

Évolution du statut fonctionnel dès 65 ans (Lc65+, n°1)

Brigitte Santos-Eggimann, Juan Manuel Blanco, Émilie Antille, Yves Henchoz

Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Département Épidémiologie et systèmes de santé – DESS
Unité des services de santé (USS)

Février 2020

Introduction

Quelle réponse médico-sociale faut-il apporter, face à un vieillissement démographique qui s'accélère rapidement, depuis qu'en 2009 la vague des baby-boomers a abordé le cap des 65 ans ? Combien de ressources faut-il prévoir pour prendre en charge les déficits fonctionnels fréquents à un grand âge qu'aujourd'hui la plupart atteignent ?

Pour répondre à ces questions il ne suffit pas de compter le nombre de personnes âgées, considérant qu'une fraction immuable nécessitera, demain comme hier, d'être aidée dans les activités de la vie quotidienne. En effet, l'évolution de la santé alors que la longévité augmente fait l'objet de théories dont la plus populaire est celle d'une « **compression de la morbidité** ». Cette théorie veut qu'à un même âge les nouvelles générations, bénéficiant d'une plus grande longévité, soient en meilleure santé que les générations précédentes. La fraction des personnes devant être aidées à un âge donné ne serait donc pas fixe mais aurait diminué progressivement, et continuerait à diminuer avec les gains de longévité.

La théorie d'une compression de la morbidité est notamment portée par l'image que donnent les médias d'une génération de baby-boomers en parfaite santé. Son impact peut être considérable si elle amène avec optimisme à ne pas développer les services médico-sociaux de façon proportionnelle au vieillissement de la population. Elle reste cependant à vérifier.

Ce numéro des Essentiels se penche sur l'évolution du statut fonctionnel des personnes âgées. Les données de la cohorte Lc65+ (encadré) permettent d'étudier l'effet de l'âge sur la fréquence des difficultés fonctionnelles dans un échantillon représentatif de la population lausannoise suivi sur 13 ans. Elles permettent aussi de comparer « à âge égal » les personnes nées respectivement avant, pendant et à la fin de la Seconde Guerre mondiale. Ces trois groupes, bien que séparés de 5 ans seulement, diffèrent significativement par les conditions socio-économiques auxquelles ils ont été exposés.^a

Source des données

La **cohorte Lc65+** a été constituée en trois temps, en 2004, 2009 et 2014, par échantillonnage aléatoire de la population lausannoise âgée de 65 à 70 ans, non-institutionnalisée lors du recrutement. Elle réunit ainsi 3 cohortes :

C1 : période avant-guerre (naissances 1934-1938)

C2 : période de la guerre (naissances 1939-1943)

C3 : période du baby-boom (naissances 1944-1948).

Son thème d'étude central est la fragilité liée à l'âge.

Les données recueillies lors du recrutement par questionnaire auto-administré portent sur les conditions de vie et la santé depuis l'enfance. Elles sont complétées l'année suivante par un entretien et examen initial permettant de réaliser des mesures anthropométriques ainsi que des tests de performance physique et cognitive.

Le suivi de chaque cohorte est annuel, par questionnaire postal. Il est indépendant du lieu de vie. Il comprend aussi une répétition de l'entretien et examen tous les trois ans.

Les échantillons sont initialement représentatifs de la population lausannoise en termes d'âge et de sexe. Bien que sur ces deux critères la représentativité soit maintenue au cours du temps, la taille des échantillons évolue au gré des décès, sorties et absences de réponse aux questions et l'on observe une perte progressive (attrition) plus marquée des personnes de nationalité étrangère.

Pour plus de détail : www.lc65plus.ch

Depuis 2006, le statut fonctionnel est établi pour deux types d'activités de la vie quotidienne (AVQ), de base : AVQB et instrumentales : AVQI.

^a Henchoz Y et al. Childhood adversity: A gateway to multimorbidity in older age? *Arch Gerontol Geriatr.* 2019 Jan - Feb;80:31-37. doi: 10.1016

Evaluation du statut fonctionnel

L'évaluation annuelle des difficultés dans les AVQB et AVQI repose sur une question intégrée au questionnaire postal de suivi Lc65+ :

« Avez-vous des difficultés, ou recevez-vous en général de l'aide, pour les activités suivantes à cause de problèmes physiques, psychiques, émotionnels ou de mémoire ? » suivie d'une liste de **5 AVQB** (*se laver, s'habiller, se lever/coucher, utiliser les toilettes, manger*) et **6 AVQI** (*préparer un repas, faire de petits travaux ménagers, faire les courses, téléphoner, préparer et prendre les médicaments, s'occuper des affaires d'argent*).

Chaque activité appelle une réponse « aucune difficulté », « difficultés mais pas d'aide » ou « je reçois de l'aide ».

Le statut fonctionnel est catégorisé, pour les AVQB comme pour les AVQI :

- **Aucune difficulté** si cette réponse a été choisie pour toutes les activités ;
- **Difficultés sans aide** si cette réponse a été choisie pour au moins une activité sans qu'aucune aide n'ait été déclarée ;
- **Difficultés avec aide** si la réponse *je reçois de l'aide* a été choisie pour au moins une activité.

Les graphiques figurant dans ce document présentent la prévalence de difficultés relevée lors du suivi des trois cohortes C1, C2 et C3 soit globalement, soit en distinguant les cas de difficultés accompagnées ou non d'aide. Les courbes sont obtenues par calcul d'une **moyenne mobile** (moyenne de l'année, de l'année précédente et de l'année suivante), à l'exception du premier point pour la cohorte C1, et du dernier point pour chacune des trois cohortes.

