

ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

ENQUÊTE AUPRÈS DE 2 000 PERSONNES ÂGÉES
EN BOURGOGNE

Janvier 2002

Enquête réalisée sur financement du **Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires de la CNAMTS** dans le cadre du **Programme régional de santé "Handicap et Dépendance des Personnes Âgées"**

Le comité de pilotage du **programme régional de santé (PRS)** "Handicap et dépendance des personnes âgées" a constaté l'insuffisance des connaissances sur l'environnement, les conditions de vie et les caractéristiques socio-démographiques des personnes âgées en Bourgogne. Il a confié à l'Observatoire Régional de la Santé le soin d'évaluer la qualité de vie des personnes âgées dépendantes vivant en Bourgogne, avec la perspective d'un renouvellement de cette mesure au terme du PRS.

- ⊗ L'objectif principal visé par cette étude est d'**améliorer la connaissance** concernant la population bourguignonne âgée dépendante.
- ⊗ L'objectif spécifique est d'**évaluer**, avant la mise en œuvre des diverses actions du PRS, **la qualité de vie des personnes âgées dépendantes** en Bourgogne, critère d'évaluation du programme.

✓ Une enquête auprès de 2 000 personnes âgées bourguignonnes

Parmi les 5 000 personnes auxquelles un questionnaire a été adressé, 2 089 l'ont retourné, soit un taux de réponse de 42%. Après vérification, 1 996 questionnaires ont été exploitables.

Les parts des habitants de 75 ans et plus participants domiciliés dans la **Nièvre** et la **Saône et Loire** sont identiques à celles observées lors du dernier recensement de la population (RP 1999). Par contre, on observe une sur représentation de la **Côte d'Or** dans l'échantillon par rapport à la population générale (30,2% vs 26,1%, $p < 0,05$) et à l'inverse une sous représentation de l'**Yonne** (17,9% vs 21,5%, $p < 0,05$).

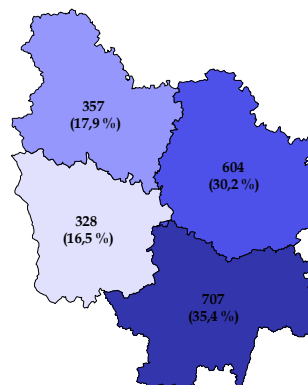
Une large majorité des répondants sont des **femmes** (60,8%). Cependant on constate une légère sur représentation (39,2% contre 36,5%) des **hommes** par rapport à la population âgée bourguignonne.

La moyenne d'**âge** est de 81,1 ans (écart type de 5,2). Près des trois quarts des personnes âgées qui ont répondu ont entre 75 et 84 ans.

✓ Des caractéristiques sociodémographiques proches de la réalité régionale

S'agissant de la **situation familiale**, les proportions des personnes mariées et veuves ne diffèrent pas de celles observées au moment du RP 99. Par contre, les célibataires sont légèrement sous représentés (5,3% vs 7,1%) et les divorcés sur représentés (3,4% vs 2,6%).

Répartition des personnes âgées ayant répondu par département



La proportion de personnes **vivant en collectivité** est de 11% (résultat proche des études nationales).

Par ailleurs dans quatre cas sur dix, les personnes de plus de 75 ans enquêtées **vivent seules** (ce qui n'est pas significativement différent des résultats du RP).

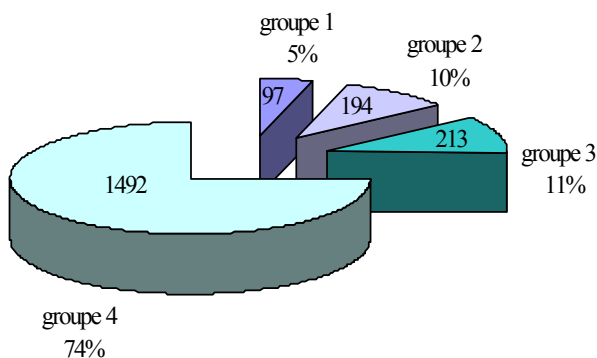
✓ **Un quart des personnes âgées enquêtées sont dépendantes au sens large**

Parmi les répondants à l'enquête, 504 personnes (26%) sont dépendantes d'un tiers, au moins pour sortir de leur domicile. Les personnes les plus lourdement dépendantes (confinées au lit...) représentent 5% de la population.

