et géographie p. 142) en fonction de la tranche d'âge et du sexe de la personne de référence pour être représentatif de la population âgée des cantons de Saint-Valery-sur-Somme et de Friville-Escarbotin.

Il faut par ailleurs noter que les étrangers et les personnes sous tutelle et déchues de leurs droits civiques sont manquants sur les listes électorales et ne sont donc pas représentés dans cet échantillon.

Le plan de sondage initial

Ensemble	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et plus	Total
Population ⁴	1 266	1 162	911	412	335	114	34	4 234
Contactée	924	908	824	397	334	114	34	3 535
Dont : Non participante ⁵	345	353	311	132	114	47	16	1 318
Refus	280	257	246	133	107	31	9	1 063
Enquêtée	299	298	267	132	113	36	9	1 154
Taux de sondage initial ⁶	73,0%	78,1%	90,5%	96,4%	99,7%	100%	100%	83,5%

Hommes	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et plus	Total
Population ⁴	562	489	378	150	103	35	8	1 725
Contactée	426	418	371	147	103	35	8	1 508
Dont : Non participante ⁵	120	148	140	46	37	11	4	506
Refus	151	124	108	52	27	16	1	479
Enquêtée	155	146	123	49	39	8	3	523
Taux de sondage initial ⁶	75,8%	85,5%	98,1%	98,0%	100%	100%	100%	87,4%

Femmes	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et plus	Total
Population ⁴	704	673	533	262	232	79	26	2 509
Contactée	498	490	453	250	231	79	26	2 027
Dont : Non participante ⁵	225	205	171	86	77	36	12	812
Refus	129	133	138	81	80	15	8	584
Enquêtée	144	152	144	83	74	28	6	631
Taux de sondage initial ⁶	70,7%	72,8%	85,0%	95,4%	99,6%	100%	100%	80,8%

Sources : Listes électorales, ORS Picardie-Esacovi 99

⁴ Population inscrite sur les listes électorales dans les communes des cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin.

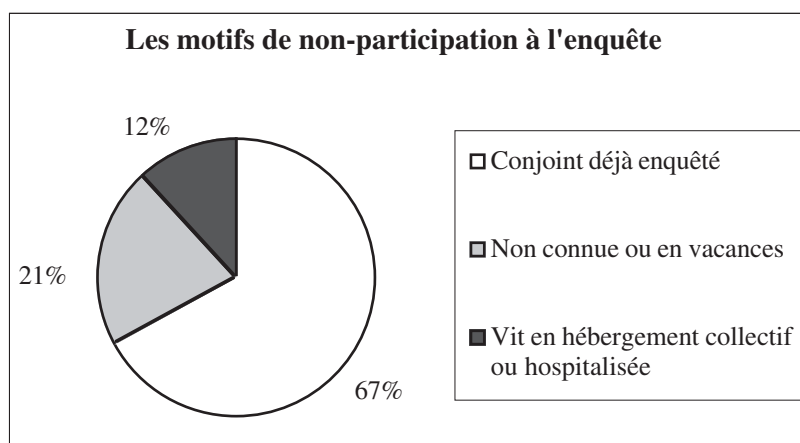
⁵ Cf. infra p. 41 la typologie de cette population.

⁶ Taux de sondage initial = Population contactée / Population.

On désirait pour l'enquête connaître la situation des personnes âgées pour "tous les âges" ; y compris pour celles les plus âgées. Étant donné cet objectif, on devait interroger davantage de personnes de 85 ans et plus, peu nombreuses dans la population, tout particulièrement chez les hommes (cf. en annexe pyramide des âges au RP 99 p. 143). On détermine ainsi un taux de sondage initial différent par sexe et âge. Les effectifs de la classe d'âge des 85 ans et plus sont plus élevés. Ainsi, toutes les personnes de 85 ans et plus (sauf une femme âgée de 85 à 89 ans) ont été contactées pour l'enquête (taux de sondage initial proche de 100 %).

Enfin, sur les 4 234 personnes âgées de 65 ans et plus, 170 se trouvaient dans un établissement de santé au moment de l'enquête (soit pour un court séjour, soit pour une durée plus longue). Elles ont été retirées de la population initiale ce qui porte finalement à 4 064 le nombre de personnes susceptibles d'être enquêtées.

Les personnes contactées qui n'ont pas participé



Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Dans deux tiers des cas, le motif de non-participation correspond à des personnes dont le conjoint a déjà été enquêté. 21 % des personnes n'ont pas participé à l'étude parce qu'elles ne sont pas connues ou étaient parties en vacances au moment de l'enquête. 12 % des personnes ne pouvaient pas faire partie des personnes interviewées car elles vivaient en hébergement collectif (maisons de retraite, logements-foyers, services de long séjour) ou étaient hospitalisées au moment de l'enquête (ces dernières ont, comme cela vient d'être précisé, été retirées de la base initiale).

Les refus

	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et plus	Total
Refus	280	257	246	133	107	31	9	1 063
Enquêtées	299	298	267	132	113	36	9	1 154
Total	579	555	513	265	220	67	18	2 217
Taux de refus ⁷	48,4%	46,3%	48,0%	50,2%	48,6%	46,3%	50,0%	47,9%

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Malgré une sensibilisation du public par des interventions dans la presse et des courriers adressés directement aux personnes échantillonnées, le taux de refus est important : 47,9 % des personnes contactées et concernées ont refusé de participer à l'enquête. On ne note pas de différence, ni en fonction du sexe, ni en fonction de l'âge.

⁷Taux de refus = Refus / (Refus + Enquêtées).

Échantillonnage final

Ensemble	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	Total
Population domiciliée	1 251	1 136	889	385	286	88	29	4 064
Population enquêtée	299	298	267	132	113	36	9	1 154
Taux de sondage	23,9%	26,2%	30,0%	34,3%	39,5%	40,9%	31,0%	28,4%

Hommes	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	Total
Population domiciliée	553	481	369	143	93	31	5	1 675
Population enquêtée	155	146	123	49	39	8	3	523
Taux de sondage	28,0%	30,4%	33,3%	34,3%	41,9%	25,8%	60,0%	31,2%

Femmes	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	Total
Population domiciliée	698	655	520	242	193	57	24	2 389
Population enquêtée	144	152	144	83	74	28	6	631
Taux de sondage	20,6%	23,2%	27,7%	34,3%	38,3%	49,1%	25,0%	26,4%

Sources : Listes électorales, ORS Picardie-Esacovi 99

L'enquête concerne un échantillon de 1 154 personnes âgées de 65 ans et plus domiciliées dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin : 1 154 personnes interrogées parmi les 4 064 inscrites sur les listes électorales des deux cantons vivant à domicile, soit un taux de sondage global d'un peu plus d'un quart (28,4 %).

Le taux de sondage croît en fonction de l'âge jusqu'à 95 ans, ce qui est logique compte tenu du taux de sondage initial plus important en fonction de l'âge. La faiblesse du taux de sondage final observé chez les 95 ans et plus est lié au taux de refus plus important des femmes de cette tranche d'âge.

Le taux de sondage varie également en fonction du sexe compte tenu là encore du taux de sondage initial : 26 % des personnes âgées de sexe féminin ont participé à l'enquête contre 31 % des individus de sexe masculin.

III. Exploitation des données recueillies

III.1 Création de variables

Des variables nécessaires au traitement de l'enquête ont été créées, notamment celles concernant le type de commune et le groupe de dépendance.

La nouvelle typologie des communes mise en place par l'Insee permet de distinguer pôle urbain, couronne périurbaine, commune multipolarisée, qui délimitent l'espace à dominante urbaine et commune rurale pour l'espace à dominante rurale. Cependant, selon cette typologie, les communes où ont été passés les questionnaires appartiennent toutes à l'espace à dominante rurale. C'est pourquoi, l'ancienne typologie des communes de l'Insee a été appliquée pour le traitement de cette enquête, les communes de moins de 2 000 habitants étant considérées comme rurales et celles de plus de 2 000 habitants comme urbaines. L'effectif de population de chaque commune correspond à celui du recensement de mars 1999 (*cf.* en annexe Démographie et géographie p. 143).

La variable "groupe de dépendance" a été créée à partir de la grille AGGIR. Plusieurs questions présentes dans le questionnaire permettent grâce au logiciel AGGIR W de déterminer à quel groupe iso ressources (GIR) les personnes appartiennent : l'autonomie physique (déplacements, hygiène, alimentation), la capacité à sortir seul du domicile, etc. La classification de la grille AGGIR définit le niveau d'autonomie de la personne (6 groupes notés de 1 à 6 et, pour les groupes n°5 et n°6 définissant les personnes les plus autonomes, des sous-groupes 5A, 5B, 5C et 6A, 6B, 6C). Pour l'analyse des données de l'enquête, 6 groupes (voire 10 groupes ou sous-groupes) de niveau de dépendance ne semblaient pas pertinents. C'est pourquoi les individus des groupes 1 à 4 de la grille AGGIR correspondent dans notre étude aux personnes dépendantes (le groupe 4 n'est pas retenu pour l'attribution de la prestation spécifique dépendance), ceux du groupe 6A aux personnes autonomes et les autres aux personnes semi-dépendantes (*cf.* définition p. 30).

III.2 L'analyse statistique

La première phase de l'analyse des données a consisté à croiser les différentes variables avec l'âge des personnes. Pour cela, nous avons retenu deux tranches d'âge : les 65-74 ans et les 75 ans et plus. À l'intérieur de cette dernière tranche, une distinction entre les 75-84 ans et les 85 ans et plus a été réalisée. Toutefois, ne sont présentés dans les tableaux que les résultats de cette dernière classe.

L'analyse statistique des données a consisté à croiser les quatre variables suivantes avec les autres variables :

- le sexe ;
- le groupe d'âge ;
- le type de commune des personnes ;
- le groupe de dépendance.

Pour vérifier la significativité des résultats en fonction de l'âge, du sexe, du degré de dépendance ou du type de commune, un test du khi deux a été calculé. Le traitement des questionnaires et l'analyse statistique ont été réalisés sur le logiciel SPSS®.

Par ailleurs, afin de permettre une extrapolation à l'ensemble de la population, une standardisation a été faite sur ces différentes variables (*cf.* paragraphe suivant et annexes).

Toutefois, cette standardisation a été réalisée pour avoir un reflet de la population globale des deux cantons, non pour faire des comparaisons entre les variables étudiées. Ainsi, certains problèmes sont, à titre d'exemple, plus nombreux chez les femmes que chez les hommes. Il s'agit souvent d'un effet lié à l'âge car les femmes ont un âge moyen plus élevé que les hommes dans la population globale des deux cantons.

III.3 La standardisation

Répartition des personnes âgées de 65 ans et plus par âge quinquennal et par sexe dans l'échantillon et dans la population domiciliée dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin

Sexe	Age	Effectif dans la population	Proportion dans la population	Effectif dans l'échantillon ⁸	Proportion dans l'échantillon
Hommes	65-69 ans	553	13,6%	143	12,4%
	70-74 ans	481	11,8%	146	12,7%
	75-79 ans	369	10,0%	129	11,2%
	80-84 ans	143	3,5%	53	4,6%
	85-89 ans	93	2,3%	40	3,5%
	90-94 ans	31	0,8%	9	0,8%
	95 ans et +	5	0,1%	3	0,3%
Femmes	65-69 ans	698	17,1%	134	11,6%
	70-74 ans	655	16,1%	149	12,9%
	75-79 ans	520	12,8%	150	13,0%
	80-84 ans	242	5,9%	84	7,3%
	85-89 ans	193	4,8%	80	6,9%
	90-94 ans	57	1,4%	26	2,2%
	95 ans et +	24	0,6%	8	0,7%
Total		4 064	100%	1 154	100%

Sources : Listes électorales, ORS Picardie-Esacovi 99

La répartition par âge et par sexe de l'échantillon n'est pas tout à fait correcte par rapport à celle de la population. Ainsi, les hommes de 65-69 ans et les femmes de 65-74 ans sont sous-représentés dans l'échantillon. À l'inverse, les hommes de 70 ans et plus et les femmes de 75 ans et plus sont sur-représentés dans l'échantillon par rapport à la population.

C'est pourquoi l'ensemble des résultats obtenus a été standardisé sur la répartition par âge et par sexe de la population de 65 ans et plus domiciliée dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin et sur la base de fichiers électoraux.

Le redressement consiste à calculer dans la population de 65 ans et plus domiciliée dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin, les pourcentages par tranches d'âge et par sexe et à les appliquer aux pourcentages par tranches d'âge et par sexe correspondants dans l'échantillon. C'est à partir d'une sommation de ces calculs que l'on obtient les pourcentages figurant dans les tableaux. Ainsi, le poids plus ou moins important donné dans l'échantillon initial pour les tranches d'âge n'intervient plus.

Les résultats bruts (non standardisés) tiennent compte des différences de structure d'âge de l'échantillon. Les proportions standardisées sont définies comme les proportions que l'on observerait dans l'échantillon s'il avait la même structure d'âge que la population de personnes âgées domiciliées dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin. Elles sont calculées en pondérant les proportions par âge et par sexe observées dans l'échantillon par la structure d'âge de la population (*cf.* exemple de calcul de standardisation en annexe pp. 123-33).

Pour que les résultats soient appliqués à la population, une fourchette devrait être présentée à la place de chaque valeur. Cela n'a été réalisé que pour l'estimation des personnes dépendantes et semi-dépendantes (p. 58).

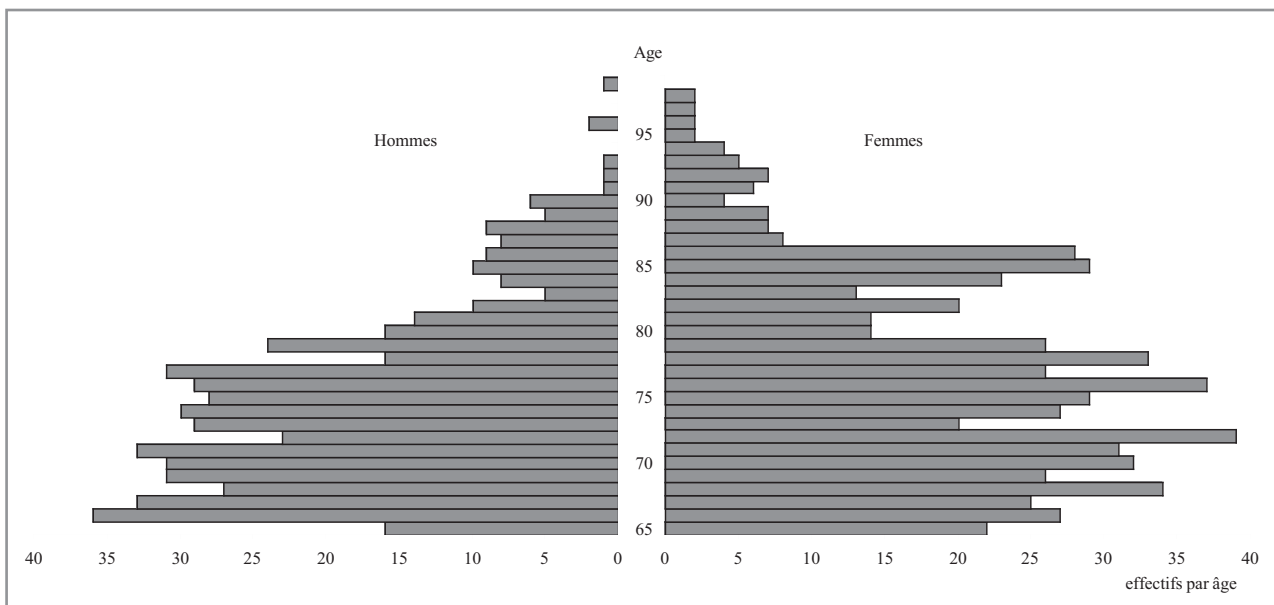
⁸ La répartition par âge dans l'échantillon est légèrement différente de celle présentée dans le paragraphe II.2, tirage aléatoire de l'échantillon, car l'âge a été calculé de façon exacte au jour de passage de l'enquête (différence avec la date de naissance).

C. LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

I. Les caractéristiques générales

I.1 Les caractéristiques démographiques

Pyramide des âges des personnes enquêtées



Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Répartition des personnes par sexe et par classe d'âge⁹

	Ensemble	65-74 ans	75 ans et plus	85 ans et plus ¹⁰
Hommes	45,3	50,5	40,2	31,3
Femmes	54,7	49,5	59,8	68,7
Total	100	100	100	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

1 154 personnes âgées de 65 ans et plus ont été enquêtées sur les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin. L'échantillon est composé de 523 hommes (45,3 %) et 631 femmes (54,7 %).

Les femmes sont plus âgées que les hommes : elles représentent 68,7 % des personnes âgées de 85 ans et plus contre 31,3 % des hommes. Elles sont en moyenne âgées de 76,9 ans ($\pm 7,5$ ans) alors que leurs homologues masculins ont 74,9 ans ($\pm 6,6$ ans).

Cette répartition par sexe et par âge des personnes enquêtées n'est pas tout à fait correcte par rapport à celle des personnes dans la population domiciliée dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin. C'est pourquoi l'ensemble des résultats présentés dans les tableaux suivants est standardisé par la répartition par âge et par sexe de la population domiciliée. Ainsi, si on applique la proportion de femmes et d'hommes de la population à l'effectif de l'échantillon, le nombre d'hommes est de 476 et celui de femmes de 678¹¹.

⁹ Proportions non standardisées calculées à partir des effectifs observés.

¹⁰ Parmi les 75 ans et plus se trouvent naturellement les 85 ans et plus. Ce découpage a été préféré à celui qui aurait permis d'avoir trois classes d'âge distincts (65-74 ans, 75-84 ans et 85 ans et plus) car le nombre de 75 ans et plus était voisin du nombre de 65-74 ans.

¹¹ 678 = 1 154 multiplié par 58,8 %.

Répartition par sexe de l'échantillon et de la population domiciliée

	Population		Échantillon brut		Échantillon pondéré	
	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion
Hommes	1 675	41,2%	523	45,3%	476	41,2%
Femmes	2 389	58,8%	631	54,7%	678	58,8%
Total	4 064	100%	1 154	100%	1 154	100%

Sources : Listes électorales, ORS Picardie-Esacovi 99

Répartition des personnes selon la situation familiale

	En couple ¹²	Veuf(ve)	Autres ¹³	Total
Ensemble	54,5	36,7	8,8	100
65-74 ans	64,9	25,3	9,8	100
75 ans et plus	39,8	52,8	7,4	100
85 ans et plus	22,4	73,5	4,1	100
Hommes	78,9	13,0	8,1	100
Femmes	37,5	53,2	9,3	100
Dépendants	61,4	30,3	8,3	100
Semi-dépendants	41,8	42,0	16,2	100
Autonomes	55,7	36,4	7,9	100
Milieu urbain ¹⁴	51,6	39,4	9,1	100
Milieu rural ¹⁵	58,5	32,9	8,6	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Plus de la moitié (54,5 %) des personnes enquêtées est mariée ou vit maritalement, plus d'un tiers (36,7 %) est veuf (ou veuve) et moins d'un sur dix (8,8 %) est célibataire, divorcé(e) ou séparé(e). Cependant, ces proportions changent beaucoup en fonction de l'âge, du sexe et du degré de dépendance de la personne. Les femmes sont moins nombreuses que les hommes à vivre en couple (37,5 % contre 78,9 %) ; par contre, elles sont 53,2 % à être veuves contre 13,0 % des hommes.

La proportion de personnes veuves augmente avec l'âge alors que celle des personnes vivant en couple diminue. Ainsi, 73,5 % des personnes de 85 ans et plus sont veufs (ou veuves) contre 25,3 % des 65-74 ans.

Par ailleurs, dans les communes rurales, la proportion de personnes vivant en couple est plus importante que dans les villes.

Il faut souligner que dans cette partie n'est abordée que la situation familiale. La cohabitation avec une autre personne (conjoint, enfant(s) ou autre personne) est traitée dans la partie réseau relationnel (p. 71).

Proportion de personnes dont le conjoint n'est pas valide

	Conjoint non-valide
Ensemble	11,2
65-74 ans	8,1
75 ans et plus	15,6
85 ans et plus	22,1
Hommes	9,1
Femmes	12,7
Dépendants	26,3
Semi-dépendants	23,1
Autonomes	8,3

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

¹² Marié(e) ou concubin.

¹³ Célibataire, divorcé(e), séparé(e).

¹⁴ Les communes urbaines correspondent aux villes de plus de 2 000 habitants ; ce sont les villes de Saint-Valery-sur-Somme, Friville-Escarbotin, Cayeux-sur-Mer et Fressenneville.

¹⁵ Les communes rurales correspondent aux communes de moins de 2 000 habitants.

Parmi les personnes vivant en couple, 11,2 % ont un conjoint non-valide. Cette proportion augmente avec l'âge et le degré de dépendance atteignant plus d'une personne sur cinq chez les personnes dépendantes ou semi-dépendantes et chez celles de 85 ans et plus.

I.2 Les caractéristiques sociales

Répartition des personnes selon leur profession et catégorie socioprofessionnelle antérieure

	Agri. ¹⁶	ACCE ¹⁷	Cadre	PI ¹⁸	Employé(e)	Ouvrier(ère)	Inactif(ve)	Au foyer	Total
Ensemble	14,2	9,6	4,7	8,7	18,5	33,5	4,0	6,9	100
Hommes	14,9	9,4	6,6	11,5	12,5	45,2	0	0	100
Femmes	13,7	9,8	3,3	6,8	22,7	25,2	6,8	11,7	100
Dépendants	19,5	2,1	4,9	0,6	13,7	46,6	4,1	8,5	100
Semi-dépendants	15,7	5,9	4,5	9,7	15,6	39,1	6,2	3,3	100
Autonomes	13,5	10,6	4,7	9,0	19,2	32,8	3,2	7,0	100
Milieu urbain	4,2	11,1	5,8	11,0	23,6	32,3	5,2	6,7	100
Milieu rural	26,4	7,8	3,1	5,8	12,2	35,0	2,5	7,2	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Plus de la moitié (52,0 %) des enquêtés était de profession "employé ou ouvrier", près d'un quart (23,8 %) était indépendant (agriculteur ou artisan-commerçant), 13,4 % exerçaient une profession intermédiaire ou supérieure (cadre).

Cependant, l'activité antérieure des personnes âgées varie selon le sexe. Chez les hommes, 57,7 % étaient employés ou ouvriers contre 47,9 % des femmes (45,2 % d'ouvriers contre 25,2 % d'ouvrières et 12,5 % d'employés contre 22,7 % d'employées). La part des professions intermédiaires ou supérieures est plus faible chez les femmes que chez les hommes (10,1 % contre 18,1 %). 18,5 % des femmes déclarent qu'elles étaient inactives ou au foyer contre aucun homme. La proportion d'anciens indépendants (agriculteurs, artisans, commerçants) est voisine chez les hommes et chez les femmes (autour de 24 %).

La part des professions intermédiaires est plus faible chez les dépendants que chez les autonomes (0,6 % contre 9,0 %). À l'inverse, les anciens agriculteurs et ouvriers sont plus nombreux parmi les dépendants que les autonomes (respectivement 19,5 % contre 13,5 % et 46,6 % contre 32,8 %).

Les anciens agriculteurs sont évidemment plus nombreux en milieu rural qu'en milieu urbain (26,4 % contre 4,2 %). Dans les quatre plus grandes villes, les anciens employés et professions intermédiaires sont près de deux fois plus nombreux que dans les autres communes et, à un degré moindre, les cadres et les artisans, commerçants.

¹⁶ Agriculteur.

¹⁷ Artisan, commerçant ou chef d'entreprise.

¹⁸ Profession intermédiaire.

II. Les conditions de logement

II.1 Le statut d'occupation du logement

Répartition des personnes selon le statut d'occupation du logement

	Propriétaires ¹⁹	Locataires ²⁰	Hébergés gratuitement	Total
Ensemble	85,0	9,5	5,5	100
65-74 ans	89,3	7,8	2,9	100
75 ans et plus	78,8	12,0	9,2	100
85 ans et plus	67,8	13,9	18,2	100
Hommes	89,3	6,5	4,1	100
Femmes	81,9	11,6	6,4	100
Dépendants	84,8	7,9	7,3	100
Semi-dépendants	77,4	17,3	5,3	100
Autonomes	86,2	9,3	4,5	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Les personnes âgées interrogées sont majoritairement propriétaires de leur logement (85,0 %), une sur dix est locataire, et 5,5 % sont hébergées gratuitement. Plus la personne a un âge ou un degré de dépendance important, plus elle a de chance d'être hébergée gratuitement : près de 20 % des personnes âgées de 85 ans et plus sont dans ce cas.

II.2 Habitats présent et antérieurs

Proportion des personnes selon le temps depuis lequel elles vivent dans leur logement actuel

	Ensemble
Moins de 6 ans	5,2
Entre 6 ans et 10 ans	9,6
Plus de 10 ans	85,2
Total	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

La majorité (85,2 %) des personnes interrogées vit dans le même logement depuis plus de 10 ans. 5,2 % des enquêtés habitent dans leur logement actuel depuis moins de 6 ans et 9,6 % entre 6 et 10 ans.

Proportion des personnes selon le lieu de leur précédent logement

	Ensemble
Cantons de Saint-Valery-sur-Somme ou Friville-Escarbotin	60,7
Autres communes de la Somme	17,9
Île-de-France	11,7
Nord - Pas-de-Calais	4,0
Oise	1,2
Seine-Maritime	1,0
Autres départements	3,0
Étranger	0,5
Total	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

¹⁹ Propriétaires ou en cours d'accession à la propriété.

²⁰ Locatif social ou privé.

Le précédent logement se situait dans le département de la Somme pour 78,6 % des personnes interrogées, dont plus des trois quarts dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme ou de Friville-Escarbotin. Plus d'une personne enquêtée sur dix vivait dans la région parisienne avant d'habiter dans le canton de Saint-Valery-sur-Somme ou celui de Friville-Escarbotin, 4,0 % vivaient dans le Nord - Pas-de-Calais, 1,2 % dans l'Oise, 1,0 % dans la Seine-Maritime et 3,0 % dans un département autre que ceux mentionnés précédemment.

II.3 Le type d'habitat

Répartition des personnes selon le type d'habitat

	Pavillon	Autres ²¹	Total
Ensemble	97,9	2,1	100
65-74 ans	98,1	1,9	100
75 ans et plus	97,6	2,4	100
85 ans et plus	97,3	2,7	100
Hommes	98,3	1,7	100
Femmes	97,6	2,4	100
Dépendants	97,7	2,3	100
Semi-dépendants	94,0	6,0	100
Autonomes	98,4	1,6	100
Milieu urbain	96,8	3,2	100
Milieu rural	99,6	0,4	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Les enquêtés vivent en majorité dans une maison individuelle (97,9 %). Ceci est valable quels que soient le sexe, l'âge, le degré de dépendance ou la taille de la commune de résidence de la personne âgée.

Répartition des personnes selon le nombre de pièces²² dans leur logement

	Entre 1 et 3 pièces	4 ou 5 pièces	6 pièces ou +	Total
Ensemble	14,9	61,8	23,3	100
65-74 ans	13,3	62,3	24,4	100
75 ans et plus	17,2	61,1	21,7	100
85 ans et plus	21,8	59,5	18,7	100
Hommes	11,8	62,4	25,8	100
Femmes	17,0	61,4	21,6	100
Dépendants	31,2	58,9	10,0	100
Semi-dépendants	22,0	61,6	16,4	100
Autonomes	13,2	62,8	24,0	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

14,9 % des personnes âgées enquêtées vivent dans un logement comprenant entre une et trois pièces (2,7 %, moins de trois pièces). La majorité (61,8 %) des individus vit dans un logement de quatre ou cinq pièces et 23,3 % dans un logement de six pièces ou plus.

Cependant, les personnes âgées de 85 ans et plus, dépendantes ou de sexe féminin sont plus nombreuses que les autres à vivre dans un logement comprenant de 1 à 3 pièces.

À noter que parmi les 5 personnes qui déclarent habiter en étage dans un immeuble (4 au premier et 1 au deuxième), aucune ne dispose d'un ascenseur.

²¹ Immeuble collectif ou logement foyer.

²² La cuisine est comptée comme une pièce, salle de bain et wc non comptés.

Répartition des personnes selon le type de commune

	Commune rurale	Commune urbaine	Total
Ensemble	44,6	55,4	100
65-74 ans	44,8	55,4	100
75 ans et plus	44,3	55,7	100
85 ans et plus	41,4	58,6	100
Hommes	50,2	49,8	100
Femmes	40,6	59,4	100
Dépendants	46,4	53,6	100
Semi-dépendants	42,9	57,1	100
Autonomes	44,2	55,8	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

55,4 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivent en milieu urbain, 44,6 % en milieu rural. Ces proportions changent peu en fonction de l'âge ou du groupe de dépendance. Les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes à vivre dans une commune de plus de 2 000 habitants (59,4 % contre 49,8 %).

II.4 L'équipement sanitaire du logement

Proportion des personnes ne bénéficiant pas d'équipements sanitaires dans le logement

	Pas d'eau chaude	Pas de WC dans logement	Ni douche ni baignoire
Ensemble	8,9	11,9	14,6
65-74 ans	6,5	10,2	8,6
75 ans et plus	12,1	14,4	23,2
85 ans et plus	17,9	18,3	31,1
Hommes	7,8	10,9	11,5
Femmes	9,6	12,6	16,8
Dépendants	15,5	12,3	27,6
Semi-dépendants	18,6	21,3	22,5
Autonomes	7,9	11,7	13,2
Milieu urbain	5,6	10,7	11,3
Milieu rural	13,0	14,0	19,0

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Certains logements de personnes âgées ne sont pas équipés de tous les éléments de confort. En effet, si seulement 0,6 % ne dispose pas d'eau courante, elles sont tout de même 8,9 % à ne pas avoir d'eau chaude, 11,9 % à ne pas disposer de WC à l'intérieur de leur logement et 14,6 % à n'avoir ni douche, ni baignoire.

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à n'avoir ni douche, ni baignoire (16,8 % contre 11,5 %). Les personnes dépendantes ont un logement moins bien équipé que les autres. 15,5 % d'entre elles n'ont pas d'eau chaude, et 27,6 % n'ont ni douche, ni baignoire. Les personnes les plus âgées ont également un logement moins bien équipé que les autres. Les 85 ans et plus sont 17,9 % à ne pas disposer d'eau chaude, 18,3 % à ne pas avoir de WC à l'intérieur du logement et près d'un tiers à n'avoir ni douche, ni baignoire. Dans les villes, les personnes âgées ont un logement mieux équipé que dans les petites communes. Elles sont respectivement 5,6 % en ville contre 13,0 % en milieu rural à ne pas avoir d'eau chaude et 11,3% contre 19,0 % à n'avoir ni douche, ni baignoire.

Proportion des personnes disposant d'un escalier dans le logement et devant manipuler le chauffage

	Escalier dans logement	Manipulation chauffage	Pas équipement minimum ²³
Ensemble	45,8	28,7	5,1
65-74 ans	49,3	28,8	3,6
75 ans et plus	40,9	28,5	7,3
85 ans et plus	33,3	30,9	7,6
Hommes	44,6	29,9	3,9
Femmes	46,7	27,9	6,0
Dépendants	31,1	32,9	5,7
Semi-dépendants	32,6	35,7	7,9
Autonomes	48,7	27,7	5,1
Milieu urbain	56,5	16,8	3,3
Milieu rural	33,0	43,2	7,6

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Près de la moitié (45,8 %) des personnes âgées doit emprunter des escaliers à l'intérieur du domicile et près d'un tiers pour entrer dans le logement. Ces proportions baissent chez les 75 ans et plus et les dépendants.

Les personnes âgées sont généralement équipées d'un chauffage individuel (99,1 %) mais plus d'un quart a besoin de le manipuler pour le faire fonctionner. Les combustibles les plus utilisés sont le mazout (33,3 %) et le gaz (32,8 %), puis le charbon (17,0 %), le bois (14,3 %) et l'électricité (13,9 %). Les personnes âgées vivant dans les petites communes manipulent davantage le chauffage pour le faire fonctionner que celles habitant dans les villes (43,2 % contre 16,8 %).

En définitive, 5,1 % des personnes âgées ne disposent pas d'un équipement minimal. Ce chiffre atteint près de 8 % chez les 85 ans et plus, les semi-dépendants et les personnes vivant dans les petites communes.

Les logements occupés par les femmes sont moins bien équipés que ceux des hommes : 6,0 % des logements des femmes ne disposent pas d'un équipement minimum contre 3,9 % de ceux des hommes.

Il est vrai que 58,3 % des habitations ont été construites avant 1950, 41,4 % avant 1900. Les constructions datant de 1951 à 1975 représentent 31,3 % des logements. Les plus récentes (datant d'après 1975) représentent une habitation sur dix.