A noter encore qu'en 2011, pour l'échantillon c1, la question relative au statut fonctionnel se trouvait dans l'entretien. Les observations de cette année pour c1 peuvent être biaisées en raison de cette différence méthodologique.

Activités de base - AVQB

La Figure 1 présente l'évolution des difficultés relatives à l'accomplissement des AVQB rapportées dans la cohorte Lc65+, sur 13 années de suivi pour C1, 8 années pour C2, et 3 années pour C3. Elle illustre d'abord l'augmentation marquée de ces difficultés avec l'âge, dont la prévalence double entre 67-72 ans (1^{ère} année de suivi) et 79-84 ans (13^{ème} année).

Cette figure montre aussi une prévalence des difficultés dans les AVQB constamment inférieure de 2 à 3 points de

pourcentage dans la cohorte C2, née durant la guerre, en comparaison de celle observée dans la cohorte C1, née avant la guerre.

La prévalence de difficultés rapportées par la cohorte des premiers représentants de la génération du baby-boom se situe initialement au même niveau que celle de la cohorte C2. Cependant, sa courbe augmente un peu plus rapidement au cours des trois premières années de suivi et se rapproche ainsi de celle des personnes nées avant la guerre.

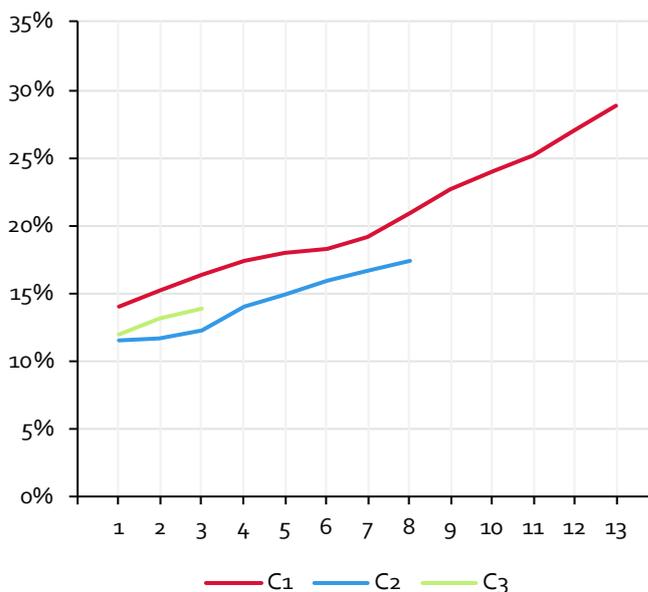


Figure 1 Difficultés déclarées dans les AVQB : évolution de la prévalence au cours du suivi dans l'étude Lc65+, selon la cohorte

Effet du genre

Les effets du vieillissement et de cohorte sur les AVQB sont influencés par le genre (Figure 2).

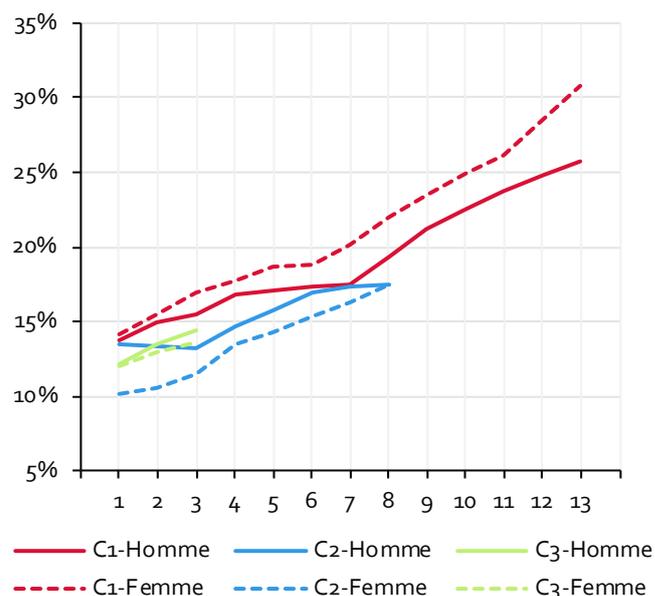


Figure 2 Difficultés déclarées dans les AVQB : évolution de la prévalence au cours du suivi dans l'étude Lc65+, selon la cohorte et le genre

La cohorte C1 se caractérise par une prévalence de difficultés dans les AVQB augmentant avec l'âge davantage pour les femmes que pour les hommes. Alors qu'elle est au même niveau à l'âge de 67-72 ans, l'écart entre hommes et femmes pour cette cohorte née avant la guerre augmente avec l'âge.

Dans la cohorte C2, la prévalence des difficultés dans les AVQB des femmes est initialement nettement inférieure à celle des hommes. Elle est aussi plus basse que celle des femmes de la cohorte C1 mais augmente ensuite au même rythme. Parmi les hommes, l'effet de cohorte est moins marqué. Les prévalences relevées dans C2 ne sont que légèrement inférieures, voire identiques à celles observées dans C1.

La prévalence de difficultés dans les AVQB parmi les baby-boomers (C3) est indépendante du genre au début du suivi. Pour les femmes, elle se situe entre celles des cohortes C1 et C2, puis augmente avec une même pente au cours des trois premières années. Pour les hommes, elle est initialement légèrement inférieure à celle de la cohorte C2 mais augmente ensuite plus rapidement, et sa courbe vient ainsi se positionner entre celles de C1 et de C2.

Difficultés avec et sans aide

La Figure 3 montre que pour les 3 cohortes, les difficultés sans aide sont initialement beaucoup plus fréquentes que les difficultés avec aide. L'augmentation de la prévalence au cours des 13 ans de suivi est néanmoins plus marquée pour les difficultés avec aide que pour les difficultés gérées sans aide.

