

# PERTE D'AUTONOMIE ET HANDICAPS

Application au cas des personnes âgées  
résidant en institution <sup>(1)</sup>

par

Andrée et Arié MIZRAHI

## SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	180
<b>1. Analyse systématique des liaisons existant entre les handicaps et les activités</b> .....	181
1.1. Dépendance dans les activités domestiques (ou quotidiennes).	182
1.2. Les activités de loisir .....	189
<b>2. Description synthétique de l'information</b> .....	192
2.1. Analyse globale .....	192
2.2. Mesure de l'invalidité .....	196
<b>Conclusion</b> .....	201

---

(1) J. DUMOULIN, A. DUPRAT, C. ORDONNEAU et F. TONNELIER ont participé à la réalisation de ce travail, effectué à la demande du Commissariat Général du Plan et du Ministère de la Santé et de la Famille.

## INTRODUCTION

D'une manière schématique, on peut distinguer, dans l'étude de l'état de santé d'une population, trois grandes approches : a) *l'approche nosologique*, incidence et prévalence des différentes maladies et infirmités; b) *l'approche fonctionnelle* décrivant les différentes déficiences ou handicaps résultant de la conjonction des maladies dont souffre chaque individu; c) *l'approche socio-économique*, relative aux répercussions familiales, professionnelles ou sociales de la maladie et des handicaps. Les relations entre les trois approches sont de nature complexe puisque chacune est simultanément cause et effet des autres; ainsi, par exemple, l'apparition et l'évolution des maladies ne sont pas indépendantes des conditions de vie, qui sont elles-mêmes fortement influencées par les maladies du sujet.

Dans l'analyse présentée ici, sont considérées simultanément l'approche fonctionnelle (handicaps moteurs, gestuels, sensoriels, relationnels, etc.), et l'approche socio-économique (activités domestiques ou de loisirs pratiquées effectivement par les pensionnaires), pour les personnes âgées résidant en institution.

*L'information de base* est issue d'un sondage aléatoire de personnes âgées de 60 ans et plus, résidant dans les sections d'hospice des hôpitaux, maisons de retraite et hospices autonomes du secteur public, maisons de retraite du secteur privé, à but lucratif ou non.

Chaque pensionnaire de ces différents établissements a la même probabilité de 1/100 d'appartenir à l'échantillon observé. Pour éviter une trop grande dispersion géographique, l'échantillon a été sélectionné par un sondage stratifié à deux niveaux : 57 établissements ont été tirés au sort après stratification selon le nombre de lits et selon le statut juridique; dans les petits établissements (moins de 50 lits), l'enquête a porté sur tous les pensionnaires; dans les établissements plus importants, les pensionnaires ont été désignés aléatoirement, sans que leur nombre excède de beaucoup la centaine pour une même institution.

Les renseignements ont été collectés auprès de la direction, des services administratifs et du personnel soignant. L'enquête s'est déroulée sur le terrain, de novembre 1976 à janvier 1977. Les résultats présentés ici sont relatifs aux 2802 pensionnaires présents dans les institutions le jour de l'enquête.

Parmi les différents thèmes abordés dans l'enquête, le questionnaire individuel comprenait, outre les caractéristiques socio-démographiques des pensionnaires :

— une section relative à *ce que font les personnes âgées, c'est-à-dire à l'ensemble de leurs activités*, celles relatives à la vie quotidienne de chacun : manger, s'habiller, se laver, sortir de son lit, et aux loisirs organisés ou non par l'institution : lire, regarder la télévision, écouter la radio, coudre, jardiner, etc.

— une section décrivant *ce que peuvent faire ou ne peuvent pas faire les pensionnaires*, c'est-à-dire leurs handicaps sur les plans locomoteur, gestuel, sensoriel, dans le domaine relationnel (mémoire, comportement, compréhension, élocution, incontinence).

Dans un premier temps, on détermine quels sont les handicaps ayant les répercussions les plus graves sur l'autonomie des personnes âgées.

On évalue, en particulier, la proportion de pensionnaires dont les activités sont limitées par certains handicaps particuliers.

Dans un deuxième temps, on analyse si d'autres facteurs ont un effet spécifique sur l'autonomie, en étudiant les relations entre le niveau d'autonomie et les caractéristiques démographiques, économiques et sociales des pensionnaires, ainsi que leur durée de présence dans l'institution.

Deux voies ont été utilisées pour aborder ces problèmes : une analyse systématique détaillant les relations entre les variables de différents niveaux et une description synthétique mettant en évidence l'organisation interne de ces variables.

La similitude des résultats dégagés à partir de deux approches assez différentes, prouve *a posteriori* la stabilité de la structure probable qui existe entre les activités et les handicaps, et dont certains aspects fondamentaux ont pu être dégagés.

\* \* \*

## 1. ANALYSE SYSTÉMATIQUE DES LIAISONS EXISTANT ENTRE LES HANDICAPS ET LES ACTIVITÉS

L'objectif est de mesurer l'impact des principaux handicaps sur les activités quotidiennes et sur les activités de loisir.

Cette mesure est effectuée à partir d'une analyse systématique (mais non exhaustive) entre les différents handicaps décrits selon leur niveau de gravité et les activités quotidiennes, pour lesquelles on connaît le degré d'autonomie de chaque pensionnaire, et les activités de loisir dont on connaît les fréquences de participation.

Une échelle quantitative très schématique a été utilisée pour mesurer le degré de dépendance des pensionnaires pour chaque activité ; son utilisation permet de comparer les activités entre elles. On montre que l'arbitraire (1), qui existe forcément dans le choix des valeurs numériques retenues, ne pèse pratiquement pas sur les ordres apparaissant entre les activités selon le degré de dépendance qu'entraînent les différents handicaps.

---

(1) Cet arbitraire est en fait limité, si l'on veut « coller » à la réalité.

## 1.1. DÉPENDANCE DANS LES ACTIVITÉS DOMESTIQUES (OU QUOTIDIENNES)

### 1.1.1. Les variables retenues

#### Les activités

Parmi les activités nécessaires à la vie quotidienne, deux nous ont paru particulièrement intéressantes à lier aux handicaps : s'alimenter et faire sa toilette personnelle. Rappelons que le fait de *s'alimenter seul* était apparu, lors des premières analyses, comme « l'activité la plus accessible et sans doute la marque d'autonomie à laquelle sont le plus attachées les personnes âgées et le personnel qui s'en occupe ». C'est, de loin, l'activité pour laquelle l'autonomie des pensionnaires est la plus grande : 82,8 % d'entre eux s'alimentent seuls et sans difficulté. Par contre, faire sa toilette est apparu comme l'activité la plus difficile, celle pour laquelle les pensionnaires sont le moins autonomes : 61,6 % seulement se lavent seuls et sans difficulté. Les possibilités de pratiquer ces deux activités *sont très liées*, 69,3 % des pensionnaires ont le même degré d'autonomie pour s'alimenter et pour se laver, mais elles sont aussi très hiérarchisées, 29,6 % des pensionnaires sont plus autonomes pour s'alimenter que pour se laver et l'inverse n'est vrai que pour 1,1 % des pensionnaires.