²³ Manipulation du chauffage, ni douche, ni baignoire et WC situé à l'extérieur du logement.

II.5 Les souhaits en matière d'amélioration de l'habitat

Proportion des personnes qui souhaitent améliorer leur habitat

	Besoin aménagement	Toiture	Eau chaude	WC intérieur	Chauffage	Isolation	Adaptation handicap
Ensemble	16,2	22,6	24,0	26,1	41,4	44,7	13,4
65-74 ans	15,3	21,6	21,2	24,3	45,8	37,9	9,9
75 ans et plus	17,5	24,0	28,1	28,6	35,3	54,4	18,6
85 ans et plus	18,1	18,9	19,5	31,9	27,7	50,2	39,5
Hommes	16,5	19,3	14,6	16,5	37,9	44,9	18,0
Femmes	16,0	25,0	30,6	32,8	43,9	44,6	10,2
Dépendants	21,2	16,6	19,3	18,6	40,2	20,6	27,3
Semi-dépendants	22,2	28,5	22,5	26,4	26,1	39,5	9,9
Autonomes	15,5	20,9	22,0	23,1	36,4	41,6	6,2
Milieu urbain	16,0	26,1	26,4	31,8	43,4	50,8	17,7
Milieu rural	16,2	19,5	27,6	25,8	45,2	40,1	10,4

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

La faible proportion de personnes désirant un aménagement du domicile (16,2 % soit 189 personnes) rend difficile l'exploitation de la question sur le type d'aménagement souhaité. Il faut donc savoir que les proportions mentionnées ci-après ne concernent que 189 personnes et non pas la totalité de l'échantillon.

Les tableaux précédents montrent que les personnes les plus dépendantes et les plus âgées ont un logement moins bien équipé que les autres. Elles sont également plus nombreuses que les autres à souhaiter un aménagement du logement (18,1 % pour les 85 ans et plus et plus de 20 % pour les personnes dépendantes et semi-dépendantes).

Malgré le moindre confort dans les petites communes, les demandes ne sont pas plus fortes en milieu rural qu'en milieu urbain (16,2 % contre 16,0 %).

Plus de quatre personnes sur dix souhaiteraient un aménagement de leur système de chauffage ou d'isolation. Lorsqu'elles ont l'équipement minimum (wc intérieur, pas de manipulation de chauffage et une salle de bain avec une baignoire ou une douche), elles sont moins d'un quart à vouloir améliorer leur chauffage et plus de la moitié à vouloir faire des travaux d'isolation. À l'inverse, si elles n'ont pas cet équipement minimum, plus de la moitié veut améliorer son chauffage.

Un quart voudrait améliorer leur confort sanitaire, notamment faire des travaux concernant les WC et l'eau chaude. Ce sont surtout les personnes âgées de 75 ans et plus ou de sexe féminin qui souhaitent le plus améliorer leur équipement sanitaire. Il est naturel de constater que ce sont également celles dont le logement est le moins bien équipé au niveau sanitaire. Ainsi plus de 8 personnes sur 10 qui n'ont pas l'eau chaude la désirent. De même, plus de 8 personnes sur 10 souhaitent un wc intérieur lorsqu'elles n'en ont pas.

13,4 % des personnes âgées souhaiteraient aménager leur habitat pour l'adaptation à un handicap. Ce chiffre atteint 39,5 % chez les 85 ans et plus et 27,3 % chez les dépendants. Les personnes vivant dans une ville sont près de deux fois plus nombreuses que les autres à souhaiter cet aménagement (17,7 % contre 10,4 %).

Enfin, près d'une personne sur quatre aimerait faire des travaux de toiture, les travaux de toiture étant plus demandés par les personnes disposant de l'équipement minimum.

II.6 L'isolement du logement

Proportion des personnes selon le degré d'éloignement de leur logement du centre-ville

	Isolée ²⁴	Centre-ville	500 m du centre	>500 m du centre	Total
Ensemble	2,5	22,3	33,9	43,8	100
65-74 ans	2,4	22,5	33,2	44,2	100
75 ans et plus	2,7	21,9	34,7	43,3	100
85 ans et plus	4,4	22,5	32,6	44,9	100
Hommes	2,1	24,2	32,4	43,4	100
Femmes	2,9	21,0	34,9	44,2	100
Dépendants	3,0	10,8	40,6	48,6	100
Semi-dépendants	3,5	23,6	27,2	49,2	100
Autonomes	2,3	23,0	33,9	43,1	100
Milieu urbain	2,3	19,2	30,6	50,3	100
Milieu rural	2,9	26,4	38,1	35,5	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Peu de personnes âgées se trouvent dans un logement que l'on peut considérer comme "isolé". En effet, seulement 2,5 % habitent à plus de 100 mètres d'un autre logement, mais 4,4 % pour les 85 ans et plus. Les habitations des enquêtés sont plutôt éloignées du centre-ville. Seules deux personnes sur dix vivent dans le centre de la commune. 43,8 % des personnes âgées sont éloignées du centre (à plus de 500 mètres). Ce chiffre est logiquement plus élevé pour les individus vivant dans les 4 plus grandes communes que dans les petites communes respectivement 50,3 % et 35,5 %).

II.7 L'isolement du logement par rapport aux commerces²⁵

Proportion des personnes dont le logement est situé à proximité d'un magasin ou du passage d'un commerçant ambulant

	Magasins proches ou commerçants ambulants	Ni magasins ni ambulants	Total
Ensemble	85,4	14,6	100
65-74 ans	85,8	14,2	100
75 ans et plus	84,9	15,1	100
85 ans et plus	81,3	18,7	100
Hommes	85,9	14,1	100
Femmes	85,1	14,9	100
Dépendants	81,4	18,6	100
Semi-dépendants	78,6	21,4	100
Autonomes	86,8	13,2	100
Milieu urbain	83,2	16,8	100
Milieu rural	87,8	12,2	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Près de 15 % des personnes âgées habitent à plus de 300 mètres de commerces d'alimentation et ne bénéficient pas du passage de commerçants ambulants. Néanmoins, cet éloignement des commerces d'alimentation concerne 18,7 % des personnes âgées de 85 ans et plus, 18,6 % des dépendants et 21,4 % des semi-dépendants. Dans les petites communes, les personnes dans cette situation d'isolement sont paradoxalement moins nombreuses que dans les villes plus importantes.

²⁴ Plus de 100 mètres d'une autre habitation.

²⁵ Pas de magasins d'alimentation ou de passage de commerçants ambulants à moins de 300 mètres du logement.

Proportion des personnes selon leur commune de référence²⁶

	Ensemble	Canton de Saint-Valery-sur-Somme	Canton de Friville-Escarbotin
Friville-Escarbotin	46,8	20,2	81,5
Saint-Valery-sur-Somme	41,2	68,0	7,2
Abbeville	19,5	22,9	15,1
Cayeux-sur-Mer	19,0	31,8	3,1
Feuquières	10,3	2,0	11,5
Fressenneville	7,9	1,7	15,5
Mers	6,5	5,1	8,7
Eu	2,1	1,3	3,1
Ault	1,7	0,4	1,6
Woincourt	1,5	0,0	3,2
Amiens	1,2	1,7	0,7
Vaudricourt	0,8	0,6	1,2
Autres	6,6	6,3	6,9

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Les deux communes de référence les plus fréquemment citées (plus de 40 %) par les personnes âgées sont les deux chefs-lieux de canton : Friville-Escarbotin et Saint-Valery-sur-Somme. 19 % des personnes déclarent qu'elles font la plupart de leurs courses, soins et loisirs à Cayeux-sur-Mer ou Abbeville. Les autres communes sont citées par moins de 15 % des enquêtés. On notera enfin que les personnes domiciliées sur le canton de Friville-Escarbotin sont plus nombreuses à citer leur chef-lieu de canton que celles du canton de Saint-Valery-sur-Somme.

II.8 Les services ou commerces déclarés manquants dans la commune

Proportion des personnes souhaitant l'existence des services suivants

	Ensemble
Commerces d'alimentation	30,2
Magasins de vêtements ou chaussures	7,0
Pharmacien	3,3
Dentiste/ophtalmologiste	2,3

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Près du tiers des personnes considère qu'il manque des services d'alimentation dans leur commune (parmi eux 10,0 % souhaiteraient y voir une boucherie-charcuterie et 9,0 % une boulangerie). 7 % aimeraient avoir un magasin de vêtements et/ou de chaussures dans leur commune, entre 2 % et 3 % des enquêtés considèrent qu'il serait utile d'avoir certains professionnels de santé (pharmacien, dentiste ou ophtalmologiste).

On trouvera en annexe (pp. 136-39) des tableaux récapitulatifs des commerces et services et des services de soins présents dans chacune des communes des deux cantons. Toutes les communes sont desservies au moins par une épicerie ambulante ou se trouvent dans l'attraction d'une commune possédant une épicerie (ou supérette, ou supermarché, ou hypermarché). Cependant, seulement huit communes disposent d'un tel commerce de proximité sur les vingt-et-une des deux cantons.

Concernant l'offre de soins, il existe des dentistes à Saint-Valery-sur-Somme, Cayeux-sur-Mer et Friville-Escarbotin ; il existe une pharmacie à Arrest, Cayeux-sur-Mer, Saint-Valery-sur-Somme, Fressenneville, Friville-Escarbotin et Woincourt.

²⁶ Commune où la personne âgée fait le plus régulièrement ses courses, va faire ses soins et ses loisirs. Le total est supérieur à 100 car certaines personnes âgées ont cité plusieurs communes.

III. L'autonomie des personnes âgées

III.1 Les personnes selon leur degré de dépendance

Répartition des personnes selon leur degré de dépendance

	Dépendants	Semi-dépendants	Autonomes	Total
Ensemble	4,5	12,5	83,0	100
65-74 ans	2,6	6,8	90,5	100
75 ans et plus	7,3	20,6	72,2	100
85 ans et plus	17,2	37,4	45,5	100
Hommes	4,0	7,7	88,3	100
Femmes	4,9	15,9	79,2	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Le groupe des dépendants réunit les personnes qui ont besoin d'une aide totale ou partielle pour réaliser les activités de la vie quotidienne telles que préparer les repas, s'habiller, sortir du domicile (ce groupe correspond aux groupes 1 à 4 de la grille AGGIR).

À l'opposé, le groupe des autonomes est formé des personnes âgées qui n'ont besoin ni d'aide, ni de surveillance pour ces activités. Elles peuvent préparer des repas, s'habiller, se déplacer à l'extérieur seules sans éprouver de difficulté (ce groupe correspond au groupe 6A de la grille AGGIR).

Enfin, le groupe des semi-dépendants se compose des personnes qui sont dans une situation intermédiaire entre la dépendance et l'autonomie. Les personnes âgées de ce groupe assurent seules leurs déplacements à l'intérieur du logement, s'alimentent et s'habillent seules. Cependant, elles nécessitent une surveillance ponctuelle, qui peut être étalée dans la semaine, et des aides pour la toilette, la préparation des repas et le ménage. Pour se déplacer à l'extérieur ou alerter correctement l'entourage en cas d'urgence, la personne peut aussi avoir besoin d'aide (ce groupe correspond aux groupes 5, 6B et 6C de la grille AGGIR).

Les dépendants représentent 4,5 % de l'échantillon, les semi-dépendants 12,5 % et les autonomes 83,0 %.

Les personnes les plus âgées sont logiquement plus nombreuses que les autres à appartenir au groupe des dépendants. 17,2 % des personnes de 85 ans et plus appartiennent au groupe des dépendants contre 2,6 % des personnes âgées de 65-74 ans.

Les femmes sont davantage représentées parmi les dépendants que les hommes (4,9 % contre 3,9 %), du fait naturellement de leur âge plus élevé.

Effectif de personnes selon le groupe de dépendance dans l'échantillon

	Dépendants	Semi-dépendants	Autonomes	Total
Hommes	19	37	420	476
Femmes	33	108	537	678
Total	52	145	957	1 154

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Parmi les 1 154 personnes enquêtées dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin, 52 sont considérées comme dépendantes, 145 semi-dépendantes et 957 autonomes. C'est à partir de ces résultats qu'ont été estimés les fourchettes du tableau suivant.

Effectifs estimés de personnes selon le groupe de dépendance dans la population globale des cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin

	Dépendants		Semi-dépendants		Dépendants - Semi-dépendants ²⁷	
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum
Hommes	42	92	96	164	156	238
Femmes	84	149	325	436	435	559
Total ²⁷	142	224	445	576	619	768

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Parmi les 4 064 personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin et à partir des résultats de l'échantillon, on peut estimer à quelque 700 personnes (200 hommes et 500 femmes) âgées de 65 ans et plus dépendantes ou semi-dépendantes avec la répartition suivante : 200 dépendantes et 500 semi-dépendantes

III.2 Autonomie et aide des personnes pour les déplacements

Répartition des personnes selon l'autonomie dans leurs déplacements et transferts

		Ens.	65-74 ans	75 ans et +	85 ans et +	Hommes	Femmes	Dépds	Semi.	Auto.
Transfert ²⁸	Fait seul	97,6	99,1	95,4	88,3	97,6	97,6	60,5	98,7	100
	Fait partiellement	1,2	0,4	2,4	6,5	1,6	0,9	17,9	1,3	0
	Ne fait pas	1,2	0,5	2,2	5,2	0,8	1,5	21,6	0	0
Déplacement intérieur ²⁹	Fait seul	97,2	98,6	95,2	88,9	97,8	96,8	62,2	94,7	100
	Fait partiellement	2,0	1,0	3,4	8,6	1,8	2,2	22,4	6,3	0
	Ne fait pas	0,8	0,4	1,4	2,5	0,4	1,0	15,4	0	0
Déplacement extérieur ³⁰	Fait seul	85,6	93,5	74,4	46,5	91,7	81,3	34,0	24,1	99,6
	Fait partiellement	10,7	5,8	17,5	33,2	6,4	13,6	39,0	67,2	0,4
	Ne fait pas	3,7	0,7	8,1	20,3	1,9	5,1	27,0	8,7	0
Transport ³¹	Fait seul	71,9	84,9	53,3	17,0	82,7	64,3	7,9	27,9	80,9
	Fait partiellement	10,5	7,9	14,2	13,4	6,3	13,5	15,9	22,8	9,6
	Ne fait pas	17,6	7,2	32,5	69,6	11,0	22,2	76,2	49,3	9,5

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

2,8 % des personnes de l'échantillon ont des difficultés pour se déplacer à l'intérieur de leur domicile, 2,4 % pour se lever, se coucher ou s'asseoir. Ces chiffres augmentent avec l'âge : à 85 ans et plus, 11,1 % des enquêtés éprouvent des difficultés pour se déplacer à l'intérieur de leur domicile, 11,7 % pour les transferts.

Près de deux personnes interrogées sur dix déclarent ne pas utiliser un moyen de transport. Cette proportion augmente avec l'âge et le niveau de dépendance puisqu'elle atteint 69,6 % chez les personnes âgées de 85 ans et plus et 76,2 % chez les personnes dépendantes.

3,7 % des personnes de l'échantillon ne se déplacent pas à l'extérieur de leur logement. Cette proportion est de 0,7 % chez les personnes âgées de 65-74 ans, et atteint plus de 20 % chez les enquêtés âgés de 85 ans et plus. Les femmes, à cause notamment de leur âge plus élevé, sont également plus nombreuses que les hommes à avoir des difficultés pour se déplacer, particulièrement à l'extérieur.

²⁷ Il s'agit ici d'estimations réalisées séparément pour chaque groupe sur la population globale, c'est pourquoi les totaux lignes et colonnes ne correspondent pas aux additions des lignes et des colonnes.

²⁸ Se lever, se coucher et s'asseoir, passer d'une des trois positions à une autre, dans les deux sens.

²⁹ Se déplacer à l'intérieur de son domicile, avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant.

³⁰ À partir de la porte d'entrée sans moyen de transport.

³¹ Prendre et/ou commander un moyen de transport au moins une fois par semaine.

Répartition des personnes selon l'aide nécessaire pour les déplacements et transferts

		Ens.	65-74 ans	75 ans et +	85 ans et +	Hommes	Femmes	Dépds	Semi.	Auto.
Transfert	Sans aide	95,4	97,5	92,5	85,4	96,4	94,7	48,3	94,8	98,5
	Aide partielle	3,2	2,0	4,8	7,6	3,0	3,3	26,7	5,2	1,5
	Aide totale	1,4	0,5	2,7	7,0	0,6	2,0	25,0	0	0
Déplacement intérieur	Sans aide	89,9	95,3	82,3	61,9	92,6	88,1	23,0	74,0	97,0
	Aide partielle	8,6	4,2	14,9	32,8	6,8	9,8	52,1	24,5	3
	Aide totale	1,5	0,5	2,8	5,3	0,6	2,1	24,9	1,5	0
Déplacement extérieur	Sans aide	76,8	87,1	62,3	30,4	85,5	70,7	15,4	22,2	87,6
	Aide partielle	18,6	11,5	28,8	49,2	12,9	22,6	44,7	65,9	12,2
	Aide totale	4,6	1,4	8,9	20,4	1,6	6,7	39,9	11,9	0,2
Transport	Sans aide	66,7	79,8	48,1	15,2	78,7	58,3	7,9	23,2	74,7
	Aide partielle	15,6	13,1	19,0	16,5	11,5	18,4	15,0	29,2	15,4
	Aide totale	17,7	7,1	32,9	68,3	9,8	23,3	77,1	47,6	9,9

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Le besoin d'être aidé par une tierce personne concerne une personne sur dix pour se déplacer à l'intérieur du domicile et près d'une sur quatre pour se déplacer hors du domicile. 4,6 % des personnes nécessitent une aide partielle ou totale pour pouvoir se lever, se coucher ou s'asseoir et passer d'une des trois positions à une autre. Un tiers des enquêtés doit se faire aider pour prendre ou commander un moyen de transport. L'aide nécessaire pour ces divers déplacements augmente avec l'âge et le degré de dépendance, et concerne davantage les femmes que les hommes.

Répartition de l'aide nécessaire pour les déplacements³² selon l'âge, le sexe et le groupe de dépendance de la personne

	Pas besoin d'aide pour les déplacements	Besoin d'aide pour au moins un type de déplacement	Total
Ensemble	64,2	35,8	100
65-74 ans	77,5	22,5	100
75 ans et plus	45,3	54,7	100
85 ans et plus	13,3	86,7	100
Hommes	76,1	23,9	100
Femmes	55,9	44,1	100
Dépendants	5,7	94,3	100
Semi-dépendants	12,2	87,8	100
Autonomes	72,6	27,4	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

En définitive, 35,8 % des personnes enquêtées ont besoin d'une aide pour se déplacer, que ce soit pour changer de position (couché, assis et debout), marcher dans le logement, à l'extérieur du domicile ou prendre un transport.

Cette proportion augmente fortement au fil de l'âge. En effet, si 77,5 % des enquêtés âgés de 65 à 74 ans se déplacent sans aide, les personnes âgées de 85 ans et plus ne sont plus que 13,3 % à être dans cette situation.

³² Sont concernés ici les déplacements à l'intérieur du domicile, à l'extérieur du logement, les transferts et les transports.

Une différence selon le sexe est également à souligner. Les femmes sont, en effet, près de deux fois plus nombreuses que les hommes à nécessiter une aide dans leurs déplacements (44,1 % des femmes contre 23,9 % des hommes).

Enfin, il faut noter que plus les personnes âgées sont dépendantes, plus elles sollicitent naturellement de l'aide pour leurs déplacements (94,3 % des personnes dépendantes contre 27,4 % des personnes autonomes).

III.3 Autonomie et aide des personnes pour les activités élémentaires de la vie quotidienne (AEVQ)³³

Répartition des personnes selon l'autonomie dans leurs activités élémentaires de la vie quotidienne (AEVQ)

		Ens.	65-74 ans	75 ans et +	85 ans et +	Hommes	Femmes	Dépds	Semi.	Auto.
Toilette haut	Fait seul	96,5	98,4	93,8	84,7	96,4	96,6	40,4	96,0	100
	Fait partiellement	1,1	0,6	1,8	4,6	1,4	0,9	15,9	2,8	0
	Ne fait pas	2,4	1,0	4,4	10,7	2,2	2,5	43,7	1,2	0
Toilette bas	Fait seul	95,1	97,0	92,4	81,8	95,2	95,0	9,3	91,0	100
	Fait partiellement	2,5	1,8	3,4	8,2	2,6	2,4	41,2	7,9	0
	Ne fait pas	2,4	1,2	4,2	10,0	2,2	2,6	49,5	1,1	0
Habillage haut	Fait seul	96,6	98,3	94,2	85,4	97,1	96,3	42,8	96,7	99,9
	Fait partiellement	1,7	1,0	2,8	7,7	1,9	1,6	26,5	3,3	0,1
	Ne fait pas	1,7	0,7	3,0	6,9	1,0	2,1	30,7	0	0
Habillage moyen	Fait seul	96,3	98,0	93,8	84,2	96,4	96,3	34,7	94,4	99,9
	Fait partiellement	2,1	1,3	3,3	8,7	2,5	1,9	36,6	4,9	0,1
	Ne fait pas	1,6	0,7	2,9	7,1	1,1	1,8	28,7	0,7	0
Habillage bas	Fait seul	95,0	97,2	91,7	81,4	95,3	94,7	9,5	91,4	99,9
	Fait partiellement	2,8	1,7	1,3	9,7	2,6	3,0	45,6	7,0	0,1
	Ne fait pas	2,2	1,1	4,0	8,9	2,1	2,3	44,9	1,6	0
Alimentation	Fait seul	97,3	99,1	94,7	87,8	97,0	97,4	59,8	96,6	100
	Fait partiellement	1,5	0,4	2,9	6,9	1,5	1,5	19,4	2,1	0
	Ne fait pas	1,3	0,5	2,4	5,3	1,5	1,1	20,8	1,3	0
Élimination urinaire	Fait seul	98,5	99,7	97,0	91,8	99,2	98,1	80,3	99,4	100
	Fait partiellement	0,5	0	1,2	2,9	0,3	0,7	4,8	0,6	0
	Ne fait pas	1,0	0,3	1,8	5,3	0,5	1,2	14,9	0	0
Élimination anale	Fait seul	98,8	99,7	97,6	93,6	99,4	98,3	82,5	99,5	100
	Fait partiellement	0,3	0	0,7	1,7	0,2	0,4	2,1	0,5	0
	Ne fait pas	0,9	0,3	1,7	4,7	0,4	1,3	15,4	0	0

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Parmi l'ensemble des personnes enquêtées, entre 3 % et 5 % ne peuvent pas, ou partiellement, faire leur toilette ou s'habiller seules ; près de 3 % ont des difficultés pour manger ou se servir des repas seules. Moins de 2 % n'assurent pas l'hygiène de l'élimination urinaire ou anale. "L'élimination" correspond ici la notion utilisée par la grille AGGIR : "Il ne s'agit pas de maîtriser l'élimination, la continence étant un diagnostic médical, mais d'assurer l'hygiène de l'élimination".

La difficulté à réaliser ces activités élémentaires de la vie quotidienne augmente avec l'âge et est plus prononcée chez les personnes de sexe féminin (sauf pour l'alimentation), en moyenne plus âgées que celles de sexe masculin. Enfin, ces difficultés augmentent fortement et logiquement avec le niveau de dépendance.

³³ Ceci concerne la toilette du haut (visage, tronc, membres supérieurs), la toilette du bas (régions intimes, membres inférieurs, pieds), l'habillage du haut (vêtements passés par les bras et/ou la tête), l'habillage moyen (fermeture sur le corps), l'habillage du bas (vêtements passés par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas, les chaussures), l'alimentation (se servir et manger les aliments préparés), l'élimination urinaire (assurer l'hygiène de l'élimination urinaire) et l'élimination anale (assurer l'hygiène de l'élimination anale).

Répartition des personnes selon l'aide nécessaire pour les activités élémentaires de la vie quotidienne (AEVQ)

		Ens.	65-74 ans	75 ans et +	85 ans et +	Hommes	Femmes	Dépds	Semi.	Auto.
Toilette haut	Sans aide	94,8	96,8	92,0	83,1	95,4	94,4	32,1	87,5	99,3
	Aide partielle	2,7	2,0	3,6	7,7	2,4	2,9	21,1	11,0	0,7
	Aide totale	2,5	1,2	4,4	9,2	2,2	2,7	46,8	1,5	0
Toilette bas	Sans aide	93,7	96,3	89,9	76,7	94,8	92,8	4,6	89,9	99,0
	Aide partielle	3,7	2,2	5,9	14,1	2,8	4,4	37,6	9,5	1,0
	Aide totale	2,6	1,5	4,2	9,2	2,4	2,8	57,8	0,6	0
Habillage haut	Sans aide	95,6	97,5	92,9	84,2	96,7	94,8	32,6	96,1	99,3
	Aide partielle	2,3	1,5	3,6	8,4	1,6	2,9	23,7	3,6	0,7
	Aide totale	2,1	1,0	3,5	7,4	1,7	2,3	43,7	0,3	0
Habillage moyen	Sans aide	94,9	97,0	92,0	82,5	95,1	94,8	23,6	92,5	99,2
	Aide partielle	3,1	1,9	4,7	10,7	3,2	3,0	33,3	7,2	0,8
	Aide totale	2,0	1,1	3,3	6,8	1,7	2,2	43,1	0,3	0
Habillage bas	Sans aide	93,9	96,5	90,3	80,5	94,3	93,7	6,1	90,1	99,1
	Aide partielle	3,8	2,3	5,9	10,8	3,6	3,9	42,5	9,6	0,7
	Aide totale	2,3	1,2	3,8	8,7	2,1	2,4	51,4	0,3	0,2
Alimentation	Sans aide	96,4	98,5	93,5	85,8	96,9	96,1	43,0	96,6	99,7
	Aide partielle	2,4	1,0	4,3	9,9	1,8	2,8	33,3	2,7	0,3
	Aide totale	1,2	0,5	2,2	4,3	1,3	1,1	23,7	0,7	0
Élimination urinaire	Sans aide	96,0	97,6	93,7	87,7	97,7	94,8	67,2	96,2	98,2
	Aide partielle	3,1	2,1	4,5	7,2	1,8	4,0	16,8	3,8	1,8
	Aide totale	0,9	0,3	1,8	5,1	0,5	1,2	16,0	0	0
Élimination anale	Sans aide	98,4	99,4	97,0	93,1	99,3	97,8	74,8	98,8	99,8
	Aide partielle	0,7	0,2	1,4	2,4	0,3	1,0	9,3	1,2	0,2
	Aide totale	0,9	0,4	1,6	4,5	0,4	0,2	15,9	0	0

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Entre 4 % et 6 % des personnes interrogées ont besoin d'une aide partielle ou totale pour réaliser leur toilette ou leur habillage quotidien. 4,0 % de l'échantillon auraient besoin d'être aidé pour l'élimination urinaire et 1,6 % pour l'élimination anale. Enfin 3,6 % nécessitent une aide partielle ou totale pour manger et se servir les repas.

La nécessité d'être aidé pour les activités élémentaires de la vie quotidienne augmente avec l'avancée en âge et concerne davantage les femmes que les hommes. Enfin, plus les personnes sont dépendantes, plus elles ont besoin d'une assistance pour ces activités. Si la presque totalité des personnes autonomes s'alimente sans aucune aide extérieure, les personnes dépendantes sont seulement 43,0 % à être dans cette situation. Elles sont entre 5 et 6 % seulement à pouvoir faire leur toilette du bas ou leur habillage du bas sans aucune aide.

Répartition de l'aide nécessaire pour les activités élémentaires de la vie quotidienne (AEVQ) selon l'âge, le sexe et le groupe de dépendance de la personne

	Pas besoin d'aide pour toutes les AEVQ	Besoin d'aide pour au moins une AEVQ	Total
Ensemble	89,4	10,6	100
65-74 ans	93,6	6,4	100
75 ans et plus	83,5	16,5	100
85 ans et plus	66,1	33,9	100
Hommes	90,3	9,7	100
Femmes	88,8	11,2	100
Dépendants	1,5	98,5	100
Semi-dépendants	76,5	23,5	100
Autonomes	96,3	3,7	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

En définitive, plus d'une personne âgée sur dix nécessite une aide partielle ou totale pour réaliser une de ces huit activités de la vie quotidienne³⁴. La proportion de personnes nécessitant une aide pour la réalisation de l'une de ces activités augmente au fil de l'âge, passant de 6,4 % chez les 65-74 ans à 33,9 % chez les 85 ans et plus. Enfin, les individus ayant besoin d'aide pour au moins une AEVQ sont plus de 25 fois plus nombreux dans la sous-population des dépendants que dans celle des autonomes.

III. 4 Autonomie et aide des personnes pour les activités instrumentales de la vie quotidienne³⁵ (AIVQ)

Répartition des personnes selon l'autonomie dans les activités instrumentales de la vie quotidienne

		Ens.	65-74 ans	75 ans et +	85 ans et +	Hommes	Femmes	Dépds	Semi.	Auto.
Cuisine	Fait seul	88,0	93,4	80,3	62,2	82,0	92,2	30,9	69,8	94,3
	Fait partiellement	5,9	4,3	8,2	9,1	10,5	2,7	11,5	19,0	4,2
	Ne fait pas	6,1	2,3	11,5	28,7	7,5	5,1	57,6	11,2	1,5
Ménage	Fait seul	73,0	83,3	58,4	26,6	67,8	76,7	13,6	41,6	80,1
	Fait partiellement	17,0	12,2	23,9	29,4	20,0	15,0	12,4	36,3	16,3
	Ne fait pas	10,0	4,5	17,7	44,0	12,2	8,3	74,0	22,1	3,6
Achat	Fait seul	79,4	89,6	64,9	30,6	82,6	77,2	8,4	44,1	88,7
	Fait partiellement	6,7	5,6	8,1	9,6	5,3	7,6	13,7	23,1	5,1
	Ne fait pas	13,9	4,8	27,0	59,8	12,1	15,2	77,9	32,8	6,2

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Plus du quart des personnes âgées a des difficultés à faire le ménage seul, plus de deux personnes sur dix éprouvent des problèmes pour faire des acquisitions directes ou par correspondance et plus d'une sur dix pour préparer les repas. Un nombre important de personnes déclare ne pas faire du tout la cuisine (6,1 %), le ménage (10,0 %) ou des achats (13,9 %).

Les difficultés à réaliser toutes ces activités instrumentales de la vie quotidienne augmentent avec l'avancée en âge. Faire le ménage ou la cuisine sont d'ailleurs des activités abandonnées respectivement par 44,0 % et 28,7 % des personnes âgées de 85 ans et plus.

³⁴ Toilette haut, toilette bas, habillage haut, habillage moyen, habillage bas, alimentation, élimination urinaire, élimination anale.

³⁵ Ceci concerne la cuisine, le ménage et les achats.

Le degré de dépendance intervient également fortement dans la réalisation de ces activités. 30,9 % des personnes dépendantes déclarent faire la cuisine seul contre 94,3 % des personnes autonomes. D'autre part, les femmes réalisent plus fréquemment seules ces activités instrumentales de la vie quotidienne que les hommes et ceci malgré leur âge globalement plus élevé. Cet élément doit être interprété par l'implication féminine traditionnelle dans les tâches domestiques (la cuisine et le ménage davantage que les achats).

Répartition des personnes selon l'aide nécessaire pour les activités instrumentales de la vie quotidienne

		Ens.	65-74 ans	75 ans et +	85 ans et +	Hommes	Femmes	Dépds	Semi.	Auto.
Cuisine	Sans aide	83,6	89,5	75,3	59,2	74,2	90,3	24,9	71,4	89,7
	Aide partielle	9,7	7,8	12,3	11,0	17,9	4,0	16,3	18,1	8,3
	Aide totale	6,7	2,7	12,4	29,8	7,9	5,7	58,8	10,5	2,0
Ménage	Sans aide	57,6	68,8	41,8	19,1	50,9	62,4	7,9	32,3	63,4
	Aide partielle	31,7	26,3	39,3	39,5	37,0	28,0	12,0	42,4	32,6
	Aide totale	10,7	4,9	18,9	41,4	12,1	9,6	80,1	25,3	4,0
Achat	Sans aide	73,0	83,5	58,0	29,7	76,3	70,6	2,1	34,9	82,5
	Aide partielle	13,0	11,6	14,9	11,9	11,9	13,7	17,2	31,4	11,3
	Aide totale	14,0	4,9	27,1	58,4	11,8	15,7	80,7	33,7	6,2

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Près de la moitié (42,4 %) des enquêtés a besoin d'une aide pour faire le ménage, pour un quart d'entre eux, il s'agit d'une aide totale.

Près de trois personnes interrogées sur dix (27,0 %) ont besoin de se faire aider pour réaliser des achats, et parmi elles, plus de la moitié a besoin d'une aide totale.

Enfin, 16,4 % des personnes ne peuvent préparer des repas sans être aidé partiellement ou totalement par une tierce personne.