La prévalence des difficultés avec ou sans aide est constamment plus basse dans la cohorte C2 que dans la cohorte C1.

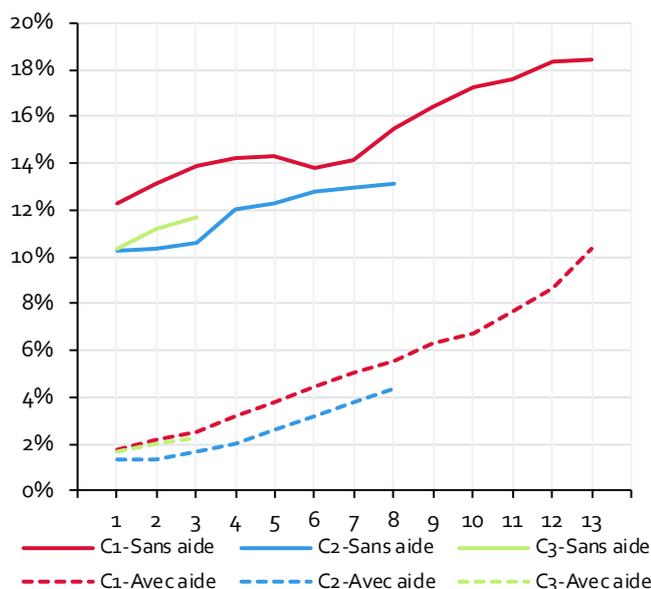


Figure 3 Difficultés déclarées dans les AVQB : évolution de la prévalence au cours du suivi dans l'étude Lc65+, selon la cohorte et l'aide reçue

La cohorte C3 se comporte comme C2 en ce qui concerne la prévalence des difficultés sans aide, mais comme C1 pour ce qui est des difficultés avec aide.

Les Figures 4 et 5 mettent en évidence une superposition de la prévalence de difficultés avec aide pour C1, C2 et C3 parmi les hommes, alors que C2 présente un profil plus favorable que C1 et C3 parmi les femmes.

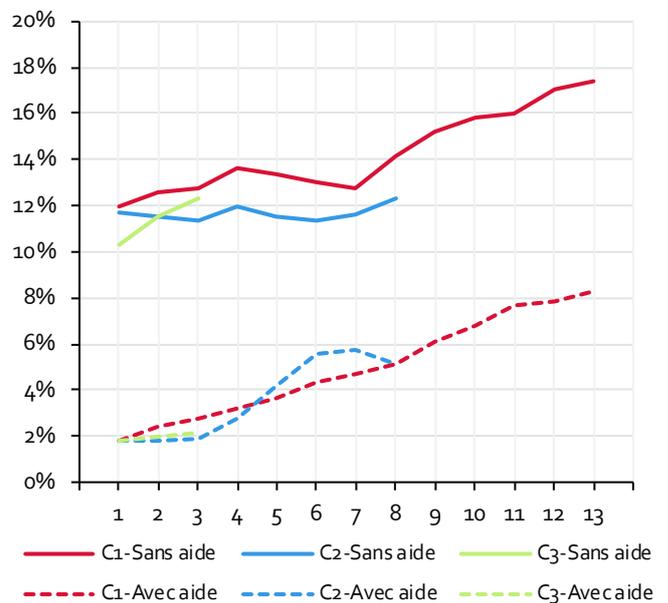


Figure 4 Difficultés déclarées dans les AVQB : évolution de la prévalence au cours du suivi dans l'étude Lc65+ parmi les hommes, selon la cohorte et l'aide reçue

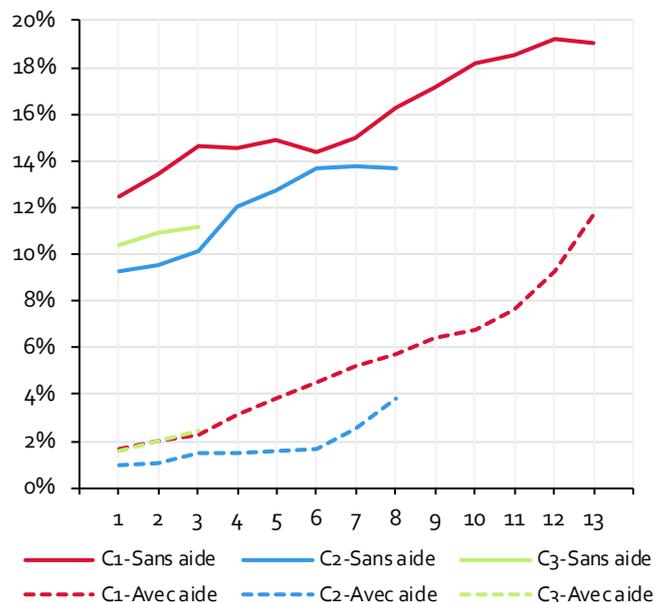
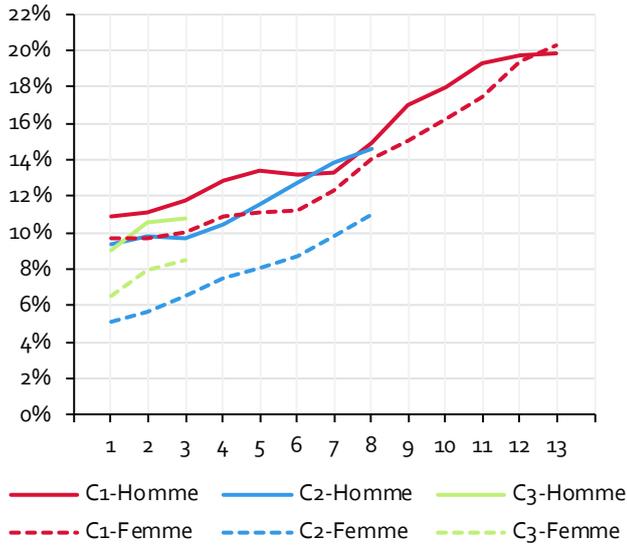