#### Les handicaps

Pour cette analyse, ont été distingués douze handicaps de nature différente :

difficulté pour monter et descendre un escalier	}	handicaps locomoteurs et gestuels
difficulté de marche		
difficulté pour porter un objet lourd		
difficulté pour porter un verre d'eau		
difficulté pour ouvrir une porte ou un robinet		
troubles de la vision	}	handicaps sensoriels
troubles de l'audition		
troubles de la mémoire		
troubles du comportement	}	handicaps relationnels
troubles de la compréhension		
troubles de l'élocution		
troubles d'origine sphinctérienne.		

On sait que ces handicaps sont très inégalement répartis dans la population ; ils ont, par ailleurs, des conséquences très différentes sur les activités que pratiquent les pensionnaires.

### 1.1.2. Création d'une échelle de dépendance

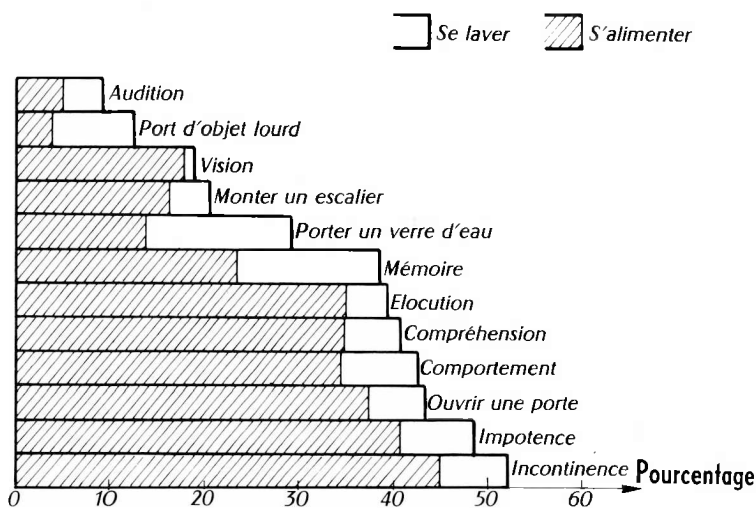
Dans un premier temps, on a considéré, parmi les pensionnaires très atteints sur ces différents plans, ceux qui demandaient une prise en charge totale pour se laver, qui sont donc totalement dépendants sur ce plan.

Ce sont les pensionnaires incontinents et (ou) très handicapés sur le plan locomoteur (ne pouvant marcher ou ouvrir une porte) qui sont le plus fréquemment dépendants pour leur toilette; viennent ensuite les pensionnaires souffrant de troubles très graves du comportement, de compréhension, d'élocution ou de mémoire; la prise en charge totale est moins fréquente pour ceux ne pouvant porter un verre d'eau, ou aveugles; elle l'est moins encore pour ceux ne pouvant porter un objet lourd, monter ou descendre un escalier, ou qui sont sourds (graphique 1).

*Si, pour un handicap déterminé, la dépendance est toujours plus élevée pour la toilette qu'elle ne l'est pour l'alimentation, l'ordre établi entre les handicaps, selon la dépendance qu'ils entraînent pour la toilette, est pratiquement le même pour la dépendance vis-à-vis des repas (à l'exception de la cécité) (graphique 1 et tableau I).*

GRAPHIQUE 1

**Pourcentages de pensionnaires totalement dépendants pour se laver et s'alimenter parmi les pensionnaires très handicapés sur différents plans.**



Ce premier examen ne tient compte que des degrés extrêmes du handicap : on s'est donc efforcé de mettre au point une méthode permettant d'appuyer les résultats sur l'ensemble de l'information.

Pour synthétiser les difficultés éprouvées par les pensionnaires, on a établi, *a priori*, une échelle de dépendance correspondant approximativement au personnel nécessaire aux côtés du pensionnaire pendant la durée de l'activité.

Ainsi, un pensionnaire pour lequel est nécessaire une prise en charge totale pour s'alimenter nécessite la présence d'une personne pendant toute la durée de son repas, alors qu'un pensionnaire mangeant seul et n'éprouvant

TABLEAU I

Pourcentages de personnes  
ayant besoin de prise en charge lourde pour s'alimenter et se laver,  
parmi celles souffrant gravement de différents handicaps

Type d'activité et niveau de dépendance		Ont besoin d'aide permanente pour s'alimenter	Prise en charge totale pour s'alimenter	Ont au moins besoin d'une aide permanente pour s'alimenter	Ont besoin d'aide permanente pour se laver	Prise en charge totale pour se laver
Type et niveau de handicap	Effec- tifs	92 (a)	98 (b)	160 (c) = (a) + (b)	387 (d)	219 (e)
Audition :						
grave.....	211	5,2	2,8	8,0	23,2	13,3
très grave.....	158	1,3	3,8	5,1	12,7	9,5
Vision :						
très grave.....	98	7,1	10,2	13,3	25,5	17,3
aveugle.....	95	10,5	8,4	18,9	14,7	17,9
Port d'objets lourds :						
grave.....	256	1,6	5,4	7,0	11,7	2,3
impossible.....	1 574	0,0	3,9	3,9	19,6	12,6
Comportement :						
grave.....	332	6,6	5,7	12,3	29,5	17,8
très grave.....	84	19,0	15,5	34,5	29,8	42,9
Mémoire :						
grave.....	399	7,3	13,3	20,6	33,1	15,5
très grave.....	181	6,5	17,1	23,6	33,1	38,7
Porter un verre d'eau :						
grave.....	142	4,9	13,7	18,6	22,5	8,5
impossible.....	401	1,4	12,5	13,9	31,2	29,4
Incontinence :						
u. h. et m. o. (*)..	75	21,3	4,0	25,3	60,0	29,3
u. et m. h. (*)..	193	17,6	27,5	45,1	38,9	52,3
Difficultés de marche :						
très grave.....	225	8,4	4,9	13,3	40,0	18,7
impossible.....	233	18,5	22,3	40,8	37,3	48,5
Élocution :						
très grave.....	142	9,2	8,5	17,7	30,3	23,2
impossible.....	114	14,9	20,2	35,1	36,0	39,5
Compréhension :						
grave.....	303	7,9	6,9	14,8	37,3	32,2
très grave.....	152	15,8	19,1	34,9	17,5	40,8
Monter un escalier :						
grave.....	303	2,0	0,3	2,3	17,2	3,3
impossible.....	890	9,3	7,1	16,4	29,6	20,6
Ouvrir une porte ou un robinet :						
grave.....	93	7,5	0	7,5	8,3	4,1
impossible.....	338	20,1	17,5	37,6	43,5	43,5

(\*) Perte d'urine ou de matières, de manière habituelle ou occasionnelle.

aucune difficulté ne nécessite la présence d'aucune personne (à l'exclusion de celle qui sert et dessert les plats).

On a admis, pour les niveaux intermédiaires, qu'un pensionnaire :

– qui mange seul mais avec difficulté, nécessite la présence d'une autre personne durant le dixième de la durée du repas (soit 3 minutes pour un repas d'une demi-heure);

– qui a besoin d'une aide occasionnelle, nécessite la présence d'une autre personne durant 30 % de la durée du repas (soit 9 minutes pour un repas d'une demi-heure);

– qui a besoin d'une aide permanente, nécessite la présence presque continuelle d'une autre personne durant 80 % de la durée du repas (soit 24 minutes pour un repas d'une demi-heure).

Cette échelle peut aussi s'interpréter en termes de nombre de pensionnaires pouvant être pris en charge par un seul membre du personnel durant la durée du repas, soit :

- 10 pensionnaires, s'ils mangent seuls mais avec difficulté;
- 3,3 pensionnaires, s'ils ont besoin d'une aide occasionnelle;
- 1,2 pensionnaires, s'ils ont besoin d'une aide permanente;
- 1 pensionnaire, s'il a besoin d'une prise en charge totale pour s'alimenter.

