



## Actualités OFS

BFS Aktuell

Attualità UST

14 Santé

Neuchâtel, septembre 2014

Enquête suisse sur la santé 2012

# La santé fonctionnelle des personnes âgées vivant en ménage privé

Deux personnes sur dix âgées d'au moins 65 ans et vivant en ménage privé sont concernées par des limitations dans les activités de la vie courante, comme les gros travaux ménagers et la lessive, et trois sur cent par des limitations dans les activités de soins personnels, comme la toilette ou l'habillement. Ces limitations sont plus fréquentes avec l'âge et vont de pair avec un besoin important d'aide: plus de la moitié des aînés concernés par des limitations fonctionnelles reçoivent une aide de leur proche ou d'un service d'aide et de soins à domicile (54%). Mais quand ces aides ne suffisent plus, il est nécessaire d'envisager le déménagement dans un établissement médico-social (EMS)<sup>1</sup>.

La santé fonctionnelle est définie par la manière dont les personnes peuvent satisfaire leurs besoins quotidiens et participer à la société, compte tenu de leur état de santé. Elle est souvent mesurée par la fréquence et la gravité des limitations dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) ou dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) (Définitions → encadré p. 2). Les limitations sensorielles et de mobilité, l'incontinence mais également le cumul de maladies chroniques engendrent une fragilité chez la personne âgée et ont des conséquences négatives sur sa santé fonctionnelle. Une mauvaise santé fonctionnelle est synonyme de besoin d'aide et de soins et a des effets néfastes sur la qualité de vie et le bien-être psychique des personnes âgées. De graves limitations fonctionnelles sont souvent déclencheur de l'installation de la personne âgée dans un EMS. Par ailleurs, l'absence de conjoint contribue à l'admission dans un home (OFS, 2011).

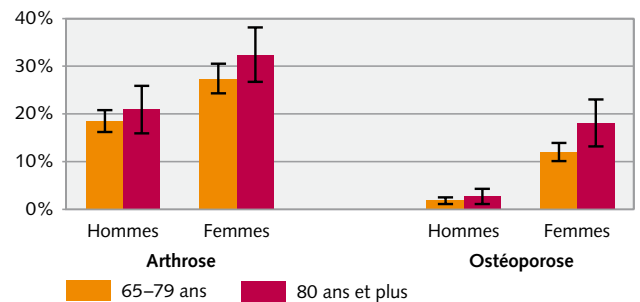
### Maladies chroniques

La moitié des personnes âgées de 65 ans et plus ont une maladie ou un problème de santé de longue durée (49%), sans différence selon le sexe, l'âge ou le niveau de formation. Parmi les maladies chroniques les plus fréquentes chez les personnes âgées (hypertension, arthrose, diabète, ostéoporose, cancer), l'arthrose et l'ostéoporose (G 1) ont un impact négatif significatif sur les capacités fonctionnelles.

### Arthrose et ostéoporose, en 2012

Population de 65 ans et plus vivant en ménage privé

G 1



Source: OFS – ESS

© OFS, Neuchâtel 2014

Un quart des personnes avec une arthrose sont limitées dans les AIVQ contre seulement 15% de celles qui n'en ont pas. Concernant l'ostéoporose, l'écart est encore plus grand: 36% des personnes souffrant d'ostéoporose sont limitées dans les AIVQ contre 16% de celles qui n'en souffrent pas.

<sup>1</sup> Les résultats concernant la santé fonctionnelle des personnes âgées vivant en établissement médico-social sont disponibles dans le rapport: Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social

L'obésité, qui est un facteur de risque pour l'arthrose, est également associée à des limitations fonctionnelles plus fréquentes. Les personnes souffrant d'obésité sont plus souvent limitées dans les AIVQ (27%) que celles avec un poids normal (17%) ou en surpoids (18%).

### Limitations fonctionnelles

20% des personnes âgées vivant en ménage privé ne peuvent réaliser au moins une activité instrumentale de la vie quotidienne (AIVQ) ou qu'avec beaucoup de difficulté (G2). Si 14% des 65-79 ans sont limités dans les AIVQ, cette proportion passe à 38% des 80 ans et plus. A partir de 80 ans, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à être limitées dans les AIVQ (45% contre 27%).