Figure 5 Difficultés déclarées dans les AVQB : évolution de la prévalence au cours du suivi dans l'étude Lc65+ parmi les femmes, selon la cohorte et l'aide reçue

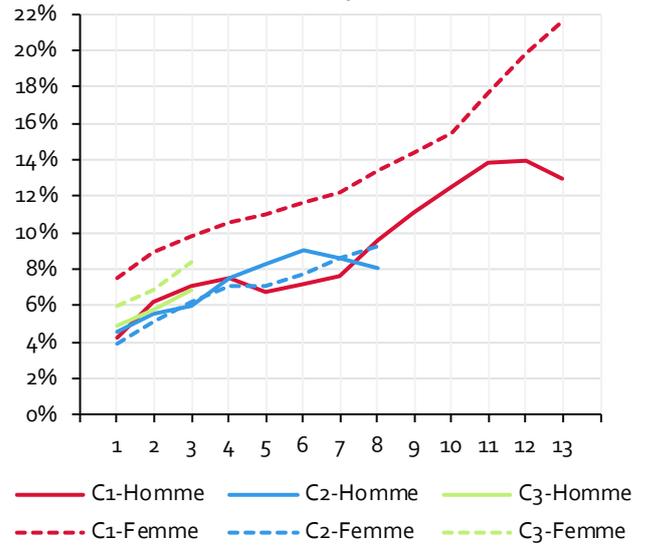
Difficultés pour des AVQB spécifiques

Enfin, la Figure 6 illustre le niveau et l'évolution de la prévalence de difficultés dans chacune des 5 AVQB, dans les trois cohortes et par genre.

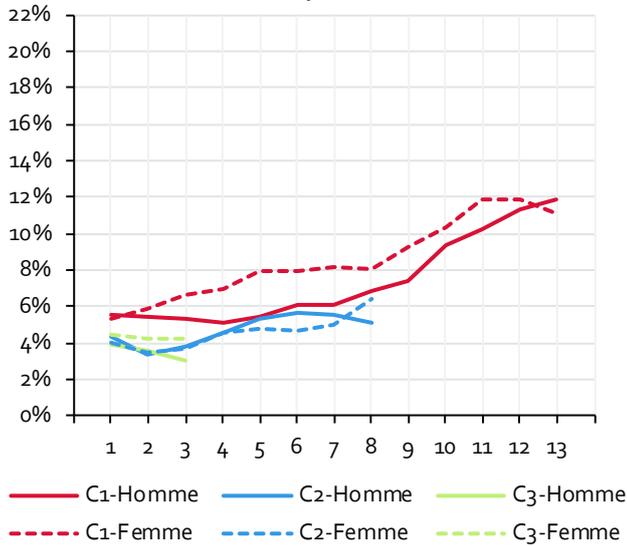
S'habiller



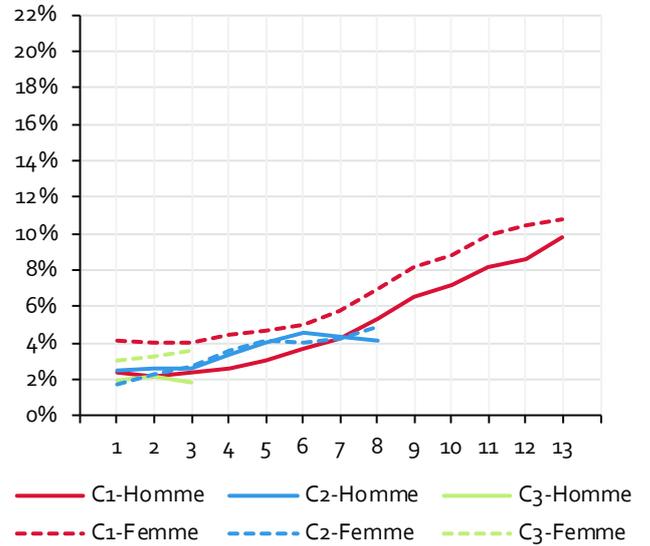
Prendre un bain/une douche



Se lever/coucher



Utiliser les toilettes



Manger

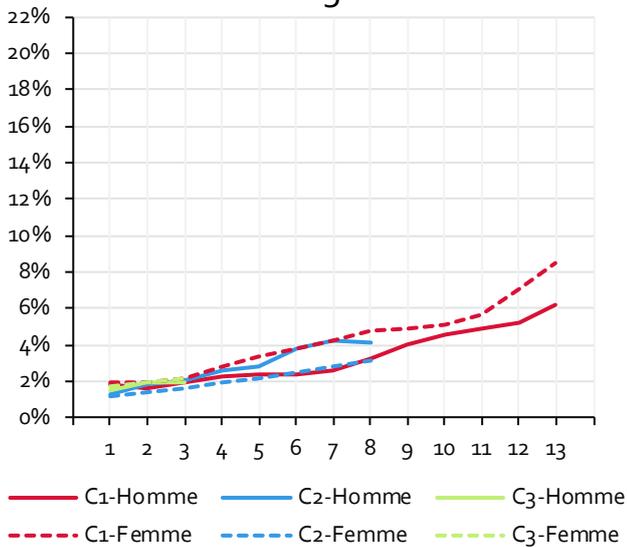


Figure 6 Difficultés déclarées dans chacune des AVQB : évolution de la prévalence au cours du suivi dans l'étude Lc65+, selon la cohorte et le genre

Les difficultés rencontrées pour l'habillement sont prédominantes et pour les trois cohortes elles sont plus fréquentes parmi les hommes. Si la prévalence dans C2 et C3 est initialement légèrement inférieure à celle observée dans C1 parmi les hommes, elle augmente plus rapidement et à 6 ans C1 et C2 ne se distinguent plus. Parmi les femmes, la prévalence dans la cohorte C2 est initialement inférieure à celle de C1, et celle de C3 est intermédiaire. L'augmentation lors du suivi étant similaire pour les trois cohortes, leurs courbes évoluent en parallèle.