Les niveaux finalement retenus ont été établis après divers essais et en tenant compte des distributions statistiques observées : il convient, toutefois, de signaler que ces résultats numériques sont *peu sensibles* à des variations, même importantes, des échelles, et que les ordres, eux, sont pratiquement inchangés. Ainsi, on trouve dans le tableau II les différents scores obtenus selon quatre échelles : les deux premières sont les plus vraisemblables et les résultats obtenus sont très voisins, les deux dernières figurent à titre d'exemples théoriques limites.

**TABLEAU II**  
**Degré moyen de dépendance pour manger et se laver**  
**selon quatre échelles différentes**

Échelles proposées	Degré moyen de dépendance : pourcentage de la durée de l'activité pendant laquelle l'aide d'une autre personne est nécessaire:			
	pour manger	pour se laver	pour s'habiller	pour sortir de son lit
Échelle retenue :				
0-10-30-80-100.....	6,78 %	22,79 %	19,23 %	15,32 %
Échelles présentées à titre de comparaison :				
0-5-25-75-100.....	6,05 %	21,29 %	17,87 %	14,23 %
0-10-50-80-100.....	7,28 %	24,61 %	20,47 %	15,96 %
0-25(1)-50(2)-75(3)-100(4).....	8,45 %	25,00 %	21,28 %	17,15 %

L'échelle retenue revient à admettre que le personnel soignant ou de service doit être au côté des pensionnaires durant 6 à 7% du temps des repas, 14 à 15% du temps de lever, 18 à 19% du temps de l'habillage et de 21 à 23% du temps de la toilette. Pour l'ensemble des pensionnaires, la durée des repas est certainement par jour plus longue que celle de la toilette et le degré d'impérativité n'est pas le même : si on peut reporter, dans certains cas, une toilette au lendemain, il n'en est pas de même pour un repas.

### 1.1.3. Dépendance dans la vie quotidienne, entraînée selon la nature et l'importance des handicaps

Les données détaillées du niveau de dépendance selon le niveau de chacun des handicaps étudiés figurent dans le tableau III. On peut en déduire, entre autres, les degrés moyens de dépendance pour les pensionnaires atteints sur un plan, à quelque niveau que ce soit (graphique 2). On constate que si l'ordre des handicaps est assez voisin pour manger et se laver, il diffère sensiblement de celui observé lorsque l'on ne prend en compte que les degrés les plus graves du handicap. Ainsi, *les difficultés de la marche n'entraînent une dépendance importante que lorsqu'elles sont très graves, alors que les difficultés gestuelles (ouvrir une porte ou un robinet) ou d'élocution entraînent une dépendance relativement importante dès leur apparition.* Dans tous les cas, ce sont toujours les troubles de la vision, de l'audition, le port d'objets lourds et la possibilité de monter ou descendre un escalier qui réduisent le moins l'autonomie, alors que *l'incontinence est liée à la plus grande perte d'autonomie, quel que soit son niveau.*

GRAPHIQUE 2

Degré moyen de dépendance des pensionnaires handicapés sur différents plans pour se laver et s'alimenter.

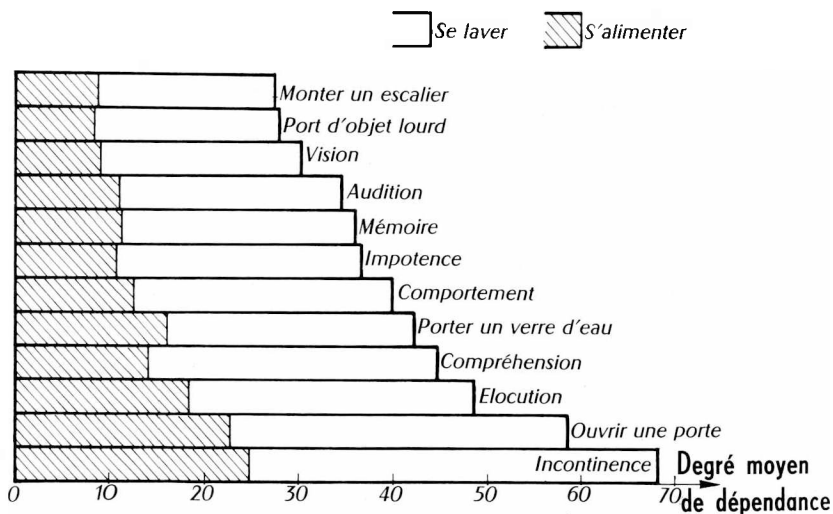




TABLEAU III

Degré moyen de dépendance pour s'alimenter et se laver  
selon le niveau des handicaps

Type d'activité et niveau de dépendance	S'alimenter		Se laver		
Type et niveau de handicap	Effectifs	degré de dépendance	degré de dépendance rapport à la moyenne	degré de dépendance	degré de dépendance rapport à la moyenne
Population totale	2802	6.70	1.00	22.42	1.00
Audition :					
aucun	1766	5.42	0.80	18.99	0.83
léger	667	9.10	1.34	27.79	1.22
grave	211	10.86	1.60	39.92	1.75
très grave sourd	158	7.75	1.14	25.79	1.13
Vision :					
aucun	1509	5.20	0.77	19.11	0.84
léger	887	5.80	0.86	22.38	0.98
grave	212	10.10	1.49	35.25	1.55
très grave	98	20.96	3.09	43.91	1.93
aveugle	95	21.32	3.14	34.70	1.52
Port d'objets lourds :					
aucun	591	1.08	0.16	4.55	0.20
léger	330	2.17	0.32	11.45	0.50
grave	256	2.78	0.41	15.97	0.71
ne peut pas	1574	10.83	1.60	33.56	1.47
Porter un verre d'eau :					
aucun	1884	2.29	0.34	13.51	0.59
léger	374	6.67	0.98	25.32	1.11
grave	142	9.26	1.37	32.42	1.42
impossible	401	27.38	4.04	60.96	2.67
Comportement :					
aucun	1795	3.86	0.57	14.15	0.62
léger	591	7.77	1.15	28.87	1.27
grave	332	14.20	2.09	46.20	2.03
très grave	84	34.77	5.13	72.38	3.18
Mémoire :					
aucun	1555	2.12	0.31	9.24	0.41
léger	666	5.90	0.87	25.79	1.13
grave	399	15.82	2.33	48.42	2.12
très grave	181	32.04	4.73	71.28	3.13
Incontinence :					
aucun	2216	2.02	0.30	11.11	0.49
u. o. (*)	218	8.12	1.20	47.13	2.07
u. h. (*)	95	16.59	2.45	60.68	2.66
u. h., m. o. (*)	75	26.78	3.95	79.83	3.50
u. et m. h. (*)	193	46.73	6.89	87.61	3.84
Difficultés de marche :					
aucun	1245	0.89	0.13	6.96	0.31
léger	709	3.52	0.52	18.00	0.79
grave	387	4.86	0.72	25.77	1.13
très grave	225	16.95	2.50	59.13	2.59
impossible	233	42.04	6.20	82.53	3.62
Élocution :					
aucun	2067	2.70	0.40	13.65	0.60
léger	291	8.04	1.19	34.01	1.49
grave	185	21.29	3.14	52.15	2.29
très grave	142	20.63	3.04	52.80	2.32
incompréhensible	114	36.73	5.42	73.43	3.22

(\*) Perte d'urine ou de matières de manière habituelle ou occasionnelle.