Groupes de dépendance (classification Colvez)

- Groupe 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil
- Groupe 2 : personnes non confinées au lit ou au fauteuil mais ayant besoin d'un tiers pour la toilette et l'habillage
- Groupe 3 : personnes non confinées au lit ou au fauteuil n'ayant pas besoin d'un tiers pour la toilette et l'habillage mais ne sortant pas de leur domicile sans l'aide d'un tiers et les autres personnes
- Groupe 4 : personnes non dépendantes

Degré de dépendance des personnes âgées interrogées



Le pourcentage de femmes dépendantes (groupes 1, 2 et 3) est supérieur à celui des hommes (différence de 8,4%, $p < 0,001$).

La proportion de personnes âgées dépendantes croît régulièrement avec l'âge passant de 14,7% pour les 75-79 ans à 65,9% pour les 95 ans et plus.

La plupart des personnes vivant en collectivité (70,5%) sont dépendantes (dont 28,1% confinées au lit ou au fauteuil). À l'opposé, 18,7% des personnes vivant seules sont dépendantes (dont 0,8% très dépendantes).

✓ **La qualité de vie des personnes âgées**

L'indicateur de santé perceptuelle de Nottingham a permis d'explorer les difficultés rencontrées dans différentes dimensions de la santé perçue.

Plus des deux tiers des personnes interrogées présentent au moins un trouble lié à la **mobilité physique** et de l'**énergie**. Environ six sur dix indiquent endurer la **douleur** (62,5%), souffrir de troubles du **sommeil** (59,6%). Plus de la moitié ont des problèmes de **réactions émotionnelles** (53,4%). Enfin, quatre personnes sur dix souffrent d'**isolement social**.

📍 **Qualité de vie et caractéristiques socio-démographiques**

La **qualité de vie est perçue de manière plus défavorable par les femmes** (constat dans toutes les études sur les personnes âgées). Ceci est retrouvé aussi bien parmi les personnes non dépendantes que parmi celles qui sont dépendantes (tous niveaux confondus), excepté pour la dimension « troubles de la mobilité physique ».

Plus l'âge augmente, plus la qualité de vie est perçue négativement.

Les troubles de l'énergie sont davantage ressentis par les personnes vivant avec leur conjoint. La douleur est plus particulièrement évoquée par les **personnes vivant seules** mais aussi par celles qui vivent **avec leur conjoint**. Les personnes vivant seules déclarent plus de troubles du sommeil. Enfin, les personnes vivant en **institution** sont celles qui signalent le plus de problèmes de mobilité physique, de troubles des réactions émotionnelles, et l'isolement social.

Les personnes **divorcées** ont des perceptions de qualité de vie les plus négatives pour les dimensions « énergie, troubles de la mobilité physique et douleur ». Les troubles du sommeil touchent plus particulièrement les personnes **veuves**, les troubles des réactions émotionnelles les **célibataires**. Enfin, l'isolement social touche plus particulièrement les célibataires et les veufs.

✓ **Dépendance et qualité de vie**

Les scores de perception des troubles des personnes dépendantes sont supérieurs pour toutes les dimensions à ceux des non dépendants (la qualité de vie est donc inférieure).

La différence de scores entre dépendants et non dépendants est maximale pour la dimension "troubles de la mobilité physique" et minimale pour la dimension "troubles du sommeil".

Scores de santé perçue par dimension

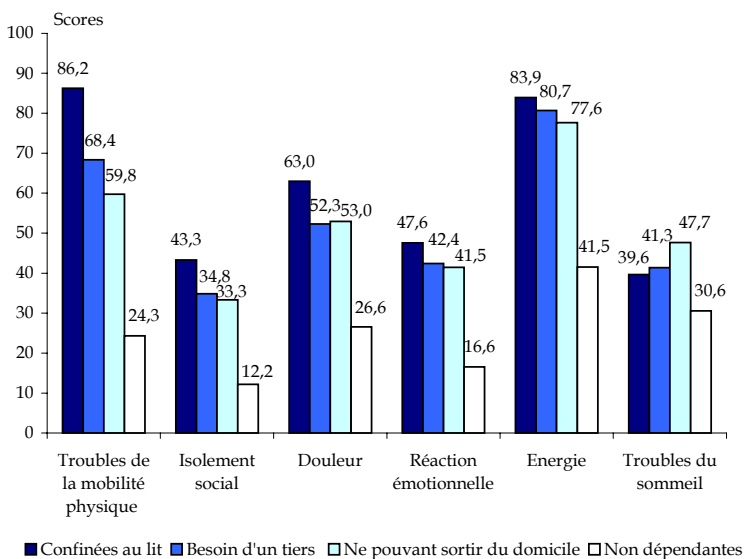
	Dépendants n=504	Non dépendants n=1492
Énergie	79,7	41,5
Troubles de la mobilité physique	66,4	24,3
Douleur	53,8	26,6
Troubles du sommeil	44,1	30,6
Réaction émotionnelle	42,6	16,6
Isolement social	35,3	12,2