On ne note pratiquement pas de différence entre les trois cohortes pour la prévalence des difficultés dans les quatre autres AVQB, initialement et au cours du suivi, parmi les hommes. Cependant, parmi les femmes, C2 présente dans l'ensemble une prévalence moindre et C3 occupe une place intermédiaire.

Activités instrumentales - AVQI

Concernant les AVQI, les prévalences dans les trois cohortes sont très proches (Figure 7). On observe une fréquence très légèrement moindre pour C2 et C3 au cours des premières années de suivi, mais la courbe de C2 rejoint celle de C1 à 8 ans (75-80 ans). La prévalence dans C3 lors des 3 premières années de son suivi correspond fidèlement à celle observée dans C2.

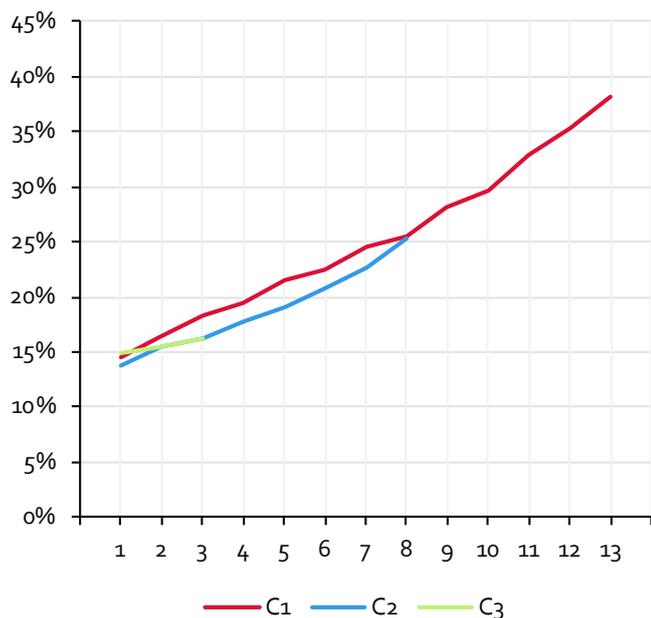


Figure 7 Difficultés déclarées dans les AVQI : évolution de la prévalence au cours du suivi dans l'étude Lc65+, selon la cohorte

Effet du genre

La Figure 8 indique que pour les difficultés dans l'accomplissement des AVQI, les prévalences masculine et féminine ne se distinguent que peu. Il semble cependant que celle des femmes se soit légèrement améliorée entre C1 et C2, et celle des hommes entre C2 et C3.

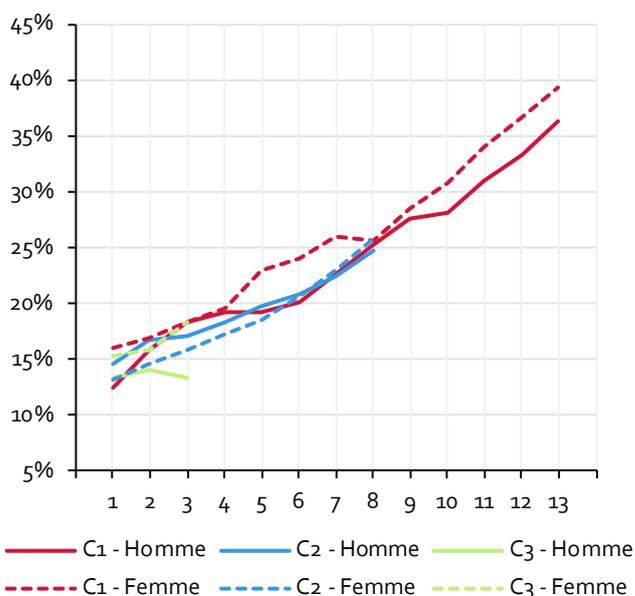


Figure 8 Difficultés déclarées dans les AVQI : évolution de la prévalence au cours du suivi dans l'étude Lc65+, selon la cohorte et le genre

Difficultés avec et sans aide

Les trois cohortes ont une même prévalence de difficultés sans aide dans les AVQI au début du suivi (Figure 9). Les difficultés avec aide se situent alors à un niveau inférieur d'un ou deux points de pourcentage, mais leur prévalence augmente plus rapidement avec l'âge. Ainsi, le vieillissement se traduit par une augmentation à la fois de la fréquence et de la sévérité des difficultés dans les AVQI.

A partir de la 4^{ème} année de suivi dans C1 (71-76 ans), et de la 6^{ème} année dans C2 (73-78 ans), les difficultés avec aide deviennent prédominantes et ceci de façon plus marquée pour C1.