Ces proportions augmentent d'autant plus que les personnes concernées sont âgées, de sexe masculin (sauf pour les achats) et dépendantes. Ainsi, pour faire le ménage et les achats, on passe respectivement de 4,0 % et 6,2 % pour les autonomes à plus de 80 % pour les personnes dépendantes. On retrouve également le décalage hommes/femmes vu précédemment : les femmes ont moins besoin d'aide pour la cuisine et le ménage et plus pour faire leurs achats.

Répartition de l'aide nécessaire pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) selon l'âge et le sexe de la personne

	Pas besoin d'aide pour toutes les AIVQ	Besoin d'aide pour au moins une AIVQ	Total
Ensemble	53,3	46,7	100
65-74 ans	65,6	34,4	100
75 ans et plus	35,8	64,2	100
85 ans et plus	14,5	85,5	100
Hommes	48,1	51,9	100
Femmes	56,9	43,1	100
Dépendants	2,1	97,9	100
Semi-dépendants	23,7	76,3	100
Autonomes	60,0	40,0	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

En définitive, 46,7 % des personnes interrogées ont besoin d'une aide totale ou partielle pour réaliser une ou plusieurs activités instrumentales de la vie quotidienne.

Cette proportion augmente avec l'âge, atteignant 85,5 % chez les personnes de 85 ans et plus (contre 34,4 % chez celles âgées de 65 à 74 ans). Elle augmente également avec le degré de dépendance : 97,9 % des personnes dépendantes ont, en effet, besoin d'aide pour réaliser au moins l'une des trois activités contre 40,0 % des personnes autonomes.

Enfin, malgré leur âge plus élevé, les femmes sollicitent moins d'aide pour la réalisation de ces tâches que les hommes.

IV. L'état de santé

IV.1 Fréquence des visites chez le médecin de famille

Répartition des personnes selon la fréquence des visites chez le médecin

	Plus d'une fois par mois	Une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Total
Ensemble	3,3	75,4	21,3	100
65-74 ans	3,0	70,5	26,5	100
75 ans et plus	3,8	82,5	13,8	100
85 ans et plus	5,3	86,9	7,8	100
Hommes	3,1	77,1	19,7	100
Femmes	3,4	74,3	22,3	100
Dépendants	19,1	77,5	3,4	100
Semi-dépendants	9,8	82,1	8,1	100
Autonomes	2,5	74,2	23,3	100
Milieu urbain	3,1	73,3	23,6	100
Milieu rural	3,5	78,3	18,2	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

La majorité des personnes âgées interrogées a un médecin de famille (99,5 %) et est suivie par celui-ci (93,3 %). Les personnes les plus âgées et les plus dépendantes sont naturellement plus nombreuses que les autres à déclarer être suivi ; les femmes le sont davantage que les hommes.

Un cinquième des personnes âgées voit leur médecin de famille moins d'une fois par mois. Elles ne sont plus que 3,4 % à voir leur médecin de famille moins d'une fois par mois quand elles sont dépendantes (autour de 8 % quand elles sont semi-dépendantes ou âgées de 85 ans et plus).

IV.2 Consultation d'un professionnel de la santé libéral

Proportion des personnes ayant consulté un spécialiste ou un(e) infirmier(ère) au cours des douze derniers mois, ou consultant un kinésithérapeute régulièrement

	Spécialiste	Infirmier(ère)	Kinésithérapeute
Ensemble	62,4	57,8	8,5
65-74 ans	62,6	59,0	9,3
75 ans et plus	62,0	56,1	7,2
85 ans et plus	53,8	52,2	5,7
Hommes	65,3	58,7	7,0
Femmes	60,3	57,2	9,5
Dépendants	60,0	75,4	41,1
Semi-dépendants	67,0	69,1	7,7
Autonomes	62,6	56,0	7,1
Milieu urbain	63,6	56,5	9,7
Milieu rural	60,9	59,8	6,8

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

La consultation d'un professionnel de santé libéral (médecin spécialiste ou infirmier(ère)) concerne près de six personnes âgées sur dix ; 62,4 % ont consulté un spécialiste au cours des douze derniers mois et 57,8 % ont vu un(e) infirmier(ère) libéral(e). La consultation régulière d'un kinésithérapeute concerne 8,5 % de la population.

La consultation de ces trois professionnels de la santé semble diminuer avec l'âge. En effet, les personnes âgées de 85 ans et plus sont 53,8 % à avoir consulté un spécialiste au cours de l'année contre 62,6 % des 65-74 ans.

Les personnes dépendantes sont plus nombreuses que les autres à avoir vu un kinésithérapeute ou un(e) infirmier(ère).

Proportion des personnes selon le type de spécialiste(s) consulté(s)³⁶

	Ensemble	65-74 ans	75 ans et +	85 ans et +	Hommes	Femmes	Dépds	Semi.	Auto.
Cardiologue	26,2	23,6	30,1	33,8	33,3	21,3	24,2	28,5	26,4
Ophthalmologiste	16,5	14,0	20,1	19,2	14,1	18,2	1,2	15,4	17,9
Radiologue	7,3	9,2	4,7	5,2	4,2	9,5	13,2	7,3	6,7
Pneumologue	5,2	6,2	3,7	3,9	7,8	3,4	13,9	5,8	4,3
Chirurgien	5,1	4,6	5,9	8,8	5,1	5,1	11,3	6,0	4,7
ORL	4,6	4,3	5,0	4,8	4,6	4,6	0,0	9,6	5,0
Rhumatologue	4,5	4,3	4,8	1,8	3,0	5,6	0,0	2,8	4,6
Phlébologue	4,2	5,1	2,9	1,8	2,4	5,5	3,8	2,5	4,2
Urologue	4,1	4,8	3,0	0,0	8,2	1,2	0,7	1,8	4,2
Gastro-entérologue	3,5	3,9	3,0	1,9	4,0	3,2	2,5	5,9	3,1
Angiologue	3,2	2,7	4,0	6,7	3,8	2,8	1,8	1,8	3,4
Gynécologue	3,2	4,5	1,3	1,0	0,0	5,4	8,6	0,0	3,7
Dermatologue	2,9	2,3	3,8	5,8	3,1	2,7	0,4	4,1	2,9
Neurologue	1,6	1,8	1,2	1,0	1,0	2,0	6,8	1,7	1,4
Cancérologue	1,6	2,3	0,5	0,0	1,3	1,8	8,1	1,5	1,4

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Le cardiologue est le spécialiste le plus fréquemment consulté : une personne sur quatre déclare avoir consulté ce spécialiste au cours des douze derniers mois. Viennent ensuite l'ophtalmologiste pour une personne sur six et le radiologue pour une personne sur quatorze. Chacun des autres spécialistes est vu par 5 % ou moins des personnes enquêtées.

IV.3 État de santé déclarée

Répartition des personnes selon leur état de santé déclarée

	Problèmes de santé déclarés	Bon ou très bon	Moyen	Mauvais ou très mauvais	Total
Ensemble	49,9	47,1	47,3	5,6	100
65-74 ans	46,1	51,6	44,4	4,0	100
75 ans et plus	55,3	40,6	51,5	7,9	100
85 ans et plus	57,3	27,4	60,3	12,3	100
Hommes	48,7	51,3	44,2	4,4	100
Femmes	50,7	44,1	49,5	6,4	100
Dépendants	76,8	16,6	57,7	25,7	100
Semi-dépendants	74,8	13,1	74,5	12,4	100
Autonomes	45,4	51,7	44,9	3,4	100
Milieu urbain	51,9	45,3	48,0	6,7	100
Milieu rural	47,5	49,1	46,9	4,0	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Quel que soit le sexe des personnes, la moitié de l'échantillon déclare avoir des problèmes de santé. Cette proportion augmente avec l'âge et le degré de dépendance, atteignant les trois quarts chez les personnes dépendantes et semi-dépendantes.

Par ailleurs, 5,6 % des personnes interrogées considèrent leur état de santé comme mauvais, 47,3 % comme moyen et 47,1 % comme bon.

Selon le degré de dépendance et l'âge de la personne, l'état de santé déclarée par les enquêtés est différent. Les personnes âgées les plus jeunes et les plus autonomes se déclarent en meilleure santé que les autres. 4,0 % des 65-74 ans se déclarent en mauvaise santé contre 12,3 % des 85 ans et plus, et 3,4 % des autonomes contre 25,7 % des dépendants.

³⁶ Certaines personnes ont consulté plusieurs professionnels.

IV.4 Séjour à l'hôpital et difficultés du retour au domicile

Proportion des personnes hospitalisées, dont celles qui ont éprouvé des difficultés à leur retour au domicile

	Hospitalisation	Dont le retour au domicile est difficile
Ensemble	23,8	23,5
65-74 ans	21,6	23,4
75 ans et plus	27,0	23,6
85 ans et plus	24,6	28,4
Hommes	27,3	14,0
Femmes	21,4	30,1
Vit seul(e)	25,1	19,2
Ne vit pas seul(e)	23,2	24,5
Dépendants	32,3	15,7
Semi-dépendants	43,1	31,3
Autonomes	21,4	20,4
Milieu urbain	21,2	17,9
Milieu rural	27,1	26,0

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Près d'un quart des enquêtés a fait un ou plusieurs séjours à l'hôpital au cours des douze derniers mois, les hommes étant plus nombreux que les femmes dans cette situation.

La part des personnes hospitalisées est la plus grande parmi les personnes semi-dépendantes, mais elle est aussi élevée parmi les dépendantes et pour les 75-84 ans.

Parmi les personnes hospitalisées, 23,5 % ont rencontré des difficultés lors du retour au domicile. Cette proportion se situe autour de 30 % chez les femmes, les personnes semi-dépendantes, et celles âgées de 85 ans et plus. Ceci peut s'expliquer en partie par le fait que ce sont parmi ces personnes que l'on retrouve le plus de personnes vivant seules.

Les personnes âgées vivant dans les petites communes déclarent davantage de problèmes à leur retour au domicile que celles qui habitent dans les 4 plus grandes communes.

IV.5 Troubles sensoriels d'importance moyenne ou sévère

Proportion des personnes ayant des troubles sensoriels ou psychiques

	Troubles auditifs	Troubles visuels	Troubles psychiques
Ensemble	14,0	12,8	2,3
65-74 ans	8,4	6,8	0,9
75 ans et plus	21,9	21,3	4,2
85 ans et plus	35,7	38,4	9,9
Hommes	16,6	9,5	2,0
Femmes	12,1	15,0	2,5
Dépendants	12,9	19,2	25,8
Semi-dépendants	21,0	21,9	6,8
Autonomes	12,9	10,8	0,3
Milieu urbain	14,7	12,1	3,0
Milieu rural	13,4	13,6	1,4

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

14,0 % des personnes déclarent avoir des troubles auditifs et 12,8 % des troubles de la vision. La fréquence de ces troubles augmente avec l'âge mais n'apparaît pas fortement liée au degré de dépendance. Ainsi, plus d'une personne sur trois des 85 ans et plus a des problèmes pour voir ou entendre. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir des problèmes de vue mais c'est l'inverse que l'on constate pour les troubles auditifs.

Au cours du passage du questionnaire, les enquêteurs ont tenté de déceler si la personne âgée souffrait de troubles psychiques : 2,3 % des personnes interrogées souffriraient donc de tels troubles, d'après... le jugement des enquêteurs. Cette proportion augmente avec l'âge et le degré de dépendance. Des troubles psychiques ont été détectés chez 10 % des personnes âgées de 85 ans et plus et chez un quart des personnes dépendantes. Ces dernières souffriraient plus fréquemment de troubles sévères retentissant sur l'autonomie sociale. Pour plus de la moitié des dépendants présentant des troubles, il s'agirait en effet, de troubles sévères.

IV.6 Traitement médical

Proportion des personnes suivant un traitement médical et selon le nombre de médicaments pris

	Suit un traitement médical	1 à 4 médicaments pris par jour ³⁷	5 médicaments ou plus pris par jour ³⁷
Ensemble	92,0	55,3	44,7
65-74 ans	89,6	57,8	42,2
75 ans et plus	95,3	51,6	48,4
85 ans et plus	96,5	52,4	47,6
Hommes	89,9	57,5	42,5
Femmes	93,4	53,7	46,3
Dépendants	99,4	35,4	64,6
Semi-dépendants	95,1	43,5	56,5
Autonomes	91,3	57,6	42,2
Milieu urbain	92,0	56,4	43,6
Milieu rural	92,0	53,9	46,0

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

La majorité des personnes âgées enquêtées suit un traitement médical. 92,0 % des individus prennent un ou plusieurs médicaments par jour, 96,5 % quand ils ont 85 ans et plus et 99,4 % quand ils sont dépendants.

Le nombre de médicaments pris par jour augmente avec l'âge et le degré de dépendance. Ainsi, 64,6 % des personnes dépendantes prennent 5 médicaments ou plus par jour contre 42,2 % des autonomes.

Proportion des personnes prenant des médicaments selon la pathologie

	Ensemble	65-74 ans	75 ans et +	85 ans et +	Hommes	Femmes	Dépds	Semi.	Auto.
Tension	20,9	17,4	18,5	20,0	19,1	22,2	5,3	16,2	23,1
Cœur	15,6	9,8	19,6	25,8	19,2	13,0	9,5	17,2	15,1
Circulation	15,2	11,7	15,2	17,8	13,3	16,5	10,2	14,2	15,4
Cholestérol	7,3	6,7	5,2	3,4	8,3	6,6	2,0	6,9	7,8
Rhumatisme	6,3	4,7	6,6	3,9	2,7	8,9	7,8	4,9	6,4
Diabète	5,2	4,8	3,6	2,2	7,0	3,9	7,7	7,0	4,5
Estomac	4,2	3,3	4,1	5,2	3,3	4,9	2,1	5,0	3,9
Douleur	3,8	2,7	4,2	3,6	2,3	4,8	16,0	2,1	3,3
Insomnie	2,5	1,6	3,1	3,5	2,3	2,7	2,0	1,9	2,9
Bronchite	2,4	1,8	2,4	2,5	3,6	1,5	4,9	2,0	2,1
Nerfs	2,1	1,7	1,8	1,1	1,9	2,2	4,6	3,5	1,8
Prostate	1,9	1,9	1,2	0,9	4,7	0,0	1,0	1,4	1,9
Allergie, asthme	1,8	1,5	1,7	1,1	1,4	2,1	0,0	0,9	2,2
Mémoire	1,5	0,9	2,0	1,2	1,2	1,7	11,2	0,3	1,2
Problème urinaire	1,3	0,9	1,6	1,1	1,4	1,2	0,1	1,1	1,4
Problème de vue	0,9	0,8	0,7	0,9	0,8	0,9	0,3	0,1	0,9
Problème équilibre	0,9	0,4	1,4	1,1	1,0	0,8	0,2	1,6	0,6
Tyroïde	0,7	0,7	0,6	0,4	0,2	1,1	0,0	0,1	0,9
Manque de vitamines	0,5	0,2	0,9	0,5	0,5	0,5	0,4	3,2	0,2
Autres	5,1	3,6	5,7	4,0	5,5	4,7	14,6	10,5	4,2

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

³⁷ Parmi ceux qui suivent un traitement médical.

La majorité (92,0 %) des personnes interrogées suit un traitement médical, mais les médicaments pris traitent différentes sortes de pathologies. Les médicaments les plus fréquemment cités concernent les pathologies cardio-circulatoires : tension (20,9 %), cœur (15,6 %) et circulation (15,2 %). Les médicaments pour les rhumatismes se retrouvent entre les deux pathologies chroniques que sont le cholestérol et le diabète. Des différences ressortent entre les sexes et suivant l'âge. Ainsi les hommes consomment plus de médicaments pour les problèmes cardiaques et contre le cholestérol et le diabète. Les femmes prennent plus de médicaments contre la tension et pour les problèmes de circulation. Enfin pour les médicaments concernant les pathologies les plus importantes (tension, cœur, circulation), on constate une augmentation nette en fonction de l'avancée en âge.

IV.7 Recours en cas de problème de santé

Proportion des personnes selon la personne ou l'institution à laquelle elles s'adresseraient en cas de problème de santé

	Famille même génération ³⁸	Famille plus jeune	Voisin, ami	Professionnel de santé ³⁹	Hospitalisation
Ensemble	52,4	33,0	7,7	6,6	9,4
65-74 ans	64,3	25,5	7,8	3,6	5,9
75 ans et plus	35,4	43,6	7,6	10,7	14,5
85 ans et plus	17,9	57,9	7,4	16,3	14,9
Hommes	75,9	20,0	4,2	4,7	5,9
Femmes	35,9	42,1	10,2	7,9	11,9
Dépendants	51,6	34,4	1,5	21,9	8,6
Semi-dépendants	37,9	38,7	9,6	9,1	12,4
Autonomes	53,8	32,0	8,5	5,7	9,3

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

En cas de problème de santé, les personnes interrogées s'adressent d'abord à la famille et plus particulièrement à un membre de la même génération (52,4 %) puis à un membre plus jeune, essentiellement les enfants (33,0 %). Une personne sur dix choisira de se faire hospitaliser, 7 % feront appel aux professionnels de la santé (médecin de famille, infirmier(ère)...) ou à des voisins ou amis.

Les personnes âgées de 75 ans et plus ou de sexe féminin font appel en priorité à un membre plus jeune de la famille, les personnes de 85 ans et plus et les dépendants s'adressent davantage que les autres aux professionnels de la santé. Là encore, la proportion des personnes seules ou isolées familialement parmi ces groupes de population constitue le principal facteur explicatif (cf. paragraphes V.1 et V.2).

IV.8 Lieu choisi si départ du logement pour problèmes de santé

Répartition des personnes selon le lieu choisi en cas de problème de santé

	Ensemble	65-74 ans	75 ans et +	85 ans et +	Hommes	Femmes	Dépds	Semi.	Auto.
Maison de retraite	46,5	43,3	51,1	45,6	54,6	40,8	58,0	50,6	44,4
Dans la famille	20,7	19,0	23,1	43,9	14,1	25,3	9,0	22,5	21,1
Foyer-logement	10,5	13,1	6,8	2,1	11,4	9,9	3,9	7,3	11,2
Résidence service	10,4	12,7	7,3	1,1	10,2	10,6	6,8	1,8	11,3
Famille d'accueil	1,5	1,3	1,8	2,0	1,1	1,7	0,0	2,9	1,5
Restent chez elles	5,8	6,2	5,2	1,0	5,4	6,0	0,0	10,8	5,3
Restent chez elles avec une aide	3,2	3,2	3,2	2,1	1,6	4,3	1,8	2,9	3,2
Autres	1,5	1,3	1,7	2,2	1,4	1,5	4,3	0,2	1,3

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

³⁸ Cette personne peut être le conjoint, mais aussi un frère ou une sœur.

³⁹ Infirmier(ère), médecin...

À la question "Si vous deviez quitter votre logement pour des problèmes de santé, où iriez-vous ?", plus de la moitié des personnes (56,1 %) déclare qu'elles ne sauraient pas où aller. Parmi les personnes qui savent où elles voudraient aller, la réponse la plus citée est la maison de retraite (citée par 46,5 %), suivie de la famille (20,7 %). 20,9 % iraient dans un foyer-logement ou une résidence service. Rester dans leur logement en cas de problèmes graves de santé est le souhait de 9,0 % des personnes âgées, dont un tiers d'entre-elles avec une aide à domicile.

En définitive parmi les personnes sachant où elles voudraient aller, c'est près de 30 % de la population des 65 ans et plus qui souhaitent rester dans le foyer familial en cas de problèmes de santé (soit en restant chez elles avec ou sans aide, soit en allant vivre dans la famille).

Les personnes de 85 ans et plus sont plus nombreuses que les autres à vouloir aller dans la famille en cas de problème de santé, les personnes dépendantes plus nombreuses que les autres à vouloir aller dans une maison de retraite. On peut également noter que les personnes âgées de 65 à 74 ans sont plus nombreuses que les autres à avoir cité le foyer-logement ou la résidence service.

IV.9 Prise en charge par la Sécurité sociale et la mutuelle

Proportion des personnes étant prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale et celles ayant une mutuelle

	Pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale pour une maladie précise	Possède une mutuelle
Ensemble	48,4	87,2
65-74 ans	44,3	90,3
75 ans et plus	54,3	82,7
85 ans et plus	62,5	79,0
Hommes	52,2	87,4
Femmes	45,8	87,0
Dépendants	69,8	83,9
Semi-dépendants	68,2	73,5
Autonomes	45,7	89,2

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

La moitié des personnes est prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale pour une maladie précise. Cette proportion augmente avec l'âge et le degré de dépendance. En effet, 69,8 % des personnes dépendantes et 68,2 % des semi-dépendantes sont dans ce cas contre 45,7 % des autonomes et 62,5 % des 85 ans et plus contre 44,3 % des 65-74 ans.

La majorité (87,2 %) des personnes dispose d'une mutuelle. Cependant, les personnes les plus âgées et les personnes semi-dépendantes sont moins nombreuses que les autres à en avoir une, ce qui s'explique par la part plus importante de personnes exonérées du ticket modérateur. Si on retrouve ce même constat chez les semi-dépendantes, cela est toutefois un peu moins vrai chez les personnes dépendantes où la part importante des exonérées du ticket modérateur s'accompagne moins d'un manque de mutuelle.

V. Le réseau relationnel

V.1 La cohabitation

Répartition des personnes selon leur mode de cohabitation

	Vit seul	Ne vit pas seul ⁴⁰	avec conjoint	avec enfant(s)	avec autre personne ⁴¹
Ensemble	37,3	62,7	54,8	10,1	2,5
65-74 ans	28,9	71,1	65,5	9,8	2,5
75 ans et plus	49,3	50,7	39,6	10,5	2,4
85 ans et plus	60,2	39,8	20,7	18,0	2,4
Hommes	17,7	82,3	79,3	8,2	2,1
Femmes	51,1	48,9	37,6	11,5	2,7
Dépendants	29,7	70,3	57,2	13,2	0,6
Semi-dépendants	46,4	53,6	42,0	16,0	3,7
Autonomes	37,6	62,4	56,0	8,7	2,4
Milieu urbain	41,0	59,0	51,6	5,2	3,0
Milieu rural	32,7	67,3	58,9	12,9	1,8

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Plus d'un tiers (37,3 %) des enquêtés vit seul, cette proportion augmentant avec l'âge et atteignant 60,2 % chez les personnes de 85 ans et plus. Les femmes vivent trois fois plus souvent seules que les hommes (respectivement 51,1 % et 17,7 %). Plus de la moitié (54,3 %) des personnes seules vivent ainsi depuis plus de dix ans, celles âgées de 85 ans et plus, dépendantes et de sexe féminin sont respectivement 62,6 %, 77,8 % et 59,5 % dans cette situation.

Lorsque les personnes ne vivent pas seules, c'est avec leur conjoint qu'elles résident le plus souvent (54,8 % de l'échantillon), puis avec leurs enfants (10,1 %).

Plus les personnes sont "jeunes" et plus elles sont nombreuses à vivre en couple. À 85 ans ou plus, une personne sur cinq seulement vit avec son conjoint alors qu'à 65-74 ans près de deux personnes sur trois partagent leur logement avec leur conjoint.

La surmortalité des hommes, et par conséquent le veuvage des femmes, implique qu'un gros tiers (37,6 %) seulement des femmes vit en couple contre plus de trois quarts (79,3 %) des hommes.

La part des personnes vivant avec leur(s) enfant(s) représente 10,1 % de l'échantillon. Néanmoins, cette proportion augmente avec l'âge. Ainsi, les personnes âgées de 85 ans et plus sont deux fois plus nombreuses que les plus jeunes à vivre avec leurs enfants, les personnes dépendantes sont 13,2 % dans cette situation contre 8,7 % des autonomes.

Dans les quatre plus grandes communes, il existe davantage de personnes seules que dans les petites. Il faut préciser qu'en milieu urbain, si on ne vit pas seul, c'est avec son conjoint ou avec son(s) enfant(s) ou avec une autre personne que l'on vit, le "ou" étant pratiquement toujours exclusif. Ceci est nettement moins vrai en milieu rural où la vie en famille est plus diversifiée.

⁴⁰ L'addition de "avec conjoint", "avec enfant(s)", "avec autre personne" est supérieure à "ne vit pas seul" car certaines familles sont composées de personnes ayant différents degrés de parenté avec la personne âgée.

⁴¹ Avec une autre personne âgée ou avec des parents.

V.2 La proximité de la famille

Répartition des personnes selon la proximité de la famille

	Enfants et/ou famille à proximité ⁴²	Ni enfant ni famille à proximité ⁴³	Isolé familialement ⁴⁴
Ensemble	65,1	34,9	10,9
65-74 ans	68,7	31,3	7,0
75 ans et plus	59,9	40,1	16,5
85 ans et plus	59,1	40,9	24,3
Hommes	62,6	37,4	4,4
Femmes	66,8	33,2	15,4
Dépendants	47,8	52,2	10,9
Semi-dépendants	64,4	34,8	11,0
Autonomes	65,1	34,9	11,8
Milieu urbain	63,3	36,7	12,8
Milieu rural	67,2	32,8	8,5

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

La présence d'un ou plusieurs membres de la famille (enfants et/ou autres membres de la famille) à proximité du logement de la personne âgée concerne 65,1 % des enquêtés. Cette proportion diminue légèrement avec l'avancée en âge et le degré de dépendance. 68,7 % des personnes âgées entre 65 et 74 ans ont des enfants ou/et un autre membre de la famille vivant à proximité de leur logement contre 59,1 % des 85 ans et plus. En milieu rural, la proximité d'un membre de la famille est un peu plus fréquente qu'en milieu urbain (67,2 % contre 63,3 %).

Par ailleurs, 10,9 % des personnes âgées sont isolées familialement, c'est-à-dire qu'elles vivent seules, sans enfants ni autres membres de la famille à proximité de leur domicile. Cet isolement augmente avec l'âge : 24,3 % des personnes de 85 ans et plus sont dans cette situation contre 7,0 % des 65-74 ans. Les femmes sont trois fois plus souvent isolées que les hommes (15,4 % contre 4,4 %). Les personnes dépendantes et semi-dépendantes qui ont davantage besoin d'une présence que les autres (pour les aider dans leurs activités quotidiennes) sont autour de 11 % à vivre seules sans famille à proximité de leur logement.

En milieu urbain, les individus apparaissent plus isolés familialement que dans les communes rurales (12,8 % contre 8,5 %).

⁴² Enfants ou/et autres membres de la famille vivant dans la même commune que la personne âgée.

⁴³ Ni enfants, ni autres membres de la famille vivant dans la même commune que la personne âgée.

⁴⁴ Ni enfants, ni autres membres de la famille vivant dans la même commune que la personne âgée et la personne âgée vit seule.

V.3 Les visites de l'entourage

Proportion des personnes selon la fréquence des visites au domicile

	Quotidienne	Hebdomadaire	Au moins une fois par mois	Au mois une fois par an
Ensemble	51,9	41,1	6,3	0,6
65-74 ans	50,5	43,0	5,7	0,8
75 ans et plus	54,0	38,5	7,2	0,4
85 ans et plus	67,5	23,5	9,0	0,0
Hommes	45,4	46,8	7,0	0,8
Femmes	56,5	37,1	5,9	0,5
Dépendants	46,4	49,1	4,5	0,0
Semi-dépendants	62,9	29,3	7,8	0,0
Autonomes	51,6	41,5	6,2	0,7
Milieu urbain	53,6	37,4	7,9	1,1
Milieu rural	51,5	44,1	4,4	0,0

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

51,9 % des personnes âgées recevant des visites en reçoivent quotidiennement de la part des enfants, des autres membres de la famille ou des amis ; 41,1 % chaque semaine.

6,3 % d'entre elles reçoivent des visites au moins une fois par mois d'un membre de la famille (enfants ou autres), d'amis ou de voisins et 0,6 % au moins une fois par an.

Les personnes les plus âgées et semi-dépendantes reçoivent davantage de visites quotidiennes que les autres alors que les personnes dépendantes sont paradoxalement celles qui reçoivent le moins de visites quotidiennes (46,4 %).

Il faut signaler que le téléphone est un vecteur de contact important pour les personnes âgées puisqu'elles sont une grande majorité (97,7 %) à en disposer. Parmi les 28 individus qui n'en ont pas, 5 désiraient l'obtenir.

Proportion des personnes selon la fréquence des visites au domicile et le type de visiteur

	Enfants	Parents	Amis, voisins
Chaque jour	34,1	7,1	23,3
Chaque semaine	33,0	28,0	45,2
Au moins une fois par mois	22,7	33,9	24,3
Au moins une fois par an	10,2	31,1	7,1
Total	100	100	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Ce sont leurs enfants qui rendent le plus souvent visite aux personnes âgées. Plus des deux tiers des enquêtés reçoivent des visites de leur(s) enfant(s) chaque jour ou chaque semaine. Les autres membres de la famille rendent des visites aux personnes âgées chaque jour ou chaque semaine dans plus d'un tiers des cas.

Les voisins et les amis jouent également un rôle important dans les relations sociales des personnes âgées, puisque près de 70 % d'entre elles déclarent recevoir une visite de leur part quotidienne ou hebdomadaire.

Une infime partie des enquêtés (moins de 20 personnes) reçoit seulement la visite du facteur ou des commerçants.

V. 4 La visite d'une personne bénévole au domicile de la personne âgée

Proportion des personnes recevant la visite d'une personne bénévole et de celles désirant bénéficier de ce service

	Reçoit la visite d'une personne bénévole	Désire recevoir la visite d'une personne bénévole
Ensemble	5,8	24,6
65-74 ans	3,8	24,6
75 ans et plus	8,7	24,6
85 ans et plus	15,5	18,3
Hommes	4,8	22,0
Femmes	6,6	26,4
Dépendants	13,0	17,8
Semi-dépendants	7,6	30,1
Autonomes	5,2	23,9
Milieu urbain	5,5	21,6
Milieu rural	6,2	28,4

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

5,8 % des personnes âgées reçoivent la visite d'une personne bénévole de temps en temps. Les individus les plus âgés et les plus dépendants bénéficient davantage de ce "service" que les autres. En effet, 15,5 % des personnes de 85 ans et plus sont dans ce cas contre 3,8 % des personnes appartenant au groupe d'âge des 65-74 ans. Les personnes dépendantes reçoivent près de trois fois plus de visites d'une personne bénévole que les autonomes.

Un quart des personnes interrogées souhaiterait la présence d'une personne pour leur tenir compagnie ou leur faire la lecture de temps en temps. Les personnes semi-dépendantes et du sexe féminin, souvent isolées familialement, sont plus nombreuses que les autres à vouloir bénéficier de ce service.

En milieu rural, la demande d'une telle présence est plus importante qu'en milieu urbain.

VI. Les activités

VI.1 Les activités au domicile

Proportion de personnes qui pratiquent les activités suivantes (avec ou sans difficultés)

	Lire	Radio	TV	Bricoler ⁴⁵	Jardiner ⁴⁶	Jeux ⁴⁷	Garde petits-enfants	Seulement TV, radio ou lecture
Ensemble	83,5	84,1	96,6	57,7	53,4	49,1	29,1	14,7
65-74 ans	85,7	84,7	97,9	66,7	61,4	53,9	38,7	7,8
75 ans et plus	80,3	83,2	94,8	45,0	42,0	42,3	15,5	24,5
85 ans et plus	73,8	70,6	90,8	23,1	22,1	34,1	6,5	43,2
Hommes	83,1	85,5	96,5	71,1	65,1	47,4	32,4	11,3
Femmes	83,7	83,1	96,7	48,3	45,2	50,4	26,9	17,1
Dépendants	65,6	65,9	86,9	7,8	6,4	25,6	11,5	56,4
Semi-dépendants	72,8	74,2	90,5	28,9	22,7	40,2	12,6	36,3
Autonomes	85,8	86,4	97,6	63,1	59,4	53,1	31,4	8,6

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

À leur domicile, regarder la télévision, écouter la radio et lire sont les activités les plus fréquemment citées par les personnes âgées (par plus de 80 %). Les autres activités sont moins souvent citées : environ 50 % jardinent, bricolent ou pratiquent des jeux. Plus d'un quart garde leurs petits-enfants.

La pratique de toutes ces activités diminue avec l'âge, surtout pour les activités qui nécessitent des efforts physiques comme bricoler, jardiner ou garder des enfants.

La pratique des activités à domicile est beaucoup plus faible chez les personnes dépendantes que chez les autonomes. Un peu plus de 60 % des dépendantes lisent ou écoutent la radio et elles sont moins de 10 % à bricoler ou jardiner. La télévision demeure pour ces personnes l'activité dominante (près de 9 personnes sur 10).

Les femmes font moins d'activités de jardinage ou de bricolage que les hommes.

Par ailleurs, 0,7 % ne font aucune activité à leur domicile et 14,7 % des enquêtés ne font aucune autre activité que lire, regarder la télévision ou écouter la radio. Néanmoins ce dernier chiffre atteint 43,2 % chez les 85 ans et plus et 56,4 % chez les personnes dépendantes. Ce qui s'explique comme on vient de l'énoncer par l'arrêt des autres activités nécessitant des efforts physiques.