#### La mesure des limitations fonctionnelles

Les limitations fonctionnelles physiques se mesurent souvent dans les enquêtes de santé au moyen de deux indicateurs:

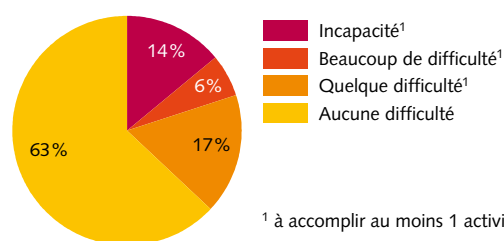
- Les **activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)** comme préparer des repas, téléphoner, faire des achats, la lessive, des travaux ménagers, les comptes ou utiliser les transports publics. Une limitation dans ces activités signale un premier pas vers une restriction d'autonomie.
- Les **activités de la vie quotidienne (AVQ)** comme manger, se coucher, sortir du lit, se lever d'un fauteuil, s'habiller et se déshabiller, aller aux toilettes, prendre un bain ou une douche. Une limitation dans ces activités de base débouche souvent sur des besoins soutenus d'aide et de soins.

Lorsque la personne ne peut pas réaliser au moins une de ces activités sans aide, ou qu'avec beaucoup de difficulté, elle est considérée comme limitée dans sa santé fonctionnelle.

### Degré de limitation dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), en 2012

Population de 65 ans et plus vivant en ménage privé

G 2



Source: OFS - ESS

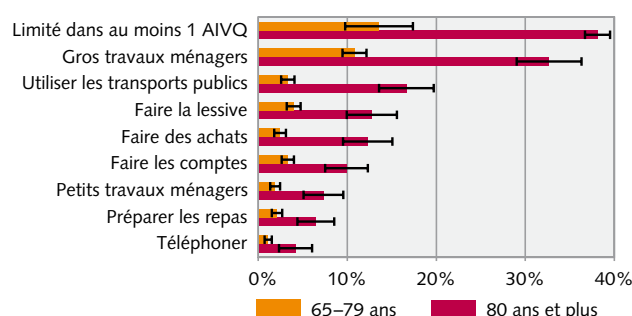
© OFS, Neuchâtel 2014

L'activité qui pose le plus de problème est la réalisation de gros travaux ménagers (16%) comme par exemple déplacer des meubles lourds, faire les nettoyages de printemps ou encore nettoyer les fenêtres. Suivent l'utilisation des transports publics (7%) et faire la lessive (6%) (G3).

### Limitations<sup>1</sup> dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), en 2012

Population de 65 ans et plus vivant en ménage privé

G 3



<sup>1</sup>Incapacité ou beaucoup de difficulté à accomplir l'activité

Source: OFS - ESS

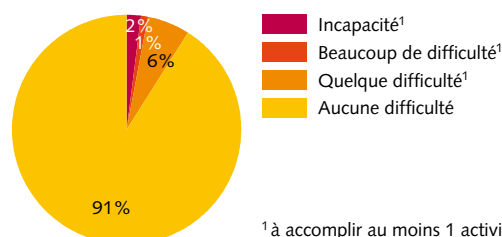
© OFS, Neuchâtel 2014

3% des personnes âgées vivant en ménage privé ne peuvent pas effectuer au moins une activité de la vie quotidienne (AVQ) ou qu'avec beaucoup de difficulté (G4). La proportion augmente avec l'âge (2% des 65-79 ans contre 8% des 80 ans et plus). Prendre un bain ou une douche est l'activité qui pose le plus de problème (3%). 95% des personnes avec des limitations dans les AVQ sont également limitées dans les AIVQ.

### Degré de limitation dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), en 2012

Population de 65 ans et plus vivant en ménage privé

G 4



Source: OFS - ESS

© OFS, Neuchâtel 2014

Les besoins en soins sont fonction des activités journalières considérées comme nécessaires. C'est pourquoi les AVQ constituent un bon indicateur du besoin de soins (Höpflinger et Hugentobler, 2006). Les besoins en soins apparaissent déjà avec des limitations fonctionnelles légères (quelque difficulté à accomplir au moins une activité) et ils augmentent à chaque degré de limitation supplémentaire. Par ailleurs, les besoins en soins sont plus élevés lors de limitations dans les AVQ que lors de limitations dans les AIVQ.