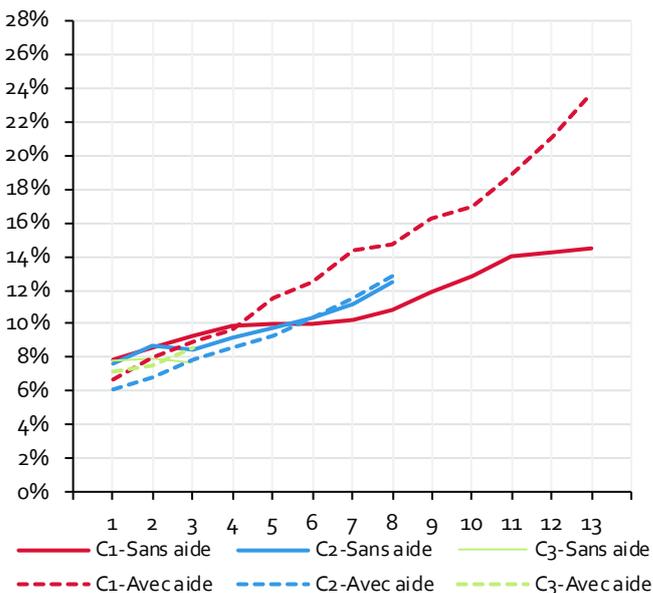


Figure 9 Difficultés déclarées dans les AVQI : évolution de la prévalence au cours du suivi dans l'étude Lc65+, selon la cohorte et l'aide reçue

Ainsi, à 8 ans de suivi, la prévalence de difficultés dans les AVQI est de 24% dans C1 et dans C2, mais parmi les personnes concernées par ces difficultés la proportion de celles déclarant aussi recevoir une aide est plus élevée dans C1 que dans C2.

Comme l'indiquent les Figures 10 et 11, le rapport des difficultés rapportées sans aide et avec aide diffère selon le genre.

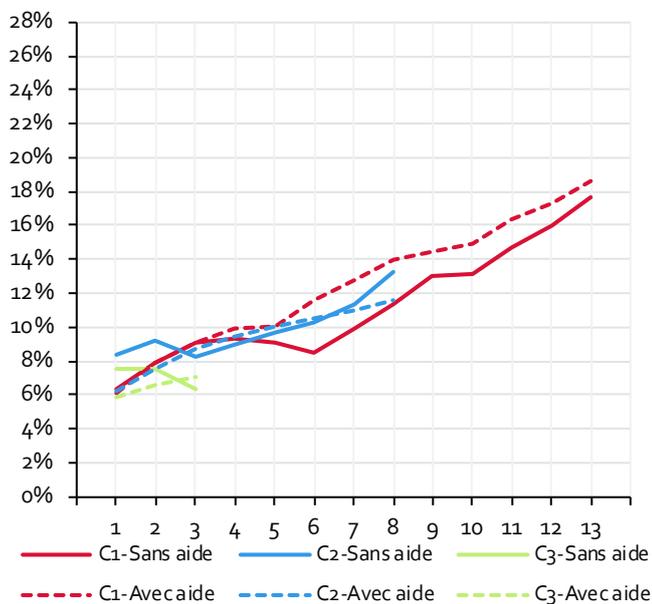


Figure 10 Difficultés déclarées dans les AVQI : évolution de la prévalence au cours du suivi dans l'étude Lc65+ parmi les hommes, selon la cohorte et l'aide reçue

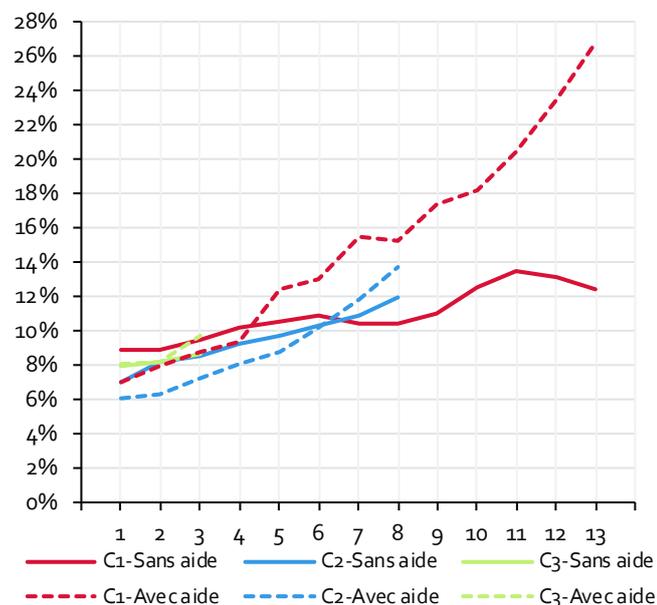


Figure 11 Difficultés déclarées dans les AVQI : évolution de la prévalence au cours du suivi dans l'étude Lc65+ parmi les femmes, selon la cohorte et l'aide reçue

Chez les hommes (Figure 10), les difficultés dans les AVQI avec et sans aide évoluent presque parallèlement. Bien que les difficultés avec aide deviennent prédominantes dès la 4^{ème} année de suivi dans C1 ce n'est que marginalement, et

les courbes avec et sans aide restent proches tout au long des 13 ans de suivi. Dans C2, les deux courbes se superposent pratiquement au cours du suivi de 8 ans.

En revanche, le vieillissement s'accompagne d'une augmentation rapide de la prévalence des difficultés avec aide chez les femmes (Figure 11). Les deux courbes de prévalence, avec et sans aide, s'écartent fortement l'une de l'autre au cours des 13 ans de suivi de C1. La prévalence des difficultés avec aide est initialement plus basse dans C2 que dans C1, et elle le reste au cours des 6 années du suivi. Cependant, parmi les femmes de C3 elle est très légèrement supérieure à celle de C1 à l'âge de 67-72 ans et semble augmenter rapidement au cours des 3 premières années du suivi.