⁴⁵ Ou tricoter.

⁴⁶ Ou faire de l'élevage.

⁴⁷ Cartes, mots croisés.

VI.2 Les activités hors du domicile

Proportion des personnes qui pratiquent les activités suivantes

	Sport	Rend visites ⁴⁸	Promenades	Voyages	Club 3 ^e âge ⁴⁹	Aucune
Ensemble	4,9	79,7	68,1	40,9	25,1	8,8
65-74 ans	6,3	86,1	75,0	51,5	27,2	4,7
75 ans et plus	2,9	70,6	58,3	26,0	22,2	14,6
85 ans et plus	1,8	51,5	39,7	12,7	16,2	36,8
Hommes	6,0	83,0	74,7	42,5	20,9	6,3
Femmes	4,1	77,4	63,6	39,8	28,0	10,6
Dépendants	0,0	50,9	25,4	7,4	16,5	41,6
Semi-dépendants	1,3	65,9	29,8	12,4	8,3	20,1
Autonomes	5,6	84,2	76,3	45,6	28,0	4,1

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

En dehors du logement, les activités des personnes âgées consistent essentiellement à rendre visite à la famille ou à des amis (79,7 %) et faire des promenades (68,1 %). Plus des deux cinquièmes réalisent des voyages et un quart participe aux activités des clubs pour personnes âgées lorsqu'elles sont proposées. Moins de 5 % font du sport.

Comme pour les activités au domicile, les activités hors du domicile diminuent fortement avec l'âge, les activités en club de loisirs diminuant moins que les autres activités. 27,2 % des personnes âgées de 65-74 ans participent aux activités de ces associations, elles sont encore 16,2 % chez les 85 ans et plus.

Les personnes dépendantes pratiquent très peu d'activités en dehors du domicile par rapport aux autres personnes. Si les personnes autonomes sont 76,3 % à faire des promenades, les dépendantes ne sont que 25,4 %. Elles demeurent cependant plus de la moitié à se rendre chez d'autres personnes.

Par ailleurs, près d'une personne âgée sur dix ne fait aucune activité à l'extérieur de son domicile, une sur trois quand elle a 85 ans et plus et deux sur cinq quand elle est dépendante. Les femmes sont plus nombreuses dans cette situation que les hommes.

L'inventaire communal de l'Insee (1998) recense 16 clubs du troisième âge pour les 21 communes concernées par l'étude. Une enquête complémentaire de l'ORS a permis de recenser les clubs en activité à la fin de l'année 1999. Cette liste se trouve en annexe p. 140.

VI.3 L'aide que les personnes âgées apportent aux autres

Proportion des personnes aidant d'autres personnes âgées ou des jeunes⁵⁰

	Aide personne âgée	Aide jeune
Ensemble	25,4	29,9
65-74 ans	30,4	33,3
75 ans et plus	18,3	25,2
85 ans et plus	5,9	16,1
Hommes	27,1	31,6
Femmes	24,3	28,8
Dépendants	0,0	15,9
Semi-dépendants	16,6	30,6
Autonomes	27,4	30,6
Milieu urbain	26,7	32,2
Milieu rural	23,6	27,5

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

⁴⁸ Visites à la famille ou à des amis.

⁴⁹ Parmi les personnes qui habitent dans les communes où des associations de club de loisirs pour personnes âgées existent.

⁵⁰ Jeunes de moins de 30 ans.

Plus d'un quart des enquêtés déclare aider des personnes âgées en leur apportant essentiellement un soutien moral. 29,9 % des personnes interrogées aident des jeunes de moins de 30 ans au niveau financier ou moral.

Les enquêtés les plus âgés et les plus dépendants sont beaucoup moins nombreux que les autres à apporter un tel soutien. En effet, aucune personne dépendante ne déclare aider une personne âgée alors que 27,4 % des autonomes disent soutenir d'autres personnes âgées. Les hommes déclarent davantage que les femmes apporter un soutien à un tiers.

VI.4 Les moyens de locomotion

Proportion des personnes disposant d'un moyen de locomotion

	Bus proche ⁵¹	Conduit une voiture	Utilise un deux-roues	Ni bus ni auto ni deux-roues
Ensemble	42,8	48,0	35,2	22,1
65-74 ans	45,3	58,3	45,3	13,0
75 ans et plus	39,3	33,3	21,0	35,0
85 ans et plus	29,6	11,4	6,9	59,3
Hommes	43,7	75,1	46,5	9,5
Femmes	42,1	28,9	27,3	30,9
Dépendants	27,2	18,9	0,0	60,2
Semi-dépendants	39,5	31,7	7,6	35,3
Autonomes	44,6	51,4	39,2	46,0
Milieu urbain	49,9	48,1	31,0	20,3
Milieu rural	33,4	47,6	40,4	24,8

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Près de la moitié des personnes enquêtées conduit une voiture, 35,2 % utilisent un deux-roues et 42,8 % disposent d'un arrêt de bus à proximité relative de leur logement (à moins de 500 mètres). Néanmoins, près d'un quart des personnes âgées n'a aucun moyen de locomotion.

Certaines personnes sont particulièrement dépourvues de moyens de transport : ce sont les personnes dépendantes, celles âgées de 85 ans et plus ou de sexe féminin. En effet, 60 % des personnes de 85 ans et plus ou dépendantes n'ont pas la possibilité de se déplacer, soit parce qu'elles ne disposent pas de voiture ou de deux-roues, soit parce qu'il n'existe pas d'arrêt de bus à proximité de chez elles. Les femmes sont trois fois plus nombreuses que les hommes à ne pas disposer d'un moyen de locomotion.

⁵¹ Arrêt de bus à moins de 500 mètres du logement de la personne.

VII. Les services d'aide à domicile

VII.1 Connaissances des services favorisant la vie des personnes âgées

Proportion des personnes connaissant des services d'aide à domicile

Services	Ensemble	65-74 ans	75 ans et +	85 ans et +	Hommes	Femmes	Dépds	Semi-dépds	Auto.
Aide ménagère	96,9	96,4	97,8	97,6	97,5	96,5	92,8	95,1	97,3
Soins à domicile	90,3	92,1	87,8	81,4	89,7	90,7	88,2	85,6	90,0
Portage de repas à domicile	87,6	89,1	85,4	90,2	83,3	90,6	86,6	90,8	87,6
Téléalarme	55,1	54,7	55,7	71,3	56,7	54,0	58,2	46,8	55,6
Auxiliaire de vie	49,4	55,0	41,5	47,6	49,9	49,1	55,9	45,7	49,1
Hébergement temporaire	35,7	36,5	34,6	40,7	36,8	35,0	25,2	28,2	37,7
Portage de médicaments (pharmacien)	30,3	29,0	32,3	38,8	30,2	30,5	32,7	34,7	30,1
Portage de courses à domicile	23,4	24,0	22,5	23,6	25,2	22,1	22,3	27,4	22,1
Petits travaux d'entretien	21,5	24,4	17,5	12,9	28,7	16,5	11,9	14,3	22,8
Gros travaux d'entretien	19,9	22,4	16,4	12,9	26,8	15,1	11,9	15,7	20,9
Garde de nuit	14,8	14,6	15,1	22,9	16,2	13,9	10,6	14,4	14,8
Transport pour personnes âgées	10,8	10,4	11,4	18,6	14,3	8,4	17,6	11,4	10,3
Portage de médicaments (association)	6,8	7,2	6,2	8,9	8,9	5,4	8,1	7,6	6,6
Foyers-restaurants	5,8	6,0	5,3	6,9	5,8	5,8	6,5	8,2	5,4
Lavage de linge	4,7	4,9	4,4	7,6	5,7	4,0	2,9	11,2	4,1

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Trois services sont très bien connus par les personnes âgées : ce sont les services d'aide ménagère, de soins à domicile et de portage de repas à domicile. Plus de 85 % connaissent un de ces trois services, et plus des trois quarts connaissent les trois.

Deux autres services sont connus par près de la moitié des personnes âgées : le téléalarme (tout particulièrement pour les personnes les plus âgées) et les auxiliaires de vie.

L'hébergement temporaire et le portage de médicaments par le pharmacien sont connus par un tiers des enquêtés (tout particulièrement pour ce dernier service par les personnes les plus âgées) ; les services de portage de courses à domicile, d'aide pour les travaux d'entretien (mieux connus des hommes), de garde de nuit et de transport pour personnes âgées par 10 % à 24 % des personnes interrogées.

Enfin, les services de portage de médicaments par une association, de lavage de linge et les foyers-restaurants sont très peu connus par les personnes âgées ; moins de 7 % seulement connaissent ces trois services.

Mis à part les services d'aide ménagère, de soins à domicile et de portage de repas à domicile, les autres services destinés à faciliter la vie des personnes âgées sont peu voire pas du tout connus par les enquêtés. Si ces services existent localement, il semble y avoir un manque d'information.

Les personnes dépendantes et les plus âgées, susceptibles d'avoir besoin de ces services, semblent légèrement mieux connaître l'existence des services de maintien à domicile que les autres. Globalement, les services sont davantage connus dans les plus grandes communes comme Saint-Valery-sur-Somme, Friville-Escarbotin, Cayeux-sur-Mer ou Fressenneville que dans les petites communes.

VII.2 Utilisation des services d'aide à domicile

Proportion des personnes utilisant des services d'aide à domicile

Services	Ensemble	65-74 ans	75 ans et +	85 ans et +	Dépds	Semi-dépds	Auto.
Aide ménagère	14,6	6,2	26,4	32,2	18,2	18,2	14,3
Téléalarme	3,0	1,0	5,8	9,2	11,7	7,4	1,9
Portage de repas à domicile	2,4	0,6	4,8	7,8	7,4	7,6	1,4
Auxiliaire de vie	1,7	0,7	3,1	6,2	18,0	1,2	0,9
Soins à domicile	1,0	0,4	1,8	4,5	13,1	0,0	0,2
Portage de médicaments (pharm.)	0,7	0,5	1,0	0,6	3,0	3,2	0,3
Portage de courses à domicile	0,5	0,3	0,6	1,2	0,0	2,0	1,9
Petits travaux d'entretien	0,2	0,0	0,5	0,6	0,0	0,0	0,3
Gros travaux d'entretien	0,2	0,1	0,3	0,6	0,0	0,0	0,3
Hébergement temporaire	0,2	0,2	0,1	0,6	0,0	0,0	0,3
Lavage linge	0,2	0,2	0,2	0,7	0,0	0,1	0,1

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Le service le plus utilisé par les personnes âgées est également le plus connu (par 96,9 %) : l'aide ménagère. 14,6 % de l'échantillon bénéficient de ce service, mais les personnes les plus âgées et les plus dépendantes bénéficient fort naturellement davantage de ce service que les autres. 32,2 % des personnes de 85 ans et plus utilisent ce service contre 6,2 % des personnes de 65-74 ans. Les personnes dépendantes et semi-dépendantes sont 18,2 % à avoir une aide ménagère pour 14,3 % des autonomes. Les femmes bénéficient plus de ce service que les hommes (16,8 % contre 11,4 %), mais là encore le facteur âge concoure pour beaucoup à cet état.

Les services du téléalarme, de l'auxiliaire de vie, du portage de repas et des soins à domicile, connus par plus de la moitié des personnes âgées, sont utilisés par 1 % à 3 % de l'ensemble des enquêtés. Là encore, tous ces services sont d'autant plus utilisés que les personnes sont âgées et dépendantes. Les services du téléalarme et du portage de repas à domicile sont respectivement utilisés par 11,7 % et 7,4 % des personnes dépendantes contre moins de 2 % pour les personnes autonomes. Les personnes dépendantes sont pratiquement les seules à bénéficier des services d'auxiliaires de vie et de soins à domicile.

Concernant les autres services (portage de médicaments par la pharmacie, portage de courses à domicile, aides pour les travaux d'entretien, hébergement temporaire et lavage de linge), les personnes âgées sont moins de 1 % à les utiliser.

Certains services très peu connus ne sont pas du tout utilisés par les personnes âgées. Ce sont les services de portage de médicaments par une association, de garde de nuit, des foyers-restaurants et des transports pour personnes âgées.

Globalement, les services d'aide à domicile sont davantage utilisés par les personnes âgées habitant dans les villes que celles vivant dans les petites communes.

VII.3 Services que les personnes âgées souhaitent utiliser

Proportion des personnes désirant bénéficier des services d'aide à domicile suivant l'âge

Services	Ensemble	65-74 ans	75 ans et +	85 ans et +
Transport pour personnes âgées	9,2	5,2	14,8	21,2
Aide ménagère	6,3	4,7	8,5	9,7
Portage de médicaments (pharmacien)	3,3	2,6	4,2	6,6
Portage de médicaments (association)	2,9	2,4	3,6	6,0
Petits travaux d'entretien	2,6	1,5	4,0	6,5
Portage de repas à domicile	2,5	2,4	2,8	4,6
Gros travaux d'entretien	2,4	1,5	3,6	6,2
Portage de courses à domicile	2,3	2,0	2,8	4,7
Téléalarme	2,1	1,1	3,7	8,0
Auxiliaire de vie	1,4	0,8	2,2	4,0
Soins à domicile	1,0	1,2	0,8	1,8
Hébergement temporaire	0,9	0,3	1,7	3,1
Foyers-restaurants	0,9	0,5	1,4	1,5
Lavage de linge	0,6	0,2	1,2	2,9
Garde de nuit	0,5	0,4	0,6	2,5

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Le service de transport pour personnes âgées est le plus demandé parmi les services proposés. Près d'une personne sur dix souhaiterait en bénéficier ; une sur cinq lorsqu'elle a 85 ans ou plus. Les femmes, dont plus du tiers ne dispose d'aucun moyen de locomotion, sont plus nombreuses que les hommes à vouloir bénéficier de ce service (11,2 % contre 6,2 %).

Bien que le service d'aide ménagère soit le plus utilisé par les personnes âgées, elles sont encore 6,3 % à vouloir en bénéficier. Cette proportion augmente avec l'âge, atteignant 9,7 % chez les personnes de 85 ans et plus.

Entre de 2 % et 4 % des personnes enquêtées souhaiteraient bénéficier des services de portage à domicile (pour les médicaments, les courses et les repas), d'aide pour les travaux d'entretien ou du téléalarme. Les demandes augmentent avec l'âge : entre 4 % et 8 % des personnes âgées de 85 ans et plus souhaitent utiliser ces services.

Enfin, moins de 2 % des personnes interrogées veulent bénéficier des autres services : auxiliaire de vie, soins à domicile, hébergement temporaire, foyers-restaurants, lavage de linge et garde de nuit ; les personnes de 85 ans et plus étant toujours plus nombreuses que les autres à vouloir les utiliser.

Proportion des personnes désirant bénéficier des services d'aide à domicile suivant leur degré de dépendance

	Ensemble	Dépendants	Semi-dépendants	Autonomes
Transport pour personnes âgées	9,2	4,5	15,5	9,2
Aide ménagère	6,3	13,9	15,9	4,7
Portage de médicaments (pharmacien)	3,3	3,1	12,7	2,1
Portage de médicaments (association)	2,9	2,4	10,7	1,8
Petits travaux d'entretien	2,6	2,0	7,0	1,7
Portage de repas à domicile	2,5	6,5	5,6	2,0
Gros travaux d'entretien	2,4	2,4	6,2	1,7
Portage de courses à domicile	2,3	1,6	8,7	1,3
Téléalarme	2,1	8,1	4,1	1,4
Auxiliaire de vie	1,4	5,2	4,8	0,7
Soins à domicile	1,0	5,9	5,5	0,4
Hébergement temporaire	0,9	1,2	4,7	0,5
Foyers-restaurants	0,9	3,4	0,0	0,8
Lavage de linge	0,6	1,6	2,4	0,1
Garde de nuit	0,5	4,0	1,5	0,3

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Les personnes âgées dépendantes ou semi-dépendantes sont les plus nombreuses à demander une aide ménagère. Ce service est devancé par celui des transports pour les personnes autonomes.

Spécificité du service transport : c'est le seul service qui est moins demandé par les personnes dépendantes que par les personnes autonomes, ce qui apparaît logique compte tenu que les déplacements à l'extérieur ne constituent plus pour ces personnes une priorité. Ce service est par contre très demandé par les personnes âgées semi-dépendantes (pratiquement à égalité avec l'aide ménagère). Cette différence entre dépendants et semi-dépendants se retrouve pour toutes les offres concernant des commodités (que les premiers ont déjà de fait) comme le portage des courses ou des médicaments et des offres d'amélioration de l'habitat (petits et gros travaux d'entretien).

Services de soins à domicile, auxiliaire de vie et portage de repas à domicile sont sensiblement demandés de façon identique par les personnes dépendantes et les semi-dépendantes, en tout cas bien plus que par les autonomes.

Enfin, le téléalarme et la garde de nuit sont particulièrement demandés par les personnes dépendantes, révélant bien leur angoisse de se retrouver seules face à une situation de détresse.

VII.4 Connaissance des services de maintien à domicile dans les communes où ces services existent

Implantation d'organismes dans chaque commune pour les différents services

	Auxiliaire de vie	Soins à domicile	Portage de repas	Téléalarme	Transport	Aide ménagère	Nbre de type de services différents
Arrest	0	1	1	1	1	2	5
Boismont	0	1	1	0	1	1	4
Brutelles	0	1	1	0	1	1	4
Cayeux-sur-Mer	0	1	2	1	1	2	5
Estreboeuf	0	1	1	0	1	1	4
Franleu	0	2	1	0	1	1	4
Lanchères	0	1	1	0	1	1	4
Mons-Boubert	0	1	1	0	1	1	4
Pendé	0	1	2	0	1	1	4
Saigneville	0	1	1	0	1	1	4
Saint-Blimont	0	1	1	0	1	1	4
Saint-Valery-sur-Somme	0	1	1	0	1	2	4
Bourseville	1	1	1	0	1	2	5
Fressenneville	0	0	0	0	1	2	2
Frivilles-Escarbotin	1	1	1	0	1	3	5
Nibas	1	0	1	0	1	2	4
Ochancourt	1	0	0	0	1	2	3
Tully	1	1	2	0	1	2	5
Valines	1	0	1	0	1	3	4
Vaudricourt	1	1	0	0	1	2	4
Woincourt	1	1	0	0	1	2	4
Nbre de communes couvertes	8	17	17	2	21	21	5 ⁵²

Source : Direction du développement social local – observatoire - Conseil général de la Somme

⁵² Nombre de communes ayant cinq types de services différents.

12 organismes de services sont présents sur les deux cantons, soit 7 sur celui de Saint-Valery-sur-Somme et 9 sur celui de Friville-Escarbotin (4 organismes interviennent sur les 2 cantons).

Il existe un service de transport, présent dans les 21 communes de l'échantillon.

7 organismes d'aide ménagère desservent les 21 communes, dont 1 présent dans toutes les communes. À Friville-Escarbotin ou Valines, on trouve trois organismes de ce type, alors qu'à Brutelles ou Estrebœuf, on n'en trouve qu'un.

On compte 2 services de soins à domicile qui proposent leur service sur 17 communes de l'échantillon. 4 services de portage de repas à domicile existent dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin, répartis sur 17 communes.

Enfin, les services d'auxiliaire de vie et de téléalarme sont peu présents dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin, les premiers (2 organismes) existent sur 8 communes seulement du canton de Friville-Escarbotin et les seconds (2 organismes) seulement dans 2 communes du canton de Saint-Valery-sur-Somme.

Au total, si aucune commune ne compte tous les types de services de maintien à domicile, 5 communes (Arrest, Cayeux-sur-Mer, Bourseville, Friville-Escarbotin et Tully) ont 5 types de services.

Proportion de personnes ne connaissant pas les services destinés à faciliter la vie des personnes âgées dans les communes où ces services existent

	Auxiliaire de vie	Soins à domicile	Portage des repas	Téléalarme	Transport pour personnes âgées	Aide ménagère
Nbre de personnes où il existe un service ⁵³	384	971	937	220	1 154	1 154
Ensemble	43,3	7,4	13,1	36,4	89,0	2,8
65-74 ans	40,4	5,3	12,1	38,8	94,2	3,4
75 ans et plus	47,4	10,4	14,5	32,9	88,3	1,9
85 ans et plus	47,3	15,7	9,8	11,7	80,9	2,4
Dépendants	52,2	3,5	14,3	10,0	82,4	7,2
Semi-dépendants	45,8	11,0	8,5	52,6	88,7	2,8
Autonomes	42,9	7,1	13,6	35,5	89,4	2,6

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Le service de transport existe dans toutes les communes, mais près de neuf personnes sur dix (89,0 %) ne le connaissent pas. Il s'agit cependant d'un service de transport adapté même s'il est, au moins par la population, plus orienté vers le public de personnes handicapées. Les personnes les plus âgées et les personnes dépendantes sont un peu plus nombreuses à déclarer les connaître. À l'inverse, les personnes sont bien informées de l'existence du service d'aide ménagère présent dans leur commune, puisque seulement 2,8 % des enquêtés ignorent l'existence de ce service. 971 personnes habitent dans une commune où le service de soins à domicile existe, soit 83,9 % de l'échantillon ; 937 dans une commune où le service de portage de repas à domicile est présent, soit 81,0 %. Ces deux services existant dans la plupart des communes où l'enquête a été réalisée sont plutôt bien connus par les enquêtées. En effet, parmi les personnes qui disposent du service de soins à domicile dans leur commune, seulement 7,4 % ne connaissent pas l'existence de ce service. Parmi celles qui ont un service de portage de repas à domicile dans leur commune, seules 13,1 % déclarent ignorer son existence. Il faut signaler toutefois que ces deux types de service enregistrent une connaissance différente suivant l'âge. Plus les personnes sont âgées, moins elles connaissent les services de soins à domicile. À l'inverse, plus elles connaissent le portage de repas.

⁵³ Sur les 1 154 sujets de l'échantillon.

Un tiers des personnes enquêtées vit dans une commune où le service d'auxiliaire de vie existe. Parmi ces personnes, 43,3 % ne connaissent pas l'existence de ce service.

220 personnes vivent dans une commune où le service de téléalarme existe (soit 18,9 % de l'échantillon). Parmi ces 220 individus, plus d'un tiers ignore la présence d'un tel service dans leur commune, mais seulement une sur dix parmi les personnes dépendantes.

Proportion de personnes ne connaissant pas les services d'auxiliaire de vie, de soins à domicile, de portage de repas, de la téléalarme, de transport et d'aide ménagère dans les communes où ces services existent

	Auxiliaire de vie	Soins à domicile	Portage de repas	Téléalarme	Transport	Aide ménagère
Arrest	-	5,0	30,1	33,8	95,8	0,0
Boismont	-	19,0	9,5	-	86,4	3,2
Brutelles	-	12,7	6,8	-	99,9	6,8
Cayeux-sur-Mer	-	5,7	2,7	37,2	93,2	2,2
Estrebœuf	-	10,3	24,2	-	54,4	0,0
Franleu	-	3,0	69,6	-	100	8,3
Lanchères	-	4,9	16,9	-	99,3	0,0
Mons-Boubert	-	10,1	8,4	-	100	7,3
Pendé	-	6,2	7,4	-	96,8	4,2
Saigneville	-	10,3	70,4	-	100	21,8
Saint-Blimont	-	3,8	41,3	-	96,4	3,5
Saint-Valery-sur-Somme	-	6,2	6,4	-	75,9	3,7
Bourseville	32,1	9,5	24,5	-	98,0	0,0
Fressenneville	-	-	-	-	77,9	1,8
Frivilles-Escarbotin	41,3	6,0	3,8	-	91,2	2,1
Nibas	51,5	-	5,9	-	96,5	0,0
Ochancourt	30,5	-	-	-	100	0,0
Tully	55,1	10,8	0,9	-	97,7	3,0
Valines	37,8	-	24,7	-	86,7	16,1
Vaudricourt	34,2	1,8	-	-	100	0,0
Woincourt	54,7	14,9	-	-	72,2	1,1
Ensemble	43,3	7,4	13,1	36,4	89,0	2,8

Source : Direction du développement social local – observatoire - Conseil général de la Somme

Le service d'auxiliaire de vie existe dans huit communes. Parmi les personnes qui habitent ces communes, 43,3 % ignorent la présence de ce service. En fonction de la commune habitée, la connaissance de ce service varie. En effet, les personnes vivant à Tully ou à Woincourt sont respectivement 55,1 % et 54,7 % à ignorer ce service, alors que celles qui habitent à Ochancourt ne sont que 30,5 %.

Parmi les personnes qui disposent d'un service de portage de repas à domicile dans leur commune, 13,1 % ignorent son existence. Cependant, la connaissance de ce service varie d'une commune à l'autre. Il semble que dans les communes de plus de 2 000 habitants, ce service soit mieux connu que dans les communes rurales. En effet, à Cayeux-sur-Mer, Frivilles-Escarbotin et Saint-Valery-sur-Somme, les personnes âgées sont moins de 7 % à ignorer la présence de ce service, alors qu'à Franleu ou Saigneville, plus de la moitié de la population âgée ne connaît pas l'existence du service dans leur commune.

Tous les enquêtés habitent dans une commune où le service de transport existe. Cependant, près de neuf sur dix ignorent l'existence de ce service dans leur commune qui est orienté davantage vers le transport des personnes handicapées que des personnes âgées.

Dans certaines communes de moins de 2 000 habitants, ce service est même totalement ignoré (Franleu, Mons-Boubert, Ochancourt, Saigneville, Vaudricourt). Dans les villes comme Cayeux-sur-Mer et Friville-Escarbotin, les personnes âgées sont également nombreuses à ne pas connaître la présence d'un service de transport dans leur commune : plus de neuf personnes sur dix.

Ceci est d'autant plus paradoxal que le transport pour personnes âgées est le service le plus demandé par les enquêtés.

VII.5 Domaines où les personnes âgées rencontrent le plus de difficultés

Proportion des personnes selon les domaines dans lesquels elles rencontrent des difficultés

	Santé	Démarches pour formalités	Avenir	Solitude	Ennui	Ressources	Vie quotidienne	Logement	Personne à charge
Ensemble	32,0	18,9	17,3	16,7	15,4	11,0	6,4	4,5	1,3
65-74 ans	27,5	9,9	19,9	12,1	12,1	10,7	5,6	3,8	1,3
75 ans et +	38,5	26,4	17,6	24,8	24,8	11,5	7,5	5,4	1,3
85 ans et +	46,1	42,5	17,0	33,4	33,4	15,7	13,0	5,8	2,3
Hommes	30,2	14,6	14,9	10,6	10,6	9,7	5,8	4,5	1,5
Femmes	33,3	18,2	21,8	22,0	22,0	11,9	6,8	4,4	1,2
Dépendants	61,9	35,2	19,5	34,2	53,6	23,0	31,8	9,7	1,1
Semi-dépendants	57,7	24,5	15,9	24,8	26,2	19,1	19,0	7,3	1,7
Autonomes	26,9	15,2	18,8	16,0	12,3	9,9	3,6	3,7	1,3

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Les principales difficultés rencontrées actuellement par les personnes âgées concernent d'abord la santé (32,0 %), les démarches à réaliser pour effectuer les différentes formalités (18,9 %), l'avenir (17,3 %), puis la solitude (16,7 %) et l'ennui (15,4 %).

Une personne âgée sur dix déclare avoir des problèmes financiers. Moins de 7 % des problèmes sont liés à la vie quotidienne, au logement ou aux personnes à charge.

Globalement, les personnes âgées de 85 ans et plus ou dépendantes éprouvent de façon logique davantage de difficultés que les autres, quel que soit le domaine. La santé pour les personnes dépendantes et demi-dépendantes ressort tout naturellement comme pour les personnes âgées de 85 ans et plus. L'ennui apparaît aussi très fortement dans la réponse des dépendants de même que les aspects de la vie quotidienne. Point commun entre les personnes dépendantes et celles âgées de 85 ans et plus : la solitude et les démarches pour formalité sont particulièrement également mises en avant.

VII.6 Recours en cas de difficultés financières, matérielles ou liées à la santé

Proportion des personnes selon la personne ou l'institution à laquelle elles auraient recours en cas de difficultés⁵⁴

	Conjoint ⁵⁵	Enfants ⁵⁶	Famille	Amis	Services sociaux	Mairie
Ensemble	44,5	63,9	10,9	8,0	6,0	2,3
65-74 ans	52,2	58,6	9,5	8,5	6,5	2,1
75 ans et +	33,6	71,5	12,8	7,3	5,2	2,5
85 ans et +	13,8	78,6	13,9	3,1	6,9	2,6
Hommes	44,0	55,9	11,6	8,0	7,1	3,2
Femmes	44,8	69,5	10,4	8,0	5,2	1,6
Dépendants	20,1	71,8	16,1	18,8	5,7	0,0
Semi-dépendants	51,3	69,9	15,2	8,0	10,7	4,5
Autonomes	45,2	63,7	9,8	7,8	5,3	2,2

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Pour régler des difficultés d'ordre matériel, financier ou liées à la santé, les personnes âgées se tournent en priorité vers leurs enfants (63,9 % de celles qui ont des enfants), puis vers leur conjoint (44,5 % de celles qui ont leur conjoint).

Les femmes, plus nombreuses que les hommes à vivre seules, font davantage appel aux enfants alors que le recours au conjoint, est également distribué pour les hommes et les femmes.

L'âge est l'élément marquant pour le recours aux enfants ou au conjoint. En effet, si cela se répartit assez équitablement parmi les 65-74 ans, cela se différencie à partir de 75 ans, tout particulièrement à partir de 85 ans : près de 8 personnes sur dix âgées de 85 ans et plus ayant des enfants font appel à leur(s) enfant(s) lorsqu'elles en ont contre moins de 15 % qui font appel à leur conjoint (pour celles qui en ont). Il faut enfin constater qu'avoir des enfants constitue l'élément clé pour les recours. En effet, lorsque les personnes âgées n'ont pas d'enfants, elles ont également moins souvent un conjoint et, dans ce cas, elles ont recours le plus souvent à la famille (dans près d'un cas sur deux) et à degré moindre aux amis et aux services sociaux (dans un cas sur six pour chacune de ces deux modalités de réponse). L'âge constitue encore un élément essentiel pour les personnes âgées n'ayant pas d'enfant car, entre 65 et 74 ans, les personnes âgées demandent le soutien de la famille dans un tiers des cas alors qu'à partir de 75 ans c'est dans deux tiers des cas. À partir de 85 ans, le recours aux amis devient assez marginal.

⁵⁴ Le total est supérieur à 100 % car certaines personnes âgées auraient recours à plusieurs personnes ou institution.

⁵⁵ Parmi ceux qui ont un conjoint.

⁵⁶ Parmi ceux qui ont des enfants.

VIII. Les activités ménagères

VIII.1 Les difficultés à réaliser les tâches ménagères

Proportion des personnes gênées pour réaliser les courses et les tâches ménagères

	Courses	Petites tâches ⁵⁷	Grosses tâches ⁵⁸
Ensemble	12,5	6,8	29,3
65-74 ans	8,9	4,5	19,0
75 ans et plus	17,7	10,1	44,1
85 ans et plus	33,8	23,2	72,3
Hommes	9,0	4,9	19,2
Femmes	15,0	8,1	36,5
Dépendants	62,5	29,4	42,7
Semi-dépendants	37,7	13,5	49,5
Autonomes	8,9	4,9	27,1
Milieu urbain	14,2	8,6	29,3
Milieu rural	9,0	7,4	29,8

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Les personnes âgées sont respectivement 12,5 % et 6,8 % à avoir des difficultés pour effectuer leurs courses et les petites tâches ménagères, et 29,3 % pour réaliser les grosses tâches ménagères. Ces difficultés augmentent fortement avec l'âge et le degré de dépendance. Les personnes de 85 ans et plus sont 72,3 % à être gênées pour faire les grosses tâches ménagères et les personnes dépendantes et semi-dépendantes le sont dans plus de 40 % dans ce cas. Pour les dépendantes, l'obstacle majeur qui ressort est faire ses courses.

Globalement, les femmes éprouvent davantage de difficultés que les hommes pour réaliser les activités domestiques.

VIII.2 L'aide fournie aux personnes âgées pour réaliser les tâches ménagères

Répartition des personnes réalisant les tâches ménagères

	Ne reçoit pas d'aide pour le ménage	Reçoit une aide pour le ménage	Ne fait pas ménage	Total
Ensemble	33,1	66,2	0,7	100
65-74 ans	41,5	57,6	0,8	100
75 ans et plus	21,1	78,5	0,5	100
85 ans et plus	8,8	90,7	0,6	100
Hommes	12,4	86,5	1,1	100
Femmes	47,6	52,0	0,4	100
Dépendants	5,1	92,9	2,0	100
Semi-dépendants	16,9	80,0	3,0	100
Autonomes	36,5	63,1	0,4	100
Milieu urbain	35,7	63,5	0,9	100
Milieu rural	29,6	69,9	0,4	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Deux tiers des personnes reçoivent une aide régulière pour effectuer les activités ménagères. Un tiers fait son ménage seul, sans l'aide d'intervenants familiaux ou extérieurs. Chez une infime partie (0,7 %) des personnes âgées, le ménage n'est pas effectué.