① : Plus le score est élevé, plus la situation est défavorable

📍 Degré de dépendance et dimensions de qualité de vie

Pour la dimension "énergie", on ne note pas de différence significative entre les personnes confinées au lit ou au fauteuil et celles qui ont besoin d'aide pour la toilette et/ou l'habillage. De la même façon, les scores de ces dernières et ceux des personnes ayant besoin de l'aide d'un tiers pour sortir de leur domicile ne sont pas significativement différents. Par contre, il y a une différence significative entre le groupe 1 et le groupe 3.

Scores de qualité de vie et niveau de dépendance



Nb : il faut lire par exemple que le score concernant les personnes confinées au lit ou au fauteuil est de 83,9 pour les troubles de l'énergie.

Pour la dimension "troubles de la mobilité physique", les scores entre les différents niveaux de dépendance sont différents significativement les uns des autres.

Si les personnes confinées au lit ou au fauteuil ont les scores de douleur les plus élevés, il n'y a par contre pas de différence entre les groupes de dépendance 2 et 3.

En revanche, et contrairement aux autres dimensions de santé perçue, les **troubles du sommeil** sont ressentis plus intensément par les personnes les moins dépendantes (le score du groupe 3 est significativement supérieur à celui du groupe 1).

Les scores des troubles relatifs aux **réactions émotionnelles** sont significativement plus élevés pour les personnes dépendantes, mais il n'y a pas de différence entre les groupes de dépendance 2 et 3. On fait le même constat pour la dimension "**isolement social**".

✓ Des pistes pour l'action

📍 Prendre en compte la dimension physique et somatique

Pour les difficultés ressenties au niveau de la **mobilité physique**, une adaptation du logement et un travail sur le corps paraissent souhaitables.

De nombreux professionnels soignants peuvent y être associés :

- Les ergothérapeutes pour une prise en charge fonctionnelle et pour l'adaptation du lieu de vie,
- Les kinésithérapeutes qui fournissent un appui pour la locomotion,
- Les psychomotriciens qui proposent des techniques corporelles pour aider la personne à bouger dans le moindre effort mais avec le maximum de plaisir et d'efficacité, en vue d'améliorer l'estime de soi.

La **douleur** est sous-estimée et peu prise en compte notamment chez les personnes âgées. Au vu de la fréquence des troubles rencontrés par les personnes âgées et notamment en ce qui concerne les déplacements dans ou hors du foyer, elle pourrait être davantage soulagée.

Ces troubles a priori somatiques comportent des aspects psychologiques à ne pas négliger, comme les autres dimensions de la santé perçue pour lesquelles les personnes âgées rencontrent des difficultés plus d'ordre psychosocial.

📍 Prendre en compte la dimension sociale et psychologique

Des pistes d'action peuvent être envisagées en vue de permettre un **soutien psychologique** (travail sur l'estime de soi, travail en groupe thérapeutique) et plus généralement un mieux-être des aînés. L'**isolement social** est un problème ressenti de manière notable à domicile et plus encore en institution. Un travail est possible sur le plan social pour développer l'accompagnement et la mise en relation de ceux qui se sentent isolés. En institution, des animations sont généralement organisées, cependant on peut sans doute les faire évoluer notamment vers des mises en relation intra comme intergénérationnelle.

📍 Former les acteurs

La recherche de compréhension des phénomènes liés au vieillissement et à la dépendance et une sensibilisation sur les problèmes spécifiques des personnes âgées doivent aboutir à une réflexion collective sur la qualité des relations que l'on entretient avec elles. On peut par exemple valoriser l'autonomie, le libre choix de la personne, travailler sur la dépendance relationnelle (exclure toute infantilisation lors des relations)...