Difficultés pour des AVQI spécifiques

Comme l'illustre la Figure 12, les difficultés le plus souvent déclarées concernent la préparation des repas et les courses. Pour la préparation des repas, et quelle que soit la cohorte, la prévalence est plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes. Elle augmente avec l'âge pour les deux genres, de façon plus prononcée à partir de la 5^{ème} année de suivi (72-77 ans).

Par contraste, les difficultés à faire les courses sont rapportées plus fréquemment par les femmes que par les hommes tout au long du suivi. On relève que parmi les femmes, leur prévalence est constamment plus basse pour C2 que pour C1, mais aussi qu'au cours des trois premières années la courbe de C3 se situe dans une position intermédiaire.

Les difficultés à assumer les travaux ménagers courants sont également plus souvent rapportées par les femmes. La prévalence dans C2 est inférieure à celle observée pour C1 parmi les femmes, et on note une tendance inverse pour les hommes.

Concernant les difficultés à s'occuper des affaires d'argent, toutes les courbes sont superposées jusqu'à la 8^{ème} année de suivi (75-80 ans). L'évolution est ensuite plus favorable pour les hommes que pour les femmes. L'augmentation des difficultés rapportées par les femmes s'accélère dès la 8^{ème} année d'observation.

Pour les deux dernières AVQI, les difficultés relatives à la gestion des médicaments et des téléphones évoluent avec l'âge plus lentement. Les courbes de prévalence pour les hommes suggèrent davantage de difficultés dans la gestion des médicaments dans C1. La prévalence est légèrement inférieure parmi les femmes, et elle ne varie pas entre C1 et C2. Les difficultés concernant la gestion des téléphones ont une prévalence un peu plus faible parmi les femmes.

Enfin, on relèvera, parmi les hommes, une légère tendance à une prévalence plus basse de difficultés dans la cohorte C3 pour la préparation des repas, les courses et les travaux ménagers courants au cours des trois premières années d'observation. Cette tendance favorable restera à confirmer pour les prochaines années du suivi.