⁵⁷ Des petites tâches ménagères telles que préparer des repas, faire les poussières, la vaisselle, le balayage, le lit ou la lessive.

⁵⁸ Des grosses tâches ménagères telles que nettoyer les vitres, les sols ou les rideaux.

Cependant, les personnes les plus âgées et dépendantes sont, en toute logique, les plus nombreuses à bénéficier d'aide pour les activités ménagères. Les personnes âgées de 85 ans et plus sont 90,7 % dans ce cas contre 57,6 % des 65-74 ans ; les dépendantes 92,9 % contre 63,1 % des autonomes.

Les femmes sont près de quatre fois plus nombreuses que les hommes à effectuer seules leur ménage.

En milieu rural, les personnes âgées semblent légèrement plus aidées qu'en milieu urbain.

Proportion des personnes recevant l'aide d'une personne pour réaliser les activités ménagères⁵⁹

	Famille même génération ⁶⁰	Famille plus jeune ⁶¹	Voisins, amis	Professionnel
Ensemble	32,4	14,4	3,7	20,3
65-74 ans	38,4	8,5	2,7	10,3
75 ans et plus	23,8	22,7	5,2	34,7
85 ans et plus	13,8	34,5	6,9	45,1
Hommes	65,2	10,5	2,7	15,6
Femmes	9,4	17,1	4,4	23,7
Dépendants	32,8	32,6	4,1	36,5
Semi-dépendants	25,0	25,1	6,4	28,4
Autonomes	32,9	11,7	3,6	19,2
Milieu urbain	28,6	14,1	3,7	21,2
Milieu rural	37,3	14,6	3,8	19,5

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

L'aide pour les activités ménagères provient essentiellement de la famille, puis des professionnels. Près de la moitié des personnes âgées reçoit de l'aide de la famille, les membres de la même génération étant les plus nombreux à participer à ces tâches (32,4 %).

Deux personnes âgées sur dix bénéficient de l'aide d'un professionnel et 4 % d'un voisin ou d'un ami.

Les personnes les plus âgées et les plus dépendantes bénéficient davantage de l'aide d'un membre de la famille plus jeune et des professionnels que les autres.

Enfin, une différence est observée entre le milieu urbain et le milieu rural concernant l'aide apportée par un membre de la famille de même génération. L'aide est d'un tiers supérieur en milieu rural.

⁵⁹ Le total de chaque ligne ne correspond pas à la population de ceux qui reçoivent une aide pour le ménage du tableau précédent car certaines personnes âgées peuvent recevoir plusieurs aides.

⁶⁰ Cette personne peut être le conjoint, mais aussi un frère, une sœur, etc.

⁶¹ Cette personne peut être un enfant, mais aussi un neveu, une nièce, etc.

Fréquence du passage du professionnel chez la personne âgée

	Tous les jours	Moins souvent
Ensemble	20,5	79,5
65-74 ans	26,1	73,9
75 ans et plus	12,6	87,4
85 ans et plus	23,3	76,7
Hommes	24,5	75,5
Femmes	17,8	82,2
Dépendants	51,1	19,1
Semi-dépendants	18,5	58,7
Autonomes	13,4	86,6
Milieu urbain	22,5	77,5
Milieu rural	19,0	81,0

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Parmi les personnes qui bénéficient de l'aide d'un professionnel pour effectuer les activités domestiques, 20,5 % reçoivent leur visite tous les jours. Cette proportion change finalement peu suivant les différents groupes étudiés, sauf pour les personnes dépendantes. En effet, plus de la moitié des personnes dépendantes bénéficient du passage quotidien d'un professionnel contre 13,4 % pour les autonomes.

Relation entre bénéficiaire ou non de l'aide ménagère et avoir ou non des difficultés pour faire son ménage

	Difficultés pour le ménage	Aucune difficulté pour le ménage
Bénéficie de l'aide ménagère	15,7	2,1
Ne bénéficie pas de l'aide ménagère	84,3	97,9
Total	100	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

	Bénéficie de l'aide ménagère	Ne bénéficie pas de l'aide ménagère
Difficultés pour le ménage	69,2	25,8
Aucune difficulté pour le ménage	30,8	74,2
Total	100	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

IX. Les revenus

IX.1 Montant des revenus des personnes âgées

Répartition des personnes selon le revenu mensuel déclaré

	< 5 000 francs	Entre 5 000 et 7 499 francs	> 7 500 francs	Total
Ensemble	35,6	31,3	33,1	100
65-74 ans	27,0	33,7	39,3	100
75 ans et plus	47,8	27,9	24,3	100
85 ans et plus	62,7	26,3	11,0	100
Hommes	19,8	36,2	44,0	100
Femmes	46,7	27,8	25,5	100
Dépendants	41,1	41,0	17,9	100
Semi-dépendants	39,5	44,5	15,1	100
Autonomes	34,0	30,1	35,8	100
Milieu urbain	35,1	26,2	38,7	100
Milieu rural	36,1	36,8	27,0	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Le moindre taux de réponse à cette question rend plus difficile son interprétation. En effet, seulement 57,1 % des personnes enquêtées ont indiqué dans quelle tranche se situaient les revenus de leur ménage, c'est-à-dire leurs propres revenus ainsi que ceux de leur conjoint. Les chiffres présentés dans ce tableau sont donc à prendre en compte avec précaution.

La répartition des revenus des personnes âgées met en évidence de fortes disparités. Ainsi, 35,6 % des enquêtés ayant répondu situent leurs revenus dans la tranche de revenus la plus basse (moins de 5 000 francs par mois et dont 15,2 % d'entre eux touchent même moins de 3 000 francs), 33,1 % dans la tranche la plus élevée (plus de 7 500 francs par mois), et 31,3 % dans la tranche intermédiaire (entre 5 000 et 7 500 francs par mois).

Les femmes ont des revenus très nettement inférieurs aux hommes, près de la moitié d'entre elles déclarent des revenus inférieurs à 5 000 francs contre 19,8 % des hommes, mais il faut bien évidemment tenir compte du fait qu'elles sont plus souvent seules (sans compter les pensions de réversion lorsqu'elles n'ont pas travaillé elles-mêmes).

Les personnes les plus âgées et dépendantes déclarent également des revenus beaucoup plus faibles que les autres. Plus de six personnes sur dix perçoivent moins de 5 000 francs par mois quand elles ont 85 ans ou plus.

IX.2 Les types de revenus

Proportion des personnes selon le régime de retraite auquel elles appartiennent

	Ensemble	65-74 ans	75 ans et +	85 ans et +	Hommes	Femmes	Dépds	Semi-dépds	Auto.
Régime général ⁶²	66,6	71,3	59,9	53,2	59	71,9	63,4	71,2	67,5
Régime agricole ⁶³	15,9	17,4	32,3	39,3	1,6	38,9	28,5	16,4	14,5
Régime des fonctionnaires	7,2	7,9	6,9	5,9	12,1	4,3	1,1	5,1	7,9
Régime des artisans ⁶⁴	2,5	3,5	2,1	1,2	4,5	1,8	0,4	1,6	2,4
Régime des commerçants ⁶⁵	3,7	3,2	1,2	0,0	3,2	1,8	3,7	2,2	3,6
Régime de la SNCF	1,6	1,2	2,6	4,6	1,5	2,0	3,0	0,2	1,7
Autres régimes ⁶⁶	2,5	0,5	1,6	2,5	0,2	1,5	0,0	3,4	2,4
Total	100	1,4	2,8	8,5	1,1	2,6	100	100	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Les deux tiers des personnes appartiennent au régime général de retraite (caisse primaire d'assurance maladie), 15,9 % à la mutualité sociale agricole comme régime de retraite. Les autres régimes cités sont les régimes des fonctionnaires (7,2 %), des artisans (2,5 %), des commerçants (3,7 %), de la SNCF (1,6 %), et d'autres très diversifiés (2,5 %).

Les personnes dépendantes sont plus nombreuses que les autres à appartenir au régime de retraite agricole (28,5 % contre 14,6 % des autonomes). À l'inverse, la proportion de personnes citant le régime des fonctionnaires et le régime des artisans est moins élevée chez les dépendantes que chez les autonomes (respectivement 1,1 % contre 7,9 % et 0,4 % contre 2,4 %).

L'âge joue également un rôle important. En effet plus les personnes sont âgées moins elles appartiennent au régime général et plus au régime agricole ou des commerçants. Le sexe est aussi source de différence pour le régime de retraite : les femmes sont plus nombreuses à appartenir au régime général que les hommes.

Proportion des personnes percevant d'autres revenus que la retraite

	Ensemble	65-74 ans	75 ans et +	85 ans et +	Hommes	Femmes	Dépds	Semi-dépds	Auto.
Perçoit un autre revenu	42,8	36,4	52,0	64,2	25,5	55,0	40,2	41,6	42,9
dont Pension de réversion	23,5	17,4	32,3	39,3	1,6	38,9	20,4	26,8	23,5
Loyer	7,5	7,9	6,9	5,9	12,1	4,3	7,2	5,7	7,8
Rente	2,9	3,5	2,1	1,2	4,5	1,8	0,6	2,3	3,0
Activités	2,3	3,2	1,2	0,0	3,2	1,8	10,0	0,6	2,2
ACTP ⁶⁷	1,8	1,2	2,6	4,6	1,5	2,0	26,4	0,4	0,6
FNS	1,0	0,5	1,6	2,5	0,2	1,5	0,4	1,9	0,6
Pension de guerre	0,8	0,6	1,2	3,0	0,7	1,0	0,2	0,6	0,8
Placements	0,7	0,6	0,7	0,6	1,1	0,3	0,0	1,3	0,6
PSD ⁶⁸	0,6	0,4	0,8	0,7	0,0	0,9	9,3	0,3	0,0
Autres	2,0	1,4	2,8	8,5	1,1	2,6	1,1	2,1	1,8

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

⁶² Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

⁶³ Mutualité sociale agricole (MSA).

⁶⁴ Assurance vieillesse des artisans (AVA).

⁶⁵ ORGANIC.

⁶⁶ RATP, EDF, PTT, CRPCEN, CREA, CAMAVIC, CARMF, ONP.

⁶⁷ Allocation compensatrice tierce personne.

⁶⁸ Prestation solidarité dépendance.

Plus de 40 % des personnes âgées perçoivent d'autres revenus que la retraite. Près d'un quart des personnes en effet touche une pension de réversion, 7,5 % un loyer et 2,9 % une rente. 1 % des personnes interrogées seulement bénéficie du fond national de solidarité (FNS). Une personne sur deux cents déclare être bénéficiaire de la prestation solidarité dépendance.

Plus les personnes sont âgées, plus elles perçoivent un autre revenu et notamment une pension de réversion. Mais cet effet de l'âge est en grande partie lié au sexe. En effet, ce sont les femmes qui perçoivent de façon majoritaire un autre revenu et ce sont elles qui pratiquement exclusivement touchent une pension de réversion. À l'inverse, les hommes sont trois fois plus nombreux à percevoir un loyer, à avoir une rente, ou des placements ; ils sont aussi plus nombreux à être encore partiellement en activité. Les personnes dépendantes sont naturellement pratiquement les seules à toucher une allocation compensatrice tierce personne (26,4 %) et la prestation solidarité dépendance (9,3 %).

Répartition des personnes percevant une retraite et/ou d'autres revenus⁶⁹

	Retraite + autres revenus	Seulement retraite	Seulement autres revenus	Total
Ensemble	37,8	56,4	5,8	100
65-74 ans	33,1	62,5	4,4	100
75 ans et plus	44,5	47,6	8,0	100
85 ans et plus	51,1	35,3	13,6	100
Hommes	25,0	74,3	0,7	100
Femmes	46,8	43,8	9,5	100
Dépendants	37,5	59,8	2,7	100
Semi-dépendants	34,3	57,5	8,1	100
Autonomes	38,8	56,3	5,0	100
Milieu urbain	36,2	56,9	6,9	100
Milieu rural	39,4	55,9	4,7	100

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Plus de neuf personnes sur dix perçoivent une retraite. Cela varie un peu suivant l'âge : les plus âgés sont un peu moins nombreux. Cela varie plus suivant le sexe. Si les hommes sont près de 100 % à en toucher, les femmes sont neuf sur dix. Plus de la moitié (56,4 %) des personnes enquêtées perçoit uniquement une retraite comme revenu. 5,8 % ne touchent pas de retraite mais d'autres revenus (principalement une pension de réversion). 37,8 % perçoivent à la fois une retraite et d'autres revenus comme une pension de réversion, un loyer, une rente...

Cependant la répartition des revenus entre retraite et "autres revenus" varie beaucoup en fonction de l'âge, du sexe et du degré de dépendance. Les trois quarts des hommes perçoivent uniquement une retraite contre un peu plus de 40 % des femmes. Les revenus des personnes âgées de 85 ans et plus, essentiellement de sexe féminin, se composent le plus souvent d'une retraite, mais aussi d'autres revenus. À l'inverse, les 65-74 ans sont peu nombreux à percevoir d'autres revenus.

⁶⁹ Pension de réversion, loyer, activités, FNS, pension de guerre ou placements.

IX.3 Les impôts sur le revenu

Proportion des personnes déclarant payer des impôts sur le revenu

	Personnes imposables
Ensemble	44,1
65-74 ans	49,7
75 ans et plus	36,1
85 ans et plus	27,9
Hommes	53,3
Femmes	37,7
Dépendants	25,8
Semi-dépendants	28,3
Autonomes	47,1

Source : ORS Picardie-Esacovi 99

44,1 % des personnes interrogées déclarent payer des impôts sur le revenu. Néanmoins, la part des personnes imposables diminue avec l'âge et le degré de dépendance. 27,9 % des personnes de 85 ans et plus payent des impôts contre 49,7 % des 65-74 ans, et 25,8 % des dépendantes contre 47,1 % des autonomes. La proportion de personnes imposables est plus élevée parmi les hommes (53,3 %) que parmi les femmes (37,7 %), ce qui est tout à fait logique compte tenu de la répartition des revenus vue au paragraphe IX.1.

Huit personnes déclarent prendre en charge une personne de 60 ans et plus sur le plan financier ou matériel, vingt-neuf, une personne de moins de 60 ans. Neuf personnes prennent en charge plusieurs personnes qui ont toutes moins de 60 ans.

D. L'ANALYSE FACTORIELLE

I. Variables retenues

Cette étude ne porte que sur quelques variables pertinentes du fichier et non pas l'ensemble des variables, le but d'une analyse en composantes multiples étant de résumer la masse d'informations recueillie dans une enquête. L'analyse des correspondances multiples et la partition en classes, deux méthodes d'analyse de données, sont réalisées grâce au logiciel SPADTM.

Certains individus qui n'avaient pas répondu à toutes les questions ont dû être supprimés du fichier de l'étude factorielle car les "non-réponses" risquaient de contribuer trop fortement à la formation des axes. En effet, dans une analyse en composantes multiples, supprimer des individus dont les réponses au questionnaire sont incomplètes est une perte d'information qui n'est pas très regrettable si le nombre d'individus est très grand (plus de 1 000) et les non-réponses rares. On se prive ici de 17 individus sur les 1 154. Ainsi, cette étude a été réalisée sur un fichier comprenant 1 137 individus et 15 variables.

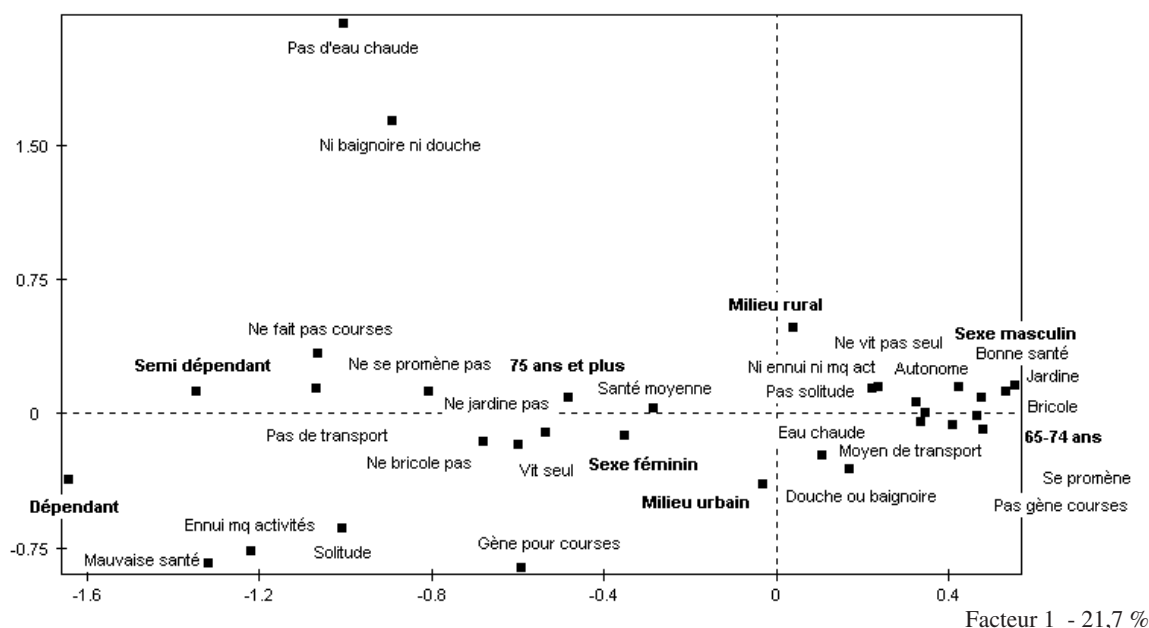
Pour construire l'espace factoriel et la classification présentés dans ces pages, les quinze variables retenues et leurs modalités sont les suivantes :

- Le sexe (homme / femme) ;
- L'âge (65-74 ans / 75 ans et +) ;
- Le groupe de dépendance (dépendants / semi-dépendants / autonomes) ;
- La cohabitation (vivre seul / ne pas vivre seul) ;
- La solitude (éprouve de la solitude / n'éprouve pas de solitude) ;
- Le type de commune (rurale / urbaine) ;
- Bricoler (bricoler / ne pas bricoler) ;
- Jardiner (jardiner / ne pas jardiner) ;
- Les promenades (faire des promenades / ne pas faire de promenades) ;
- L'ennui ou le manque d'activité (s'ennuie ou manque d'activité / ne s'ennuie pas ou ne manque pas d'activité) ;
- La gêne des courses (est gêné pour faire les courses / n'est pas gêné pour faire les courses / n'a pas à faire les courses) ;
- La locomotion (dispose d'un moyen de transport / ne dispose pas de moyen de transport) ;
- La douche ou baignoire (dispose d'une douche ou d'une baignoire / n'a ni douche, ni baignoire) ;
- L'eau chaude (dispose de l'eau chaude / ne dispose pas de l'eau chaude) ;
- L'état de santé (bon ou très bon / moyen / mauvais ou très mauvais).

II. Interprétation des résultats

Représentation graphique de l'analyse factorielle (axes 1 et 2)

Facteur 2 - 9,3 %



Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Le premier axe oppose les personnes âgées gênées pour faire des activités physiques et ne disposant pas de moyen de locomotion, à celles qui ont un moyen de transport et peuvent réaliser des activités sans éprouver de difficultés.

En effet, les variables "gêne courses", "locomotion", "bricoler" et "groupe de dépendance" contribuent fortement à la formation du premier axe et représentent bien cet axe. Les variables "jardiner", "promenades", "ennui ou manque d'activité", mais aussi "état de santé" et "âge" contribuent également à la création de l'axe 1.

D'un côté, on retrouve les personnes âgées qui peuvent réaliser des activités "physiques" comme bricoler, jardiner ou faire leurs courses, se déplacer en automobile, en deux-roues ou en bus. Celles-ci sont généralement en bonne santé, âgées de 65-74 ans et sont considérées comme autonomes.

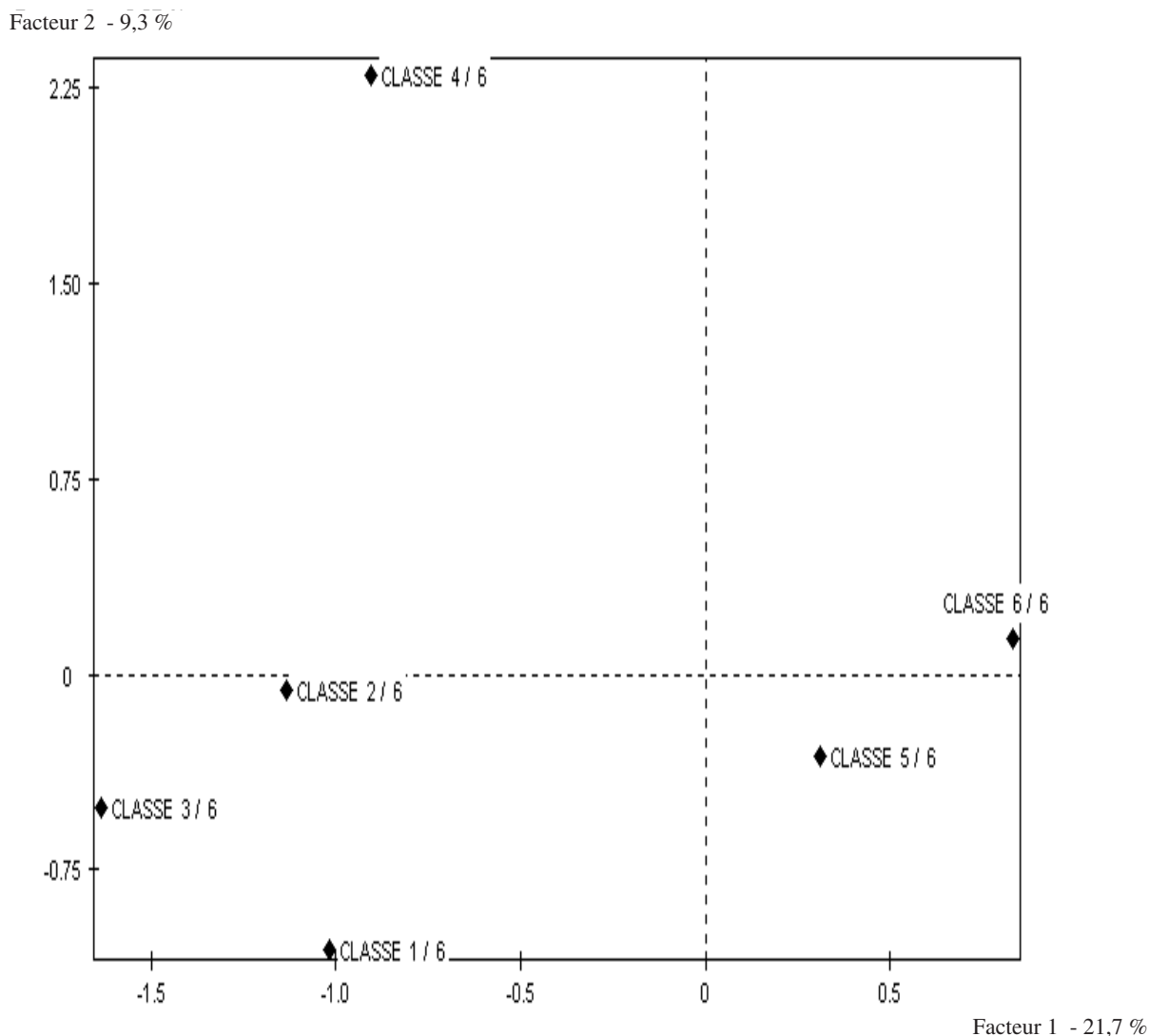
De l'autre côté, se situent les personnes âgées qui n'ont pas d'activités telles que jardiner, bricoler ou se promener ; celles-ci ne disposent pas de moyens de transport et leurs courses sont faites par un tiers. Ces personnes sont plutôt âgées de 75 ans et plus, sont dépendantes ou semi-dépendantes et déclarent ne pas être en bonne santé. Ainsi, le premier axe met globalement en évidence l'opposition entre la dépendance et l'autonomie des personnes âgées.

Le deuxième axe rend compte de l'équipement sanitaire du logement de la personne âgée : les individus disposant d'eau chaude et d'une douche ou d'une baignoire s'opposent à ceux dépourvus de ces équipements sanitaires fondamentaux. Cet axe rend compte également, mais dans une moindre mesure, du type de commune, opposant le rural à l'urbain, les logements urbains étant souvent mieux équipés au niveau sanitaire.

Enfin, le troisième axe (non représenté) oppose les personnes de sexe féminin, vivant seules et déclarant souffrir de solitude à celles de sexe masculin, qui partagent leur logement avec quelqu'un (principalement le conjoint).

Les éléments d'une même classe se ressemblent vis-à-vis de l'ensemble des critères choisis pour les décrire. Il reste maintenant à préciser quels sont les critères qui sont à l'origine des regroupements observés. Nous avons choisi d'opérer une partition en six classes.

Positionnement des six classes au sein du premier plan factoriel



Source : ORS Picardie-Esacovi 99

Classe 1 : les femmes âgées semi-dépendantes souffrant de solitude

La classe 1 correspond à des personnes de sexe féminin, relativement âgées et semi-dépendantes (pouvant nécessiter une aide partielle pour certaines activités de la vie quotidienne). Vivant plus fréquemment seules, elles déclarent souffrir de solitude et d'ennui. Elles ne pratiquent pas d'activités telles que le bricolage, le jardinage et vont peu se promener. En outre, ces personnes ne disposent pas de moyen de transport. Enfin, elles s'estiment plus fréquemment en moyenne, voire en mauvaise santé.

Classe 2 : les femmes âgées semi-dépendantes ne souffrant pas de solitude

Les personnes appartenant à la classe 2 sont également des femmes de 75 ans et plus, semi-dépendantes, ne pratiquant pas d'activités (promenade, bricolage, jardinage, courses). Elles s'estiment, comme celles de la première classe, souvent en moyenne, voire en mauvaise santé et ne disposent pas de moyen de transport. Elles se distinguent cependant quelque peu des membres de la première classe dans la mesure où elles apparaissent ne pas souffrir de solitude.

Classe 3 : les dépendants

La troisième classe regroupe les personnes les plus âgées (75 ans et plus), très dépendantes et ne pratiquant, de ce fait, aucune activité telle que le bricolage, le jardinage ou encore les promenades. Ces personnes ne semblent pas se distinguer de l'ensemble de la population concernant les caractéristiques sanitaires de leur logement et le lieu d'habitation (rural ou urbain).

Classe 4 : les personnes âgées sans confort

C'est en revanche le cas des personnes appartenant à la quatrième classe. Leur logement se caractérise, en effet, par l'absence d'équipements sanitaires élémentaires (ni eau chaude, ni baignoire, ni douche). Ces personnes âgées de 75 ans et plus vivent souvent seules en zone rurale et ne disposent pas de moyens de transport. Leurs activités sont relativement limitées. Enfin, elles sont semi-dépendantes et leur état de santé est jugé moyen.

Classe 5 : les femmes les plus jeunes en zone urbaine

La classe 5 est constituée essentiellement de femmes autonomes, âgées de 65 à 74 ans s'estimant en bonne santé. Ces dernières vivent fréquemment en milieu urbain où elles bénéficient d'un logement bien équipé (eau chaude et baignoire ou douche). Elles vivent assez souvent seules, mais ne semblent pas souffrir de solitude ou d'ennui. Elles pratiquent, en effet, un certain nombre d'activités d'extérieur (principalement des promenades) et n'éprouvent aucune gêne à faire leurs courses.

Classe 6 : les hommes les plus jeunes en zone rurale

Enfin, la dernière classe est plutôt masculine. Elle distingue, en effet, les hommes âgés de 65 à 74 ans, autonomes et s'estimant en bonne santé. Contrairement aux membres du groupe précédent, les personnes de ce groupe vivent plus fréquemment en zone rurale où elles bénéficient également d'un logement bien équipé (eau chaude et douche ou baignoire). Elles ne vivent pas seules et pratiquent un grand nombre d'activités d'intérieur (bricolage) ou d'extérieur (jardinage, promenade). Elles ne souffrent ni de solitude, ni d'ennui. Elles disposent, enfin, de moyen de transport et n'éprouvent aucune gêne pour faire leurs courses.

E. SYNTHÈSE ET DISCUSSION

I. Les personnes âgées et leur réseau relationnel

On distingue dans la prise en charge des personnes âgées en incapacité vivant à domicile, deux grands types d'aide : l'aide professionnelle assurée par du personnel formé et rémunéré et l'aide informelle assurée le plus souvent par l'entourage familial.

Les personnes susceptibles d'apporter aux personnes âgées une aide informelle sont les voisins, les amis et beaucoup plus souvent les membres de la famille. Ces différentes personnes constituent un réseau de proches assimilables à un "potentiel de ressources" dont il apparaît intéressant de faire l'inventaire.

Les premières personnes qui peuvent apporter de l'aide à la personne âgée sont celles qui cohabitent avec elle. Dans l'enquête, 63 % des personnes âgées ne vivent pas seules. Si l'on observe la différence entre les hommes et les femmes, on constate que 82 % des hommes ne vivent pas seuls contre 49 % des femmes. Cette différence est liée à la surmortalité masculine qui se traduit également par quatre fois plus de veuves que de veufs : 53 % contre 13 %. Les hommes mariés (ou concubins) sont six fois plus nombreux que les veufs.

Parmi les personnes qui ne vivent pas seules, c'est principalement leur conjoint qui partage leur vie. En effet, ce n'est que dans 13 % des cas que la personne âgée vit avec une autre personne que son conjoint, principalement un enfant.

Dans l'article intitulé "aide aux personnes vieillissantes", S. Clément et collaborateurs analysent l'organisation et les modalités de l'aide informelle selon les partenaires concernés. Ils constatent que le conjoint joue un rôle clé dans la prise en charge de son partenaire handicapé. Les enfants viennent immédiatement après le conjoint lorsque celui-ci ne suffit plus dans le soutien de la vieille personne mariée. Le veuvage précipite l'engagement des enfants lorsqu'ils sont disponibles.

Dans l'enquête, pour la tranche d'âge des 65-74 ans, 64 % des personnes auraient recours à leur conjoint (voire un frère ou une sœur) en cas de problème de santé et un quart à leur enfant (ou à un neveu ou une nièce). Pour la tranche d'âge 75 ans et plus, elles seraient 44 % à avoir recours à leur enfant en cas de problème de santé (58 % pour les 85 ans et plus). Ces chiffres illustrent les constats précédents.

La proximité géographique des membres de la famille détermine grandement les possibilités de soutien. Parmi les personnes âgées des deux cantons de l'étude, 65 % ont de la famille (enfants ou autres membres) à proximité, c'est-à-dire résidant dans la même commune. Les personnes isolées familialement (personnes vivant seules et n'ayant pas de famille dans leur commune de résidence) représentent 11 % des personnes âgées.

La notion d'aide est difficile à définir dans un contexte de relations qui ont toujours existé. Par exemple, les couples ont appris à prendre de l'âge ensemble : dans les moments de faiblesse de l'un ou de l'autre (maladies, difficultés diverses), des manières de se soutenir ont été mises à l'épreuve. À partir de quel moment peut-on affirmer que c'est la vieillesse du conjoint qui demande à être soutenue... ? Du côté des enfants, quand il y en a, à partir de quand l'aide bascule-t-elle dans un seul sens, alors que, jusque-là, on a pu parler surtout d'entraide des deux générations ?

La prise en charge familiale d'une personne âgée dépendante ne se réalise jamais sur un terrain vierge. Elle s'inscrit dans la continuité de systèmes relationnels construits de longue date. Ces systèmes relationnels s'organisent autour de trois grands types d'interactions :

- les interactions aidants-aidés : elles renvoient à une histoire commune, faite de passif et/ou d'actif, tissée dans la longue durée. Lors des débuts du handicap de l'aidé, cette histoire va peser lourdement sur la nature de l'aide ;

- les interactions entre l'aidant principal et les autres aidants potentiels : comment un protagoniste particulier se retrouve, au sein de la famille, "désigné" comme aidant principal ?

- les interactions entre l'aidant principal et son propre réseau relationnel familial, professionnel, amical... La situation d'aide implique de la part de l'aidant des négociations, des arbitrages plus ou moins difficiles, pour concilier son rôle d'aidant et sa propre vie familiale et professionnelle.

L'échange d'aides bilatéral a été mis en évidence dans l'enquête. Si les personnes âgées reçoivent des aides de la part de leur entourage, elles jouent également le rôle d'aidants. La moitié des personnes âgées bénéficie de visites quotidiennes de la part de l'entourage et 40 % de visites hebdomadaires. Un quart des personnes déclare aider une personne plus âgée et 30 % un jeune de moins de trente ans. Cette aide décroît toutefois avec l'avancée en âge.