TABLEAU III (Suite)

Type d'activité et niveau de dépendance .....		S'alimenter		Se laver	
Type et niveau de handicap	Efficatifs	degré de dépendance	degré de dépendance rapport à la moyenne	degré de dépendance	degré de dépendance rapport à la moyenne
Compréhension :					
aucun .....	1 796	2,55	0,38	10,76	0,47
léger .....	550	7,50	1,11	31,46	1,38
grave .....	303	16,41	2,42	52,73	2,31
très grave .....	152	36,26	5,35	72,65	3,19
Monter ou descendre un escalier :					
aucune difficulté .....	1 165	0,91	0,14	5,98	0,27
léger .....	444	1,37	0,21	10,43	0,47
grave .....	303	4,06	0,61	22,57	1,01
impossible .....	890	17,86	2,67	50,10	2,23
Degré moyen de dépendance pour les seuls pensionnaires handicapés .....		10,83		34,26	
Ouvrir une porte ou un robinet :					
aucun .....	103	1,39	0,21	10,78	0,48
léger .....	268	7,13	1,06	31,62	1,41
grave .....	93	11,18	1,67	45,20	2,06
impossible .....	338	38,30	5,72	32,11	3,66
Degré moyen de dépendance pour les seuls pensionnaires handicapés .....		22,74 sur 2 798		57,97 sur 2 789	

Le même phénomène peut être mis en évidence sur l'évolution des degrés de dépendance, pour se laver par exemple, lorsqu'augmente le niveau du handicap (graphique 3). On voit apparaître l'accroissement très rapide de la dépendance dès l'apparition de l'incontinence et, dans une moindre mesure, des difficultés de comportement, alors que les difficultés gestuelles et surtout de la marche, n'ont un impact important sur l'autonomie que lorsqu'elles sont déjà graves ou très graves.

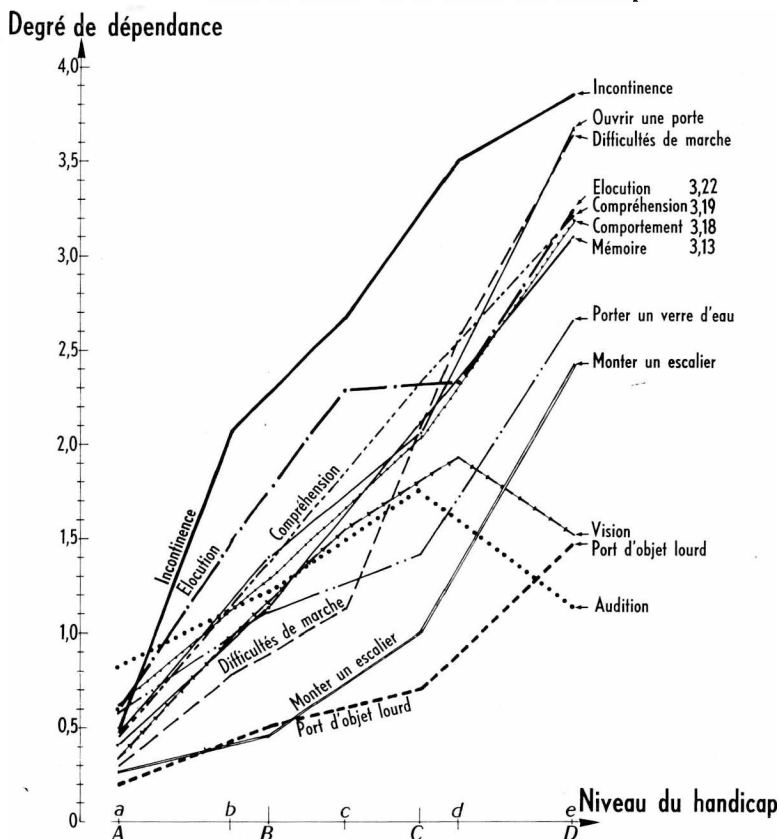
Cette première analyse permet, d'une part, de classer les activités selon leur degré de difficulté croissant, et surtout de hiérarchiser les handicaps selon la perte d'autonomie dans les différentes activités quotidiennes qu'ils entraînent pour les pensionnaires.

L'incontinence, même à un tout premier stade, l'impotence (difficultés importantes pour la marche), et les difficultés gestuelles (ne pas pouvoir ouvrir une porte), entraînent une dépendance considérable dans la vie quotidienne dans l'institution; viennent ensuite les handicaps liés au comportement et aux facultés mentales (troubles du comportement, de la compréhension, de la mémoire et de l'élocution).

Les handicaps relatifs à des actes physiques relativement durs (monter et descendre un escalier porter un objet lourd) et sensoriels entraînent relativement une faible dépendance dans la vie quotidienne; on verra dans le chapitre suivant qu'ils apparaissent, par contre, comme des facteurs d'isolement vis-à-vis de la vie collective et sociale de l'institution, en limitant la pratique d'activités de loisir.

GRAPHIQUE 3

Degré moyen de dépendance pour se laver  
selon la nature et le niveau du handicap.



## 1.2. LES ACTIVITÉS DE LOISIR

La plupart des institutions organisent des activités de loisir ou de détente pour les pensionnaires : 27,5 % de ceux-ci y participent souvent ou toujours, mais 55,7 % jamais ou très rarement. Le taux moyen de participation est d'environ 28,7 %, c'est-à-dire qu'en moyenne un pensionnaire participe à 28,7 % des activités organisées. Cette participation dépend fortement des possibilités physiques et mentales des pensionnaires : elle est minimale pour

les incontinents (5,8 %) et les impotents (6,3 %); elle reste très faible pour les pensionnaires ne pouvant se faire comprendre (8,1 %), aveugles (9,0 %), ou ayant des troubles très graves de compréhension (9,1 %), de mémoire (9,6 %), ou de comportement (10,7 %), et faible, quoique dans une moindre mesure, pour les pensionnaires ne pouvant porter un verre d'eau (12,2 %). Parmi les pensionnaires très handicapés sur un plan, ce sont les sourds qui ont le taux le plus élevé de participation (19,3 %) et ceux ne pouvant porter d'objets lourds (24,4 %). Cet ordre est *sensiblement le même que celui observé pour les activités de la vie quotidienne, à une exception près, celle de la cécité qui apparaît comme un obstacle beaucoup plus important à la participation aux activités organisées de loisir qu'à celles de la vie quotidienne.*

Parmi les pensionnaires les plus valides, ceux n'ayant aucune difficulté à porter des objets lourds ou à marcher ont un taux de participation de près de 40 % (respectivement 39,5 et 37,2 %) : l'aspect locomoteur semble donc positivement très important, ainsi qu'une bonne mémoire (36,5 % de taux de participation) (tableau IV).

Parmi les autres activités de loisir, dont certaines sont fréquemment pratiquées :

écouter la radio.....	36,3 %	} des pensionnaires le font toujours ou souvent
se promener dans le jardin.....	36,0 %	
lire.....	33,5 %	
regarder la télévision.....	31,1 %	
se promener à l'extérieur.....	26,9 %	
travaux d'aiguilles.....	15,0 %	
travaux ménagers ou d'entretien...	8,0 %	
jouer aux cartes, aux échecs.....	7,6 %	
écouter des disques.....	6,4 %	
jardiner.....	1,7 %	

on a essayé de mettre en évidence les liens pouvant exister entre la pratique d'une activité et les facultés qui semblent les plus sollicitées :

— *la télévision*, dont la vision est souvent collective dans les institutions: c'est la détérioration de la vision qui freine le plus cette activité, puis les troubles de mémoire et du comportement; par contre, la surdité n'a qu'un impact relativement faible;

— *la radio*, dont l'écoute est au contraire une activité individuelle largement répandue: c'est l'aggravation des troubles du comportement qui freine le plus l'écoute de la radio, beaucoup plus sensiblement que ceux de la mémoire ou même de l'audition;

— *la lecture*: les troubles graves ou très graves de vision limitent évidemment considérablement cette activité et, dans une moindre mesure, les troubles très graves de mémoire et du comportement;

— *les jeux de société, de cartes, d'échecs et de billard* : il s'agit, dans une certaine mesure, d'activités sociales nécessitant des échanges et, une fois de plus, la perte de la vision et les troubles très graves du comportement

**TABLEAU IV**  
**Taux de participation aux activités de loisir**  
**selon le degré des différents handicaps**

Type et niveau de handicap	Effectifs	Type d'activité et niveau de dépendance . . . . .							
		Activités organisées	Télévision	Radio	Disques	Cartes Echecs Billard	Lecture	Promenade Jardin Parc	Extérieur Courses
<b>Incontinence :</b>									
aucun (*) . . . . .	2216	28,2							
u. o. (*) . . . . .	218	16,2							
u. h. (*) . . . . .	95	11,9							
u. h. et m. o. (*) . . . . .	75	15,9							
u. et m. h. (*) . . . . .	193	5,8							
<b>Comportement :</b>									
aucun . . . . .	1795	33,9	33,3	36,0		8,6	33,1	34,3	26,2
léger . . . . .	591	20,6	20,9	23,5		4,1	23,8	24,4	17,6
grave . . . . .	332	15,3	15,6	17,2		2,9	14,3	19,3	11,1
très grave . . . . .	84	10,7	9,2	7,0		1,0	8,7	15,4	7,3
<b>Mémoire :</b>									
aucun . . . . .	1555	36,5	34,5	37,9			36,6	37,8	30,0
léger . . . . .	666	22,3	22,9	26,6			22,8	24,0	17,0
grave . . . . .	399	15,4	17,8	15,6			13,7	16,3	7,8
très grave . . . . .	181	9,6	11,1	10,7			7,9	14,2	4,7
<b>Compréhension :</b>									
aucun . . . . .	1796	26,9							
léger . . . . .	550	20,3							
grave . . . . .	303	9,6							
très grave . . . . .	152	9,1							
<b>Port d'objets lourds :</b>									
aucun . . . . .	591	39,5							
léger . . . . .	380	28,7							
grave . . . . .	256	27,0							
ne peut le faire . . . . .	1594	24,4							
<b>Porter un verre d'eau :</b>									
aucun . . . . .	1864	32,1							
léger . . . . .	374	26,8							
grave . . . . .	142	29,0							
ne peut le faire . . . . .	401	12,2							
<b>Audition :</b>									
aucun . . . . .	1766	31,5	32,3	33,8	9,2	7,9			
léger . . . . .	667	24,9	21,7	25,7	9,0	3,7			
grave . . . . .	211	19,7	17,5	23,4	5,9	3,2			
très grave, sourd . . . . .	158	19,3	17,8	19,1	4,0	6,5			
<b>Vision :</b>									
aucun . . . . .	1509	34,2	34,3			7,8	33,5		
léger . . . . .	887	25,1	21,8			6,5	28,3		
grave . . . . .	212	15,9	14,9			5,0	11,8		
très grave . . . . .	98	14,9	7,0			1,6	6,2		
aveugle . . . . .	95	9,0	3,8			0,7	2,7		
<b>Difficultés de marche :</b>									
aucun . . . . .	1249	37,1						44,1	37,9
léger . . . . .	709	29,8						29,4	18,5
grave . . . . .	387	22,5						18,5	10,4
très grave . . . . .	225	9,3						3,1	5,4
impossible . . . . .	233	6,3						2,0	0,0
<b>Élocution :</b>									
aucun . . . . .	2067	32,7							
léger . . . . .	291	21,5							
grave . . . . .	185	13,3							
très grave . . . . .	142	15,9							
incompréhensible . . . . .	114	8,1							

(\*) Perte d'urine ou de matières, de manière habituelle ou occasionnelle.

apparaissent comme déterminants dans l'abandon de ce genre de loisir, et la surdité beaucoup moins;

— *promenade dans le parc ou dans le jardin de l'institution*: cette activité très fréquente est avant tout limitée par les difficultés locomotrices, le taux de pratique est de 44,1% pour les pensionnaires non handicapés sur ce plan; il chute très rapidement pour atteindre 3,1% pour ceux qui ont besoin d'une aide permanente pour se déplacer. L'accroissement des troubles du comportement et de la mémoire diminue la pratique de cette activité, mais beaucoup moins sensiblement que pour *aller à l'extérieur se promener ou faire des courses*. On se heurte ici à deux obstacles : les difficultés locomotrices et les difficultés caractérielles ou mentales.

## 2. DESCRIPTION SYNTHÉTIQUE DE L'INFORMATION

La forme essentiellement qualitative de nos observations, le mode de recueil et le codage, l'homogénéité de l'information recueillie sur les handicaps et les activités des personnes âgées résidant en institution, permettent d'effectuer à bon escient des analyses des correspondances multiples (1).

### 2.1. ANALYSE GLOBALE

Différentes analyses (2) ont été faites; présenter l'ensemble des résultats serait fastidieux, d'autant que les conclusions les plus intéressantes se retrouvent dans l'analyse globale commentée ici et qui porte sur :

— les handicaps (pour chaque handicap, chacun des niveaux est considéré comme une variable mesurée en termes d'existence ou de non-existence, pour les 2802 pensionnaires), soit 13 variables prenant 56 modalités;

— les activités domestiques ou de loisir, soit 16 variables prenant 86 modalités;

— en outre, ont été pris en compte l'âge, le sexe, la dernière profession exercée, la nature de l'institution, la durée de présence dans l'institution, au total 34 variables actives prenant 201 modalités observées sur 2802 pensionnaires.

La configuration des modalités sur le plan formé par les deux premiers axes fait apparaître une allure parabolique de pratiquement *toutes les variables décrivant des handicaps, lorsqu'on passe du point correspondant aux pensionnaires non handicapés* (quadrant supérieur gauche) à celui correspondant *aux pensionnaires les plus gravement handicapés* (quadrant supérieur droit).

Les activités, par taux de fréquence ou de pratique croissante, sont *structurées sensiblement de la même façon, et la même forme parabolique apparaît très nettement*. Une configuration de cette nature est obtenue lorsque les données

---

(1) Cf. L. LEBART, A. MORINEAU et N. TABARD, *Techniques de la description statistique*, Dunod, Paris, 1977, 351 pages.

(2) En prenant successivement comme variables : handicaps et activités uniquement, handicaps et variables socio-démographiques, activités et variables socio-démographiques.

analysées sont fortement structurées autour d'une seule dimension : il est évident, ici, qu'il s'agit de « l'invalidité » qui, simultanément, conditionne et est conditionnée par les handicaps et les activités.

### 2.1.1. Les handicaps

Outre cette structure interne, la position relative des « courbes » de handicaps permet de classer schématiquement les handicaps en trois catégories :

A. Ceux dont l'absence est un signe très net de validité mais dont l'atteinte, même au degré maximal, n'entraîne pas une très forte invalidité : on trouve dans cette catégorie des handicaps locomoteurs ou gestuels :

- « porter un objet lourd », dont la contribution absolue à la détermination des deux axes est de 4,6;

- « descendre ou monter des escaliers », dont la contribution absolue à la détermination des deux axes est de 8,8;

- dans une moindre mesure, « porter un verre plein d'eau », 6,6;

B. A l'inverse, ceux dont l'absence ne traduit pas spécialement la validité, mais dont l'existence à un degré élevé entraîne une très forte invalidité, on trouve dans cette catégorie, les handicaps relationnels :

- l'incontinence, dont la contribution à la détermination des deux premiers axes est de 7,8 (1);

- difficultés d'élocution, dont la contribution à la détermination des deux axes est de 5,1;

- difficultés de compréhension, dont la contribution à la détermination des deux axes est de 6,1;

- difficultés du comportement, dont la contribution à la détermination des deux axes est de 4,5;

- difficultés de mémoire, dont la contribution à la détermination des deux axes est de 6,3.

Se rattache nettement à ce groupe :

- difficultés à ouvrir une porte ou un robinet, dont la détermination est la seconde par l'importance : 11,5.

*La « difficulté de marcher » est le seul handicap qui, simultanément, est un signe certain de validité quand elle n'existe pas, et un très lourd handicap quand elle existe au niveau maximal : en ce sens, elle participe simultanément aux groupes A et B, sa contribution aux deux premiers facteurs est de 11,9;*

C. Le dernier groupe est formé des handicaps sensoriels qui participent faiblement à la détermination des deux premiers axes, dont l'existence, même au degré le plus élevé, est compatible avec un certain niveau d'autonomie. On trouve dans ce groupe :

---

(1) On peut remarquer sur la parabole le « rentrant » dû à l'intégration de deux critères dans le même handicap : incontinence d'urine et incontinence de matières.

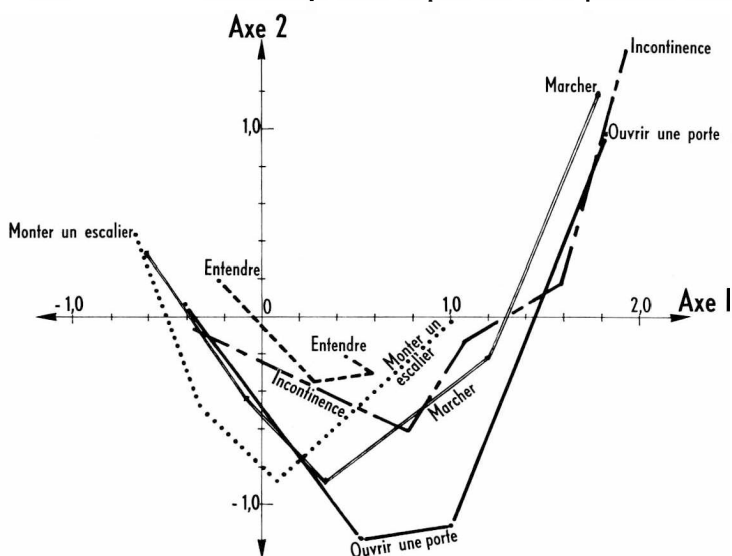
- les troubles de vision, dont la contribution à la détermination des deux axes est de 2,4;
- les troubles d'audition, dont la contribution à la détermination des deux axes est de 2,0;
- les troubles de mastication, dont la contribution à la détermination des deux axes est de 2,9.

Il convient de souligner que, pour ces trois handicaps, le niveau maximal a été défini *a priori* (aveugle, sourd, édenté) et que les points représentatifs ne se situent pas dans le prolongement de la parabole définie par les niveaux d'atteintes moins importantes, ce qui traduit sans doute une relativement bonne adaptation à ce type de handicap. Figure d'ailleurs dans l'échantillon une institution qui reçoit exclusivement des aveugles et est équipée en conséquence; il est curieux que le même phénomène s'observe pour les sourds (graphique 4).

Cette analyse met en relief la place prépondérante, à titre d'indicateur, de l'état de santé de deux handicaps : les difficultés à marcher et les difficultés à ouvrir une porte ou un robinet.

GRAPHIQUE 4

Représentation des handicaps dans le plan des deux premiers axes.



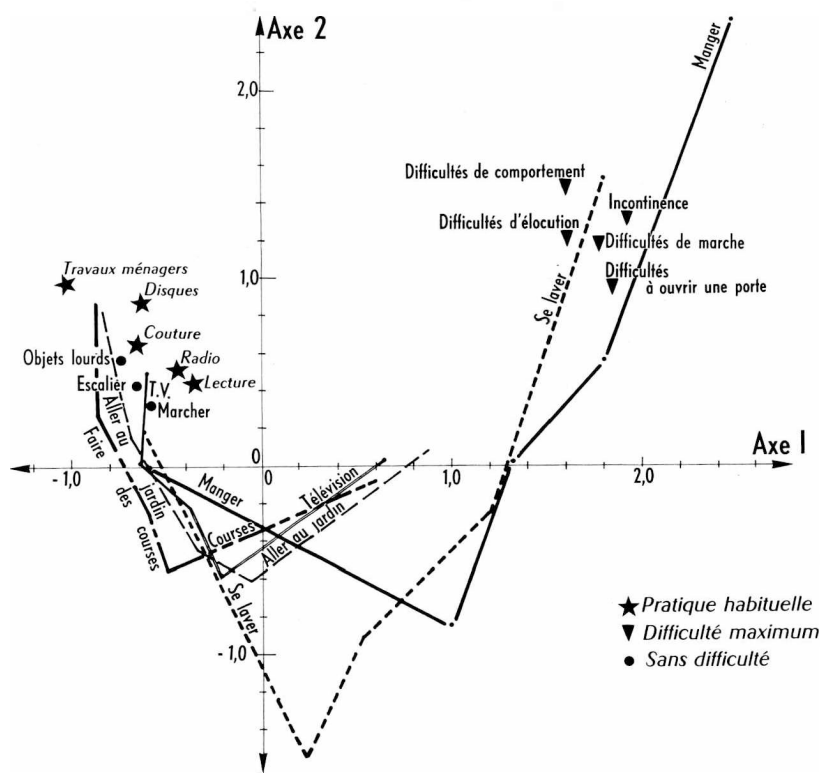
### 2.1.2. Les activités

Les niveaux d'autonomie pour certaines activités apparaissent comme des indicateurs globaux de l'état de santé, et ont une contribution très importante à la détermination des deux premiers axes (graphique 5). Les modalités de chaque activité, selon le niveau de dépendance des pensionnaires pour les pratiquer, s'ordonnent suivant des paraboles très proches de celles observées pour les handicaps, en particulier :



- pour s'habiller (contribution aux deux premiers axes : 17,6);
- pour se laver (contribution aux deux premiers axes : 16,5);
- pour sortir du lit (contribution aux deux premiers axes : 15,8);
- pour sortir de la chambre (contribution aux deux premiers axes : 13,3);
- pour manger (contribution aux deux premiers axes : 9,0);
- pour sortir de l'établissement (contribution aux deux premiers axes : 9,0).

GRAPHIQUE 5  
Représentation de certaines activités et handicaps  
dans le plan des deux premiers axes.



De même, la fréquence de pratique des activités de loisir liées au déplacement :

- se promener dans le parc ou le jardin de l'institution (contribution aux deux axes : 7,0);
- aller à l'extérieur, faire des courses (contribution aux deux axes : 6,1).

On distingue très nettement deux types d'activités :

A. Celles pour lesquelles de fortes difficultés indiquent un état de santé très dégradé, alors que la non-difficulté n'est pas nécessairement la preuve

d'une grande autonomie : on trouve, dans ce groupe, les activités que nous avons appelées activités quotidiennes ou domestiques :

- manger;
- sortir du lit;
- s'habiller;
- se laver;

cette hiérarchie avait déjà été trouvée dans la première exploitation <sup>(1)</sup>. Cette analyse met par contre en évidence les *principaux handicaps qui accompagnent ces très forts niveaux de dépendance : incontinence, difficultés de comportement et de compréhension, difficultés d'élocution, difficultés de marche, difficultés pour ouvrir une porte ou un robinet;*

B. Les activités dont la pratique sans difficulté est un indicateur de bonne santé et les difficultés dans la pratique, pas forcément un signe de très mauvaise santé; on trouve, dans ce groupe, les activités liées à la sortie de l'institution :

- se promener dans le jardin ou le parc;
- aller à l'extérieur faire des courses,

et d'autres activités de loisir, qui contribuent peu à la détermination des deux premiers axes, mais dont la pratique est un signe certain de bonne santé : participer aux travaux ménagers ou d'entretien, écouter des disques, faire de la couture ou des travaux manuels : il s'agit de *loisirs actifs et même productifs*; vient ensuite un bloc formé par la lecture, la radio et la télévision. Sont associées à ces activités certaines capacités essentiellement motrices : *porter des objets lourds, monter et descendre les escaliers, marcher* (graphique 5).

## 2.2. MESURE DE L'INVALIDITÉ

Les résultats relatifs à l'ensemble de l'information seront présentés à partir d'une analyse des correspondances plus condensée, permettant de situer, sur un axe unique, la variable « invalidité » qui structure très fortement notre information. Pour ce faire, chaque handicap est appréhendé sous forme dichotomique : existe ou n'existe pas pour le pensionnaire, les activités domestiques et quotidiennes selon qu'il les effectue seul et sans difficulté ou avec une difficulté quelconque, les activités de loisir selon qu'elles ne sont jamais pratiquées ou qu'elles sont pratiquées. L'axe d'invalidité est défini à partir de 34 variables prenant 134 modalités soit une matrice rectangulaire (134 × 2802).

---

(1) Mis à part le fait de manger qui est, de loin, l'activité pour laquelle l'autonomie des pensionnaires est la plus grande, les trois autres activités sont hiérarchisées dans le sens d'une autonomie plus grande pour sortir de leur lit que pour se laver, qui apparaît ainsi l'activité la plus difficile, l'habillage se situant entre les deux.

On peut encore observer que les activités domestiques quotidiennes apparaissent comme de très bons indicateurs de « l'invalidité » et en sont en quelque sorte une mesure plus synthétique, mais moins analytique, il est vrai, que les handicaps proprement dits; ceci a déjà été souligné dans l'analyse précédente. Ainsi, les variables qui contribuent le plus à la détermination du premier axe « invalidité » sont par ordre décroissant :

- aptitude à s'habiller (contribution : 7,1);
- aptitude à se laver (contribution : 7,0);
- aptitude à sortir de la chambre (contribution : 6,6);
- aptitude à sortir du lit (contribution : 6,4);
- aptitude à sortir de l'établissement (contribution : 5,6).

Les handicaps interviennent dans une moindre mesure pour déterminer cet axe; par contre, leurs coordonnées permettent de les classer selon le degré d'invalidité qu'elles entraînent. Entraînent l'invalidité maximale :

- l'incontinence;
- les difficultés à ouvrir une porte ou un robinet;
- les difficultés d'élocution;
- les difficultés de compréhension.

Entraînent l'invalidité minimale :

- les troubles d'audition;
- les troubles de vision;
- les difficultés à porter des objets lourds.

Ces résultats ont déjà été soulignés lors de l'analyse précédente.

A l'autre extrémité, apparaissent comme facteurs les plus importants d'autonomie *les capacités locomotrices ou gestuelles* :

- possibilité de porter un objet lourd;
- possibilité de porter un verre d'eau;
- pouvoir monter et descendre les escaliers;
- marcher sans difficulté.

Les résultats sont visualisés sur le graphique 6, où figure la projection des activités et des handicaps dans le plan des deux premiers facteurs.

Le second facteur, totalement indépendant de l'axe d'invalidité, est déterminé essentiellement par les activités de loisir, en général ne demandant pas ou peu d'effort physique et de caractère plutôt culturel ou social : écouter la radio (contribution 13,3), écouter des disques (12,7), participer aux activités organisées (10,2), lire (7,7), regarder la télévision (6,1) et, dans une moindre mesure, par les troubles locomoteurs ou gestuels.

S'oppose sur cet axe la pratique de ces activités « calmes » à l'inexistence de difficulté pour porter des objets lourds, monter et descendre les escaliers, marcher. Ces deux ensembles de variables caractérisent des patients relative-



ment autonomes et les points représentatifs se trouvent dans la partie gauche du graphique, vers les invalidités négatives.

Le sens de ce second facteur correspond à la *pratique réelle* par les pensionnaires de ces activités et non aux possibilités offertes par les institutions. Nous reviendrons sur ce point dans la présentation des résultats par institution.

Le troisième axe est essentiellement déterminé par les *handicaps mentaux*, difficulté de compréhension (17,2), troubles de mémoire (14,0), difficultés de comportement (13,8), auxquels sont associés les troubles d'élocution (10,1) (qui étaient enregistrés d'ailleurs sous une forme différente et dans une autre partie du questionnaire). Les activités qui participent à la détermination de ce facteur sont des activités « d'ouverture » vers l'extérieur, faire les courses, se promener, sortir de l'établissement.

Les axes suivants sont d'une interprétation moins évidente, mais font apparaître des regroupements cohérents de variables.

Le quatrième axe est déterminé par les *troubles sensoriels* d'audition (contribution 16,8) de vision (14,7), de mastication (10,3) et des difficultés à porter des objets lourds (7,7) et dans les activités quotidiennes, manger (6,4), sortir du lit (6,8).

Le cinquième axe est aussi déterminé par les troubles sensoriels de vision (18,9), d'audition (12,3), de mastication (8,3), mais auxquels sont associés, outre le port d'objets lourds, les handicaps mentaux.

Le sixième axe est déterminé presque exclusivement par trois variables : jouer aux cartes, aux échecs, au billard (contribution absolue 37,6), couture, tricot, tapisserie (27,7) et travaux ménagers d'entretien (18,5). La pratique de ces activités est avant tout dépendante du sexe.

L'intérêt de cette analyse, outre ce premier aspect descriptif, est de projeter, sur l'information ainsi structurée, l'ensemble des autres variables issues de l'enquête :

- sexe;
- âge;
- ancienne profession;
- type d'établissement;
- durée de présence;
- service d'entrée;
- mode d'entrée;
- mode d'hébergement;
- état civil;
- nombre d'enfants;
- fréquence des visites;
- fréquence de la correspondance;
- nature des absences;
- mode de protection;

- aide sociale;
- fonds national de solidarité.

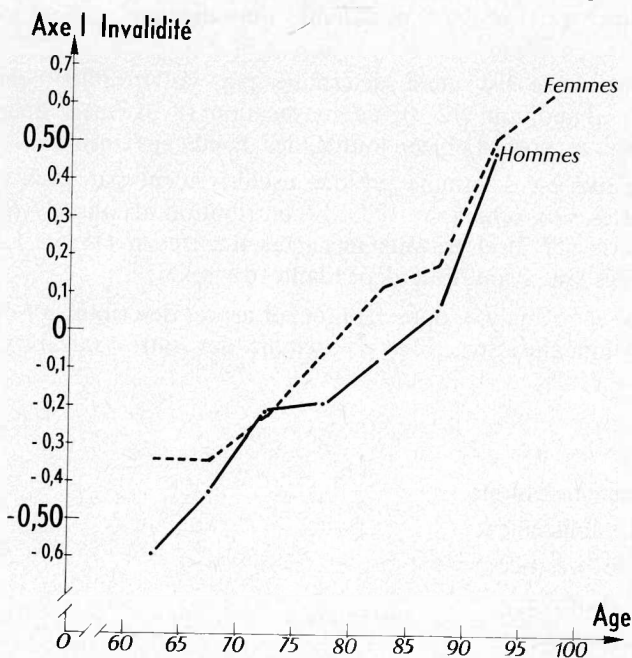
Les résultats les plus intéressants figurent sur le graphique 8.

Rappelons que, dans l'analyse présentée ici, le sexe et l'âge ne sont pas des variables actives, et n'interviennent pas en tant que tels dans la mesure de l'invalidité; un (ou plus exactement une) centenaire est considérée comme valide malgré son grand âge, si elle pratique (ou) participe aux activités considérées et ne souffre pas de handicaps.

Si la représentation de l'invalidité sur un axe unique permet de mettre en évidence et de mesurer l'augmentation systématique de l'invalidité lorsque l'âge augmente, elle montre surtout *que parmi les pensionnaires des hospices et maisons de retraite, à âge égal, les femmes sont systématiquement plus invalides que les hommes* (graphique 7).

GRAPHIQUE 7

Projection sur l'axe d'invalidité, en fonction de l'âge et par sexe.



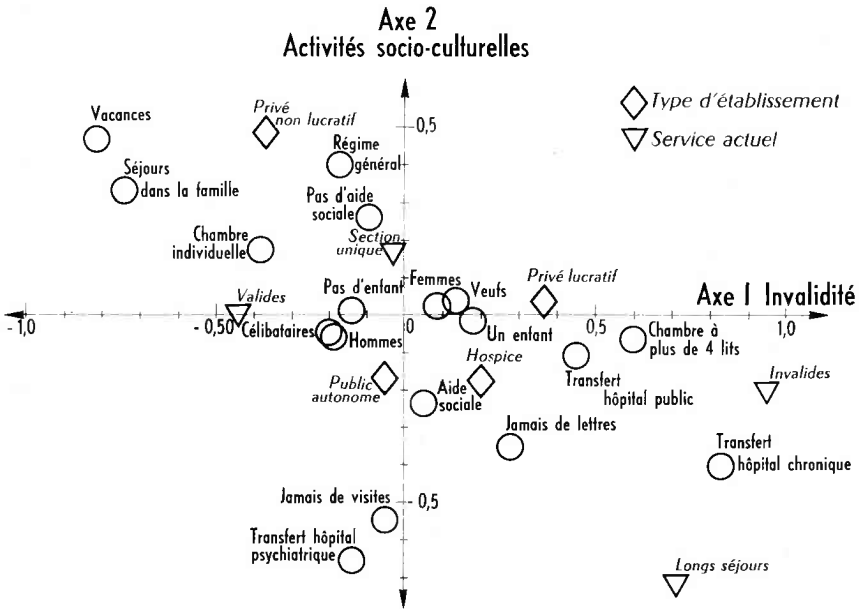
Ce phénomène est en général masqué car les pensionnaires femmes étant nettement plus âgées (13,9 % ont plus de 90 ans, contre 4,9 % des hommes), on ne s'étonne pas de les trouver en moyenne plus invalides que les hommes.

Il est, par ailleurs, certain que les femmes assument mieux les tâches domestiques et résistent peut-être plus longtemps à l'entrée en institution que les hommes, doublement désarmés par leur inexpérience des travaux ménagers et une perte de leurs facultés.

On ne dispose pas, malheureusement de données comparables dans la population générale; si ce phénomène était vérifié aussi pour les personnes résidant à leur domicile, la plus grande longévité des femmes serait, en quelque sorte, compensée par une invalidité plus grande (1).

GRAPHIQUE 8

Projection des diverses variables



CONCLUSION

Les variables retenues, décrivant les handicaps et les activités (des personnes âgées appartenant à l'échantillon) représentent différents aspects de l'invalidité. On obtient une grande stabilité dans l'ordre des activités par difficulté croissante selon le degré de dépendance qu'entraînent les différents handicaps. De même, l'analyse des correspondances multiples fait ressortir la forte structure interne sous-jacente à l'ensemble de ces variables.

Parmi les handicaps, c'est l'impotence (difficultés de marche) qui apporte le plus d'information, aussi bien dans le cas d'une gêne légère que de l'impossibilité complète; les autres handicaps apportent une information maximale importante soit à leur niveau le plus faible (perte occasionnelle d'urine pour l'incontinence), soit à leur niveau le plus élevé (impossibilité de porter un

(1) On trouve à ce sujet des réflexions fort intéressantes dans le numéro 6 de *Gérontologie et Société*, octobre 1978, dont le thème est « femmes et vieillissement ».

verre d'eau, de monter un escalier); de même pour les activités, la possibilité de se promener seul dehors indique une bonne santé, alors qu'un besoin de prise en charge pour les activités quotidiennes indique un état de santé très dégradé.

Les handicaps limitant les activités de loisir se classent dans le même ordre que ceux augmentant la dépendance dans la vie quotidienne : l'incontinence et l'impotence d'abord, puis les handicaps liés au comportement; enfin les handicaps sensoriels. Les activités de loisir sont les premières abandonnées, lorsque l'autonomie diminue, puis les sorties; la prise des repas autonome est la dernière activité que les personnes âgées se résolvent à abandonner.

De telles quantifications permettent de comparer différentes populations ou l'évolution d'une cohorte dans le temps. Certains phénomènes connus peuvent ainsi être mesurés, comme l'augmentation de l'invalidité en fonction de l'âge, d'autres peuvent être mis en évidence. Ainsi, à âge égal, les femmes résidant en institution sont plus invalides que les hommes, les pensionnaires des sections d'hospice, bien qu'en moyenne plus jeunes, sont plus invalides que ceux des institutions privées à but non lucratif. Pour les autres caractères, on relève, entre autres, la forte invalidité des personnes n'ayant pas eu de profession, des anciens indépendants, des veufs et des veuves, des pensionnaires résidant dans des services d'invalides, semi-valides, infirmerie, moyen ou long séjour, et, au contraire, la faible invalidité des anciens instituteurs et cadres moyens, des célibataires, des pensionnaires résidant dans un service de valides.