### Limitations sensorielles

Les limitations sensorielles sont fortement associées aux limitations fonctionnelles. Deux tiers des aînés avec un problème de vue et/ou d'ouïe de degré important<sup>2</sup> ont des limitations dans les AVQ et/ou AIVQ.

<sup>2</sup> Personnes ne voyant pas suffisamment bien pour lire un livre/journal ou qu'avec beaucoup de difficulté et/ou ne pouvant pas suivre une conversation à laquelle participent au moins deux autres personnes ou qu'avec beaucoup de difficulté

4% des personnes âgées ont des problèmes de vue et/ou d'ouïe de degré important. Cette proportion augmente avec l'âge, elle passe de 3% chez les 65-79 ans à 8% chez les 80 ans et plus. Malgré le port de lunettes, 2% des personnes ne voient pas suffisamment bien pour lire un livre ou un journal. Ne pas bien entendre peut conduire à l'isolement et au retrait. 6% des personnes âgées ont d'importants problèmes d'ouïe malgré l'utilisation d'un appareil auditif.

### Incontinence urinaire

L'incontinence urinaire a des conséquences non seulement sur la santé fonctionnelle mais également sur la santé psychique et la qualité de vie. Presque un aîné sur cinq est concerné par des problèmes d'incontinence urinaire (17%), les femmes plus souvent que les hommes, et la part augmente avec l'âge (G5).

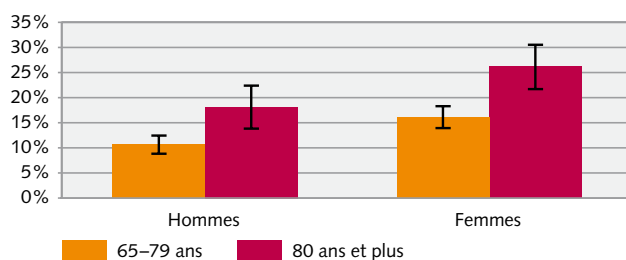
Les personnes âgées incontinentes sont presque deux fois plus souvent limitées dans les AIVQ que les personnes continentes (27% contre 15%) et trois fois plus souvent limitées dans les AVQ (5% contre 2%).

L'incontinence n'est pas en soi un facteur de réduction de l'autonomie. Mais elle indique un état de santé fonctionnel et psychique fragile. L'incontinence peut aussi conduire à l'isolement et au retrait social. Les personnes incontinentes ont moins souvent un soutien social fort (21% contre 29%), surtout dans le groupe des 65-79 ans. A partir de 80 ans, la diminution du soutien social est davantage liée à la perte des amis et des proches. Les personnes incontinentes jugent moins souvent leur qualité de vie comme bonne à très bonne (84% contre 93%).

### Incontinence urinaire, en 2012

Population de 65 ans et plus vivant en ménage privé

G 5



Source: OFS - ESS

© OFS, Neuchâtel 2014

### Restriction de locomotion

La mobilité est essentielle à la santé et à l'autonomie des personnes de tous âges. Des restrictions de locomotion sont associées au risque de chute et à des problèmes de santé fonctionnelle et donc aussi à des besoins de soins plus soutenus.

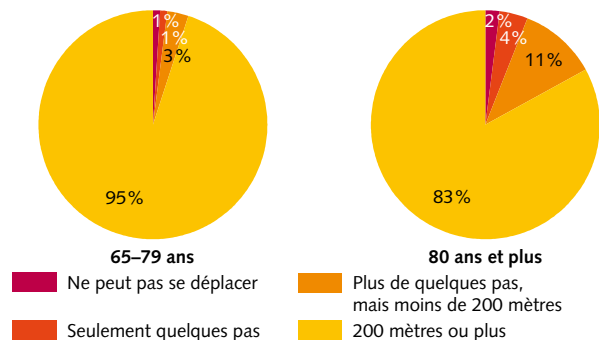
Avec l'âge, la capacité à se mouvoir et à se déplacer dans son environnement tend à diminuer. 3% des personnes âgées vivant en ménage privé ne peuvent plus se déplacer sans aide ou seulement faire quelques pas (G6). Cette part augmente avec l'âge en passant de 2% chez les 65-79 ans à 6% des 80 ans et plus. 91% des personnes avec des problèmes de locomotion sont concernées par

des limitations dans les AIVQ, particulièrement pour utiliser les transports publics, faire des travaux ménagers ou des achats.