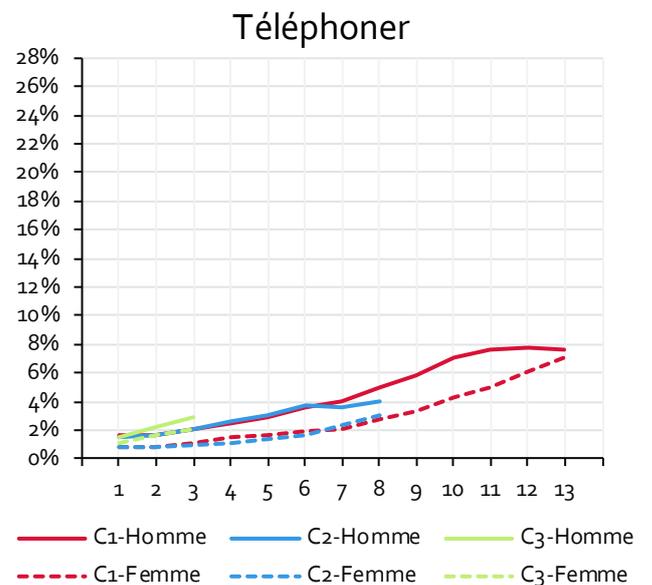
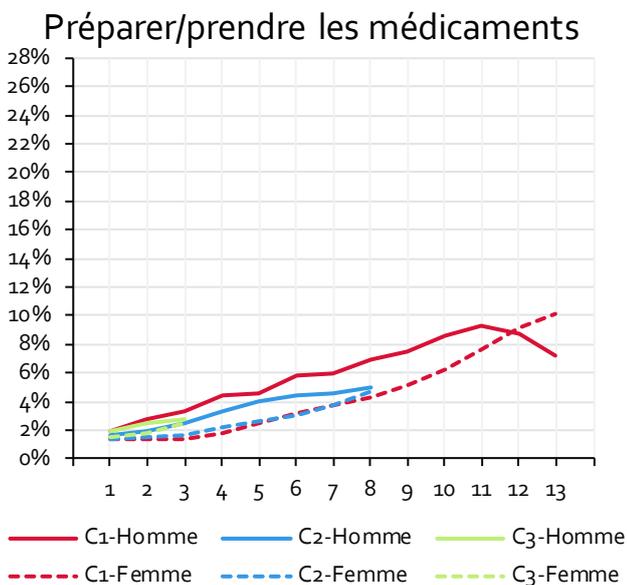
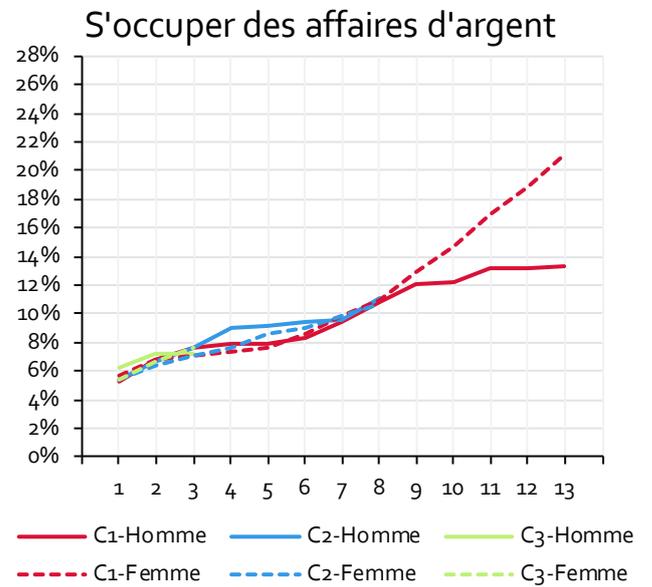
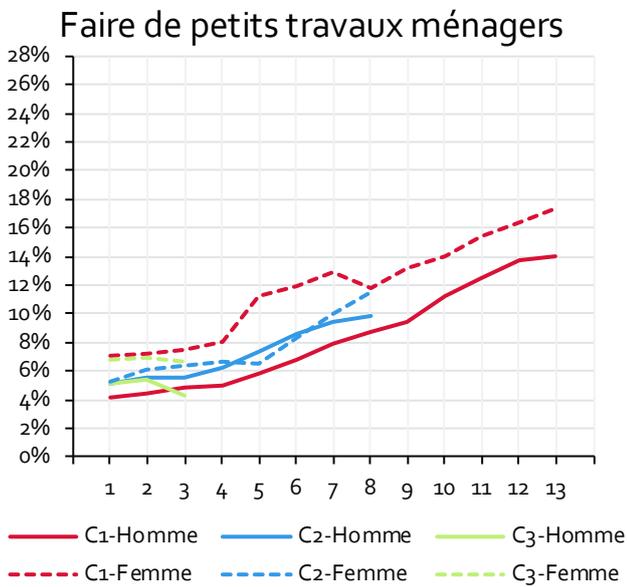
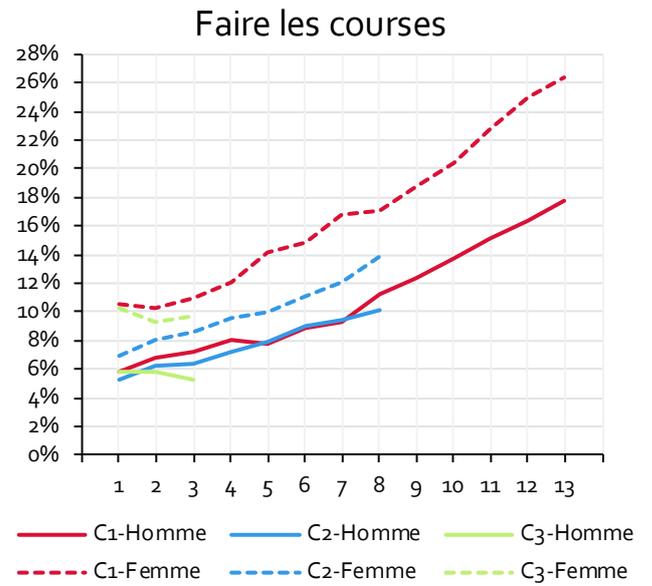
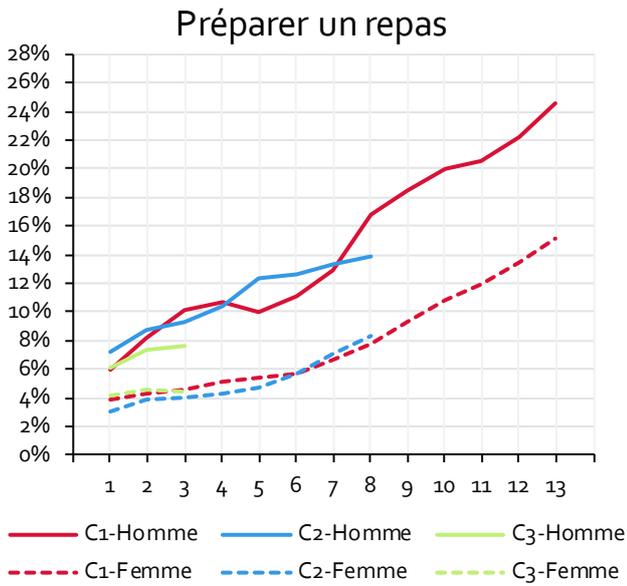


Figure 12 Difficultés déclarées dans chacune des AVQI : évolution de la prévalence au cours du suivi dans l'étude Lc65+, selon la cohorte et le genre

Conclusions

Dans l'ensemble, le suivi du statut fonctionnel des trois échantillons de la cohorte Lc65+ évoque des tendances liées à la fois à la cohorte et au genre.

D'une part, les difficultés sont moins souvent rapportées par les personnes nées pendant la guerre que par celles nées précédemment. Cependant, cette tendance semble s'estomper et le statut fonctionnel de la cohorte des baby-boomers paraît moins favorable, occupant une position intermédiaire entre celles des personnes nées avant et pendant la Seconde Guerre mondiale.

D'autre part, l'évolution favorable du statut fonctionnel observée entre les deux premières cohortes est plus nette pour les femmes. Cette observation pourrait être liée à une amélioration du niveau de formation dans la population féminine, intervenue particulièrement entre les deux premières cohortes.

La théorie d'une compression de la morbidité semble donc, du point de vue du statut fonctionnel, être une réalité dont a bénéficié essentiellement la cohorte née pendant la guerre, et en particulier sa fraction féminine, par rapport à la cohorte précédente. Cependant, cette théorie d'une compression de la morbidité ne se confirme actuellement pas pour la cohorte des premiers baby-boomers dont l'évolution reste à observer sur une plus longue durée.

Citation suggérée

Santos-Eggimann B, Blanco JM, Antille E, Henchoz Y. Évolution du statut fonctionnel dès 65 ans (Lc65+, n°1). Lausanne, Unisanté - Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2019 (Raisons de Santé : Les Essentiels 13) <http://dx.doi.org/10.16908/rds-essentiels/13>