Dans la plupart des situations d'aide au domicile, et quel que soit le degré d'intervention des professionnels, c'est l'entourage familial qui assure la permanence dans la responsabilité d'aide et qui constitue le pivot du réseau.

En matière d'analyse gérontologique et d'évaluation des besoins, il apparaît désormais nécessaire d'élargir le champ d'observation, de ne pas le limiter à la personne âgée dépendante et de prendre en compte la ou les personnes aidantes.

Si le concept de "fardeau", de "charge", mis au point aux États-Unis, induit un jugement de valeur, il permet cependant de décrire et de synthétiser l'ensemble des conséquences que l'activité d'aide a entraîné sur la vie de l'aidant. Il s'avère que c'est la santé de l'aidant qui détermine la durée du maintien au domicile et que l'entrée en institution dépend plus de la volonté de l'aidant que de l'incapacité de la personne aidée.

Le rôle des aidants informels est essentiel, ce sont eux qui connaissent la personne aidée, et qui peuvent être en cela les médiateurs principaux entre la personne dépendante et l'aide professionnelle.

Leur rôle dans le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes semble être primordial. Compte tenu de la charge qui pèse parfois sur l'aidant, la relation aidé-aidant peut rompre. Pour éviter cette rupture, l'aide à la personne âgée dépendante est importante, mais le soutien de l'aidant est tout aussi capital.

Dans l'enquête, il est intéressant de noter que si 6 % des personnes âgées bénéficient de la visite d'une personne bénévole, elles sont un quart à appeler de leurs vœux une telle compagnie⁷⁰.

⁷⁰ La question était "si vous ne bénéficiez pas de la visite de bénévole, souhaiteriez-vous que des personnes disponibles rendent visite aux personnes âgées, leur tenir compagnie, leur faire la lecture ?".

II. L'état de santé

II.1 Les incapacités

Comme on l'a vu dans la première partie, la conception dominante de la dépendance des personnes âgées est construite sur le déficit : le point de départ est la présence chez un sujet d'altérations physiques et/ou mentales (déficiences) ; lorsqu'elles donnent lieu à des réductions de capacités ou à une incapacité à effectuer une ou plusieurs activités de la vie courante (activités domestiques, activités de soins corporels, déplacements, etc.), l'aide est alors nécessaire : la personne est dépendante.

Dans l'enquête, l'incapacité des personnes âgées a été étudiée à travers :

- l'aide nécessaire pour accomplir les activités élémentaires de la vie quotidienne (toilette, alimentation, habillement et hygiène de l'élimination urinaire et anale) ;
- les activités instrumentales de la vie quotidienne (cuisine, ménage et courses) ;
- l'aide nécessaire pour les déplacements ;
- le groupe de dépendance tel qu'il a été défini pour cette étude. À partir des données recueillies, un classement a été effectué par groupe iso ressource et des groupes de dépendance ont été créés : groupe "dépendant" (groupe iso ressource 1, 2, 3, 4), groupe "semi-dépendant" (groupes iso ressource 5 et 6B et 6C) et groupe "autonome" (groupe iso ressource 6A).

La prévalence des incapacités augmente avec l'âge. Par exemple, 99 % des 65-74 ans assurent seuls les déplacements dans leur domicile, contre 89 % des 85 ans et plus. De même, 99 % des 65-74 ans mangent et se servent un repas seuls, contre 88 % des 85 ans et plus.

Cependant, quel que soit le groupe d'âge, la majorité des personnes n'a pas besoin d'aide pour les activités élémentaires de la vie quotidienne (toilette, alimentation, habillement et hygiène de l'élimination urinaire et anale).

Dans l'enquête, 83,0 % des personnes sont classées dans le groupe "autonome", 12,5 % dans le groupe "semi-dépendant" et 4,5 % dans le groupe "dépendant" (personnes nécessitant des aides quotidiennes, voire pluriquotidiennes). Ce qui, appliqué à la population des deux cantons de l'étude, permet d'estimer entre 620 et 770 personnes semi-dépendantes ou dépendantes pour les deux cantons.

Trois enquêtes récentes permettent d'avoir des informations sur la dépendance pour les activités élémentaires et instrumentales de la vie quotidienne. Il s'agit d'enquêtes locales et régionales : l'enquête Paquid réalisée par l'Inserm en 1988 dans la région Aquitaine, l'enquête de Lunel réalisée par l'ORS Languedoc-Roussillon et l'Inserm dans deux bassins gérontologiques et l'enquête conditions de vie des Parisiens réalisée par l'ORS Île-de-France et l'Inserm dans la ville de Paris. Les deux premières concernent les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile, la dernière celles de 70 ans et plus vivant à domicile.

Pour les items habillage, toilette, alimentation, faire les courses, les pourcentages observés dans l'enquête réalisée en Somme sont proches de ceux observés dans les autres études. Par contre, les proportions de personnes pour effectuer le ménage (petit ou gros) diffèrent quelque peu. Les différences observées sont cependant à mesurer avec prudence car si les lieux géographiques ont une importance, les différences démographiques sont également essentielles, voire éventuellement les définitions utilisées.

	Enquête Paquid 1988	Enquête de Lunel 1994	Enquête conditions de vie des parisiens 1995	Enquête de Saint-Valery 1999
	A	B	C	D
Nature de l'incapacité	% de personnes dépendantes 65 ans et plus	% ayant besoin de l'aide d'un tiers 65 ans et plus	% de personnes ayant besoin d'aide 70 ans et plus	% de personnes ayant besoin d'aide 65 ans et plus

Activités élémentaires de la vie quotidienne

Pourcentage de personnes étant aidées partiellement ou totalement

	A	B	C	D ⁷¹
Toilette	3,3%	7,3%	5,7%	5,0%
Habillage	3,1%	7,2%	5,1%	5,3%
Alimentation	0,4%	2,9%	2,0%	3,6%

Activités instrumentales de la vie quotidienne

Pourcentage de personnes étant aidées partiellement ou totalement

	A	B	C	D ⁷¹
Faire les courses		12,6%	11,2%	12,5%
Petit ménage		10,9%	8,2%	6,8%
Gros ménage		24,0%	28,0%	29,3%

Sources : Inserm, ORS Île-de-France, ORS Languedoc-Rousillon et ORS Picardie-Esacovi 99

II.2 Les troubles sensoriels

Audition

L'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux réalisée en France en 1991, trouve une prévalence des hypoacusies et surdité de 25 % pour les hommes et de 18 % pour les femmes de 65 ans et plus. On constate en France entre 1970 et 1991 une augmentation continue de leur fréquence chez les plus de 65 ans. Dans l'enquête, 14 % des personnes de 65 ans et plus déclarent présenter des troubles auditifs d'importance moyenne ou sévère. On note que l'âge est un facteur important : à partir de 85 ans, 36 % des personnes ont une gêne moyenne ou sévère, ce qui représente une proportion quatre fois plus importante qu'entre 65 et 74 ans.

Vision

Le risque de cécité est dix fois plus élevé après 65 ans et 20 fois plus après 75 ans que chez les personnes plus jeunes. Les données montrent que les incapacités dues aux maladies oculaires ont progressé en France entre le début des années quatre-vingt et le début des années quatre-vingt-dix alors que celles dues aux autres causes (à l'exception des maladies mentales) sont en régression ou restent stables.

Dans les deux cantons de l'étude, 13 % des personnes âgées ont une gêne moyenne ou sévère. L'âge est également un facteur important : à partir de 85 ans, 38 % des personnes ont une gêne, contre 7 % entre 65 et 74 ans.

⁷¹ Les résultats présentés ici peuvent être légèrement différents de ceux de la partie C car ils n'ont pas été redressés sur la population. De plus, certaines variables ont été recomposées.

II.3 Le recours aux soins

Médecin généraliste

La quasi-totalité (près de 100 %) des personnes âgées déclarent être suivie par un médecin généraliste. Celui-ci est certainement un personnage clé de la vie des personnes âgées. Les médecins connaissent les personnes âgées et peuvent moduler constamment les aides en fonction des besoins de chacun.

Les trois quarts des personnes enquêtées consultent leur médecin une fois par mois. Elles sont 21 % à le consulter moins d'une fois par mois et 3 % plus d'une fois par mois.

En France, le nombre moyen annuel de recours aux médecins est passé de 3,5 recours par individu en 1970 à 5,2 en 1980 et à 6,4 en 1991. En ce qui concerne les personnes âgées de 60 ans et plus, ce nombre moyen est passé de 5,9 en 1970 à 8,4 en 1980 et à 10,4 en 1991.

Les médicaments

En France, dans toutes les enquêtes sur la consommation médicale des personnes âgées, qu'elles aient été effectuées en milieu institutionnel ou ambulatoire, on retrouve la prépondérance des médicaments à destinée cardio-circulatoire. Dans ces enquêtes, les psychotropes et les médicaments rhumatologiques se situent le plus souvent en seconde et en troisième positions. Dans l'enquête, plus de neuf personnes sur dix (92 %) suivent un traitement médical.

Parmi les personnes qui suivent un traitement médical, 55 % prennent de 1 à 4 médicaments par jour et 45 % 5 médicaments ou plus.

On retrouve en première position les médicaments cardio-circulatoires ; les médicaments rhumatologiques ressortent en seconde position, puis viennent les médicaments du diabète et les psychotropes.

Hospitalisation

Dans l'enquête, près du quart (24 %) des personnes âgées a été hospitalisé au cours des douze derniers mois. Une enquête a été réalisée en Île-de-France en 1982 par l'ORS et l'Inserm auprès d'un échantillon représentatif de personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile. Cette enquête trouvait 16 % d'hospitalisations au cours des douze derniers mois. L'étude "Situation des personnes âgées vivant à domicile" réalisée en 1994 dans le bassin gérontologique de Lunel (cf. p. 103) comptait 22 % de personnes âgées hospitalisées au cours des douze derniers mois.

Il est difficile de comparer de façon brute ces pourcentages qui concernent des populations vivant dans des zones géographiques différentes et où l'offre de soins n'est pas comparable. Plus intéressante est l'évolution dans le temps. Le nombre d'hospitalisations⁷² pour 100 personnes au cours des douze derniers mois précédant l'enquête santé, est passé en France, entre 1970 et 1980 de 7,7 à 12,6 pour la tranche d'âge 60-69 ans, de 9,0 à 16,5 pour les 70-79 ans et de 7,8 à 22,2 pour les 80 ans et plus.

D'après une enquête effectuée en Aquitaine en 1987, la durée de séjour d'une personne âgée à l'hôpital peut être décomposée en un temps médical et un séjour social. Les résultats de l'étude mettent en évidence une variabilité de la durée de séjour en fonction, bien sûr, du diagnostic principal mais également en fonction de facteurs sociaux. Certains sont liés aux patients : le fait d'habiter seul, mais également les événements survenus dans l'entourage peu avant l'hospitalisation tendent à allonger la durée de séjour, alors que la vie en milieu rural a un effet protecteur. D'autres sont liés aux structures de soins. La structure de soins où se trouve hospitalisé

⁷² Les données par classe décennale de l'enquête santé 1990 à ne sont pas disponibles.

le patient influe sur la durée de séjour totale et celle dont il aura besoin après sa sortie du court séjour influe sur le délai d'attente.

Dans l'enquête, près du quart des personnes hospitalisées au cours des douze derniers mois qualifie de difficile le retour au domicile. Cette proportion atteint 30 % chez les femmes hospitalisées contre 14 % chez les hommes. Cette différence est en partie explicable d'une part par le fait que les femmes vivent plus souvent seules que les hommes et d'autre part parce que les femmes qui ne vivent pas seules ont un conjoint plus âgé auprès duquel elle assure le rôle d'aidant.

Enfin, il faut bien mesurer que le départ du domicile constitue un vrai problème ignoré (volontairement ou non) de la personne âgée. Ainsi quant on demande aux personnes âgées où elles iraient en cas de problèmes de santé empêchant leur maintien au domicile, plus de la moitié (56 %) répondent qu'elles ne sauraient pas où aller.

III. L'habitat

Si moins de 1 % des personnes âgées ne dispose pas d'eau courante, elles sont tout de même 9 % à ne pas avoir d'eau chaude, 12 % à ne pas disposer de WC dans leur logement et près de 15 % à n'avoir ni douche, ni baignoire.

Près de la moitié (46 %) des personnes âgées doit emprunter des escaliers à l'intérieur de leur logement et près du tiers pour entrer dans le logement. Par ailleurs si les logements des personnes âgées sont généralement équipés d'un chauffage individuel (99 %), ce chauffage nécessite des manipulations pour le fonctionnement dans plus d'un quart des cas. Les combustibles les plus utilisés sont le mazout et le gaz puis le charbon, le bois et l'électricité.

Quand on interroge les personnes âgées sur leurs souhaits en matière d'amélioration de l'habitat, elles sont 16 % à désirer des aménagements pour leur domicile. Les aménagements souhaités sont par ordre décroissant : l'isolation, le chauffage, l'installation de WC dans le logement, l'eau chaude et des travaux de toiture. Ce constat global cache cependant des disparités importantes suivant que les personnes âgées disposent ou non du confort minimal. Ainsi plus de 8 personnes sur 10 qui n'ont pas l'eau chaude la désirent ; de même pour celles qui n'ont pas de WC. Les travaux d'isolation sont alors pour ces personnes nettement moins demandés.

L'amélioration des capacités fonctionnelles des personnes âgées passe par la mise en place d'aides mais également par l'aménagement du domicile et plus largement de l'environnement (habitat, accès aux transports). À déficience égale, l'environnement peut augmenter ou diminuer le handicap.

IV. Les services d'aide à domicile

Toute décision de recours à un service d'aide est la résultante d'un processus complexe qui peut être divisé en différents épisodes : reconnaissance du problème, recueil d'informations, choix et mise en œuvre d'une solution.

La demande de service gérontologique résulte ainsi d'un ensemble d'interactions entre les personnages concernés (personne âgée, entourage familial, médecin, amis...) Cette demande est sociale et pas seulement fonctionnelle.

IV.1 Reconnaissance du problème

Dans l'enquête, la mesure de l'incapacité repose sur une auto-évaluation, les questions posées demandaient aux personnes âgées si elles avaient besoin d'aide pour effectuer une série de tâches.

Mais que signifie avoir besoin d'aide ? Est-ce que cela signifie que la tâche ne saurait être accomplie sans l'aide d'un tiers même si elle est vitale (préparer les repas par exemple) ? Ou est-ce plus pratique d'être aidé, car le travail est effectué plus rapidement ?

L'aide va-t-elle soutenir la personne âgée dans un domaine où elle est déficitaire ou soutenir la famille qui, inquiète, cherche à se rassurer ?

Dans l'enquête, les femmes déclarent avoir plus de difficultés que les hommes pour réaliser les tâches ménagères : courses, petites tâches (repas, poussières, vaisselle, balayage, faire le lit ou la lessive) et grosses tâches (nettoyer les vitres, les sols ou les rideaux). Cette différence est en partie explicable par l'âge des femmes qui est plus élevé que celui des hommes et par le fait... que 86 % des hommes sont aidés pour la réalisation des tâches ménagères contre 52 % des femmes.

Si on regarde la provenance de l'aide pour les tâches ménagères, 65 % des hommes sont aidés par un "membre de leur famille de la même génération", c'est-à-dire la plupart du temps leur conjoint. Alors que, pour les femmes, l'aide pour les tâches ménagères provient de leur conjoint seulement dans 9 % des cas.

IV.2 Désir d'aide

Face à une offre de service, la demande apparaît très diversifiée et hétérogène : selon le profil de la personne âgée et de son environnement, une même incapacité suscitera des besoins variés et la personne âgée traduira sa demande en termes de réponse professionnelle de façon très diverse.

Dans l'enquête, 6 % des personnes âgées désirent bénéficier d'une aide ménagère et 9 % d'un service de transport.

IV.3 Connaissance des services

Certains services qui existent sont peu connus. Les services les plus connus sont l'aide ménagère (97 %), les services de soins à domicile (93 %) et le portage de repas (87 %). De façon générale, les services sont mieux connus lorsque les personnes sont plus concernées. Ainsi, le service de téléalarme est bien mieux connu des personnes les plus âgées (85 ans et plus) susceptibles d'en avoir le plus besoin.

IV.4 Aide professionnelle

Dans l'enquête, parmi les personnes éprouvant une difficulté pour les tâches ménagères, seulement 16 % bénéficient de l'aide ménagère. À l'inverse, parmi les personnes qui bénéficient de l'aide ménagère, 69 % éprouvent une difficulté pour les tâches ménagères et 31 % aucune difficulté. Il existe un décalage entre ces chiffres et on peut penser qu'ils révèlent une inadéquation entre les incapacités des personnes âgées et les services dont elles bénéficient. Cependant, une autre lecture de ces résultats est possible. À côté du service rendu, il y a la personne qui rend ce service. Certaines personnes âgées ne sont pas prêtes à ouvrir leur porte à des personnes étrangères à la famille. D'autres voient dans l'aide ménagère une compagnie, des liens avec l'extérieur. Tout ce qu'amène l'aide ménagère en dehors du ménage peut être appréhendé par les 31 % de personnes qui déclarent ne pas éprouver de difficulté pour le ménage et qui bénéficient de ce service.

J.-C. Henrard conclue un chapitre sur la dépendance des personnes âgées par cette constatation : *"l'autonomie de chacun est la résultante d'interdépendances affectives, économiques et sociales. La dépendance signifie en fait que tout ce qu'une personne accomplit n'a de sens que par celui que les autres, des générations actuelles, lui attribuent. L'interdépendance entre les hommes est alors essentielle pour la continuation des sociétés humaines. D'un point de vue pratique, oublier que les personnes physiquement dépendantes sont également dépendantes dans les autres dimensions, c'est négliger les besoins correspondants et risquer la survenue de troubles affectifs et psychologiques, source d'aggravation de la dépendance physique. Cette surdépendance générée par une réponse réductrice peut compromettre définitivement l'autonomie des personnes âgées, c'est-à-dire leur liberté de choisir leur mode de vie même quand elles sont physiquement dépendantes".* (Grand âge et santé publique, ENSP, 1999).

Dans l'enquête, les personnes âgées ont exprimé leur souhait en matière d'aide à domicile, mais également leur désir de visites de bénévoles à leur domicile et de services de transport.

F. CONCLUSION

Conclusion

Cette enquête en population apporte un certain nombre d'éclairages sur les conditions de vie des personnes âgées de 65 ans et plus résidant dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin.

Cantons parmi les plus âgés du département, et de la région Picardie, au recensement de 1990 (Insee), une estimation réalisée à partir des données de l'enquête montre que dans les deux cantons autour de 200 personnes sont dépendantes, au sens des groupes GIR (1 à 4) et autour de 500 sont semi-dépendantes. À eux seuls, ces chiffres montrent combien la prise en charge de ces personnes, tant au niveau sanitaire que social est un enjeu pour le futur, que cette prise en charge s'effectue dans ou hors l'hôpital.

Au niveau sanitaire, l'enquête montre un bon suivi des personnes âgées de 65 ans et plus, que ce soit par le médecin généraliste ou par les autres professionnels de santé. Ce qui semble poser problème est le retour à domicile après une hospitalisation pour une partie de la population (près du quart des personnes hospitalisées), *a fortiori* lorsque cette personne vit seule. Une meilleure coordination entre services hospitaliers et professionnels de ville pourrait être un thème de réflexion, en incluant certainement les professionnels du social.

Au niveau social, une réflexion sur le transport des personnes âgées, au-delà même des personnes dépendantes, apparaît être une nécessité. En effet, l'organisation d'une telle activité permettrait de résoudre en partie l'isolement dont font montre nombre de personnes enquêtées, isolement tant familial que de voisinage. Ces transports pourraient avoir comme but la participation à des activités culturelles, sportives ou sociales ou encore de donner la possibilité de pouvoir faire des courses dans les hypermarchés ou supermarchés aux alentours, de se rendre au bureau de poste voire à la banque plus facilement. L'enjeu serait non de disposer d'équipements à proximité immédiate, comme le souhaitent des personnes âgées, mais de rendre accessible facilement des équipements relativement peu éloignés.

Une deuxième priorité serait l'information à donner sur les organismes et les services qu'ils rendent avant même que ces services ne deviennent nécessaires. Le défaut d'information (connaissance de services) – ou une mauvaise information - a été plusieurs fois mesuré dans les réponses.

Enfin, la famille est très certainement un acteur à part entière dans la prise en charge des personnes âgées. De leur point de vue, en tout cas, les membres de la famille, de même âge ou plus jeunes, restent un référent important, tant en termes de visites que d'actions sanitaires ou sociales, pour traduire cela comme ceci, que les membres de la famille sont amenés à faire auprès, au moins, d'un parent âgé dépendant ou semi-dépendant. Ceci témoigne de l'importance des relations intergénérationnelles que la sociologie investigate depuis quelques années. Un réseau socio-sanitaire de maintien des personnes âgées à domicile pourrait ainsi s'orienter sur l'aide à apporter aux parents aidants, quelle que soit cette aide : soutien social, lieu d'accueil temporaire, information, formation.

Ainsi, au-delà d'une coordination technique de professionnels, c'est une véritable dynamique sociale qu'un réseau gérontologique se doit d'organiser. C'est en tout cas le sens des réponses apporté par cette enquête.

G. BIBLIOGRAPHIE

Ankri J., Henrard J.-C., Perception de la santé chez les personnes âgées. *Gérontologie et société*, 1994, 71 : pp. 101-6.

Attias-Donfut C., Dépendance des personnes âgées : pourvoyance familiale et pourvoyance sociale, *Revue française des affaires sociales*, 1993, 4 : pp. 33-51.

Beaufils B., De la mesure de la dépendance, *Actualité et dossier en santé publique*, 1997, septembre ; n°20 : VI.

Beauvoir (de) S., *La vieillesse* : Gallimard, 1970.

Bocquet H., Berthier F., Pous J., Rôle et charge des aidants des personnes âgées dépendantes : une approche épidémiologique, in Henrard J.-C., Clément S., Derriennic F., *Vieillesse, santé et société*. Inserm, 1996, pp. 143-62.

Bocquet H., Grand A., Clément S., L'aide informelle aux personnes âgées vivant à domicile, *Actualité et dossier en santé publique*, septembre 1997 ; n°20 : XXVII-XXXII.

Borrel C., La prestation spécifique dépendance au 30 juin 1999, *Études et résultats*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ministère de l'Emploi et de la Solidarité. 1999, octobre, 34.

Bourdelaïs P., *L'âge de la vieillesse, histoire du vieillissement de la population*, Odile Jacob, 1997, 500 p.

Bourgoin N., Nizard A., La survie des personnes âgées, *Populations et société*, INED, 1995, 302 : 1.

Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages, Un manuel de classification des maladies, CTNERHI, Inserm, 1988, 179 p.

Clément S., Grand A., Grand-Filaire A., Aide aux personnes âgées vieillissantes, in Henrard J.-C., Clément S., Derriennic F., *Vieillesse, santé et société*, INSERM, 1996, pp. 163-89.

Colvez A. Production et acquisition des données sur la vieillesse en santé et dépendance, in Aymé S., Henrard J.-C., Colvez A., Ravaud J.-F., Sabouraud O., Triomphe A., *Handicap et vieillissement*. Inserm, 1996, pp. 121-33.

Colvez A., Ridez S., *Situation des personnes âgées vivant à domicile dans les bassins gérontologiques de Lunel et Pezenas*, Inserm, 1996, 39 p.

Conseil général de la Somme, *Prestation spécifique dépendance*, Rapport d'activités, 1998, Prévention et aide sociale.

Coudin G., Beaufils B., Les représentations relatives aux personnes âgées, *Actualité et dossier en santé publique*, septembre 1997 ; n°20 : XII-XIV.

Décret n° 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées, *Journal officiel* du 9 mai 1981 p. 1 308.

Décret n° 77-1289 du 22 novembre 1977 portant application de l'article 5 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, *Journal officiel* du 26 novembre 1977.

Décret n° 81-449 du 8 mai 1981 modifiant le décret n° 77-1289 du 22 novembre 1977 portant application de l'article 5 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, *Journal officiel* du 9 mai 1981.

Décrets n° 82-697 du 4 août 1982 et n° 88-160 du 17 février 1988.

Diderot D., Le neveu de Rameau, *Œuvres romanesques*, 1766, réédition Garnier frères, p. 421.

Ennuyer B., L'objet "personne âgée." in Être vieux, de la négation à l'échange. *Autrement*, 1991, 139 : pp. 14-28. (Série Mutations).

Ennuyer B., La construction du champ de la vieillesse dépendante 1973-1997 : le retour en force du modèle de vieillesse biomédical, in Formes et sens du vieillir, *Prévenir*, 2^e semestre 1998, 35 : pp. 33-9.

Gardent H., De l'évaluation de la dépendance... in Henrard J.-C., Clement S., Derriennic F. *Vieillesse santé, société*, Inserm, 1996. pp. 101-11.

Gardent H., De la difficulté d'évaluer la dépendance, *La santé de l'homme*, 1997, 332 : III-V.

Guillemard A.-M., Faut-il avoir peur ? in Être vieux, de la négation à l'échange, *Autrement*, 1991, 139 : pp. 29-40. (Série Mutations).

Haut Comité consultatif de la population et de la famille, *Politique de la vieillesse*, Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par P. Laroque, La documentation française, 1962, p. 438

Henrard J.-C., Les politiques publiques d'action sociale et médico-sociale vieillesse : du troisième âge à la dépendance, *Actualité et dossier en santé publique*, 1997 septembre ; n°20 : XIV-XV.

Henrard J.-C., Vieillesse et âge, Age et représentation de la vieillesse, *Actualité et dossier en santé publique*, 1997 décembre ; n°21 : IV-XI.

Henrard J.-C., Les multiples facettes du vieillissement et de la vieillesse. Représentation de la vieillesse chez des jeunes adultes, in Formes et sens du vieillir, *Prévenir*, 1998 (2^e semestre), 35 : pp. 33-9.

Henrard J.-C., Dépendance, personnes âgées et santé publique, *Revue de droit sanitaire et social*, 1992, 28, (3) : pp. 454-63.

Henrard J.-C., Ankri J., *Grand âge et santé publique*, ENSP, 1999. 230 p.

Hummel C., *Images de la vieillesse, représentation de l'altérité*, Mémoire de diplôme d'études supérieures en sociologie, Université de Genève, 1995.

J.-F. Pasturel, *La dépendance des personnes âgées*, Solal éditeurs, 1999, 275 p.

Kaempf B., Chacun voudrait le devenir, mais personne ne veut l'être... in *Viellir a-t-il un sens ? Actes du colloque organisé par le groupe d'étude et de recherche "Éthique et modernité" de la faculté de théologie protestante de l'université des sciences humaines de Strasbourg*, Presses universitaires de Strasbourg, 1994, pp. 113-30.

Lawton M.-P., Brody E., Assessment of older people self maintaining and instrumental activities of daily living, *Gerontologie*, 1969, 9 : 179-86

Lenoir R., L'invention du troisième âge, constitution des agents de gestion de la vieillesse, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1979, 26-27 : pp. 557-81.

Lévy M.-L., Raisonner sur le vieillissement, INED, *Population et sociétés*, 1998, 341 : 2.

Lévy M.-L., La population de la France, INED, *Population et sociétés*, 1998, 333 : 1-4.

Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, *Journal officiel* du 3 janvier 1971.

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975, *Journal officiel* du 1^{er} juillet 1975.

Loi n° 78-11 du 4 janvier 1978, *Journal officiel* du 5 janvier 1978.

Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, *Journal officiel* du 25 janvier 1997.

Nizard A., Les trois révolutions de la mortalité depuis 1950, INED, *Population et sociétés*, 1997, 327 : 1-3.

Nizard A., Bourgoin N., Sur l'évolution de la mortalité au troisième âge et aux âges antérieurs, Données sociales et économiques sur la vieillesse, *cahiers de la Fondation nationale de gérontologie*, 1994, 71 : pp. 42-65.

ORS Ile de France, *Conditions de vie et état de santé des personnes âgées en Ile-de-France*, Inserm, 1985. 144 p.

Puijalon B., La difficile transmission du vécu intime du vieillissement, in *Formes et sens du vieillir, Prévenir*, 1998 (2^e semestre), 35 : pp. 107-13.

Puijalon B., L'approche culturelle du vieillissement dans les sociétés occidentales aujourd'hui, *Longévité et qualité de vie*, Institut synthélabo, 1999, pp. 308-13.

Rapport sur le vieillissement, Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, Mai 1998, n°25.

Richelet C.-P., *Dictionnaire français*, Genève, éditions C.-P. Richelet, 1679.

Robert L., *Le vieillissement, faits et théories*, Flammarion, 1995, 59 : 127

Robine J.-M., Mormiche P., Cambois E., Évolution de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans, *Gérontologie et société*, Fédération nationale de gérontologie, 1994, 71 : pp. 66-84.

Rotily M., Rey D., Poncet M., Obadia Y., *Déterminants de l'institutionnalisation des sujets âgés atteints de démence sénile ou de maladie d'Alzheimer*, Enquête Premap, Congrès des épidémiologistes de langue française, Montpellier, France, 3-4 avril 1997.

Sermet C., *Évolution de l'état de santé des personnes âgées en France 1970-1996*, Inserm, 1998. pp. 113-42.

Tanguy-Mauffret M., *La coordination gérontologique, guide de réflexion et d'action*, Éditions de la chronique sociale, 1994, p. 14.

Veysset-Puijalon B., Éditorial, in Être vieux, de la négation à l'échange, *Autrement*, 1991, 139 : pp. 14-28.

Wood P.-H.-N., Badley A.-M., An epidemiological appraisal of disablement, in Bennett A.-E. (ed.), *Recent advances in community medicine*, Edimbourg, Churchill Livingstone, 1978.

H. ANNEXES

I. Méthodologie de la standardisation

I.1 Définition

Le taux standardisé est défini comme le taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge qu'une population de référence. On le calcule en pondérant les taux observés par âge dans la population par la structure de la population de référence.

$$\text{Taux standardisé} = \sum P_i T_i$$

où

P_i = Part de la classe d'âge i dans la population de référence

T_i = Taux observé dans la population étudiée pour la classe d'âge i

I.2 Calcul

Le calcul des taux standardisés pour l'ensemble des enquêtés

On dispose, par âge et par sexe, des taux observés pour chaque variable et de la répartition de la population domiciliée dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin.

Taux observés dans l'échantillon (pour l'ensemble de la population)

Âge	Hommes							Femmes						
	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +
Couple	83,9%	84,8%	81,3%	56,6%	57,5%	44,4%	33,3%	56,7%	43,0%	32,9%	10,7%	10,0%	3,8%	0,0%
Veuf(ve)	5,6%	5,5%	12,5%	37,7%	42,5%	55,6%	66,7%	33,6%	47,7%	59,1%	75,0%	83,8%	88,5%	100,0%
Autres	10,5%	9,7%	6,3%	5,7%	0,0%	0,0%	0,0%	9,7%	9,4%	8,1%	14,3%	6,3%	7,7%	0,0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Répartition de la population domiciliée dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin

Âge	Hommes							Femmes						
	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +
Part	13,6%	11,8%	9,1%	3,5%	2,3%	0,8%	0,1%	17,2%	16,1%	12,8%	6,0%	4,7%	1,4%	0,6%

Pour obtenir les taux standardisés de la variable pour l'ensemble des enquêtés, on pondère les taux observés par âge et par sexe dans l'échantillon par la structure de la population domiciliée.

Exemple :

La proportion de personnes vivant en couple dans la population une fois la standardisation effectuée est égale à :

$$(83,9 \% \times 13,6 \%) + (84,8 \% \times 11,8 \%) + (81,3 \% \times 9,1 \%) + (56,6 \% \times 3,5 \%) + (57,5 \% \times 2,3 \%) + (44,4 \% \times 0,8 \%) + (33,3 \% \times 0,1 \%) + (56,7 \% \times 17,2 \%) + (43,0 \% \times 16,1 \%) + (32,9 \% \times 12,8 \%) + (10,7 \% \times 6,0 \%) + (10,0 \% \times 4,7 \%) + (3,8 \% \times 1,4 \%) + (0,0 \% \times 0,6 \%) = 54,5 \%$$

Taux standardisés pour l'ensemble de la population

	Couple	Veuf(ve)	Autres	Total
Ensemble	54,5%	36,7%	8,8%	100%

Le calcul des taux standardisés pour les personnes de 65-74 ans

On dispose des taux observés pour chaque variable et de la répartition de la population domiciliée pour les classes d'âge 65-69 ans et 70-74 ans et par sexe.

Taux observés dans l'échantillon (pour les 65-74 ans)

Age	Hommes		Femmes	
	65-69 ans	70-74 ans	65-69 ans	70-74 ans
Couple	83,9%	84,8%	56,7%	43,0%
Veuf(ve)	5,6%	5,5%	33,6%	47,7%
Autres	10,5%	9,7%	9,7%	9,4%
Total	100%	100%	100%	100%

Part des personnes de 65-69 ans et 70-74 ans dans la population domiciliée dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin pour les deux sexes

Âge	Hommes		Femmes		Total
	65-69 ans	70-74 ans	65-69 ans	70-74 ans	
Proportion	13,6%	11,8%	17,2%	16,1%	58,7%

Pour obtenir les taux standardisés de la variable pour les 65-74 ans, on pondère les taux observés pour les 65-74 ans dans l'échantillon par la structure de la population domiciliée, âgée de 65 à 74 ans.

Exemple :

Pondération pour la modalité " couple " :

$$((83,9 \% \times 13,6 \%) + (84,8 \% \times 11,8 \%) + (56,7 \% \times 17,2 \%) + (43,0 \% \times 16,1 \%)) / 58,7 \%$$

$$= 38,1 \% / 58,7 \% = 64,9 \%$$

Donc, parmi les personnes âgées de 65-74 ans domiciliées sur les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin, 64,9 % vivent en couple.

Taux standardisés pour les 65-74 ans

	Couple	Veuf(ve)	Autres	Total
65-74 ans	64,9%	25,3%	9,8%	100%

Le calcul des taux standardisés pour les personnes de 75 ans et plus

On dispose des taux observés pour chaque variable et de la structure de la population domiciliée pour les classes d'âge 75-79 ans, 80-84 ans, 85-89 ans, 90-94 ans, 95 ans et plus et par sexe.

Taux observés dans l'échantillon (pour les 75 ans et plus)

Âge	Hommes					Femmes				
	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +
Couple	81,3%	56,6%	57,5%	44,4%	33,3%	32,9%	10,7%	10,0%	3,8%	0,0%
Veuf(ve)	12,5%	37,7%	42,5%	55,6%	66,7%	59,1%	75,0%	83,8%	88,5%	100,0%
Autres	6,3%	5,7%	0,0%	0,0%	0,0%	8,1%	14,3%	6,3%	7,7%	0,0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Part des personnes de 75 ans et plus dans la population domiciliée dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin pour les deux sexes

Age	Hommes					Femmes					Total
	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	
Proportion	9,1%	3,5%	2,3%	0,8%	0,1%	12,8%	6,0%	4,7%	1,4%	0,6%	41,3%

Pour obtenir les taux standardisés de la variable pour les 75 ans et plus, on pondère les taux observés pour les 75 ans et plus dans l'échantillon par la structure de la population domiciliée, âgée de 75 ans et plus.

Exemple :

Pondération pour la modalité " couple " :

$$\begin{aligned}
 & ((81,3 \% \times 9,1 \%) + (56,6 \% \times 3,5 \%) + (57,5 \% \times 2,3 \%) + (44,4 \% \times 0,8 \%) + (33,3 \% \times 0,1 \%) + \\
 & (32,9 \% \times 12,8 \%) + (10,7 \% \times 6,0 \%) + (10,0 \% \times 4,7 \%) + (3,8 \% \times 1,4 \%) + (0,0 \% \times \\
 & 0,6 \%)) / 41,3 \% \\
 & = 16,4 \% / 41,3 \% = 39,8 \%
 \end{aligned}$$

Donc, parmi les personnes âgées de 75 ans et plus domiciliées sur les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et de Friville-Escarbotin, 39,8 % vivent en couple.

Taux standardisés pour les 75 ans et plus

	Couple	Veuf(ve)	Autres	Total
75 ans et plus	39,8%	52,8%	7,4%	100%

Le calcul des taux standardisés pour les personnes de 85 ans et plus

On dispose des taux observés pour chaque variable et de la structure de la population domiciliée pour les classes d'âge 85-89 ans, 90-94 ans, 95 ans et plus et par sexe.

Taux observés dans l'échantillon (pour les 85 ans et plus)

Âge	Hommes			Femmes		
	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +
Couple	57,5%	44,4%	33,3%	10,0%	3,8%	0,0%
Veuf(ve)	42,5%	55,6%	66,7%	83,8%	88,5%	100,0%
Autres	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	7,7%	0,0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Part des personnes de 85 ans et plus dans la population domiciliée dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin pour les deux sexes

Âge	Hommes			Femmes			Total
	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	
Proportion	2,3%	0,8%	0,1%	4,7%	1,4%	0,6%	9,9%

Pour obtenir les taux standardisés de la variable pour les 85 ans et plus, on pondère les taux observés pour les 85 ans et plus dans l'échantillon par la structure de la population domiciliée, âgée de 85 ans et plus.

Exemple :

Pondération pour la modalité " couple " :

$$((57,5 \% \times 2,3 \%) + (44,4 \% \times 0,8 \%) + (33,3 \% \times 0,1 \%) + (10,0 \% \times 4,7 \%) + (3,8 \% \times 1,4\%) + (0,0 \% \times 0,6 \%)) / 9,9 \% = 2,2 \% / 9,9 \% = 22,4 \%$$

Donc, parmi les personnes âgées de 85 ans et plus domiciliées sur les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et de Friville-Escarbotin, 22,4 % vivent en couple.

Taux standardisés pour les 85 ans et plus

	Couple	Veuf(ve)	Autres	Total
85 ans et plus	22,4%	73,5%	4,1%	100%

Le calcul des taux standardisés pour les personnes de sexe masculin

On dispose des taux observés pour chaque variable et de la structure de la population domiciliée par classe d'âge et par le sexe masculin

Taux observés dans l'échantillon (pour les hommes)

Hommes	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +
Couple	83,9%	84,8%	81,3%	56,6%	57,5%	44,4%	33,3%
Veuf	5,6%	5,5%	12,5%	37,7%	42,5%	55,6%	66,7%
Autres	10,5%	9,7%	6,3%	5,7%	0,0%	0,0%	Total
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	41,2%

Part des personnes de sexe masculin dans la population domiciliée dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin par classes d'âges

Hommes	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +
Proportion	13,6%	11,8%	9,1%	3,5%	2,3%	0,8%	0,1%

Pour obtenir les taux standardisés de la variable pour les hommes, on pondère les taux observés pour les hommes dans l'échantillon (pour chaque classe d'âge) par la structure de la population masculine domiciliée.

Exemple :

Pondération pour la modalité " couple " :

$$\begin{aligned} & ((83,9 \% \times 13,6 \%) + (84,8 \% \times 11,8 \%) + (81,3 \% \times 9,1 \%) + (56,6 \% \times 3,5 \%) + (57,5 \% \times 2,3 \%) \\ & + (44,4 \% \times 0,8 \%) + (33,3 \% \times 0,1 \%)) / 41,2 \% \\ & = 32,5 \% / 41,2 \% = 78,9 \% \end{aligned}$$

Donc, parmi les personnes de sexe masculin domiciliées sur les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et de Friville-Escarbotin, 78,9 % vivent en couple.

Taux standardisés pour les hommes

	Couple	Veuf	Autres	Total
Hommes	78,9%	13,0%	8,1%	100%

Le calcul des taux standardisés pour les personnes de sexe féminin

On dispose des taux observés pour chaque variable et de la structure de la population domiciliée par classe d'âge et par le sexe féminin.

Taux observés dans l'échantillon (pour les femmes)

Femmes	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +
Couple	56,7%	43,0%	32,9%	10,7%	10,0%	3,8%	0,0%
Veuve	33,6%	47,7%	59,1%	75,0%	83,8%	88,5%	100,0%
Autres	9,7%	9,4%	8,1%	14,3%	6,3%	7,7%	0,0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Part des personnes de sexe féminin dans la population domiciliée dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin par classes d'âges

Femmes	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	Total
Proportion	17,2%	16,1%	12,8%	6,0%	4,7%	1,4%	0,6%	58,8%

Pour obtenir les taux standardisés de la variable pour les femmes, on pondère les taux observés pour les femmes dans l'échantillon (pour chaque classe d'âge) par la structure de la population féminine domiciliée.

Exemple :

Pondération pour la modalité " couple " :

$$\begin{aligned} & ((56,7 \% \times 17,2 \%) + (43,0 \% \times 16,1 \%) + (32,9 \% \times 12,8 \%) + (10,7 \% \times 6,0 \%) + \\ & (10,0 \% \times 4,7 \%) + (3,8 \% \times 1,4 \%) + (0,0 \% \times 0,6 \%)) / 58,8 \% \\ & = 22,0 \% / 58,8 \% = 37,5 \% \end{aligned}$$

Donc, parmi les personnes de sexe féminin domiciliées sur les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et de Friville-Escarbotin, 37,5 % vivent en couple.

Taux standardisés pour les femmes

	Couple	Veuve	Autres	Total
Femmes	37,5%	53,2%	9,3%	100%

Le calcul des taux standardisés pour les personnes dépendantes

On dispose des taux observés pour chaque variable par classe d'âge, par sexe et pour les personnes dépendantes et, de la structure par âge et par sexe de la population domiciliée.

Taux observés dans l'échantillon (pour les personnes dépendantes)

Dépend.	Hommes							Femmes						
	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +
Couple	50%	100%	100%	50%	75%	50%		100%	25%	60%		20%		
Veuf(ve)				50%	25%	50%	100%		75%	40%	75%	80%	100%	100%
Autres	50%										25%			
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Part des personnes dans la population domiciliée dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin par classes d'âges

Ens.	Hommes							Femmes						
	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +
Part	13,6%	11,8%	9,1%	3,5%	2,3%	0,8%	0,1%	17,2%	16,1%	12,8%	6,0%	4,7%	1,4%	0,6%

Pour obtenir les taux standardisés de la variable pour les personnes dépendantes, on pondère les taux observés pour les dépendantes dans l'échantillon (par classe d'âge et par sexe) par la structure de la population domiciliée dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin.

Exemple :

La proportion de personnes dépendantes vivant en couple sur les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et de Friville-Escarbotin, une fois la standardisation effectuée est égale à :

$$(50,0 \% \times 13,6 \%) + (100,0 \% \times 11,8 \%) + (100,0 \% \times 9,1 \%) + (50,0 \% \times 3,5 \%) + (75,0 \% \times 2,3 \%) + (50,0 \% \times 0,8 \%) + (0,0 \% \times 0,1 \%) + (100,0 \% \times 17,2 \%) + (25,0 \% \times 16,1 \%) + (60,0 \% \times 12,8 \%) + (0,0 \% \times 6,0 \%) + (20,0 \% \times 4,7 \%) + (0,0 \% \times 1,4 \%) + (0,0 \% \times 0,6 \%) = 61,4 \%$$

Taux standardisés pour les personnes dépendantes

	Couple	Veuf(ve)	Autres	Total
Dépendants	61,4%	30,3%	8,3%	100%

Le calcul des taux standardisés pour les personnes semi-dépendantes

On dispose des taux observés pour chaque variable par classe d'âge, par sexe et pour les personnes semi-dépendantes et, de la structure par âge et par sexe de la population domiciliée.

Taux observés dans l'échantillon (pour les personnes semi-dépendantes)

Semi.	Hommes							Femmes						
	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +
Couple	83,3%	57,1%	66,7%	55,6%	50,0%		100,0%	33,3%	25,0%	28,6%	9,1%	10,8%		
Veuf(ve)		14,3%	25,0%	33,3%	50,0%	100,0%		50,0%	50,0%	66,7%	72,7%	75,7%	91,7%	100,0%
Autres	16,7%	28,6%	8,3%	11,1%				16,7%	25,0%	4,8%	18,2%	13,5%	8,3%	
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Part des personnes dans la population domiciliée dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin par classes d'âges

Ens.	Hommes							Femmes						
	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +
Part	13,6%	11,8%	9,1%	3,5%	2,3%	0,8%	0,1%	17,2%	16,1%	12,8%	6,0%	4,7%	1,4%	0,6%

Pour obtenir les taux standardisés de la variable pour les personnes semi-dépendantes, on pondère les taux observés pour les semi-dépendantes dans l'échantillon (par classe d'âge et par sexe) par la structure de la population domiciliée dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin.

Exemple :

La proportion de personnes semi-dépendantes vivant en couple sur les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et de Friville-Escarbotin, une fois la standardisation effectuée est égale à :

$$(83,3 \% \times 13,6 \%) + (57,1 \% \times 11,8 \%) + (66,7 \% \times 9,1 \%) + (55,6 \% \times 3,5 \%) + (50,0 \% \times 2,3 \%) + (0,0 \% \times 0,8 \%) + (100,0 \% \times 0,1 \%) + (33,3 \% \times 17,2 \%) + (25,0 \% \times 16,1 \%) + (28,6 \% \times 12,8 \%) + (9,1 \% \times 6,0 \%) + (10,8 \% \times 4,7 \%) + (0,0 \% \times 1,4 \%) + (0,0 \% \times 0,6 \%) = 41,8 \%$$

Taux standardisés pour les personnes semi-dépendantes

	Couple	Veuf(ve)	Autres	Total
Semi-dépendants	41,8%	42,0%	16,2%	100%

Le calcul des taux standardisés pour les personnes autonomes

On dispose des taux observés pour chaque variable par classe d'âge, par sexe et pour les personnes autonomes et, de la structure par âge et par sexe de la population domiciliée.

Taux observés dans l'échantillon (pour les personnes autonomes)

Auto.	Hommes							Femmes						
	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +
Couple	85,0%	85,8%	83,8%	57,5%	59,3%	50,0%		58,0%	45,1%	32,5%	12,1%	6,1%	16,7%	
Veuf	6,0%	5,2%	11,7%	37,5%	40,7%	50,0%	100,0%	32,8%	46,6%	58,5%	75,9%	93,9%	66,7%	100,0%
Autres	9,0%	9,0%	4,5%	5,0%				9,2%	8,3%	8,9%	12,1%		16,7%	
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Part des personnes dans la population domiciliée dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin par classes d'âges

Ens.	Hommes							Femmes						
	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +
Part	13,6%	11,8%	9,1%	3,5%	2,3%	0,8%	0,1%	17,2%	16,1%	12,8%	6,0%	4,7%	1,4%	0,6%

Pour obtenir les taux standardisés de la variable pour les personnes autonomes, on pondère les taux observés pour les autonomes dans l'échantillon (par classe d'âge et par sexe) par la structure de la population domiciliée dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin.

Exemple :

La proportion de personnes autonomes vivant en couple sur les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et de Friville-Escarbotin, une fois la standardisation effectuée est égale à :

$$(85,0 \% \times 13,6 \%) + (85,8 \% \times 11,8 \%) + (83,8 \% \times 9,1 \%) + (57,5 \% \times 3,5 \%) + (59,3 \% \times 2,3 \%) + (50,0 \% \times 0,8 \%) + (0,0 \% \times 0,1 \%) + (58,0 \% \times 17,2 \%) + (45,1 \% \times 16,1 \%) + (32,5 \% \times 12,8 \%) + (12,1 \% \times 6,0 \%) + (6,1 \% \times 4,7 \%) + (16,7 \% \times 1,4 \%) + (0,0 \% \times 0,6 \%) = 55,7 \%$$

Taux standardisés pour les personnes autonomes

	Couple	Veuf(ve)	Autres	Total
Autonomes	55,7%	36,4%	7,9%	100%

Le calcul des taux standardisés pour les personnes vivant en milieu urbain

On dispose des taux observés pour chaque variable par classe d'âge, par sexe et par type de commune et de la structure par âge et par sexe et par type de commune de la population domiciliée.

Taux observés dans l'échantillon (pour les personnes vivant dans une commune urbaine)

Urbain	Hommes							Femmes						
	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +
Couple	86,1%	82,8%	79,5%	60,9%	45,5%	60,0%	50,0%	54,2%	38,9%	26,6%	11,5%	12,2%	6,7%	0,0%
Veuf(ve)	5,6%	4,7%	11,0%	34,8%	54,5%	40,0%	50,0%	34,9%	54,4%	62,0%	75,0%	81,6%	93,3%	100,0%
Autres	8,3%	12,5%	9,6%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	10,8%	6,7%	11,4%	13,5%	6,1%	0,0%	0,0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Part des personnes dans la population domiciliée dans les communes urbaines des cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin par classes d'âges

Urb.	Hommes							Femmes							Total
	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	
Part	6,8%	5,9%	5,2%	1,9%	1,2%	0,5%	0,1%	9,9%	9,1%	7,2%	3,4%	2,9%	0,9%	0,4%	55,3%

Pour obtenir les taux standardisés de la variable pour les personnes vivant en milieu urbain, on pondère les taux observés dans l'échantillon (par classe d'âge, par sexe et par commune urbaine) par la structure de la population domiciliée dans les communes urbaines des cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin par âge et par sexe.

Exemple :

Pondération pour la modalité "couple" :

$$((86,1 \% \times 6,8 \%) + (82,8 \% \times 5,9 \%) + (79,5 \% \times 5,2 \%) + (60,9 \% \times 1,9 \%) + (45,5 \% \times 1,2 \%) + (60,0 \% \times 0,5 \%) + (50,0 \% \times 0,1 \%) + (54,2 \% \times 9,9 \%) + (38,9 \% \times 9,1 \%) + (26,6 \% \times 7,2 \%) + (11,5 \% \times 3,4 \%) + (12,2 \% \times 2,9 \%) + (6,7 \% \times 0,9 \%) + (0,0 \% \times 0,4 \%)) / 55,3 \% = 28,5 \% / 55,3 \% = 51,6 \%$$

Donc, parmi les personnes âgées vivant dans une commune urbaine des cantons de Saint-Valery-sur-Somme et de Friville-Escarbotin, 51,6 % vivent en couple.

Taux standardisés pour les personnes vivant dans une commune urbaine

	Couple	Veuf(ve)	Autres	Total
Milieu urbain	51,6%	39,4%	9,1%	100%

Le calcul des taux standardisés pour les personnes vivant en milieu rural

On dispose des taux observés pour chaque variable par classe d'âge, par sexe et par type de commune et, de la structure par âge et par sexe et par type de commune de la population domiciliée.

Taux observés dans l'échantillon (pour les personnes vivant dans une commune rurale)

Rurale	Hommes							Femmes						
	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +
Couple	81,7%	86,4%	83,6%	53,3%	72,2%	25,0%	0,0%	60,8%	49,2%	40,0%	9,4%	6,5%	0,0%	0,0%
Veuf(ve)	5,6%	6,2%	14,5%	40,0%	27,8%	75,0%	100,0%	31,4%	37,3%	55,7%	75,0%	87,1%	81,8%	100,0%
Autres	12,7%	7,4%	1,8%	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	7,8%	13,6%	4,3%	15,6%	6,5%	18,2%	0,0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Part des personnes dans la population domiciliée dans les communes rurales des cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin par classes d'âges

Rur.	Hommes							Femmes							Total
	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +	
Part	6,8%	6,0%	3,9%	1,6%	1,1%	0,3%	0,0%	7,3%	7,0%	5,6%	2,6%	1,9%	0,5%	0,2%	44,7%

Pour obtenir les taux standardisés de la variable pour les personnes vivant en milieu rural, on pondère les taux observés dans l'échantillon (par classe d'âge, par sexe et par commune rurale) par la structure de la population domiciliée dans les communes rurales des cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin par âge et par sexe.

Exemple :

Pondération pour la modalité "couple" :

$$((81,7 \% \times 6,8 \%) + (86,4 \% \times 6,0 \%) + (83,6 \% \times 3,9 \%) + (53,3 \% \times 1,6 \%) + (72,2 \% \times 1,1 \%) + (25,0 \% \times 0,3 \%) + (0,0 \% \times 0,0 \%) + (60,8 \% \times 7,3 \%) + (49,2 \% \times 7,0 \%) + (40,0 \% \times 5,6 \%) + (9,4 \% \times 2,6 \%) + (6,5 \% \times 1,9 \%) + (0,0 \% \times 0,5 \%) + (0,0 \% \times 0,2 \%)) / 44,7 \% = 26,2 \% / 44,7 \% = 58,5 \%$$

Donc, parmi les personnes âgées vivant dans une commune rurale des cantons de Saint-Valery-sur-Somme et de Friville-Escarbotin, 58,5 % vivent en couple

Taux standardisés pour les personnes vivant dans une commune rurale

	Couple	Veuf(ve)	Autres	Total
Milieu rural	58,5%	32,9%	8,6%	100%

II. Direction des données sociales - observatoire - conseil général de la Somme

II.1 Nombre d'organismes intervenant par commune

Commune	Organismes					
	Aide ménagère	Auxiliaire de vie	Soins à domicile	Portage de repas	Téléalarme	Transport
Arrest	2		1	1	1	1
Boismont	1		1	1		1
Brutelles	1		1	1		1
Cayeux-sur-Mer	2		1	2	1	1
Estrebœuf	1		1	1		1
Franleu	1		2	1		1
Lanchères	1		1	1		1
Mons-Boubert	1		1	1		1
Pendé	1		1	2		1
Saigneville	1		1	1		1
Saint-Blimont	1		1	1		1
Saint-Valery-sur-Somme	2		1	1		1
Bourseville	2	1	1	1		1
Fressenneville	2					1
Friville-Escarbotin	3	1	1	1		1
Nibas	2	1		1		1
Ochancourt	2	1				1
Tully	2	1	1	2		1
Valines	3	1		1		1
Vaudricourt	2	1	1			1
Woincourt	2	1	1			1
Total	35	8	18	20	2	21

Source : Direction du développement social local – observatoire - Conseil général de la Somme

NB. Un organisme peut avoir plusieurs services distincts.

L'observatoire des données sociales est un service du conseil général de la Somme rattaché à la direction du développement social local. C'est un service transversal qui peut offrir un appui technique, méthodologique et de conseil à l'ensemble des directions du conseil général sur des thèmes en rapport avec le développement local et les interventions sociales.

Ses missions sont l'aide à la décision et à l'évaluation pour les politiques ou les projets mis en œuvre dans le département, les études contribuant à une meilleure connaissance du territoire (réseaux de services, population) ou menées en appui à des projets locaux. Ses activités sont, outre la réalisation d'études, la constitution de bases de données et leur maintenance, le conseil méthodologique et la formation des acteurs locaux.

II.2 Liste des opérateurs de services de nécessité intervenant sur les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et Friville-Escarbotin dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées (à partir de l'enquête quantitative de mai 1998)

Aide ménagère

Association multiservice à domicile

AMSD
64, rue de l'Abreuvoir
80100 Abbeville
Tél. : 03 22 24 36 60 Fax : 03 22 31 12 43

Transport

Association Transad Somme

2, rue Balzac
80080 Amiens
Tél. : 03 22 44 84 00 Fax : 03 22 44 27 47

Aide ménagère

Association familiale, familles rurales

Mairie
8, Grande rue
80130 Bourseville
Tél : 03 22 30 69 98 Fax : 03 22 26 58 38

Aide ménagère

Téléalarme

Centre comunal d'action sociale

2, place Augustin Delahaye
80820 Arrest
Tél. : 03 22 60 85 25 Fax : 03 22 60 71 43

Aide ménagère

Portage de repas

Téléalarme

Centre communal d'action sociale

Rue du Maréchal Foch
80410 Cayeux-sur-Mer
Tél. : 03 22 26 04 04 Fax : 03 22 26 04 09

Aide ménagère

Soins à domicile

Aide à domicile en milieu rural

ADMR
Place de la Fontaine
80210 Chépy
Tél. : 03 22 26 26 50 Fax : 03 22 26 96 75

Portage de repas

Croix-rouge française

61, rue Jeanne d'Arc
76260 Eu
Tél. : 02 35 50 61 17 Fax : 02 35 50 76 89

Aide ménagère

Portage de repas

Centre communal d'action sociale

Place Jean Jaurès
BP 73
80534 Friville-Escarbotin cedex
Tél. 03 22 60 36 62 fax : 03 22 60 36 69

Portage de repas

Communauté de communes du Vimeu Industries

CCVI
154, rue Henri Barbusse
80130 Friville-Escarbotin
Tél. : 03 22 30 40 42 Fax : 03 22 30 94 02

Aide ménagère

Service d'aide ménagère à domicile

CCAS de Saint-Valery
Place Saint-Martin
80230 Saint-Valery-sur-Somme
Tél. : 03 22 60 82 16 Fax : 03 22 26 84 96

Soins à domicile

Portage de repas

Service de soins à domicile de Saint-Valery-sur-Mer

Hôpital local
Quai du Romerel
80230 Saint-Valery-sur-Somme
Tél. : 03 22 60 28 54 Fax : 03 22 60 28 6

Auxiliaire de vie

Le Maintien domicile personnes âgées

Le MADOPEH
13, rue de la Neuville
80220 Tilloy-Florville
Tél. : 03 22 30 87 60

Commerces & Services

Saint-Valery-sur-Somme

Commune	Arrest	Boismont	Brutelles	Cayeux-sur-Mer	Estrebeuf	Franleu	Lanchières	Mons-Boubert	Pendé	Saigneville	St-Bilmont	St-Valery-sur-Somme
Hypermarché	Abbeville	Abbeville	Mers	Mers	Mers	Abbeville	Mers	Amiens	Abbeville	Abbeville	Mers	Abbeville
Supermarché	Saint-Valery	1	Friville-Escarbottin	1	Saint-Valery	Feuquières	Saint-Valery	Doullens	Saint-Valery	Saint-Valery	Friville-Es.	1
Supérette	Fress. Ville	Boismont	Cayeux	1	Cayeux	Cayeux	Cayeux	Bernaville	Cayeux	Abbeville	Cayeux	Saint-Valery
Grande surface non alimentaire				2								
Alimentation générale												
Rayon épicerie	1		1	S		1	S		S		1	1
Épicerie ambulante	1	1	1	S	1		S		S		1	1
Alimentation générale/Supérette	S	Boismont	S	1	Saint-Valery	Feuquières	1	Bernaville	1	S	S	Saint-Valery
Boulangerie-pâtisserie	1			2			1		1			5-8
Rayon boulangerie-pâtisserie	S			S			S		S			S
Boulangerie-pâtisserie ambulante	S	1	1	S	1	1	S	1	S	1	1	S
Boucherie-Charcuterie	1			5-8					1	1		5-8
Boucherie-charcuterie ambulante	S	1	1	S	1	1	1	1	S	S	1	S
Agence postale	S			S			S				S	S
Bureau de poste	1	Saint-Valery	Saint-Valery	1	Saint-Valery	Feuquières-en-Vimeu	1	Carnapiès	Saint-Valery	Saint-Valery	1	1
Banque				3-4								3-4
Banque ambulant	1			S								S
Magasin de vêtements	Abbeville	Abbeville	Friville-Es.	Friville-Es.	Abbeville	Abbeville	Abbeville	Doullens	Abbeville	Abbeville	Friville-Es.	3-4
Librairie	Saint-Valery	Saint-Valery	Saint-Valery	1	Saint-Valery	Abbeville	Cayeux	Doullens	Saint-Valery	Abbeville	Abbeville	2
Marché				5-8								5-8

Légende

Chiffre Nombre de commerces/services
 Nom de commune Commune d'attraction
 S Sans objet

Commerces & Services

Frville-Escarbotin

Commune	Bourseville	Fressenne-ville	Frville-Escarbotin	Nibas	Ochancourt	Tully	Valines	Vaudricourt	Woincourt
Hypermarché	Mers	Mers	Mers	Mers	Mers	Mers	Mers	Mers	Mers
Supermarché	Feuquières	Feuquières	5-8	Frville-Es. Woincourt	Frville-Es. Frress.Ville	Frville-Es. Ault	Feuquières Frress.Ville	Frville-Es. Cayeux	Frville-Es.
Supérette	Ault	1	Frville-Es. 3-4						1
Grande surface non alimentaire									
Alimentation générale		1	2						
Rayon épicerie	1	S	S	1	1	1	1	1	1
Épicerie ambul		S	S						
Alimentation générale/Supérette	Frville-Es.	1	1	Frville-Es. 3-4	Frville-Es.	S	S	S	1
Boulangerie-pâtisserie		3-4	3-4			1			1
Rayon boulangerie-pâtisserie	1	S	S			S		S	S
Boulangerie-pâtisserie ambulante	1	S	S	1	1	S	1	1	S
Boucherie-charcuterie	1	3-4	5-8						2
Boucherie-charcuterie ambulante	S	S	S	1	1	1	1	S	S
Agence postale		S	S						S
Bureau de poste	Frville-Es.	1	1	Frress.Ville	Feuquières	Béthencourt	1	Saint-Bihmont	1
Banque		3-4	5-8						
Banque ambulant		S	S						
Magasin de vêtements	Frville-Es.	1	5-8	Frville-Es.	Frville-Es.	76255	Abbeville	Abbeville	Frville-Es.
Librairie	Frville-Es.	1	1	Frville-Es.	Frville-Es.	Frville-Es.	Abbeville	Frville-Es.	1
Marché		2							

Légende

Chiffre
Nom de commune
S

Nombre de commerces/services
Commune d'attraction
Sans objet

Services de Santé

Saint-Valery-sur-Somme

Commune	Arrest	Boismont	Brutelles	Cayeux sur-Mer	Estrebœuf	Franleu	Lanchères	Mons-Boubert	Pendé	Saigneville	St-Bilmon	St-Valery-sur-Mer
Établissement de santé	Abbeville	Abbeville	Abbeville	Abbeville	St-Valery	Abbeville	Abbeville	Abbeville	St-Valery	Abbeville	Abbeville	1
Ambulance	Franleu	St-Valery	Lanchères	1	St-Valery	1	1	St-Valery	St-Valery	Abbeville	Friville-Es.	1
Centre médico-social												1
Dentiste	St-Valery	St-Valery	Cayeux	1	St-Valery	Friville-Es.	Cayeux	St-Valery	St-Valery	Abbeville	Friville-Es.	1
Infirmier	1	St-Valery	Friville-Es.	2	St-Valery	Friville-Es.	Cayeux	St-Valery	St-Valery	St-Valery	Friville-Es.	3-4
Laboratoire analyses médicales	St-Valery	St-Valery	Friville-Es.	St-Valery	St-Valery	Abbeville	St-Valery	St-Valery	St-Valery	Abbeville	Friville-Es.	1
Masseur-kinésithérapeute	St-Valery	St-Valery	Cayeux	1	St-Valery	Friville-Es.	Cayeux	St-Valery	St-Valery	Abbeville	Friville-Es.	2
Médecin généraliste	St-Valery	St-Valery	Friville-Es.	3-4	St-Valery	Friville-Es.	St-Valery	St-Valery	St-Valery	St-Valery	Friville-Es.	5-8
Pharmacie	1	St-Valery	Cayeux	2	St-Valery	Arrest	Cayeux	St-Valery	St-Valery	St-Valery	Friville-Es.	2
Aide ménagère à domicile	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Portage de repas à domicile			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Soins à domicile	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Surveillance à domicile	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Légende

Chiffre
 Nom de commune
 S

Nombre de commerces/services
 Commune d'attraction
 Sans objet

Services et Santé

Friville-Escarbotin

Commune	Bourseville	Fressenneville	Friville-Es.	Nibas	Ochancourt	Tally	Valines	Vaudricourt	Woincourt
Établissement de santé	Abbeville	Abbeville	Abbeville	Abbeville	Abbeville	Abbeville	Abbeville	Abbeville	Abbeville
Ambulance	Friville-Es.	1	1	Friville-Es.	Friville-Es.	Friville-Es.	Feuquières-V.	Friville-Es.	1
Centre médico-social			1						
Dentiste	Friville-Es.	1	2	Friville-Es.	Friville-Es.	Friville-Es.	Feuquières-V.	Feuquières-V.	Dargnies
Infirmier	1	2	3-4	Fressenneville	Vaudricourt	Béthencourt	Feuquières-V.	1	1
Laboratoire analyses médicales	Friville-Es.	Abbeville	1	Friville-Es.	Friville-Es.	Friville-Es.	Abbeville	Friville-Es.	Friville-Es.
Masseur-kinésithérapeute	Friville-Es.	3-4	5-8	Fressenneville	Friville-Es.	Béthencourt	Feuquières-V.	Friville-Es.	1
Médecin généraliste	1	3-4	5-8	Friville-Es.	Friville-Es.	1	Feuquières-V.	1	1
Pharmacie	Friville-Es.	1	1	Friville-Es.	Arrest	Béthencourt	Feuquières-V.	Friville-Es.	1
Aide ménagère à domicile	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Portage de repas à domicile	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Soins à domicile	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Surveillance à domicile	1								1

Légende

Chiffre
 Nom de commune
 S

Nombre de commerces/services
 Commune d'attraction
 Sans objet

II.3 Clubs du troisième âge

M. Christian Painsec
25, rue Jean Jaurès
80390 Fressenneville
Téléphone : 03 22 30 03 95
Nbre adhérents : 300
Age minimum : 65 ans et plus

M. Gilbert Creuset
15, rue Gaston Vasseur
80390 Nibas
Téléphone : 03 22 30 26 13
Nbre adhérents : 80
Age minimum : 65 ans et plus