### Restriction de locomotion, en 2012

Population de 65 ans et plus vivant en ménage privé

G 6



Source: OFS - ESS

© OFS, Neuchâtel 2014

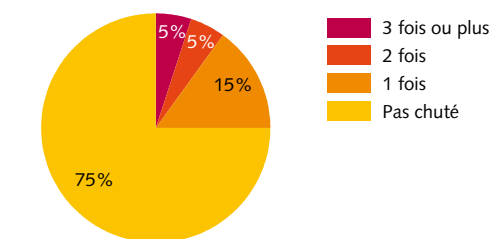
### Chutes

Les chutes chez les personnes âgées peuvent rapidement dégrader leur santé fonctionnelle et être à l'origine d'une demande nouvelle ou accrue d'aide et de soins. Un quart des personnes âgées vivant en ménage privé sont tombées au cours d'une année (G7). Cette part passe de 24% chez les 65-79 ans à 30% chez les 80 ans et plus. Dans le groupe des 65-79 ans, les femmes tombent plus souvent que les hommes (27% contre 20%). Les aînés avec des restrictions de locomotion sont plus nombreux à tomber que ceux qui peuvent se déplacer aisément (43% contre 25%). Il en va de même pour ceux souffrant de limitations sensorielles ou affectés par des maladies de longue durée.

### Chutes au cours d'une année, en 2012

Population de 65 ans et plus vivant en ménage privé

G 7



Source: OFS - ESS

© OFS, Neuchâtel 2014

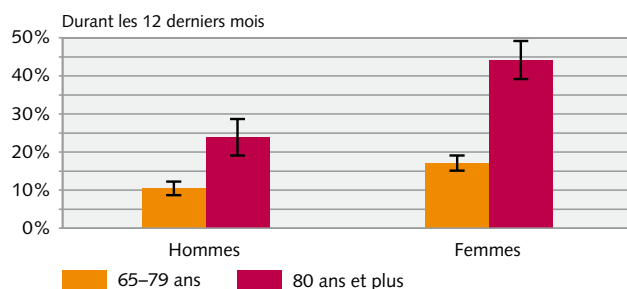
### Aide informelle et service d'aide et de soins à domicile

Des besoins d'aide et de soins apparaissent lorsque la personne connaît des limitations liées à des problèmes de santé et qu'elle ne peut plus gérer seule les activités de la vie quotidienne. 20% des personnes âgées reçoivent une aide ou des soins: 12% reçoivent uniquement une aide informelle de la part de proches, 3% ont recours uniquement à un service d'aide et de soins à domicile et 5% ont recours à ces deux types d'aide. La part des aînés recevant une aide ou des soins augmente avec l'âge et est plus élevée chez les femmes (G8).

## Personnes recevant une aide informelle et/ou ayant recours au service d'aide et de soins à domicile, en 2012

Population de 65 ans et plus vivant en ménage privé

G 8



Source: OFS – ESS

© OFS, Neuchâtel 2014

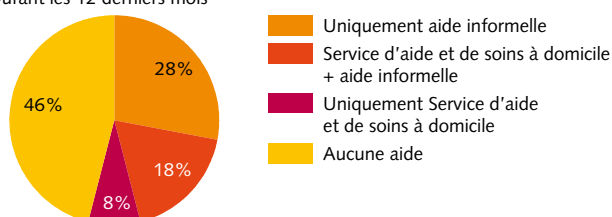
Parmi les personnes âgées avec des limitations fonctionnelles, plus de la moitié reçoivent de l'aide professionnelle et/ou informelle (54%) (G 9). Si 48% des personnes avec des limitations dans les AIVQ reçoivent de l'aide et des soins, ce taux passe à 88% chez les personnes limitées dans les AVQ. Parmi celles qui ne reçoivent pas d'aide, près d'un quart aimeraient pourtant en recevoir de la part de leur famille ou de connaissances, par exemple pour faire les commissions, les soins, les repas ou les tâches administratives (23%).