Il serait souhaitable que ces éléments soient intégrés dans la formation initiale ou par le biais d'une formation continue encore peu développée, quelle que soit la profession en contact avec les personnes âgées. La **formation des aidants**, axée sur le repérage des signes physiques ou psychologiques annonciateurs de troubles pouvant altérer la qualité de vie ressentie des personnes vieillissantes doit avoir pour objectif la prévention des difficultés allant de pair avec la dépendance, et la valorisation et le maintien des acquis.

De nombreuses études attestent du rôle essentiel des familles et parfois des bénévoles, qui ne sont pourtant pas formés à la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Il faut s'appuyer sur le travail effectué par les services **d'aides ménagères, les travailleurs sociaux, les auxiliaires de vie et les infirmiers libéraux**. Leur soutien peut non seulement réduire l'isolement social et le mal-être des personnes âgées, mais aussi contribuer à former et à accompagner les aidants naturels et les bénévoles.

Le **médecin généraliste**, acteur clé du système de soins pourrait être sensibilisé à l'importance de la part relationnelle de sa pratique au delà des soins techniques qu'il est amené à prodiguer. La prise en compte du traitement de la douleur semble être une priorité dans les soins.

L'objectif principal des actions consiste à étoffer le réseau de sociabilité pour améliorer le niveau de qualité de vie en favorisant les rencontres et les relations humaines entre les personnes âgées, les familles, les bénévoles, les animateurs et les soignants.

✓ Pour conclure

En Bourgogne, le vieillissement est plus marqué que dans la moyenne des régions françaises. La part des personnes dépendantes est estimée à 30% de la population des plus de 75 ans (échelon statistique de la DRASS), dans notre enquête, elle est à peine inférieure (26%). Cette part va sans doute augmenter dans les prochaines décennies, sans qu'on puisse aujourd'hui préciser l'importance de cette évolution.

Cette enquête permet de mieux connaître la perception qu'ont les personnes âgées dépendantes de Bourgogne de leur santé. Associés à l'étude « Les personnes âgées en Bourgogne : Perspectives démographiques, santé et prises en charge » et à l'évaluation qualitative des besoins de cette population réalisées par l'ORS, ces résultats ouvrent des pistes pour orienter la prévention et les actions à mettre en place pour « ajouter de la vie aux années » dans notre région.

Méthodologie

L'étude repose sur une **enquête descriptive, de type "avant - après"**, visant à mesurer la qualité de vie des personnes âgées dépendantes en Bourgogne, quel que soit leurs modes de prise en charge. Ce document présente la phase "avant" de cette enquête.

La population est constituée d'un échantillon aléatoire de **personnes âgées de 75 ans et plus domiciliées en Bourgogne** obtenu à l'aide des fichiers des caisses de retraite de la MSA et de la CRAM. 5 000 questionnaires ont été envoyés dans le but d'obtenir les réponses de 500 personnes âgées dépendantes dans une acception large du terme dépendance (difficultés pour effectuer les actes essentiels de la vie courante).

La **grille de Colvez** a été choisie pour mesurer le degré de dépendance des personnes âgées interrogées.

L'échelle retenue pour mesurer la qualité de vie a été l'**Indicateur de Santé Perceptuelle de Nottingham**. On obtient des résultats sous forme de **scores par dimension de santé perçue** (troubles de la mobilité physique, isolement social, réactions émotionnelles, douleur, énergie, troubles du sommeil).

Pour en savoir plus :

- BUCQUET D, CONDON S. L'indicateur de Santé Perceptuelle de Nottingham, French Version. 1988, révisions 1990, 1992.
- COLVEZ A. Évaluation des besoins, couverture et ciblage des services aux personnes âgées dépendantes. Santé Publique 1992 ; 6 : 16-22.
- AYMÉ S, HENRARD JC, COLVEZ A, RAVAUD JF, SABOURAUD O, TRIOMPHE A. Handicap et Vieillesse, Politiques publiques et pratiques sociales. Éditions INSERM, collection questions en santé publique, 1996.
- LEPLÈGE A, MARCINIAK A. Qualité de vie ou santé subjective : problèmes conceptuels. In Qualité de vie, santé, écologie, environnement. Prévenir 1997 ; 33 : 69-75.

Le rapport complet est disponible à l'ORS

Nous tenons à remercier toutes les personnes âgées sollicitées pour le recueil de données ainsi que les membres du comité de pilotage pour leur soutien.



Observatoire régional de la santé de Bourgogne
22 rue Nodot 21000 DIJON
☎ 03 80 53 16 40 📠 03 80 53 16 48
e-mail : OrsBrg@wanadoo.fr Site : www.ors-bourgogne.org