Mme Gyslaine Petit
11, rue Nibas
80210 Ochancourt
Téléphone : 03 22 30 21 87
Nbre adhérents : 30
Age minimum : 60 ans et plus

Mme Antoinette Fortet
2, place Jean Jaurès
80130 Tully
Téléphone : 03 22 20 51 19
Nbre adhérents : 70
Age minimum : 60 ans et plus

Mme Suzanne Henocque
48, rue Pasteur
80230 Vaudricourt
03 22 30 11 83
Nbre adhérents : 85
Age minimum : 60 ans et plus

M. René Demaison
5, rue du 8 Mai
80520 Woincourt
Téléphone : 03 22 30 64 18
Nbre adhérents : 130
Age minimum : 60 ans et plus

M. Maurice Pecquery
2, place Augustin Delahaye
80820 Arrest
Téléphone : 03 22 60 83 91
Nbre adhérents : nc
Age minimum : 60 ans et plus

Mme Paulette Aubel
Mairie, 14, rue Louis de Rainvillers
80230 Boismont
Téléphone : 03 22 60 86 85
Nbre adhérents : 30
Age minimum : 60 ans

M. Jean Courbet
Rue Maréchal Foch
80410 Cayeux Sur Mer
Téléphone : 03 22 26 74 01
Nbre adhérents : 142
Age minimum : 65 ans et plus

Mme Odette Lesage (Vice-Pres)
11, rue Ecoles
80210 Franleu
Téléphone : 03 22 31 42 11
Nbre adhérents : 14
Age minimum : 65 ans et plus

Mme Colette Groux
145, rue Abbé Ducrocq
80230 Lanchères
Téléphone : 03 22 60 74 81
Nbre adhérents : 50
Age minimum : 60 ans et plus

M. Olivier Gallet
Rue Delattre
80210 Mons-Boubert
Téléphone : 03 22 31 45 96
Nbre adhérents : 20
Age minimum : 60 ans et plus

M. Jean Bouton
10, rue Mairie
80230 Pendé
Téléphone : 03 22 60 88 19
Nbre adhérents : 62
Age minimum : 65 ans et plus

Mme Henriette Carpentier
12, rue Église
80230 Saigneville
Téléphone : 03 22 24 64 12
Nbre adhérents : 29
Age minimum : 45 ans et plus

M. Omesime Amourette
2, rue Église
80960 Saint-Blimont
Téléphone : 03 22 30 64 00
Nbre adhérents : 70
Age minimum : 60 ans et plus

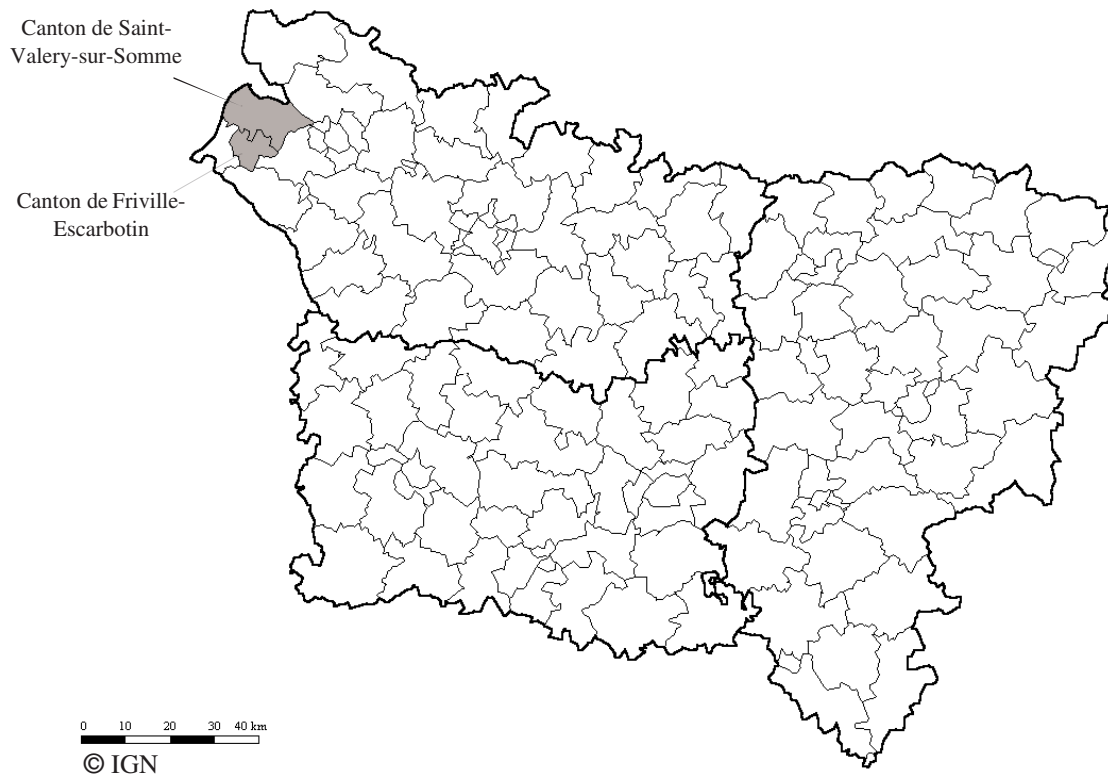
Mme Michèle Godin
19, place Saint Martin
80230 Saint-Valery-sur-Somme
Téléphone : 03 22 26 92 56
Nbre adhérents : 25
Age minimum : 55 ans et plus

M. Christian Deloubrière
19, rue Sarcelles
80230 Saint-Valery-sur-Somme
Téléphone : 03 22 60 56 14
Nbre adhérents : 480
Age minimum : 68 ans et plus

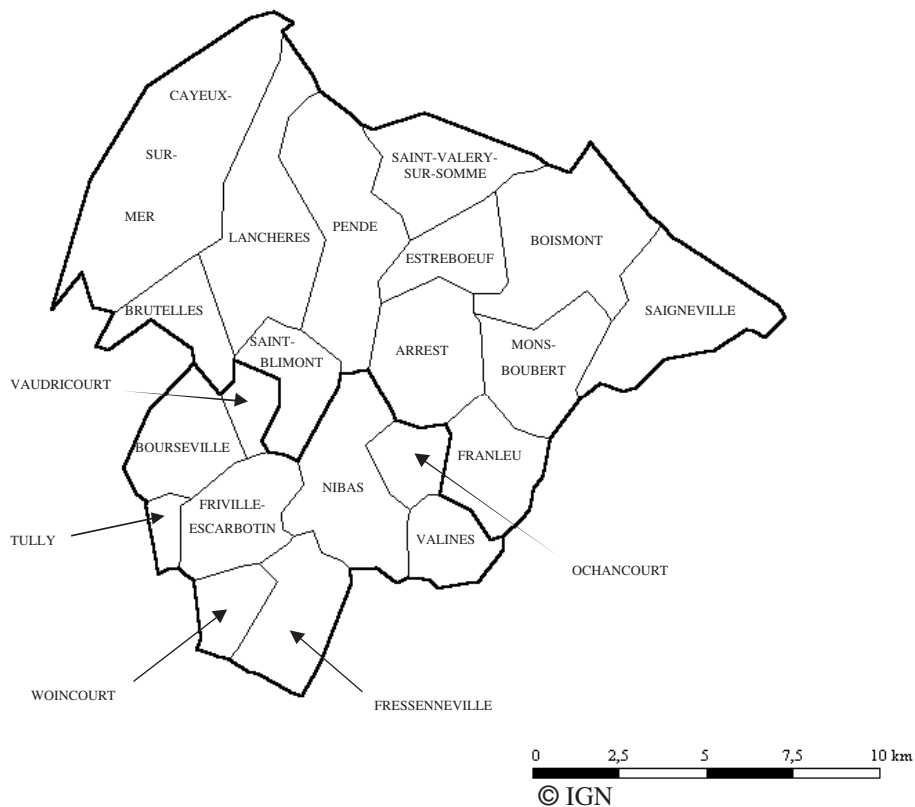
M. Roland Delcourt
21, rue André Villefroy
80130 Friville-Escarbotin
Téléphone : 03 22 26 31 29
Nbre adhérents : 350
Age minimum : 60 ans et plus

III. Démographie et géographie

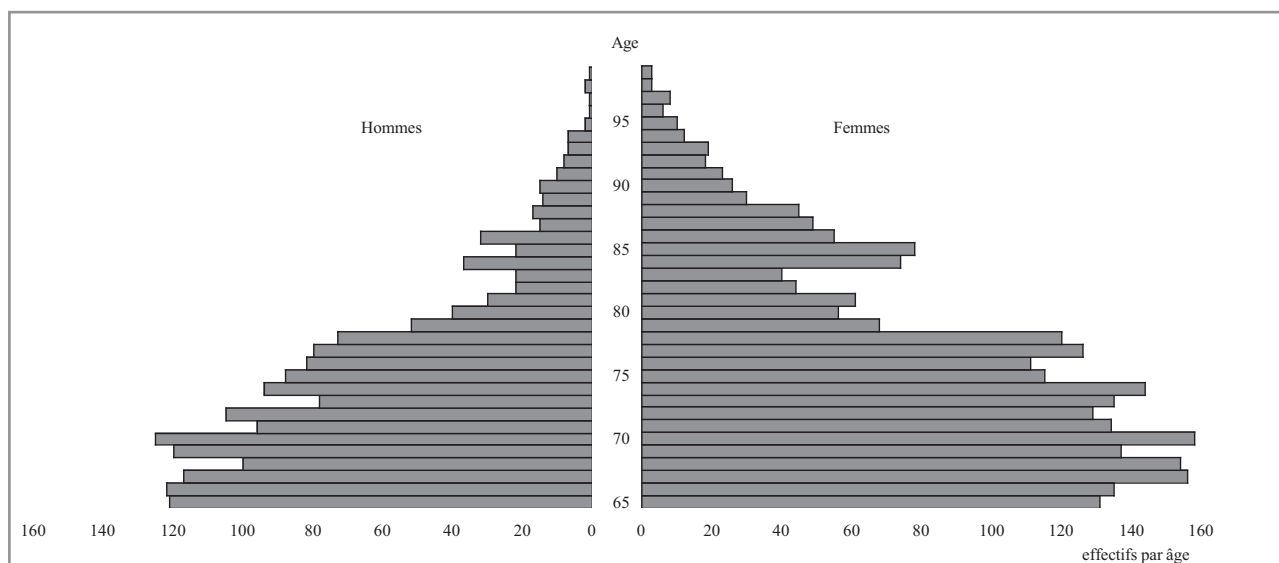
III.1 Les deux cantons dans la région et le département



III.2 Les vingt-et-une communes dans les deux cantons



III.3 Pyramide des âges des personnes âgées de 65 ans et plus domiciliées dans les cantons de Saint-Valery-sur-Somme et de Friville-Escarbotin au RP 99⁷³



Source : INSEE RP 99

III.4 Récapitulatif par commune de la population globale au RP 99 et des personnes âgées de 65 ans et plus au RP 99 enquêtées par sexe

Ville	Population totale RP 99		H 65 ans et plus RP 99 ⁷⁴		H 65 ans et plus enquêtés	
	Clas. urbain/rural	F 65 ans et plus RP 99 ⁷⁴	%	%	F 65 ans et plus enquêtées	%
Arrest	823	70	1,6%	21	1,8%	
	rural	95	2,1%	26	2,3%	
Boismont	497	39	0,9%	5	0,4%	
	rural	51	1,1%	3	0,3%	
Brutelles	179	16	0,4%	4	0,3%	
	rural	18	0,4%	9	0,8%	
Cayeux-sur-Mer	2 777	231	5,2%	60	5,2%	
	urbain	415	9,3%	113	9,8%	
Estrebœuf	229	22	0,5%	7	0,6%	
	rural	21	0,5%	8	0,7%	
Franleu	523	41	0,9%	14	1,2%	
	rural	48	1,1%	14	1,2%	
Lanchères	836	54	1,2%	15	1,3%	
	rural	81	1,8%	20	1,7%	
Mons-Boubert	480	47	1,1%	12	1,0%	
	rural	60	1,3%	20	1,7%	
Pendé	980	84	1,9%	34	2,9%	
	rural	116	2,6%	35	3,0%	
Saigneville	388	27	0,6%	7	0,6%	
	rural	39	0,9%	8	0,7%	
Saint-Blimont	948	81	1,8%	27	2,3%	
	rural	91	2,0%	24	2,1%	
Saint-Valery-sur-Somme	2 691	274	6,1%	79	6,8%	
	urbain	483	10,8%	88	7,6%	
Bourseville	774	51	1,1%	16	1,4%	
	rural	65	1,5%	11	1,0%	
Fressenneville	2 333	167	3,7%	48	4,2%	
	urbain	262	5,9%	69	6,0%	
Friville-Escarbotin	4 646	299	6,7%	75	6,5%	
	urbain	426	9,5%	103	8,9%	
Nibas	754	45	1,0%	17	1,5%	
	rural	60	1,3%	18	1,6%	
Ochancourt	235	22	0,5%	7	0,6%	
	rural	31	0,7%	7	0,6%	
Tully	663	50	1,1%	15	1,3%	
	rural	63	1,4%	12	1,0%	
Valines	663	31	0,7%	9	0,8%	
	rural	35	0,8%	8	0,7%	
Vaudricourt	450	40	0,9%	14	1,2%	
	rural	48	1,1%	15	1,3%	
Woincourt	1 529	109	2,4%	37	3,2%	
	rural	153	3,4%	20	1,7%	
Ensemble	23 398	4 461	100%	1 154	100%	

Sources : Insee RP 99, ORS Picardie-Esacovi 99

⁷³ Personnes présentes le 8 mars 1999 (RP 99) et ayant au moins 65 ans le 1^{er} janvier 1999.

⁷⁴ Personnes présentes le 8 mars 1999 (RP 99) et ayant au moins 65 ans le 1^{er} mai 1999.

IV Le questionnaire

ENQUÊTE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET LES CONDITIONS DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Numéro de questionnaire

A1. Date de l'entretien

A2. Commune de résidence

A3. Sexe

- Homme
 Femme

A4. Année de naissance

A5. Situation de famille

- Marié(e)
 Veuf(ve)
 Célibataire
 Divorcé(e)
 Séparé(e)
 Vie maritale

A6. Si marié(e) ou vie maritale, votre conjoint est-il valide ?

- oui
 non

A7. Êtes-vous ?

- en activité professionnelle
 à la retraite

A8. Quelle a été(est) votre principale profession (exercée le plus longtemps) ?

.....

A9. Quelle a été(est) la principale profession de votre conjoint (exercée le plus longtemps) ?

.....

A10. Quelles sont vos communes de référence

(courses, soins, loisirs)

- Saint-Valery
 Abbeville
 Friville-Escarbotin
 Cayeux
 Ault
 Feuquières en Vimeu
 Autres

A11. Votre maison se situe-t-elle ?

- dans le centre de votre commune
 à environ 500 mètres du centre de votre commune
 à plus de 500 mètres du centre de votre commune

A12. Votre maison est-elle isolée ?

(plus de 100 mètres d'une autre habitation)

- oui
 non

A13. Y-a-t-il des magasins d'alimentation ou des commerçants ambulants qui passent à proximité de votre logement (à moins de 300 mètres) ?

Magasins alimentation

Commerçants ambulants

- oui
 non

A14. Quel(s) service(s) ou commerce(s) manque(nt)-il(s) dans votre commune ou votre quartier et dont la présence vous serait très utile ?

1

2

3

A15. Mode d'habitation

- maison ou pavillon individuel

B. LES CONDITIONS D'HABITAT

B1. Depuis combien de temps habitez-vous ce logement en années ?

(moins d'un an : 00)

B2. Date de construction de la maison ?

B3. Vous êtes

- propriétaire de votre logement
- locatif social (HLM...)
- locatif privé
- en cours d'accession à la propriété
- hébergé à titre gratuit

B4. Où habitiez-vous avant d'être dans ce logement ?

.....

B5. Devez-vous emprunter des escaliers dans votre logement ? (2 marches et plus)

- oui
- non

B6. Devez-vous emprunter des escaliers pour entrer ou sortir de votre logement ? (2 marches et plus)

- oui
- non

B7. Y-a-t-il un ascenseur pour arriver à votre logement ?

- oui
- non

B8. Combien de pièces comprend votre logement ? (cuisine comprise, salle de bains et WC non compris) (9 pièces et plus coder 9 ; si la personne habite chez quelqu'un, comptez toutes les pièces).

.....

B9. Avez-vous de l'eau courante dans votre logement ?

- oui
- non

B10. Avez-vous de l'eau chaude ?

- oui
- non

B11. Dans votre logement y-a-t-il une baignoire ?

- oui
- non

B12. Dans votre logement, y-a-t-il une douche (non compris douchette de la baignoire) ?

- oui
- non

B13. Les WC sont-ils :

- dans le logement
- hors du logement à l'étage
- hors du logement ailleurs

B14. Votre chauffage principal est-il ?

- collectif
- individuel

B15. Ce chauffage nécessite-t-il des manutentions ?

- oui
- non

B16. Quel est le combustible ?

- bois
- charbon
- mazout
- gaz
- électricité
- autre (précisez)

B17. Afin d'améliorer votre confort, votre logement aurait-il actuellement besoin d'aménagements ?

- oui
- non

B18 Si oui, quelles seraient la ou les améliorations prioritaires à apporter à votre logement ?

	Oui	Non
La toiture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'eau chaude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les WC intérieurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le système de chauffage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'isolation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'adaptation du logement à un handicap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre (précisez)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

.....

C. LE RÉSEAU RELATIONNEL

C1. Vivez-vous seul ?

- oui
 non

C2. Si oui, depuis combien de temps (en années) ?

(coder 99 si la personne à toujours vécu seule)

.....

C3. Si non, avec qui vivez-vous dans votre logement ?

(plusieurs réponses possibles)

- avec le conjoint (marié ou pas)
 avec d'autres personnes du même âge
 avec les enfants, chez vous
 chez les enfants
 avec vos parents
 dans une famille d'accueil
 autre, (précisez)

C4. Combien d'enfants avez-vous eu ?

(vivants & morts) (y compris les enfants adoptés)

C5. Un ou plusieurs de vos enfants ou petits-enfants habitent-ils à proximité (à pied) ?

- oui
 non
 sans objet ou habite chez ses parents

C6. Avez-vous d'autres membres de votre famille vivant dans votre commune ?

- oui
 non



C9. Y-a-t-il des personnes bénévoles qui vous rendent visite de temps en temps ?

- oui
 non

C10. Si non, souhaiteriez-vous que des personnes disponibles rendent visite aux personnes âgées, leur tenir compagnie, leur faire la lecture ?

- oui
 non

C11. Avez-vous le téléphone ?

- oui
 non

C12. Si non, le souhaitez-vous ?

- oui
 non

(Code grille AGGIR) (C13)

C13. Utilisez-vous les moyens de communication à distance (téléphone, alarme, sonnette) ?

Autonomie Aides

C7. Qui vient vous voir à domicile ?

	Tous les jours	Chaque semaine	Au moins 1 fois par mois	Au moins 1 fois par an	Jamais	Non concerné
Enfant(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
parentèle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amis/voisins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C8. Hormis les personnes citées précédemment, quelqu'un d'autre vient-il vous voir régulièrement chez vous ?

	Tous les jours	Moins souvent	Jamais
facteur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
concierge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
commerçants ambulants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
autres (précisez)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Passer question C9

D. LES ACTIVITÉS ET L'AUTONOMIE

D1 Quelles sont vos occupations lorsque vous restez chez vous ?

(une réponse par ligne du tableau)

Est-ce que vous ?	Oui		Non	
	sans difficultés	mais avec difficultés	en raison de difficultés	pour d'autres raisons
lisez (journaux, livres...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
écoutez la radio, des disques, des cassettes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
regardez la télévision	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tricotez ou bricolez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
faites du jardinage, de l'élevage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pratiquiez des jeux (cartes, mots-croisés)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gardez vos petits-enfants ou autres enfants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D2. Qui s'occupe de vous en cas de problème de santé exceptionnel, par exemple si vous êtes obligé de rester au lit pour plusieurs jours ?

(plusieurs réponses possibles)

- famille (personne de la même génération)
- famille (personne plus jeune - enfants)
- voisins, amis
- professionnels à domicile
- hospitalisation
- autre (précisez)

D9. Que faites-vous en dehors de chez vous :

(une réponse par ligne)

	oui	non
du sport, de la gymnastique (cadre associatif)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
des visites à la famille ou à des amis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
des promenades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
des voyages	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
autres (précisez)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D10. Y-a-t-il dans votre commune des associations ou des clubs de loisirs pour personnes âgées ?

- oui
- non

D11. Participez-vous aux activités de ces associations ?

- oui
- non

D12. Aidez-vous des personnes âgées ?

- oui, de votre famille
- oui, en dehors de votre famille
- oui, des deux
- non

D13. Si oui, quel type d'aide assurez-vous ?

- matérielle
- financière
- morale
- prise en charge
- autre (précisez)

D14. Aidez-vous des jeunes ? (moins de 30 ans)

- oui, de votre famille
- oui, en dehors de votre famille
- oui, des deux
- non

D15. Si oui, quel type d'aide assurez-vous ?

- matérielle
- financière
- morale
- prise en charge

Code grille AGGIR (D3 à D5)

D3. Déplacements à l'intérieur

(avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant)

Autonomie Aides

D4. Déplacements à l'extérieur

(à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport)

Autonomie Aides

D5. Transports

(prendre et/ou commander un moyen de transport)

(au moins une fois par semaine)

Autonomie Aides

D6. Y-a-t-il un arrêt de bus à proximité de chez vous

(à moins de 500 mètres) ?

- oui
- non

D7. Conduisez-vous une voiture actuellement ?

- oui
- non

D8. Montez-vous à bicyclette, mobylette, moto ?

- oui
- non

E . ÉTAT DE SANTÉ

E1. Avez-vous un médecin de famille ?

- oui
 non

E2. Êtes-vous suivi régulièrement par ce médecin ?

- oui
 non

E3. Si oui, à quelle fréquence le voyez-vous ?

- plus d'une fois par semaine
 une fois par semaine
 plusieurs fois par mois
 tous les mois
 tous les deux mois
 tous les trimestres
 une ou deux fois par an

E4. Avez-vous consulté au moins un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois ?

- oui
 non

E5. Quel(s) spécialiste(s) ?

E6. Avez-vous consulté une infirmière libérale au cours des 12 derniers mois (consultations et visites) ?

- oui
 non

E7. Consultez-vous un kinésithérapeute régulièrement ?

- oui
 non

E8. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait un ou plusieurs séjours à l'hôpital ?

- oui
 non

E9. Si oui, avez-vous rencontré des difficultés lors de votre retour à domicile ?

- oui
 non

E10. Avez-vous actuellement des problèmes de santé ?

- oui
 non

E11. En ce moment, comment considérez-vous votre état de santé ?

- très bon
 bon
 moyen
 mauvais

très mauvais

E12. Actuellement, suivez-vous un traitement médical ?

oui non

E13. Nombre de médicaments pris à l'heure actuelle ?

.....

Code grille AGGIR (E14)

E14. Suivi du traitement ?

(se conformer à l'ordonnance de son médecin)

Autonomie Aides

Autonomie psycho-sensorielle	pas de troubles ou troubles discrets	troubles d'importance moyenne constituant un handicap	Troubles sévères retentissant sur l'autonomie sociale
Troubles de la vision (avec correction éventuelle)	0	0	0
Troubles de l'audition (avec correction éventuelle)	0	0	0

E15. Autonomie sensorielle

E16. Êtes-vous pris en charge à 100 % par la sécurité sociale pour une maladie précise ?

oui non

E17. Avez-vous une mutuelle ?

oui non

Code grille AGGIR (E18 à E22)

E18. Toilette du haut et du bas du corps

(assurer son hygiène corporelle)

Haut : Autonomie Aides

Bas : Autonomie Aides

E19. Habillage

(s'habiller, se déshabiller, se présenter)

Haut : Autonomie Aides

Moyen : Autonomie Aides

Bas : Autonomie Aides

E20. Alimentation

(se servir et manger les aliments préparés)

Autonomie Aides

E21. Elimination urinaire et anale

(assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale)

Urinaire : Autonomie Aides

Anale : Autonomie Aides

E22. Transferts

(se lever, se coucher, s'asseoir)

F. LES ACTIVITÉS MÉNAGÈRES

F1. Êtes-vous gêné (gêne physique, handicap) pour faire les courses ?

- oui
- non
- n'a pas à les faire

F2. Êtes-vous gêné pour faire les petites tâches ménagères (préparation des repas, poussière, vaisselle, balayage, lit, lessive) ?

- oui
- non
- n'a pas à les faire

F3. Êtes-vous gêné pour faire les grosses tâches ménagères (vitres, sols, rideaux...) ?

- oui
- non
- n'a pas à les faire

F4. Qui vous aide d'habitude pour la plupart des activités ménagères ?

(plusieurs réponses possibles)

- famille (personne de la même génération)
- famille (personne plus jeune ou enfant)
- voisins, amis
- professionnels (bénévoles ou non)
- autres (précisez)
- personne, ces tâches ne sont pas faites
- non concerné (fait ces tâches elle-même)

F5. Si professionnels, combien de fois passent-ils dans la semaine ?

- Tous les jours
- Moins souvent

Code grille AGGIR (F5 à F7)

F5. Cuisine ?

(préparer les repas)

Autonomie Aides

F6. Ménage ?

(effectuer l'ensemble des travaux ménagers)

Autonomie Aides

F7. Achat ?

(faire des acquisitions directes ou par correspondance)

Autonomie Aides

G. UTILISATION DES SERVICES DE MAINTIEN À DOMICILE

G1. Avez-vous une personne pour vous faire le ménage en dehors de la famille et de l'entourage ?

- oui
 non

G2. Si non, auriez-vous besoin d'une personne pour vous faire le ménage ?

- oui
 non

Travaux d'entretien : il s'agit de subvention attribuées par la caisse régionale d'assurance vieillesse (CRAV) pour la réalisation de travaux d'adaptation de l'habitat au grand âge.

Téléalarme : il s'agit d'un système d'alarme que la personne âgée déclenche elle-même.

Hébergement temporaire : il s'agit de maisons de retraite ou d'hôpitaux qui accueillent les personnes âgées pour un séjour d'une semaine à 2 mois afin de permettre par exemple aux aidants de partir en vacances.

Foyers-restaurants : il s'agit soit de restaurants autonomes qui ne proposent que des repas pour les personnes âgées, soit de maisons de retraite proposant en plus de l'hébergement des prestations de restauration.

Définitions pour remplir le tableau ci-dessous

Auxiliaires de vie : personnes habilitées pour une aide à la toilette, aux courses et au ménage

Attention : toutes ces propositions n'existent pas forcément dans les cantons de Saint-Valery et de Friville-Escarbotin. Néanmoins, il serait utile de savoir si les personnes âgées souhaitent bénéficier de ce genre de prestations.

G3. Il existe des services pour faciliter la vie des personnes âgées. Parmi ceux que je vais vous citer, savez-vous qu'ils existent dans votre canton, en avez-vous bénéficié au cours des 12 derniers mois ou désirez-vous en bénéficier ?

	sait qu'il en existe		sait qu'il ne sait pas		désire en bénéficier	ne désire pas en bénéficier ou n'en a pas besoin
	en bénéficie	n'en bénéficie pas	n'en existe pas	s'il en existe		
Auxiliaire de vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soins à domicile (SAD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Portage de médicaments (pharmacien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Portage de médicaments (association)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Service de garde de nuit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléalarme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hébergement temporaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aide ménagère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavage de linge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Petits travaux d'entretien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gros travaux d'entretien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Portage de courses à domicile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Portage de repas à domicile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foyers-restaurants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transport pour personnes âgées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G4. Si 1 ou 2 à certains items de la question précédente : Avez-vous des remarques ou des critiques à formuler sur ce service ? (soit parce que vous en bénéficiez, soit parce que vous en avez entendu parlé)

Service

Remarques

.....

Service

Remarques

.....

Service

Remarques

.....

Service

Remarques

.....

Service

Remarques

.....

Service

Remarques

.....

Service

Remarques

.....

Service

Remarques

.....

G5. À l'heure actuelle, êtes-vous inscrit sur une liste d'attente pour entrer en maison de retraite ou en service long séjour ? (plusieurs réponses possibles)

- oui, en maison de retraite
- oui, en service de long séjour
- non

G6. Si une place se libérait là où vous êtes inscrit, seriez-vous prêt à vous y installer dans les trois mois qui viennent ?

- oui
- non

G7. Pourquoi ?

.....

.....

G9. Si vous préférez quitter votre logement, pour des problèmes de santé, préféreriez-vous aller ?

- chez des membres de votre famille
- en famille d'accueil
- dans un foyer-logement
- dans une maison de retraite
- dans une résidence service
- autre
- ne sait pas

G10. Actuellement, rencontrez-vous des difficultés en ce qui concerne

	Oui	Non
vos ressources	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vos logement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la solitude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l'ennui ou le manque d'activité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vos santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vos vie quotidienne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les démarches formalités	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les personnes à charge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l'inquiétude sur votre avenir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G11. Vers qui vous tourneriez-vous en priorité pour régler des difficultés ?

	Conjoint	Enfants	Famille	Amis Voisins	Services sociaux	Mairie	Autres	Ne se prononcent pas
Difficultés financières	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés matérielles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés liées à la santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

H. LES REVENUS DU MÉNAGE

H1. Percevez-vous une (ou plusieurs) retraites personnelle(s) ?

- oui
- non
- non réponse

H2. Quel est votre régime principal de retraite ?

.

H3. Avez-vous d'autres revenus ?

(activité, rentes, loyers, pensions de reversion, FNS)

- oui
- non
- non réponse

H4. Si oui, lesquels ?

.

H5. Les revenus mensuels de votre ménage (vous seul(e) ou vous et votre conjoint(e)), sont-ils :

attention aux revenus trimestriels, y compris les allocations logement ou autres aides au logement

- inférieurs à 3 000 F
- compris entre 3 000 F et 4 999 F
- compris entre 5 000 F et 7 499 F
- compris entre 7 500 F et 9 999 F
- supérieurs à 10 000 F
- non réponse

H6. Payez-vous des impôts sur le revenu ?

- oui
- non
- non réponse

H7. Bénéficiez-vous d'une allocation compensatrice pour une tierce personne ?

- oui
- non
- non réponse

H8. Bénéficiez-vous de la PSD ?

- oui
- non
- non réponse

H9. Avez-vous des personnes à charge ?

(sur le plan financier ou matériel)

- oui
- non
- non réponse

H10. Si oui,

combien de plus de 60 ans :

combien de moins de 60 ans :

Code grille AGGIR (H11)

H11. Gestion

(gérer ses affaires, son budget, se servir de l'argent, faire des démarches)

Autonomie Aides

I. À REMPLIR PAR L'ENQUÊTEUR APRÈS L'ENTREVUE

I1. Le sujet a-t-il répondu au questionnaire

- lui-même entièrement
- lui-même avec une aide
- non, quelqu'un a donné les renseignements à sa place

I2. Si "non" ou "aide" à la question précédente, quelle est la personne qui donne les renseignements ?

- le conjoint
- la famille
- un ami, un voisin
- une personne soignante
- autre (précisez)

I3. L'enquêté a-t-il eu des difficultés à répondre ?

- non
- oui, comprend mal les questions (le fond)
- oui, autre (précisez)

I4. La personne enquêtée paraît-elle souffrir de troubles psychiques ?

- pas de trouble ou troubles discrets
- troubles d'importance moyenne constituant un handicap
- troubles sévères retentissant sur l'autonomie sociale

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

Pour mieux nous aider à comprendre la situation ou les problèmes particuliers de la personne âgée, ainsi que certains aspects de l'entretien, n'hésitez pas à nous soumettre ci-après toutes les observations qui vous semblent utiles. Nous vous en remercions.

Code grille AGGIR (I5 à I6)

I5. Cohérence

(converser et/ou se comporter de façon logique et sensée)

Autonomie Aides

I6. Orientation

(se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux)

Autonomie Aides

Copyrights

Logiciels

Microsoft Office 98 de Microsoft

Quark X-Press®

Spad™

Géo concept®

Police de caractères

Times

Réalisation

Macintosh G3

Imprimante Canon GP 335

© Observatoire régional de santé de Picardie

Siège social

Faculté de médecine

3, rue des Louvels

80036 Amiens cedex 1

Tél. : 03 22 82 77 24

Fax : 03 22 82 77 41

Antenne de l'Aisne

116, rue Léon Nanquette

02000 Laon

Tél. et fax : 03 23 79 08 55

Adresse électronique : ors@sa.u-picardie.fr

<http://www.ors.u-picardie.fr>

ISBN : 2-909915-17-1

Imprimé en novembre 2000 à la Caisse régionale d'Assurance maladie Nord-Picardie