## Recours à une aide chez les personnes âgées avec des limitations fonctionnelles, en 2012

Population de 65 ans et plus vivant en ménage privé

G 9

Durant les 12 derniers mois



Source: OFS – ESS

© OFS, Neuchâtel 2014

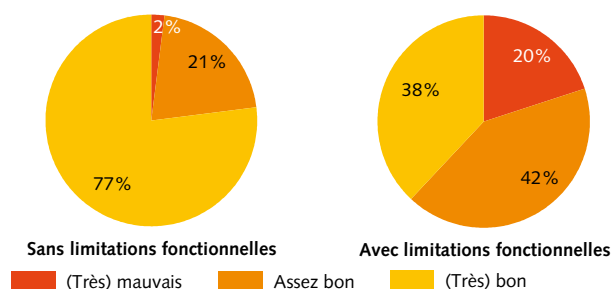
## Conséquences sur la santé psychique

Les personnes âgées limitées dans leur santé fonctionnelle sont dix fois plus nombreuses à évaluer leur état de santé général comme mauvais ou très mauvais (20% contre 2%) (G 10). La perception de la santé, qui peut être une source de préoccupation ou d'anxiété, est un facteur déterminant pour le bien-être mental des personnes (Dubé, 2006).

## Etat de santé auto-évalué, en 2012

Population de 65 ans et plus vivant en ménage privé

G 10



Source: OFS – ESS

© OFS, Neuchâtel 2014

Les personnes avec des limitations fonctionnelles souffrent effectivement plus souvent de détresse psychique élevée (8% contre 2%) et présentent plus souvent des symptômes de dépression modérée à grave (6% contre 2%). Elles ont également plus souvent un faible niveau d'énergie et de vitalité (45% contre 14%) et un bas sentiment de maîtrise de la vie (25% contre 15%). Enfin, elles jugent moins souvent leur qualité de vie comme étant bonne ou très bonne (78% contre 95%) et elles bénéficient moins d'un fort soutien social (22% contre 29%).

La combinaison de limitations fonctionnelles et d'une santé psychique fragilisée avec le fait de vivre seul sont souvent synonymes d'une installation dans un EMS. La personne ne pouvant plus prendre soin d'elle correctement et ne recevant pas d'aide d'un conjoint doit être prise en charge dans une institution. Cette entrée en EMS est d'ailleurs vécue comme un soulagement dans la plupart des cas (ESAI 2008/09).

### Sources des données

Les données proviennent de l'enquête suisse sur la santé (ESS) 2012. Cette enquête est réalisée tous les cinq ans depuis 1992. Il s'agit d'une enquête par sondage au moyen d'entretiens téléphoniques assistés par ordinateur (CATI) suivie d'un questionnaire écrit. A été interrogée la population résidant en ménage privé, à partir de 15 ans. Pour cette publication, seules les personnes de 65 ans et plus ont été retenues: 2225 hommes et 2580 femmes.

Les données sur les personnes en établissements médico-sociaux proviennent de l'enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions (ESAI 2008/09). L'univers de base se compose de personnes de 65 ans et plus vivant depuis au moins 30 jours dans un établissement médico-social ou dans home. La base de données comporte 3103 personnes.

### Bibliographie

Dubé Denise (2006). *Humaniser la vieillesse*. Québec: Editions MultiMondes

Höpflinger François et Hugentobler Valérie (2006). *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. Observations et perspectives*. Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène

Office fédéral de la statistique (2011). *Entrée en établissement médico-social en 2008/09*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique

### Impressum

**Editeur:** Office fédéral de la statistique (OFS)

**Conception, rédaction:** Martine Kaeser

**Layout:** DIAM, Prepress/Print

**Traductions:** Services linguistiques OFS, **langues:** disponible comme fichier PDF en français et en allemand

**Renseignements:** Office fédéral de la statistique, Service d'information Santé, tél. 058 463 67 00, e-mail: [gesundheit@bfs.admin.ch](mailto:gesundheit@bfs.admin.ch)

**Numéro de commande:** 1452-1200-05, gratuit

**Commandes:** tél. 058 463 60 60, fax 058 463 60 61, e-mail: [order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch)