

Déterminants sociaux et familiaux de l'incapacité chez les personnes âgées dans les départements d'outre-mer : Analyse à partir de l'enquête Migrations, Famille et Vieillesse

Maude Crouzet – Institut de Démographie de l'Université de Strasbourg

Mémoire de Master 2

Sous la direction de :

Didier Breton – Université de Strasbourg

Emmanuelle Cambois – Institut National d'Etudes Démographiques

Membres du jury :

Didier Breton – Université de Strasbourg

Emmanuelle Cambois – Institut National d'Etudes Démographiques

Philippe Cordazzo – Université de Strasbourg

Soutenu en septembre 2016

Sommaire

Introduction : Contexte et enjeux du vieillissement dans les DOM	2
I. Etat de l'art	6
II. Méthodologie	23
III. Résultats	32
IV. Discussion	48
Conclusion	56
Bibliographie	57
Annexes	65

Introduction : Contexte et enjeux du vieillissement dans les DOM

Les départements d'outre-mer sont actuellement les départements les plus jeunes de France : l'indice de vieillissement¹ en 2010 est de 68 en Métropole contre 34 en moyenne pour les DOM, avec de fortes disparités entre départements : seulement 9 en Guyane mais 56 en Martinique. Cependant, les DOM connaissent depuis ces dernières décennies un vieillissement rapide de leur population sous l'effet combiné de la réduction de la fécondité et de l'accélération des migrations des jeunes adultes vers la Métropole. De ce fait, d'ici à 2040 la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus devrait doubler et les Antilles deviendraient les départements les plus vieux de France [1]. La Guyane, où la fécondité est encore très élevée (3,5 enfants par femme), reste relativement épargnée par le phénomène du vieillissement, même si le processus y est enclenché également.

L'espérance de vie à 60 ans est peu différente dans chacun des DOM : de 21,7 ans à La Réunion à 23,1 ans en Martinique pour les hommes, et de 26,3 ans à La Réunion à 26,8 ans en Guadeloupe pour les femmes en 2014², ces chiffres étant eux-mêmes proches des valeurs pour la France métropolitaine (23,1 ans pour les hommes et 27,7 ans pour les femmes). Un premier travail exploratoire [2] a permis de calculer un indicateur d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) pour chacun des DOM, et a mis en évidence des situations contrastées d'un DOM à l'autre : là où La Réunion cumule un désavantage à la fois sur l'espérance de vie et l'EVSI, plus courtes que dans les autres DOM, la Guadeloupe quant à elle est dans la situation inverse : une espérance de vie un peu plus longue, avec une EVSI également plus longue. La Martinique et la Guyane présentent des situations intermédiaires : une espérance de vie plus longue, mais aussi plus d'années d'incapacité pour la première, et une espérance de vie plus courte mais moins d'années d'incapacité pour la seconde. Ces différences se retrouvent pour les deux sexes, bien que plus marquées chez les hommes. Le vieillissement n'a donc pas lieu dans les mêmes conditions de santé dans chacun des départements.

L'impact des transformations familiales sur la prise en charge des personnes âgées

Jusqu'à présent, ce sont en majeure partie les familles qui se sont toujours chargées des parents âgés dépendants, dans les DOM plus encore qu'en Métropole [3]. Toutefois, les familles ultramarines ont connu de nombreuses transformations au cours des 50 dernières

¹ Rapport entre les 65 ans et plus et les moins de 20 ans. Source : Insee, RP 2010.

² Source : Insee, séries régionales et départementales : <http://www.bdm.insee.fr/bdm2/choixTheme?code=412>

années, ce qui met en péril ce fonctionnement de prise en charge des personnes âgées. Le premier facteur de cette transformation est la baisse exceptionnellement rapide de la fécondité à compter du milieu des années 1960 : l'indice conjoncturel de fécondité qui se situait autour de 5 ou 6 enfants par femme est aujourd'hui de 2,1 en Martinique, 2,2 en Guadeloupe, et 2,4 enfants par femme à La Réunion³. L'ICF aux Antilles est ainsi quasiment équivalent à celui de la France métropolitaine (2 enfants par femme). Cette diminution s'est produite sous l'effet de plusieurs facteurs, dont l'allongement de la durée des études, ou la mise en place d'un accès généralisé aux méthodes contraceptives [4], [5] Ces transformations ont eu en revanche beaucoup moins d'impact en Guyane où la fécondité est encore très élevée (3,5 enfants par femme). Les modèles de famille en outre-mer n'ont toutefois pas complètement adopté le modèle familial dominant en Métropole, centré sur le couple. Ainsi, les familles monoparentales y sont deux à trois fois plus nombreuses qu'en Métropole (elles représentent environ 20% des ménages de chaque DOM, contre 8% des ménages métropolitains en 2011). Ce phénomène est particulièrement marqué aux Antilles où la part des familles monoparentales parmi les ménages est quasiment aussi importante que celle des couples avec enfants [4].

Dans le même temps, les cohabitations intergénérationnelles se font de moins en moins fréquentes. Les normes d'habitation métropolitaines ont commencé à s'imposer dans les DOM, aussi les générations les plus jeunes souhaitent un habitat plus individuel [6]. Ainsi, entre 1999 et 2009, c'est dans les DOM (sauf en Guyane) que le nombre de ménages d'une personne a le plus augmenté, en particulier ceux composés d'une personne de 60 ans ou plus, et cette progression est autant due aux changements dans les modes de cohabitation qu'à l'augmentation du nombre de personnes dans cette catégorie d'âge [7]. Néanmoins, les cohabitations entre générations restent plus fréquentes dans les DOM, notamment en raison de la précarité et du fort taux de chômage qui force les jeunes adultes à rester chez leurs parents jusqu'à parfois plus de 30 ans [3], [4]. La Guyane se distingue à nouveau par des cohabitations sur deux voire trois générations encore fréquentes aujourd'hui [4]. Cependant, la décohabitation des générations ne signifie pas pour autant rupture des liens familiaux. En effet, les solidarités intergénérationnelles continuent à s'exercer notamment sous forme de transferts monétaires [8]. De plus, les DOM (à l'exception de la Guyane) sont des îles de

³ Source : Insee, situation démographique 2014 : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=ir-irsocsd2014

petite superficie, donc les membres de la famille résidant dans le département, même s'ils ne vivent pas dans le même logement, sont souvent peu éloignés les uns des autres [6].

Un autre aspect qui a contribué à modifier les familles ultramarines depuis les années 1960 est l'essor de la migration des 18-34 ans vers la Métropole pour y faire leurs études et/ou trouver du travail. En effet, selon l'enquête Migrations Famille et Vieillesse (MFV) seuls 20% des natifs des DOM n'ont jamais quitté leur département, et 30% ont connu une migration d'une durée supérieure ou égale à six mois. Les Antillais sont les plus nombreux à être partis, mais depuis le début des années 2000, les migrations des Réunionnais et surtout des Guyanais à destination de la Métropole s'accroissent. Ces migrations concernent autant les hommes que les femmes [5]. Le départ des jeunes générations, qui n'est pas entièrement compensé par l'arrivée de « migrants-retour » (natifs de retour dans leur département d'origine après un séjour d'au moins 6 mois hors du département), vient encore réduire le réseau des aidants potentiels pour les personnes âgées en outre-mer. Cela a d'autant plus d'importance que l'aide familiale est fortement liée à la proximité géographique entre parents et enfants [8].

La structure socioéconomique des DOM, conséquence de la sélectivité des migrations

Les migrations ont également un autre effet, celui de conditionner les structures socioéconomiques des DOM. En effet, la migration est non seulement une dimension majeure de la dynamique démographique de ces départements (plus de 25% des Antillais et 15% des Réunionnais et des Guyanais résident en Métropole), mais elle est aussi très sélective, que ce soit au départ ou au retour. Les départs, principalement motivés par la recherche d'un emploi ou la poursuite d'études supérieures, concernent la couche la plus favorisée de la population, et par la suite les migrants en Métropole qui bénéficient des plus hauts niveaux d'éducation sont plus nombreux à s'établir durablement en Métropole [9]. Aussi, la structure sociale résulte fortement d'un effet de sélection : les natifs de catégories favorisées se trouvent en grande partie hors de leur département et même ceux qui reviennent sont sélectionnés, toujours en faveur de la Métropole. La population qui reste dans les DOM est issue majoritairement des classes populaires, dont les conditions de vie plus précaires sont moins favorables au maintien d'un bon état de santé.

Les DOM sont en effet les départements les plus précaires de France, que ce soit pour les personnes âgées ou les plus jeunes, qui correspondent à leurs aidants potentiels. Le taux de chômage des 15-64 ans se situe ainsi autour de 30% dans les DOM avec des différences d'un département à l'autre : entre 26% en Martinique et 35% à La Réunion, contre 11% en

Métropole (avec un maximum de 17% en Seine-Saint-Denis). Si l'on s'intéresse au chômage des jeunes (15-24 ans), les DOM sont encore plus désavantagés : plus de la moitié (jusqu'à 60% à La Réunion) des jeunes sur le marché du travail sont au chômage contre un peu plus d'un quart en Métropole. De même, la part de bénéficiaires du RSA socle⁴ parmi les 15-64 ans est d'environ 15% dans les DOM (avec une part un peu inférieure en Guyane) contre seulement 3,5% en Métropole (le maximum départemental étant pour les Pyrénées-Orientales avec 6,8%). La précarité touche également les personnes âgées : la part des allocataires du minimum vieillesse parmi les 60 ans et plus est supérieure à 20% dans les DOM, avec encore une fois un minimum en Guyane. Le maximum est pour la Guadeloupe qui s'approche de 30%. En Métropole cette part n'est que de 3,4% (maximum : 12,5% en Corse)⁵.

Le vieillissement accéléré de la population des DOM, dont les conditions de santé aux âges élevés ne sont pas homogènes d'un territoire à l'autre, se fait donc dans un contexte très différent de celui de la Métropole, en raison de la réduction de la taille des familles et de leur éclatement géographique, ainsi que de l'exode de la population la plus aisée socialement et économiquement. La population âgée dans les DOM est non seulement plus nombreuse, mais aussi moins bien entourée que les générations précédentes. Ils ont moins d'enfants, et ceux-ci se trouvent plus fréquemment éloignés géographiquement. L'aide aux personnes âgées dépendantes repose donc sur un plus petit nombre d'aidants, et une partie de ces aidants est souvent en situation de précarité et nécessite aussi un soutien de la part des parents. Cela fait du vieillissement en outre-mer un enjeu important pour les politiques publiques, d'autant plus que l'équipement en établissements pour personnes âgées et en soins formels à domicile, alternatives à la prise en charge familiale, sont faibles dans les DOM.

Nous nous proposons d'utiliser les données à disposition dans l'enquête Migrations, Famille et Vieillesse (MFV) pour identifier les éléments de la trajectoire migratoire, professionnelle et familiale des individus qui exposent le plus au risque de connaître des situations de dépendance aux âges élevés, puis d'établir différents profils de personnes âgées dépendantes.

⁴ Le RSA socle est le RSA attribué aux personnes dont les ressources sont inférieures au montant forfaitaire, calculé en fonction de la composition du foyer et du nombre d'enfants à charge.

⁵ Source : Insee, RP 2011 et Drees, enquête aide sociale 2011.

I. Etat de l'art

1. Conceptualiser la dépendance

a. L'approche de la recherche : identifier les facteurs et les risques de dépendance

Le modèle conceptuel

Il existe trois modèles pour approcher les différentes dimensions de la santé : le modèle médical (mesure objective de la morbidité), le modèle social/fonctionnel (être en bonne santé correspond à être capable de remplir son rôle social), et le modèle subjectif (perception individuelle de l'état de santé). (Blaxter, 1989 cité par Cambois et Sermet [10]). Nous nous intéresserons ici seulement au modèle fonctionnel. La santé fonctionnelle se définit comme les conséquences des maladies invalidantes sur la vie quotidienne et la qualité de vie [10]. Dans cette approche, la dépendance caractérise les personnes qui nécessitent une aide humaine dans la réalisation de certaines de leurs activités au quotidien, et elle apparaît au terme d'un processus dynamique en plusieurs étapes, allant de la pathologie aux restrictions d'activité. Les premiers travaux décrivant cette approche sont apparus dans les années 1960. Nagi [11] a été le premier à proposer une modélisation de ce processus. Par la suite, ce modèle a été repris et complété par d'autres auteurs [12], [13]. L'Organisation Mondiale de la Santé a également repris ce modèle en 1980 pour définir le handicap dans la Classification Internationale du Handicap (CIH).

Le processus conduisant à l'incapacité comporte quatre étapes :

Pathologie → Déficience → Limitation fonctionnelle → Restriction d'activité

Une pathologie se définit comme anomalie biologique ou physiologique détectée par un diagnostic médical. Une déficience correspond à un dysfonctionnement ou une anomalie structurelle dans un système corporel spécifique, entraînant des conséquences sur les fonctions physiques ou mentales, et sur la participation sociale. C'est souvent l'apparition des déficiences qui permet le diagnostic des pathologies, même si une pathologie peut exister sans déficience.

Les limitations fonctionnelles sont la traduction des altérations physiques, mentales et sensorielles sur les performances de l'organisme [14]. Elles peuvent être physiques (difficultés à marcher, utiliser ses mains et ses doigts...), sensorielles (difficultés à voir, entendre...) ou mentales (altération des capacités intellectuelles et de raisonnement).

Les restrictions d'activité désignent les difficultés rencontrées pour effectuer certaines activités quotidiennes en raison de problèmes physiques ou de santé. Les restrictions d'activité tiennent compte de l'environnement dans lequel évolue l'individu. Il s'agit d'un processus résultant d'un décalage entre capacités individuelles et exigences environnementales. Aussi, toutes les limitations fonctionnelles ne conduisent pas à des restrictions d'activité si elles peuvent être compensées par des traitements, des aménagements du logement ou des aides techniques, et à limitations fonctionnelles égales, tous les individus ne connaissent pas le même niveau d'incapacité selon l'environnement physique et social dans lequel ils évoluent [14]–[16]. Lawrence et Jette [16] montrent aussi que certaines limitations fonctionnelles sont plus génératrices d'incapacités que d'autres, celles localisées au niveau des membres inférieurs entraînent plus fréquemment et plus rapidement des incapacités que celles localisées au niveau des membres supérieurs car elles sont plus difficiles à compenser. L'importance de prendre en compte l'environnement dans l'analyse de l'incapacité a été réaffirmée à partir des années 1980 et particulièrement par Pierre Minaire qui a développé le concept de « handicap de situation » [17]. Selon lui, le handicap ne caractérise pas une personne mais bien une interaction entre un individu et son environnement. Autrement dit, on n'est pas handicapé dans l'absolu, mais handicapé pour quelque chose. A la suite de ces débats sur le rôle de l'environnement, l'OMS a mis en place une nouvelle classification (Classification Internationale du Fonctionnement – CIF) en 2001 pour remplacer la CIH et ainsi mieux tenir compte des facteurs contextuels dans la conceptualisation du handicap et de l'incapacité [18].

Mesurer la santé fonctionnelle dans les enquêtes en population générale

Le modèle conceptuel montre qu'il est intéressant de distinguer la population présentant des limitations fonctionnelles de celle présentant des restrictions d'activités.

Les limitations fonctionnelles peuvent être mesurées à partir de l'échelle des performances de l'organisme définie par Nagi [14], qu'il décline en trois niveaux : les performances physiques (capacités motrices : marcher, se pencher... ou sensorielles : voir, entendre...), les performances mentales (généralement mesurées à partir des tests de QI), et les performances émotionnelles (capacités à supporter le stress lié à la vie quotidienne). Certains dispositifs spécifiques à la santé ou au handicap mesurent les limitations fonctionnelles en incluant une série de questions précises sur la capacité à effectuer certaines actions (par exemple lire les caractères d'un journal, actionner une poignée de porte...). Ces questions sont parfois

accompagnées de tests de performance (marcher sur une certaine distance, s'asseoir et se relever d'une chaise...), c'est le cas par exemple dans l'enquête SHARE, mais cela reste rare. Dans tous les cas, il s'agit de savoir si les individus sont capables d'effectuer ces actions et non s'ils les effectuent réellement dans leur vie quotidienne [10].

La mesure des restrictions d'activité distingue plusieurs niveaux. Le plus fréquemment utilisé concerne les activités fondamentales de la vie quotidienne (*Activities of Daily Living* ou *ADL*) : toilette, alimentation, habillement, transferts... L'échelle des ADL a été développée avant même les premiers modèles conceptuels de la dépendance, par Katz [19]. L'indice de Katz a été créé dans l'objectif de mesurer l'efficacité des traitements des patients d'un service de gériatrie, en les répartissant en sept groupes caractérisant leur niveau d'indépendance dans six ADL. Lawton et Brody [20] ont ensuite introduit un second niveau d'incapacité : les activités instrumentales de la vie quotidienne (*Instrumental Activities of Daily Living* ou *IADL*), qui regroupent toutes les tâches permettant à un individu de vivre de manière indépendante : préparation des repas, entretien du logement, gestion financière, déplacements à l'extérieur... Enfin, Verbrugge et Jette [12] font entrer la notion de bien-être dans la mesure de l'incapacité en considérant qu'il faut également prendre en considération toute activité que l'individu juge nécessaire à son bien-être même s'il ne s'agit pas d'une activité nécessaire au maintien de la vie en autonomie – principalement les activités de loisirs.

La mesure des restrictions d'activité a fait l'objet sur les dernières années d'un effort d'harmonisation à l'échelle européenne pour faciliter les comparaisons internationales [21]. C'est dans ce cadre qu'a été mis en place le *Minimum European Health Module (MEHM)*, incluant trois questions générales : l'état de santé perçue, l'existence de maladies chroniques, et le *Global Activity Limitation Indicator (GALI)* qui questionne les restrictions d'activité de long terme (au moins six mois). La question est formulée de la manière suivante : « Etes-vous limité, depuis au moins six mois, dans les activités que les gens font habituellement ? » et propose trois modalités de réponse : « oui, fortement limité », « oui, limité mais pas fortement », « non, pas limité du tout ». Cet indicateur est notamment utilisé pour le calcul de l'espérance de vie sans incapacité. Le mini module européen est présent dans toutes les enquêtes portant sur la santé, ainsi que d'autres enquêtes plus générales comme l'enquête SILC. Il est aussi utilisé par Eurostat pour les données relatives à la santé [22].

L'indicateur GALI mesure l'incapacité telle qu'elle est déclarée par les personnes enquêtées, aussi, comme tout indicateur de santé auto-déclarée, il n'est pas à l'abri des biais de

déclaration. Il a notamment été montré que la déclaration des restrictions d'activité varie selon le statut social : à état de santé équivalent, les plus instruits ainsi que les retraités et inactifs déclarent plus souvent des restrictions d'activité. L'hypothèse avancée pour expliquer ces différences réside pour les premiers dans une plus faible tolérance aux problèmes de santé, et pour les seconds, il s'agirait d'une manière de justifier leur retrait du marché du travail [23]. Cependant, malgré cette limite l'indicateur GALI est reconnu comme une mesure fiable des restrictions d'activité [24], [25].

b. L'approche institutionnelle : répondre aux besoins de la population en situation de dépendance

Les dispositifs de politique publique

La dépendance des personnes âgées a émergé comme un problème de politique publique dès les années 1970, sous l'influence de plusieurs facteurs, notamment l'accélération du vieillissement de la population et les changements dans les structures familiales [26]. La préoccupation s'est surtout accentuée depuis le début des années 1990 – la Communauté Européenne a financé plusieurs études sur la question de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Les constats sont similaires dans la plupart des pays : le nombre de personnes âgées voire très âgées est en hausse, et la baisse de la fécondité, la plus forte participation des femmes au marché du travail ainsi que la raréfaction des cohabitations intergénérationnelles remettent en cause la pérennité du modèle de prise en charge par la famille, imposant une nouvelle organisation qui mettrait à contribution les systèmes de protection sociale [27]. L'instauration des prestations sociales destinées aux personnes âgées dépendantes est conditionnée par le système de protection sociale en vigueur dans le pays. Les systèmes de protection sociale en Europe varient grandement d'un pays à l'autre, néanmoins on retrouve quelques similitudes entre tous les pays : d'une part la préférence affichée pour le maintien à domicile, et d'autre part le recours à l'échelon infranational pour mieux prendre en compte les situations spécifiques [28] – ainsi la gestion des prestations sociales destinées aux personnes dépendantes est décentralisée dans la plupart des pays d'Europe, y compris la France (l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) est attribuée par les Conseils Départementaux).

On peut distinguer trois modèles types de protection sociale en Europe, qui ont chacun une manière différente de gérer la prise en charge de la perte d'autonomie [26], [27], [29] :

- *Le modèle familialiste (pays d'Europe du Sud)* : il est fondé sur une logique d'assistance. Il n'y a pas de couverture universelle contre le risque de dépendance mais des prestations accordées au titre du handicap et de la vieillesse. L'essentiel de la prise en charge des soins (y compris la prise en charge financière) repose sur les familles.
- *Le modèle beveridgien, ou modèle universaliste (pays d'Europe du Nord)* : il considère la perte d'autonomie comme un risque pouvant survenir à tout âge et contre lequel tous les individus doivent pouvoir accéder à une couverture de la part de l'Etat. Dans ces pays, les prestations sociales sont jugées positivement et font partie des droits du citoyen. Notons que les pays disposant de ce modèle de protection sociale sont les seuls pays européens dans lesquels il n'y a pas d'obligation légale pour les enfants de prendre en charge leurs parents âgés [30].
Le Royaume-Uni et les Pays-Bas disposent aussi d'un système de protection sociale selon le modèle beveridgien, mais avec une couverture sociale moins généreuse que dans les pays scandinaves [29].
- *Le modèle bismarckien (Allemagne, Autriche, France)* : il propose un système d'assurance sociale obligatoire dans lequel la dépendance constitue une branche à part entière. Les prestations sont financées par les cotisations des assurés et toute personne relevant de l'Assurance Maladie bénéficie automatiquement d'une couverture contre la dépendance, et ce sans condition d'âge. Le montant des prestations ne couvre cependant pas l'ensemble des services nécessaires aux personnes dépendantes.

Le système français est quant à lui qualifié de système mixte [29]. La France a un régime de protection sociale de type bismarckien, toutefois seuls quatre risques sont couverts de manière universelle par la Sécurité Sociale : santé, accident du travail, vieillesse et famille [31]. La perte d'autonomie ne fait pas partie de ces risques, même si depuis quelques années un débat est en cours sur son introduction comme cinquième risque de Sécurité Sociale [31], [32]. La mise en place en 2005 de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), qui centralise le financement des aides aux personnes handicapées quel que soit leur âge et l'origine de leur handicap, est un premier pas vers le rapprochement des systèmes de prise en charge de toutes les formes de perte d'autonomie, toutefois, la prise en charge de la dépendance dans le système français actuel se rapproche plus de la logique d'aide sociale des

pays d'Europe du Sud. L'ouverture des droits à l'allocation destinées aux personnes dépendantes (Allocation Personnalisée d'Autonomie – APA) est indirectement soumise à conditions de ressources puisqu'un co-paiement allant jusqu'à 90% du montant du plan d'aide est exigé au-delà d'un certain seuil de revenu. De plus, il existe des barrières entre différents types de perte d'autonomie : avant 60 ans, si la perte d'autonomie est due à un accident ou une maladie, on parle d'invalidité, si c'est une déficience congénitale, il s'agit d'un handicap, et c'est seulement après 60 ans qu'on parle de dépendance. L'APA ne concerne que les personnes dans ce dernier cas, pour les deux autres, les personnes relèvent d'autres prestations [31].

Depuis la fin des années 1990, les modèles types sont remis en cause. En effet, la hausse des besoins en matière de prise en charge dans tous les pays ne permet plus aux familles d'assurer seules la prise en charge de leurs parents âgés dans les pays à régime familialiste, tandis que dans les pays à régime universaliste les pouvoirs publics ne peuvent plus subvenir aux besoins des populations âgées aussi largement et sont contraints d'instaurer des conditions plus restrictives dans l'attribution des prestations. On s'oriente donc vers des systèmes mixtes dans la plupart des pays [28].

L'outil de mesure de la dépendance : la grille AGGIR

Plusieurs grilles d'évaluation ont été développées pour mesurer les besoins de la population ayant recours aux dispositifs institutionnels destinés aux personnes âgées dépendantes. Il n'existe cependant pas de grille unique pour mesurer la dépendance à l'échelle internationale. Chaque pays utilise sa propre grille pour évaluer le niveau de dépendance des personnes âgées et les dispositifs à mettre en place pour leur venir en aide. L'évaluation du niveau de dépendance peut même faire l'objet de disparités infranationales étant donné que dans certains pays comme le Royaume-Uni ou la Suède les grilles de mesure sont déterminées au niveau local [29].

En France, la mesure de la dépendance est harmonisée au niveau national depuis 1997 grâce à la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources), qui est la grille officielle sur laquelle est basée l'attribution des prestations sociales destinées aux personnes dépendantes. Son but est de déterminer la charge de travail associée à chaque niveau de dépendance des personnes âgées [33]. Elle prend en compte à la fois la dépendance fonctionnelle et la dépendance cognitive. Selon un principe similaire à celui de l'évaluation pour l'indice de Katz, premier instrument de mesure de la dépendance, le classement dans

l'un ou l'autre des groupes définis par la grille AGGIR se fait en fonction de la capacité de la personne âgée à réaliser dix activités de la vie quotidienne (variables discriminantes) :

- Communiquer (verbalement ou non verbalement) et se comporter de manière sensée
- Se repérer dans le temps et dans l'espace
- Faire sa toilette
- S'habiller et se déshabiller
- Se nourrir
- Contrôler selles et urine
- Se lever, se coucher, s'asseoir et passer de l'une à l'autre de ces positions
- Se déplacer à l'intérieur de son logement
- Se déplacer hors de son logement
- Utiliser un moyen de communication à distance (par exemple le téléphone)

La grille est remplie par un professionnel de santé, par observation et entretien avec la personne âgée et ses aidants éventuels. Pour chacune des dix variables discriminantes, il est demandé si la personne est capable de réaliser cette activité seule spontanément, totalement, habituellement, et correctement. Chaque adjectif attend une réponse par oui ou non. Ensuite, un code est attribué à chaque variable : A si la réponse est oui pour chacun des adjectifs, B si la réponse est non pour 1 à 3 adjectifs, et C si la réponse est non à tous les adjectifs.

Suivant ces codages, un algorithme informatique répartit les individus en six Groupes Iso-Ressources (GIR) :

- GIR 1 : personnes dépendantes physiquement et psychiquement
- GIR 2 : personnes dépendantes soit physiquement, soit psychiquement
- GIR 3 : personnes qui ont conservé leur autonomie mentale mais seulement une partie de leur autonomie physique, et qui ont besoin d'une aide quotidienne
- GIR 4 : personnes nécessitant une aide pour les activités corporelles et/ou les transferts, mais capables de se déplacer dans l'enceinte de leur logement
- GIR 5 : personnes nécessitant une aide occasionnelle (principalement pour les tâches ménagères)
- GIR 6 : personnes non-dépendantes.

Cependant, la grille AGGIR présente certaines limites et ne fait pas l'unanimité auprès du personnel médical. Le principal reproche adressé cette grille est de ne pas prendre en

considération l'environnement social de la personne âgée, et pas suffisamment la déficience mentale [34]. De plus, une enquête sur l'utilisation de la grille AGGIR menée auprès de 55 médecins généralistes a mis en évidence un manque de précision dans les modalités des dix variables discriminantes, lié à l'utilisation du terme « habituellement » que les médecins jugent ambigu. Les praticiens font également part d'un manque de formation à l'utilisation de cette grille [35].

Encadré 1 – Historique des prestations sociales destinées aux personnes dépendantes en France (d'après B. Ennuyer [32])

1975 : mise en place de l'Allocation Compensatrice de Tierce Personne (ACTP), attribuée aux individus souffrant d'un handicap congénital ou résultant d'une maladie, sans condition d'âge. Cette prestation est étendue aux départements d'outre-mer en 1998.

1997 : mise en place de la Prestation Spécifique à la Dépendance (PSD), première prestation sociale spécifiquement destinée aux personnes âgées puisqu'attribuée uniquement aux personnes âgées de 60 ans et plus, qu'elles vivent à domicile ou en institution. Elle instaure ainsi une distinction entre handicap et dépendance. La PSD a donné lieu d'une part à la première définition légale de la dépendance, et d'autre part à la grille nationale de mesure de la dépendance (AGGIR), encore en vigueur aujourd'hui. La PSD est attribuée aux personnes classées en GIR 1 à 3. On ne dispose pas d'information concernant l'application de cette prestation sociale dans les DOM.

2002 : remplacement de la PSD par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Elle se destine toujours uniquement aux personnes de 60 ans et plus mais le champ des bénéficiaires est étendu aux individus classés en GIR 4. L'APA peut être attribuée aux personnes à domicile ou en institution, et l'ouverture des droits n'est pas soumise à conditions de ressources, mais une participation est demandée en fonction des revenus de la personne (le « ticket modérateur »). Contrairement à la PSD, l'APA n'est pas soumise à récupération sur la succession. La mise en place de cette prestation s'est effectuée simultanément en France métropolitaine et dans les DOM.

2005 : création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), dont le but est de gérer les moyens financiers destinés aux personnes handicapées et aux personnes âgées dépendantes.

2016 : entrée en vigueur de la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV), dont l'une des mesures est une revalorisation de l'APA : réduction du ticket modérateur, et augmentation du nombre d'heures d'aide à domicile financées par l'allocation. Cette loi s'applique dans les DOM de la même façon qu'en France métropolitaine.

2. Les déterminants de la dépendance

a. L'environnement familial

Environnement familial et santé sont souvent associés. Le statut matrimonial apparaît en effet comme un facteur associé à l'état de santé des personnes, le conjoint pouvant influencer les comportements, inciter au suivi médical, et apporter un soutien moral [36]. D'autre part, les enquêtes existantes sur la prise en charge de la dépendance ont pu montrer que le réseau familial s'avère la principale source d'aide lorsque survient la perte d'autonomie, en particulier pour les moins de 80 ans [37]. Plus de 80% des personnes de 65 ans et plus en situation de dépendance reçoivent une aide de leurs proches, et cette proportion varie peu dans les différents pays d'Europe selon l'enquête SHARE, ce sont seulement les modalités de cette aide et les configurations familiales mobilisées autour de la personne dépendante qui changent [38]. D'autre part, l'absence de famille est le principal facteur augmentant la probabilité pour une personne âgée d'entrer en institution, d'ailleurs un tiers des résidents d'établissements pour personnes âgées n'ont ni conjoint ni enfants, contre 8% des personnes du même âge vivant en ménage ordinaire selon l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance [36].

L'aide aux personnes âgées repose ainsi en majeure partie sur la famille : conjoint ou enfants/beaux-enfants dans la majorité des cas. Le recours à une autre personne de la famille est rare et concerne surtout les individus qui n'ont ni conjoint ni enfant en vie [39]. L'aide repose la plupart du temps sur un seul aidant principal, et ces aidants principaux sont majoritairement des femmes [39]–[41]. En effet, l'implication dans la prise en charge de l'aide aux parents âgés est fonction de plusieurs critères : la proximité affective et géographique, les disponibilités et l'expérience des soins. Ainsi, l'organisation sociale prédominante aujourd'hui fait que les femmes sont généralement les plus impliquées étant donné qu'elles sont souvent plus proches de leurs parents que ne le sont les hommes, ont moins de responsabilités professionnelles et possèdent déjà une expérience des soins avec leurs enfants [42]. La répartition des tâches d'aide est également différente selon le sexe de

l'aidant : les femmes sont plutôt en charge des tâches ménagères et des soins corporels, tandis que les hommes exercent plus des activités de surveillance, de gestion financière ou de défense des droits et intérêts [39], [43]. Enfin, les femmes reçoivent moins souvent l'aide de leur conjoint étant donné qu'elles connaissent plus fréquemment des situations de veuvage que les hommes, de plus les hommes ont plus souvent recours au placement en institution pour leur épouse [44].

Le recours à l'aide professionnelle intervient principalement dans le cas de personnes isolées, ou trop lourdement dépendantes pour que la famille puisse prendre en charge à elle seule le parent dépendant. L'introduction des politiques publiques à destination des personnes âgées dépendantes, notamment l'APA, a permis un recours plus fréquent à l'aide formelle [39], toutefois, même lorsqu'il est fait appel à des professionnels, la famille continue à se mobiliser – on parle alors d' « aide mixte ». Il n'y a pas de substitution entre aide formelle et aide informelle mais plutôt une redistribution des rôles. Certaines tâches sont plus facilement déléguées à un aidant professionnel, les tâches instrumentales notamment, tandis que la famille continue à se charger de la gestion financière et de la préservation de la dignité du parent âgé [42]. L'entourage cumule toujours beaucoup plus de domaines d'intervention que les aidants professionnels qui interviennent pour une tâche bien particulière.

Prendre en charge un parent âgé n'est cependant pas sans conséquences sur l'aidant. L'enquête Handicap-Santé-Aidants permet d'évaluer la charge subjective, définie comme « l'ensemble des conséquences physiques, émotionnelles, sociales et financières ressenties » [41], qui pèse sur les aidants familiaux. Les résultats de l'enquête montrent que cette charge ressentie est non seulement fonction du niveau de dépendance de la personne aidée et du cumul des tâches d'aide, mais aussi de la vie personnelle de l'aidant : les aidants isolés ressentent une charge plus importante, tout comme ceux qui ont des enfants à charge puisqu'ils doivent concilier leur vie familiale et leur rôle d'aidant. Ainsi les femmes aidantes ressentent presque systématiquement une charge supérieure à celle des hommes aidants. L'impact de la prise en charge se ressent sur la santé des aidants (fatigue, stress, renoncement aux soins pour eux-mêmes) et sur leur vie professionnelle, qui nécessite souvent des aménagements, toutefois les aidants tiennent à la maintenir car c'est ce qui leur permet de préserver leur indépendance et leur identité [45]. L'aide informelle a également un coût économique pour l'aidant puisque sa participation au marché du travail doit souvent être réduite, entraînant une réduction significative de ses revenus de travail, en particulier lorsque le volume d'aide apportée est supérieur à 10 heures par semaine [40]. Les aidants familiaux

déclarent cependant aussi des aspects positifs, comme un renforcement des liens avec la personne aidée, ainsi que l'exercice de valeurs telles que la générosité ou le respect [41].

Au-delà de l'obligation légale, il existe une forte dimension morale et affective pour les enfants à aider leurs parents âgés en perte d'autonomie, et ce en particulier lorsque les enfants sont en situation d'ascension sociale par rapport à leurs parents [45]. Plusieurs auteurs [42], [46] rapprochent celle-ci de la théorie du don/contre don de Marcel Mauss : les soins apportés à l'enfant par ses parents créent une dette du premier envers les seconds, et les soins prodigués dans la vieillesse représentent le contre-don qui permet de s'acquitter de cette dette. Cela pourrait permettre d'expliquer pourquoi dans tous les pays européens, où la législation relative aux obligations filiales et les modèles familiaux sont très différents, le volume d'aide apportée par les enfants, quelle que soit la forme, reste très similaire [38].

Toutefois, les transformations familiales de ces dernières décennies remettent en question le rôle central de la famille dans la prise en charge des personnes âgées pour les années futures. En effet, les femmes ayant aujourd'hui plus d'opportunités sur le marché du travail, elles risquent d'être moins enclines à consacrer du temps à leurs parents âgés au détriment de leur activité professionnelle [40], [47]. D'autre part, l'entourage familial des personnes âgées risque d'être beaucoup plus éclaté géographiquement, étant donné que les séparations des couples sont plus fréquentes que dans les générations précédentes, et que dans le même temps, la mobilité des enfants s'accroît [47], [48]. Ce dernier point est particulièrement important dans le cas des départements d'outre-mer puisque la mobilité des enfants implique un éloignement beaucoup plus conséquent que dans le cas des familles métropolitaines. Tout cela réinterroge alors les dynamiques des solidarités familiales, et pose la question du recours aux aides formelles, ainsi que du rôle joué par les solidarités de proximité (amis, voisins).

b. L'entourage hors famille

La vieillesse se caractérise par une réduction du réseau relationnel – d'abord dès 60 ans avec le passage à la retraite donc la perte des relations professionnelles, puis vers 70-75 ans ce sont les relations avec les amis qui deviennent de moins en moins fréquentes, en particulier pour les femmes [49]. Les relations se replient ainsi sur la famille, mais aussi sur le voisinage. Les personnes âgées font en effet état d'un attachement plus fort à leur logement et à leur quartier. La relation au quartier est cependant variable selon la nature de ce dernier : les quartiers

urbains très densément peuplés, ainsi que ceux abritant une population très mobile et hétérogène en termes d'âge et/ou de classe sociale sont moins propices à l'établissement de relations significatives entre voisins. A l'inverse, des quartiers très homogènes, dans lesquels la plupart des habitants se sont installés à la même période et ont vécu des parcours de vie similaires favorisent beaucoup le sentiment d'appartenance au quartier [46]. Il existe également des différences d'investissement dans les relations de voisinage selon le statut social. Membrado et Mantovani [50] montrent ainsi que les classes favorisées ont tendance à moins s'investir dans les relations de voisinage car elles leur préfèrent les relations d'amitié, qui se fondent sur une proximité affective plutôt que géographique.

Les solidarités de voisinage sont peu étudiées, nous connaissons donc pas précisément les caractéristiques des aides et des aidants pour la population générale. Nous savons simplement qu'en France environ 20% des personnes âgées de 60 ans et plus recevant l'aide informelle d'un seul proche sont aidés par une personne autre que leur conjoint ou un de leurs enfants, d'après l'enquête Handicap-Santé-Ménages [51]. La connaissance dont on dispose sur les solidarités de proximité repose donc sur des études qualitatives. Il en ressort que même dans le cas de personnes âgées fortement intégrées et impliquées dans leur quartier, on ne peut pas compter les voisins parmi le réseau des aidants potentiels. En effet, le rôle d'un voisin concerne surtout la communication. Les règles de « bon voisinage » impliquent que les voisins conservent une certaine distance : il est rare qu'un voisin franchisse le seuil du logement d'un autre voisin, et la limite entre « voisin serviable » et « voisin intrusif » est très facilement franchie [52]. Cependant, les relations de voisinage peuvent donner lieu à de l'entraide occasionnelle, bien que le mot « aide » ne soit quasiment jamais employé par les personnes concernées qui parlent plutôt de services [46].

Les solidarités de voisinage sont caractérisées par la réciprocité des échanges. En effet, au contraire des proches familiaux, les voisins n'ont aucune obligation morale à s'occuper des personnes âgées de leur entourage, d'ailleurs un voisin qui demande un service à un autre voisin sans proposer une contrepartie peut être vu comme abusif, surtout lorsque ce voisin demandeur a des membres de sa famille résidant à proximité et qui pourraient donc se charger de rendre ce service [53]. De plus, les relations de voisinage possèdent une dimension non contraignante : s'il existe des règles de bon voisinage, il est plus facile de s'y soustraire que de se soustraire aux normes régissant les relations familiales [46]. Les aides apportées à un voisin âgé ne sont donc pas de l'ordre du devoir moral comme dans le cas de la famille mais plutôt de l'ordre de l'humain (« *sense of humanity* ») [52].

Les solidarités de voisinage se limitent ainsi à quelques services tels que faire des courses, relever le courrier en cas d'absence... qui s'échangent de manière réciproque, et ce quel que soit l'âge des personnes concernées, il n'y a pas de spécificité des relations de voisinage dans la vieillesse. La seule activité propre aux voisins de personnes âgées concerne la surveillance. Une sollicitation plus importante peut intervenir uniquement en cas d'urgence, ou pour une période temporaire (maladie de courte durée, suite à une chute...). Certaines personnes peuvent cependant avoir un « voisin privilégié », avec qui elles entretiennent une relation plus proche (visites, échange de services...), mais le voisin privilégié ne peut pas être considéré au même titre qu'un aidant familial, son rôle est plutôt de tenir compagnie [46], [53]. Les situations où un voisin est l'aidant principal, comme celles décrites par l'étude de Nocon et Pearson [52], restent rares.

c. Les conditions de logement

Sans être un facteur de dépendance à elles seules, les conditions de logement représentent un déterminant important du bien-être et de l'état de santé, ainsi que du maintien à domicile des personnes âgées. Un logement en mauvais état et mal équipé (c'est-à-dire ne disposant pas d'une arrivée d'eau chaude ou d'équipements sanitaires en état de fonctionnement) est facteur de mauvaise santé pour l'ensemble de la population, mais de façon encore plus marquée chez les personnes âgées [54]. Or, les logements manquant de confort concernent plus fréquemment les personnes âgées étant donné que deux tiers des logements ne disposant pas du minimum de confort sanitaire ont été construits avant 1949, et sont donc plus fréquemment occupés par les générations les plus anciennes [55]. La question du confort du logement se pose d'autant plus dans les DOM où vivre dans un logement inconfortable est bien plus fréquent qu'en Métropole [56]. Outre les effets des installations sanitaires, d'autres aspects du logement peuvent jouer sur l'état de santé. Par exemple, l'exposition au bruit accroît les risques de troubles du sommeil des personnes âgées, et la température du logement, quand elle est mal régulée, augmente fortement la vulnérabilité des personnes âgées durant l'hiver et les périodes de canicule estivales [54]. Le lien entre habitat et état de santé est cependant nuancé par le plus ou moins fort isolement de la personne âgée : les risques de chute, par exemple, sont réduits lorsque la personne ne vit pas seule.

S'intéresser à l'effet du logement sur la santé des personnes âgées implique non seulement les aménagements à l'intérieur du logement, mais également l'environnement dans lequel se situe

ce logement. Le maintien à domicile est rendu plus compliqué dans les quartiers qui ne sont pas équipés en services fondamentaux : commerces d'alimentation, banque, médecin... ou qui ne sont pas desservis par les transports en commun [54]. Cela peut toutefois être compensé par la mobilisation du réseau social. Ainsi, les zones rurales désavantagent fortement les personnes âgées du fait de leur isolement géographique, mais également de leur isolement social puisqu'une faible proportion de jeunes et d'adultes actifs vivent dans les milieux très ruraux.

Les logements se révèlent être plus ou moins adaptés aux limitations fonctionnelles et aux restrictions d'activité des personnes. La volonté de maintien à domicile des personnes âgées doit souvent passer par des aménagements du logement pour l'adapter aux limitations fonctionnelles de l'individu et éventuellement de les compenser. L'enquête Handicap-Santé-Ménages montre que les transformations du logement augmentent à mesure que les individus avancent en âge, cependant elles ne progressent pas aussi vite que l'apparition des incapacités chez les personnes âgées [57]. Les adaptations du logement sont en réalité peu fréquentes en raison de leur coût : le maintien à domicile passe d'abord par une réorganisation du logement (déplacement des meubles, réaffectation de certaines pièces...) pour faciliter les déplacements. Ainsi, l'habitant s'adapte à son logement plutôt que l'inverse [58]. Les configurations familiales et l'implication des enfants dans la prise en charge des parents âgés jouent un rôle sur les choix qui sont faits pour l'adaptation du logement. En effet, lorsque les enfants sont très impliqués, c'est l'aide humaine qui prend le pas sur l'aide technique au sein du logement. A l'inverse, certaines personnes âgées, qui ne disposent pas, ou ne souhaitent pas disposer de l'aide de leur famille pour rester indépendantes et autonomes, choisissent soit d'adapter au maximum leur logement pour maintenir leur autonomie, soit de « faire avec » en s'accommodant du fait que certaines parties du logement ne leur soient plus accessibles [57]. Cependant, les transformations du lieu d'habitation sont la plupart du temps encouragées, voire initiées par la famille de la personne âgée. Dans une certaine mesure, la personne âgée perd sa capacité de décision par rapport à son lieu d'habitation qui tend à s'approcher de plus en plus d'un hébergement en institution à mesure que la personne est de moins en moins autonome et que sa famille prend en charge l'aménagement du logement : confinement à quelques pièces, moins de déplacements hors du logement... Ce contrôle exercé par leurs enfants est cependant généralement bien accepté par les personnes âgées car c'est ce qui leur permet de vieillir à domicile [58].

La majorité des personnes âgées qui vieillissent à domicile le font dans un logement indépendant. La cohabitation intergénérationnelle se fait de plus en plus rare, toutefois c'est une configuration qui continue à exister dans certaines familles, et ce surtout dans les pays d'Europe du Sud où la culture familiale est particulièrement importante. Selon l'enquête SHARE près de la moitié des 50 ans et plus en Espagne et en Italie vivent dans le même ménage qu'un de leurs enfants [59]. Les travaux de Claudine Attias-Donfut et Sylvie Renaut [60] ont distingué deux types de configurations de cohabitations parents/enfant à l'âge de la vieillesse. La première configuration est la coresidence de toujours, c'est-à-dire quand l'un des enfants n'a jamais quitté le foyer familial. Ces configurations ne sont ainsi pas liées à l'impossibilité pour la personne âgée de vivre seule, mais plutôt à une raison propre à l'enfant, qui est dans la majorité des cas un homme célibataire, dans une situation sociale moins valorisée que celle de ses frères et sœurs lorsqu'il en a. La deuxième configuration est celle de la recohobitation d'un parent âgé avec l'un de ses enfants. Cette situation peut se justifier de différentes manières [61] :

- L'état de santé du parent est trop dégradé pour que celui-ci continue à vivre dans un logement indépendant et il est alors hébergé au domicile de l'un de ses enfants.
- L'enfant est en situation de précarité (perte d'emploi, rupture conjugale...) et est alors hébergé par ses parents pour bénéficier d'un soutien de leur part.
- Combinaison des deux situations précédentes pour une entraide réciproque.

Ces trois situations de cohabitation entre parents et enfants adultes sont souvent difficiles à discerner dans les enquêtes si la raison de la recohobitation n'est pas explicitement demandée.

d. La trajectoire socioprofessionnelle

La catégorie sociale concentre les plus forts déterminants de l'état de santé des individus. Il existe de très fortes inégalités entre classes sociales, à la fois face à la mortalité et aux incapacités. En effet, les hommes exerçant des emplois très qualifiés avaient au début des années 2000 une espérance de vie à 50 ans en moyenne 5 ans supérieure à celle des travailleurs manuels. Pour l'espérance de vie en bonne santé, cet écart se situait entre 6 et 9 ans [62]. Ces écarts se retrouvent dans l'ensemble des pays [63], [64].

Le niveau d'éducation est très fortement explicatif des inégalités sociales de santé, en jouant notamment un rôle préventif puisque les personnes les plus éduquées ont une meilleure

connaissance des systèmes de santé et des comportements favorisant un bon état de santé. L'élévation du niveau général d'instruction de la population expliquerait ainsi partiellement les améliorations de l'état de santé global de la population [65].

Plus spécifiquement, la profession joue un rôle important sur l'état de santé des individus. Globalement, l'emploi a un impact positif sur la santé puisqu'il est facteur de lien social, et incite à un suivi médical régulier [65]. Les chômeurs et inactifs sont d'ailleurs ceux qui présentent l'état de santé le plus dégradé, cependant on peut aussi y voir un effet de sélection étant donné que les personnes en mauvaise santé auront plus de difficultés à trouver un emploi, ou sortiront prématurément du marché du travail [65], [66] Si l'emploi induit des effets positifs sur la santé, tous les travailleurs ne bénéficient pas de ces avantages au même titre. Certaines professions peuvent même comporter plus de désavantages que d'avantages au niveau de la santé physique ou mentale en raison des conditions dans lesquels ces métiers sont exercés. L'exposition à des produits toxiques, la pénibilité physique ou encore la précarité de l'emploi sont des facteurs d'altération de l'état de santé. Selon l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance, la prévalence des limitations fonctionnelles est deux à trois fois plus élevée chez les ouvriers que chez les cadres, et ces limitations fonctionnelles ont une probabilité plus forte d'entraîner des restrictions d'activité chez les premiers que chez les seconds [65]. Ces inégalités, déjà fortes, sont probablement légèrement sous-estimées car les classes sociales défavorisées ont tendance à sous-déclarer leurs problèmes de santé [62].

De mauvaises conditions de travail ont également sont fréquemment liées à des comportements à risque pour la santé : la surconsommation d'alcool, par exemple, est plus importante dans les classes défavorisées et cela est en partie lié à la pénibilité des emplois non qualifiés [67]. De même, l'insécurité de l'emploi, les conditions de travail pénibles, notamment le travail de nuit, ou les emplois ne laissant que peu d'autonomie ou de perspectives d'évolution de carrière s'accompagnent chez les individus d'un risque plus fort de développer des troubles mentaux [68] ou une consommation de substances psychotropes comme les anxiolytiques ou les antidépresseurs, en particulier lorsque cette situation professionnelle s'accompagne d'un isolement social [69]. Les classes défavorisées cumulent ainsi les désavantages : un faible niveau d'instruction conduit à un emploi pénible, qui lui-même entraîne des comportements à risques favorisant l'apparition d'incapacités [70]. Les inégalités sociales de santé sont particulièrement marquées chez les hommes, elles le sont beaucoup moins chez les femmes, mais tout de même existantes.

Les effets des conditions défavorables de travail se répercutent également passé l'âge de la retraite : on retrouve les écarts de mortalité et de morbidité entre les classes sociales même chez les plus âgés dans tous les pays d'Europe [71]. En effet, les expositions aux produits toxiques (comme l'amiante) entraînent des pathologies au temps de latence relativement long, qui surviennent donc passé l'âge de la retraite. De même, les troubles musculo-squelettiques causés par les postures pénibles ou la manutention de charges entraînent des conséquences à long terme sur la santé [66]. Dans l'ensemble, les catégories en bas de l'échelle sociale « vieillissent plus vite » que les autres car les problèmes de santé chroniques surviennent chez ces individus beaucoup plus tôt que chez ceux appartenant aux catégories sociales plus favorisées [72], [73]. De plus, les plus démunis ont moins de ressources pour gérer leurs incapacités et compenser leurs limitations fonctionnelles.

Au regard des facteurs associés à la santé aux grands âges mis en évidence dans la littérature existante, les DOM présentent des situations particulières. Les configurations familiales sont en pleine transformation : le réseau familial des personnes âgées s'est considérablement réduit sur les dernières décennies avec la réduction de la fécondité et les migrations des jeunes actifs. L'offre de soins institutionnels, que ce soit les places d'hébergement en institution ou les soins à domicile, est très limitée et ne pourra donc pas entièrement combler la diminution du nombre d'aidants familiaux. D'autre part, les conditions de logement sont moins bonnes qu'en Métropole avec une part encore non négligeable de logements ne disposant pas du minimum de confort. Enfin, la population ultramarine occupe globalement des emplois moins qualifiés et a moins de ressources financières que la population métropolitaine.

Tous ces éléments devraient rendre la population des DOM particulièrement vulnérable face au risque d'incapacité aux grands âges. Aussi, nous allons nous interroger sur les caractéristiques sociales et familiales des personnes les plus à risque de déclarer des restrictions d'activités. Retrouve-t-on dans les DOM les mêmes facteurs de risque que ceux identifiés dans la littérature à l'échelle française et européenne ? L'histoire migratoire, spécificité des DOM, a-t-elle un rôle à jouer dans le risque de déclarer des limitations d'activité ? Enfin, nous nous intéresserons plus précisément à la population des personnes âgées ayant déclaré des restrictions d'activité, et nous nous demanderons si certains parcours migratoires, professionnels et familiaux amènent à un risque plus grand de ne pas être aidé par son entourage.

II. Méthodologie

1. Source de données

Nous utiliserons les données de l'enquête Migrations, Famille et Vieillesse (MFV) dans les DOM. Jusqu'à très récemment, il s'agissait de l'unique enquête en population représentative de chacun des DOM et donc permettant des comparaisons entre ces départements. L'enquête MFV a été conduite en 2009-2010 auprès de l'ensemble de la population âgée de 18-79 ans vivant en ménage ordinaire. 16 000 individus ont été enquêtés, soit 4 000 par DOM. L'échantillonnage de l'enquête a été construit de sorte à représenter trois grandes catégories d'enquêtés : les natifs des DOM, les migrants de retour (natifs des DOM ayant vécu au moins six mois hors du département), et les non natifs.

L'objectif de ce dispositif est de combler le déficit d'indicateurs statistiques dans les DOM pour aider à la mise en place de politiques publiques adaptées aux transformations que connaissent ces sociétés [74]. Le questionnaire a été construit sur la base de ceux des grandes enquêtes nationales qui n'ont pas été conduites dans les DOM, telles que l'Etude des Relations Familiales et Intergénérationnelles (ERFI) ou l'enquête Trajectoires et Origines (TeO), et adapté pour prendre en compte les spécificités des sociétés ultramarines. L'enquête est organisée autour de quatre grands axes :

- Les transformations des structures familiales
- L'insertion économique et sociale des jeunes adultes
- L'évolution des solidarités intergénérationnelles
- Les trajectoires migratoires et l'insertion des populations migrantes.

Cette enquête offre ainsi un grand nombre de variables permettant de reconstituer les trajectoires socio-familiales des individus, que nous pourrons ensuite mettre en lien avec les situations d'incapacité. Le questionnaire comporte également le mini module européen sur la santé. Nous pourrons ainsi utiliser l'indicateur GALI présenté précédemment comme un proxy des situations d'incapacité, en regroupant les personnes qui se disent « fortement limitées » et « limitées mais pas fortement » dans leurs activités quotidiennes.

Notre population d'étude se compose uniquement des natifs des DOM âgés entre 60 et 79 ans au moment de l'enquête. Le seuil de 60 ans a été choisi pour délimiter cette population

puisque'il s'agit de l'âge à partir duquel il est possible de recevoir l'allocation destinée aux personnes âgées dépendantes (APA). Les non natifs ont été exclus de la population étudiée car le module sur les trajectoires professionnelles dans le questionnaire n'est pas le même pour natifs et non natifs, et ne permet donc pas de construire des variables homogènes pour l'ensemble de la population.

La population compte 2 803 individus (1 123 hommes et 1 499 femmes). Parmi eux, 1 304 déclarent des restrictions d'activité (492 hommes et 812 femmes).

2. Description des variables

La revue de la littérature existante a mis en évidence un certain nombre de facteurs déterminants dans le processus de dépendance : caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge et le sexe, niveau d'instruction, facteurs socioprofessionnels (conditions de travail...), aides humaines et techniques pour compenser les limitations fonctionnelles, et enfin comportements liés à la santé. Dans le contexte des DOM, en plus des trajectoires professionnelles et familiales, il semble également important de prendre en compte les facteurs liés à l'expérience de migration, étant donné que les mouvements migratoires, du fait de leur sélectivité, caractérisent grandement la population de ces départements.

L'enquête MFV nous fournit des informations concernant les caractéristiques sociodémographiques (sexe et âge), la carrière professionnelle (CS, niveau d'éducation, statut de l'employeur, pénibilité du travail, opinion sur l'ensemble de l'itinéraire professionnel), l'environnement familial de l'individu, qui correspond aux aidants potentiels (trajectoire familiale, mode de cohabitation actuel, nombre d'enfants), ainsi que l'histoire migratoire.

Certaines variables ont été utilisées telles qu'elles sont dans la base de données de MFV, avec simplement une discrétisation pour les variables quantitatives, c'est le cas du sexe, de l'âge, du statut de l'employeur ou encore du nombre d'enfants. D'autres ont nécessité des modifications, voire ont dû être créées en combinant plusieurs variables. Les variables ayant fait l'objet d'un traitement préalable sont les suivantes :

a. Histoire migratoire

Cette variable est déclinée en six modalités, selon l'expérience de migration de l'individu. Les natifs sédentaires (n=426) sont ceux qui n'ont jamais quitté leur département de naissance.

Les natifs partis pour un court séjour (n=1 154) ont connu une ou plusieurs expériences hors de leur département (Métropole, autre DOM/COM ou étranger), mais toujours pour une durée inférieure à six mois.

Les quatre dernières modalités caractérisent les natifs de retour, c'est-à-dire les individus qui ont vécu hors du DOM dans lequel ils sont nés pendant au moins six mois. Ces modalités sont le résultat d'une typologie des natifs de retour réalisée à partir de cinq variables : le nombre de séjours de plus de six mois, la durée du séjour, l'âge au départ, les motifs principaux de départ et de retour. A l'exception du nombre total de séjours, toutes les autres variables caractérisent le dernier séjour uniquement⁶. Le motif de départ a été la variable la plus discriminante pour la formation des classes, ainsi que l'âge au départ.

Les quatre classes retenues sont les suivantes⁷ :

Classe 1 : Migration pour études ou carrière (n=623) – 54,4% des natifs de retour (61,9% des Guadeloupéens, 59,7% des Martiniquais, 51,9% des Guyanais et 39,1% des Réunionnais).

Cette classe comporte 55,3% d'hommes et 44,6% de femmes et l'âge moyen des individus⁸ est de 66,8 ans. Elle regroupe des individus qui sont partis jeunes (45% avaient moins de 25 ans, 80% moins de 35 ans) et sont restés très longtemps sur leur lieu de migration (73% y sont restés plus de 5 ans, 46% plus de 15 ans). La raison du départ est très majoritairement la recherche d'un emploi (62%), suivie de la poursuite d'études (18%). Pour 80% des individus de la classe, il s'agit de l'unique expérience de migration.

Classe 2 : Migration pour service militaire (n=184) – 22,5% des natifs de retour (12,2% des Guadeloupéens, 19,5% des Martiniquais, 12,4% des Guyanais et 39,7% des Réunionnais).

Cette classe se compose de 98,1% d'hommes et 1,9% de femmes, l'âge moyen des individus est de 65,2 ans. On y trouve des individus qui n'ont connu qu'une seule expérience de migration. Ils sont partis très jeunes (avant 25 ans), et leur séjour hors de leur département de

⁶ Un premier modèle prenait également en compte la destination de ce dernier séjour (Métropole, autre DOM/COM, étranger) mais la variable a finalement été retirée de l'analyse car elle ne jouait aucun rôle dans la formation des classes, 85% des individus ayant effectué leur séjour en Métropole, et ceux partis pour une autre destination ne présentaient pas de profil particulier.

⁷ Les caractéristiques détaillées des classes sont disponibles en annexe.

⁸ Au moment de l'enquête

naissance a été de courte durée (45% entre 6 mois et 1 an, 92% moins de 5 ans). Le motif de départ est le début du service militaire, et la fin de ce service constitue la principale raison du retour (60%). On peut toutefois noter que certains sont ensuite restés sur leur lieu de migration pour suivre des études ou chercher un emploi car la fin d'activité professionnelle ou des études est le motif de retour de 8% des individus de cette classe.

Classe 3 : Migration pour voyage (n=93) – 8,5% des natifs de retour (8,2% des Guadeloupéens, 6,7% des Martiniquais, 11,2% des Guyanais et 10,6% des Réunionnais).

Cette classe est constituée de 45,2% d'hommes et 54,8% de femmes, et l'âge moyen des individus est de 68 ans. Il s'agit de personnes qui ont connu leur dernier départ à un âge plus avancé que la moyenne (73% sont partis entre 25 et 44 ans contre 36% dans cette tranche d'âge pour l'ensemble des natifs de retour). Leur séjour a été de très courte durée par rapport aux autres natifs de retour : entre 6 mois et 1 an pour 91% des individus de la classe. Le motif principal de départ est l'envie de voyager (86%), tandis que la fin des congés constitue le motif de retour le plus représenté dans cette classe (70%). 29% des individus de la classe ont connu au moins deux expériences migratoires, on peut donc supposer qu'ils ont d'abord fait leurs études ou carrière hors de leur département de naissance. Toutefois, il s'agit de l'unique expérience de plus de 6 mois hors du département pour plus de 70%.

Classe 4 : Migration pour raison familiale (n=173) – 14,6% des natifs de retour (17,7% des Guadeloupéens, 14,1% des Martiniquais, 24,4% des Guyanais et 10,5% des Réunionnais).

Cette dernière classe se compose de 27% d'hommes et 73% de femmes, l'âge moyen : 68,9 ans. Elle rassemble des individus qui ont connu plus d'expériences migratoires que la moyenne : seuls 58% n'ont effectué qu'un seul séjour de plus de six mois hors de leur département de naissance, contre près de 80% pour l'ensemble des natifs de retour. Leur dernier séjour a débuté à un âge avancé (85% sont partis après 45 ans, et 47% après 60 ans) et a été de relativement courte durée (moins de 5 ans dans 91% des cas, et moins d'un an pour 64%). Le motif de départ est majoritairement une raison familiale (60%), suivi d'une raison médicale (37%). Comme pour la classe précédente, on peut supposer qu'il s'agit d'individus qui ont au préalable effectué leurs études ou leur carrière hors de leur département de naissance, mais il s'agit aussi de l'unique expérience de migration de plus de 6 mois pour près de 60% des individus de la classe.

b. Carrière professionnelle

Toutes les variables concernant la trajectoire professionnelle prennent en compte l'emploi actuel, pour les individus en activité, et le dernier emploi exercé pour les retraités ou les inactifs.

CS/diplôme : cette variable croise la catégorie socioprofessionnelle au sens de l'Insee et le niveau d'éducation de l'individu. Les cadres et professions intermédiaires sont regroupés (CS+) et croisés avec deux niveaux de diplôme : au moins équivalent au bac, ou inférieur au bac. Les CS- regroupent les employés et les ouvriers, et sont croisées avec deux niveaux d'éducation : diplômé (quel que soit le niveau), ou non diplômé. Les inactifs sont divisés entre ceux qui ont été scolarisés, et ceux qui ne l'ont pas été. Enfin, les « autres professions » regroupent tous les travailleurs indépendants (agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise). Cette dernière modalité est assez hétérogène, mais les effectifs sont trop faibles pour considérer séparément chaque profession qui compose la catégorie des indépendants.

Opinion sur la trajectoire professionnelle : cette variable résume, de façon subjective, l'itinéraire professionnel de l'individu : ascendant, descendant, irrégulier ou stable. La question n'a été posée qu'aux individus ayant déjà travaillé. Il n'est pas possible de créer une modalité supplémentaire « N'a jamais travaillé », car celle-ci serait colinéaire avec les modalités « Inactifs » de la variable « CS/diplôme », or les variables intégrées dans un modèle de régression logistique ne doivent pas présenter de colinéarité. Aussi, pour ne pas être contraint de retirer les inactifs n'ayant jamais travaillé de l'analyse (ceux-ci représentent près de 20% de la population des femmes), nous les avons regroupés avec la modalité « trajectoire stable ». En effet, ces individus ayant connu tout au long de leur vie active la même situation d'inactivité, on peut considérer leur trajectoire professionnelle comme stable. Les inactifs représentent 4% des trajectoires stables chez les hommes, et 40% chez les femmes.

Cette variable compte 26 non-réponses (8 chez les hommes et 18 chez les femmes), ces individus ont été retirés de l'analyse.

Fonction publique : les DOM sont les régions de France où la part des emplois dans la fonction publique est la plus élevée [75]–[77]. Pour cette raison, nous souhaitons savoir si travailler dans la fonction publique a une influence sur l'état de santé. Nous avons donc créé une indicatrice d'emploi public à partir du statut dans l'emploi de l'individu (salarié de l'Etat ou d'une collectivité locale).

Pénibilité du travail : l'indicatrice de pénibilité du travail a été créée à partir de la profession de l'individu codée selon la nomenclature la plus détaillée de l'Insee (en 497 postes). Nous connaissons ainsi l'intitulé exact de la profession de l'individu. Les professions qui ont été considérées comme pénibles sont celles qui sont les plus susceptibles d'exposer aux facteurs de risque définis par le Code du Travail. Ces facteurs sont les suivants⁹ :

- *Contraintes physiques* : manutention manuelle de charges, postures pénibles, vibrations mécaniques (par exemple : caristes, déménageurs, manutentionnaires...)
- *Agressivité de l'environnement* : expositions à des agents chimiques dangereux, bruit, températures extrêmes (par exemple : jardiniers, maçons, charpentiers, et autres ouvriers agricoles ou du BTP)
- *Certains rythmes de travail* : travail de nuit, en équipes successives alternées, ou travail exigeant des mouvements répétitifs et soumis à des contraintes de temps (par exemple : conducteurs routiers, nettoyeurs, artisans boulangers, aides-soignants...)

Les emplois pénibles sont majoritairement des emplois dans l'agriculture, les transports ou le BTP, plus généralement tous les emplois des travailleurs manuel (maçons, plombiers, chaudronniers...), ainsi que les professions du paramédical et de l'hôtellerie/restauration. Cette indicatrice considère uniquement la pénibilité physique objective. La pénibilité ressentie par l'individu n'est pas prise en compte. D'autre part, étant donné que l'évaluation de la pénibilité est basée sur les critères définis par le Code du Travail, les inactifs ne sont pas concernés par ceux-ci, ils entrent donc automatiquement dans la modalité « pas d'exposition professionnelle pénible ».

c. Environnement familial

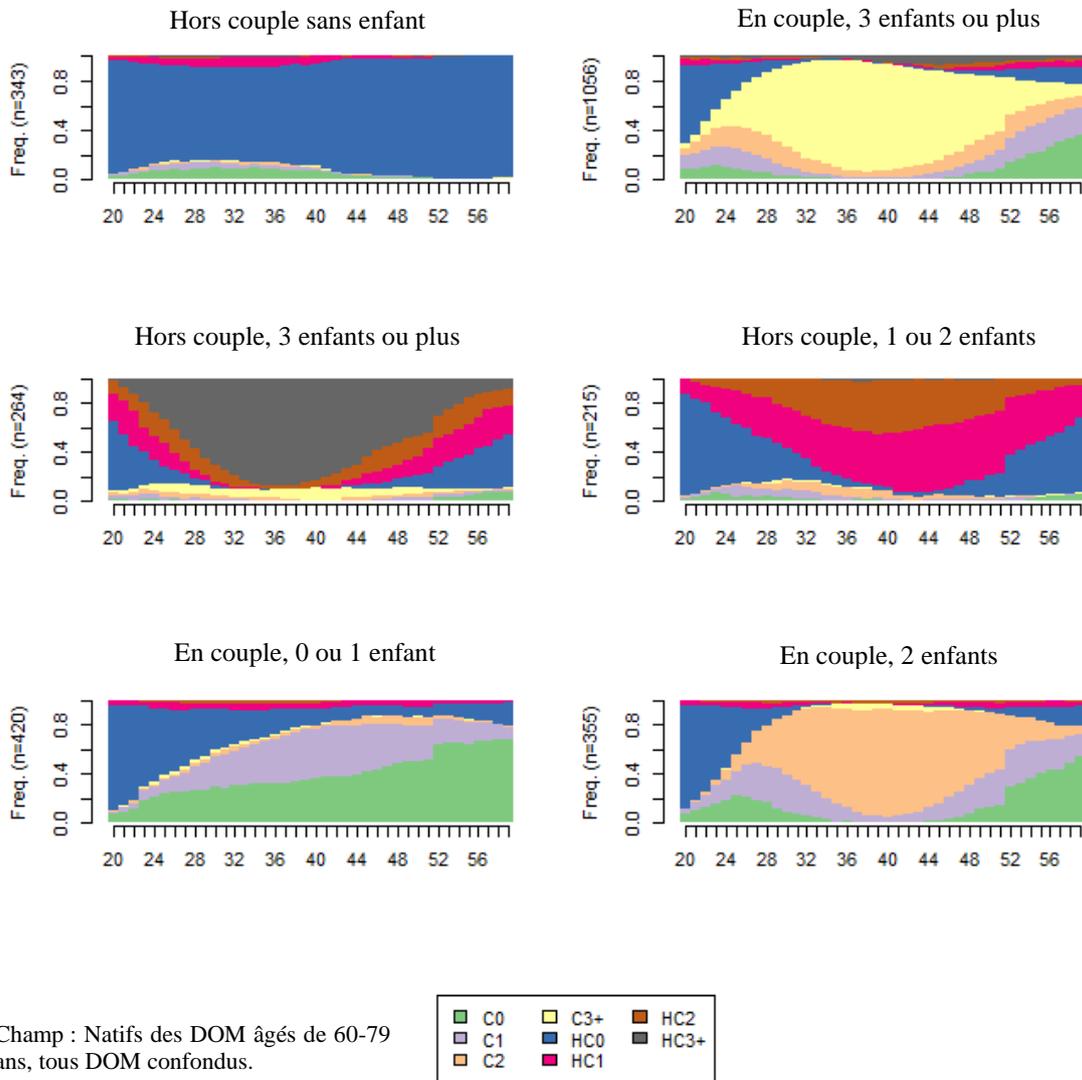
Trajectoire familiale : il s'agit de la situation familiale (couple et enfants) que les individus ont connue entre 20 et 59 ans. Cette trajectoire est reconstituée à partir des variables suivantes¹⁰ : année de début et de fin de cohabitation (décès ou rupture) pour chacune des unions vécues par l'individu, année de naissance et de décohabitation de chacun des enfants, et année de décès dans le cas des enfants décédés. Ainsi, pour chaque année entre 20 et 59 ans, nous savons si l'individu vivait ou non en couple, et avec combien d'enfants cohabitants.

⁹ Source : Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

¹⁰ Adapté de l'analyse mise en œuvre par Beaugendre et al. [78]

Une analyse de séquences fournit six trajectoires-types, qui forment donc les six modalités de la variable.

Figure 1 : Trajectoires familiales entre 20 et 59 ans



Situation de cohabitation au moment de l'enquête : on s'intéresse aux personnes avec qui cohabite l'individu. Il peut vivre seul (n= 1 184) ou en couple (n=889), ou au sein d'un ménage intergénérationnel selon les configurations de cohabitations mises en évidence dans la littérature. Certains vivent avec leurs parents, ils sont cependant très peu nombreux (n=55) étant donné que notre population se compose d'individus âgés de plus de 60 ans. Ainsi, pour ces individus nous n'effectuons pas de distinction couple/hors couple. D'autres ménages

intergénérationnels regroupent des individus vivant avec au moins un de leurs enfants (déjà adultes pour la majeure partie). Ces situations sont plus fréquentes (n=552), nous avons donc pu séparer dans cette catégorie les individus vivant en couple et hors couple.

La variable « situation de cohabitation » comporte ainsi 5 modalités¹¹ :

- Vit avec au moins un parent
- Vit en couple avec enfant(s) cohabitant(s)
- Vit hors couple avec enfant(s) cohabitant(s)
- Vit en couple hors ménage intergénérationnel
- Vit seul

3. Méthodes mises en œuvre

a. Régression logistique

Nous cherchons à déterminer le profil des personnes les plus à risque de déclarer des limitations d'activité. Pour cela, nous construisons un modèle de régression logistique prenant en compte les variables suivantes :

- Département
- Age (en variable quantitative)
- Histoire migratoire
- CS/diplôme
- Emploi dans la fonction publique (oui/non)
- Travail pénible (oui/non)
- Opinion sur l'itinéraire professionnel
- Situation de cohabitation
- Nombre d'enfants eus ou adoptés¹²

¹¹ Les 3 individus qui vivent à la fois avec leurs parents et leurs enfants adultes ont été regroupés avec ceux qui ne vivent qu'avec leurs parents.

¹² Un premier modèle intégrait également la variable « trajectoire familiale », mais celle-ci donnait des résultats incohérents, sans doute en raison de la faiblesse des effectifs de certaines modalités (les hommes seuls avec 3 enfants ou plus notamment). On utilisera donc la situation actuelle de cohabitation et le nombre d'enfants eus comme proxy de la trajectoire familiale.

Ce modèle permettra de mettre en évidence l'effet de chacune des variables toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire une fois toutes les autres variables standardisées. La régression est conduite séparément pour les hommes et les femmes.

b. Typologie

Une fois les facteurs exposant à un risque plus élevé de connaître des situations de limitations d'activité identifiés, nous nous intéresserons plus particulièrement à la population des personnes ayant déclaré des restrictions d'activité. Une typologie sera donc construite à partir d'une Analyse des Correspondances Multiples (ACM) suivie d'une Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) à partir des coordonnées des individus sur les axes de l'ACM. Il s'agira d'établir des profils types de personnes en incapacité.

La typologie sera construite à partir des variables actives suivantes :

- Histoire migratoire¹³
- CS/diplôme
- Pénibilité du travail (oui/non)
- Emploi dans la fonction publique (oui/non)
- Opinion sur le parcours professionnel
- Trajectoire familiale

Sexe, âge et département seront intégrés en tant que variables illustratives.

En partant des classes obtenues avec la typologie, nous nous intéresserons aux aides reçues par ces personnes de la part de leur entourage (famille au sens large, amis, voisins...). Il s'agira d'identifier s'il existe un profil de personnes dépendantes qui a plus de risques de ne recevoir aucune aide. Les aides considérées concernent les tâches administratives, les tâches ménagères et les soins quotidiens, et elles sont apportées par l'entourage à titre gratuit. Nous mettrons en œuvre un second modèle de régression logistique pour modéliser l'effet de chaque profil sur la probabilité de ne recevoir aucune de ces trois aides une fois l'âge, le sexe et le département de résidences standardisés.

¹³ Nous regrouperons les natifs retour partis pour voyage et ceux partis pour raison familiale, car l'effectif des natifs retour partis pour voyage est trop faible dans la population avec des restrictions d'activité.

III. Résultats

1. Statistiques descriptives

Il s'agit dans cette partie de croiser la variable d'intérêt (déclarer ou non des restrictions d'activité) avec chacune des variables supposées explicatives, sans tenir compte des éventuelles corrélations entre ces variables explicatives, ni des effets d'âge ou de territoire, qui seront pris en compte par la suite dans un modèle de régression logistique.

a. Santé

56,8% des femmes et 47,3% des hommes déclarent des restrictions d'activité. Il y a donc un écart de dix points entre les hommes et les femmes âgés entre 60 et 79 ans concernant la proportion de personnes avec des limitations d'activité.

Quel que soit le sexe, seulement 30% des personnes déclarant des restrictions d'activité déclarent aussi être en mauvaise santé. La majorité juge son état de santé moyen (59% des hommes et 65% des femmes). Les hommes sont un peu plus nombreux à se déclarer en bonne santé malgré leurs limitations d'activité (11% contre 7% pour les femmes). Ainsi, même si les femmes sont plus nombreuses que les hommes à être limitées dans leurs activités quotidiennes, elles ne déclarent pas plus souvent qu'eux être en mauvaise santé.

Pour les maladies chroniques en revanche, les femmes en déclarent bien plus fréquemment que les hommes, que ce soit dans la population générale (58% contre 49% pour les hommes) ou parmi les personnes avec des restrictions d'activité (74% contre 69% pour les hommes). Les femmes sont en effet exposées à des risques de maladies différents des hommes, et souvent mal identifiés [79]. Elles ont également plus souvent recours aux systèmes de soins que les hommes [80], et ont donc plus de chances de se voir diagnostiquer une maladie chronique, ce qui peut aussi contribuer à expliquer une partie de l'écart.

b. Département

Quel que soit le sexe, les Réunionnais sont ceux dont le taux d'incapacité est le plus élevé (54% pour les hommes, 62% pour les femmes), et les Guadeloupéens le plus faible (37% pour les hommes, 50% pour les femmes). La Martinique est en position intermédiaire, même si un peu plus proche de la situation réunionnaise que guadeloupéenne (49% pour les hommes, 57% pour les femmes). Quant à la Guyane, la situation n'est pas la même pour les hommes et les femmes : pour les hommes, les Guyanais sont ceux qui présentent le moins d'incapacités,

devant les Guadeloupéens (35%). Pour les femmes en revanche, elles sont plus proches des Martiniquaises (54%).

c. Histoire migratoire¹⁴

Quel que soit le sexe, la relation entre incapacité et statut migratoire est la même. Les natifs sédentaires sont les plus nombreux à déclarer des restrictions d'activité (63% pour les hommes et 70% pour les femmes), suivis de ceux qui n'ont effectué qu'un court séjour hors de leur département de naissance (46% pour les hommes, 57% pour les femmes). Au contraire, les natifs de retour partis pour faire leurs études ou leur carrière en Métropole sont bien moins souvent en incapacité (34% chez les hommes, 44% chez les femmes). Chez les hommes, les natifs de retour partis pour un voyage sont très avantagés par rapport à l'incapacité : seulement 13% d'entre eux déclarent des restrictions d'activité.

d. Carrière professionnelle

Pour les hommes comme pour les femmes, ceux qui présentent le moins fréquemment de restrictions d'activité sont les cadres diplômés (19% pour les hommes, 24% pour les femmes), suivis des cadres peu ou pas diplômés (33% chez les hommes, 39% chez les femmes) et des employés/ouvriers diplômés (31% chez les hommes, 45% chez les femmes). Evaluer sa trajectoire professionnelle comme ascendante est également associé à un taux d'incapacité relativement bas (37% pour les hommes, 40% pour les femmes), mais à l'inverse, ceux qui évaluent leur trajectoire professionnelle comme descendante sont aussi ceux qui déclarent le plus de limitations d'activité (68% chez les hommes, 74% chez les femmes).

Les fonctionnaires ont un taux d'incapacité plus faible quel que soit le sexe (37% pour les hommes, 47% pour les femmes). L'effet d'un emploi dans la fonction publique est cependant à nuancer – en effet, les cadres diplômés ont un taux d'incapacité plus bas lorsqu'ils ne travaillaient pas dans la fonction publique (13% contre 20% chez les hommes, 6% contre 26% chez les femmes). Pour les femmes, les fonctionnaires ont même systématiquement des taux d'incapacité plus forts, sauf les employées. Avoir travaillé dans la fonction publique protège donc plutôt les personnes qui ont occupé les positions les plus faibles.

¹⁴ La modalité « natif retour (service militaire) » n'a pas été prise en compte pour les femmes car elle ne concerne que 5 individus.

Avoir occupé un poste d'employé ou d'ouvrier sans être diplômé est associé à un taux d'incapacité plus élevé que la moyenne (56% pour les hommes, 62% pour les femmes). Pour les femmes, les inactives, en particulier lorsqu'elles n'ont pas été scolarisées, sont très nombreuses à déclarer des restrictions d'activité (71% pour les inactives non scolarisées, 68% pour les inactives scolarisées)¹⁵. Pour les deux sexes, avoir occupé un emploi pénible entraîne un taux d'incapacité d'environ 10 points plus élevé.

Tableau 1 : Taux d'incapacité selon la situation socioprofessionnelle et le statut de l'employeur

	HOMMES		FEMMES	
	Pas fonctionnaire	Fonctionnaire	Pas fonctionnaire	Fonctionnaire
CS+/bac ou +	12,8%	20,5%	6,3%	26,1%
CS+/inf. bac ou sans diplôme	40,9%	26,6%	31,2%	43,0%
CS-/diplôme	45,9%	25,3%	37,4%	48,9%
CS-/sans diplôme	57,8%	51,7%	67,0%	54,9%

Champ : Natifs des DOM âgés de 60-79 ans, tous DOM confondus.

Source : enquête MFV 2009-2010

e. Environnement familial

La relation entre environnement familial et incapacité diffère selon le sexe. En particulier, l'effet du nombre d'enfants eus sur le taux d'incapacité varie entre hommes et femmes : pour les premiers, ne pas avoir d'enfants, comme en avoir 5 ou plus, est associé à un taux d'incapacité élevé (au moins 60%). Par contre, ceux qui ont eu entre 1 et 4 enfants déclarent bien moins de restrictions d'activité que la moyenne (entre 35 et 40%). Pour les femmes, le taux d'incapacité augmente avec le nombre d'enfants : 45% pour celles qui n'en ont pas, et 64% pour celles qui en ont au moins 5.

Les effets de la situation de cohabitation sont beaucoup plus semblables entre les deux sexes. En effet, ce sont les personnes vivant hors couple avec un ou des enfants qui présentent les taux d'incapacité les plus élevés (69% pour les hommes, 63% pour les femmes), et ceux qui vivent en couple hors ménage intergénérationnel ont les taux les plus faibles (41% pour les hommes, 52% pour les femmes) quel que soit le sexe. Cependant, vivre avec ses parents est associé à un taux très faible d'incapacité pour les hommes (40%), c'est plutôt l'inverse pour les femmes (57%).

¹⁵ Les hommes inactifs ne sont pas inclus dans l'analyse en raison de leur trop faible effectif (18 personnes)

Tableau 2 : Taux d'incapacité et structure des personnes en incapacité selon chacune des variables explicatives

		HOMMES		FEMMES	
		%y=1	Structure y=1	%y=1	Structure y=1
Département	Guadeloupe	37,3%	21,5%	50,0%	25,9%
	Martinique	48,6%	32,7%	57,0%	29,9%
	Guyane	35,0%	2,3%	54,5%	2,9%
	La Réunion	54,3%	43,6%	62,3%	41,3%
Histoire migratoire	Natif sédentaire	63,1%	24,3%	69,6%	23,2%
	Court séjour hors du DOM	46,4%	41,3%	56,8%	59,7%
	Natif retour (voyage)	13,4%	0,7%	38,3%	5,5%
	Natif retour (raison familiale)	50,0%	2,7%	55,1%	1,7%
	Natif retour (service militaire)	54,0%	16,7%	-	-
	Natif retour (études/carrière)	33,7%	14,3%	43,9%	10,0%
CS/diplôme	CS+/bac ou +	18,6%	3,9%	23,7%	3,0%
	CS+/inf.bac ou sans diplôme	32,8%	7,6%	39,3%	4,9%
	CS-/diplôme	30,8%	2,7%	44,8%	7,0%
	CS-/sans diplôme	56,0%	63,7%	62,2%	55,9%
	Autres CS	49,1%	22,2%	52,6%	6,1%
	Inactifs/scolarité	-	-	68,0%	18,5%
	Inactifs/pas scolarité	-	-	71,5%	4,7%
Fonction publique	Pas fonctionnaire	52,1%	74,0%	62,4%	68,8%
	Fonctionnaire	37,5%	26,0%	47,5%	31,2%
Pénibilité du travail	Travail non pénible	42,6%	54,8%	53,8%	64,6%
	Travail pénible	54,7%	45,2%	63,3%	35,4%
Opinion sur le parcours professionnel	Stabilité	49,7%	28,7%	63,7%	52,9%
	Progression	36,7%	33,7%	40,4%	22,4%
	Pente descendante	68,5%	14,8%	73,9%	8,4%
	Irrégulier	56,3%	22,8%	59,2%	16,3%
Situation actuelle de cohabitation	Avec parents	39,7%	0,8%	57,1%	1,4%
	Couple - avec enfants	51,7%	28,3%	60,5%	12,7%
	Hors couple - avec enfants	69,3%	7,7%	63,3%	20,0%
	Couple seul	40,8%	38,5%	52,2%	29,6%
	Hors couple - seul	50,0%	24,6%	56,6%	36,4%
Nombre d'enfants eus ou adoptés	0	59,9%	12,8%	45,1%	7,5%
	1 ou 2	34,2%	20,5%	51,0%	22,5%
	3 ou 4	38,6%	26,7%	56,6%	29,7%
	5 ou +	65,5%	39,9%	64,3%	40,4%

Champ : Natifs des DOM âgés de 60-79 ans, tous DOM confondus.
Source : enquête MFV 2009-2010

Certains taux d'incapacité masquent d'importants effets de structure. En effet, plusieurs de ces variables sont liées entre elles, par exemple, l'histoire migratoire a une grande influence sur la situation professionnelle. De même, l'environnement familial des cadres n'est pas le même que celui des employés ou ouvriers. Il est également possible qu'il y ait un effet d'âge,

ou que les relations entre les variables varient selon le territoire de résidence. Aussi, pour se défaire de ces effets de structure et voir quelles variables influencent le plus la probabilité de déclarer des restrictions d'activité, nous mettons en place un modèle de régression logistique afin de mesurer l'effet de chaque variable toutes choses égales par ailleurs, et ainsi mettre en évidence les relations qui résistent une fois toutes les autres variables standardisées.

2. Modèles de régression logistique

a. Département

Toutes choses égales par ailleurs, un effet de territoire continue à s'observer, et ce particulièrement pour les hommes, où les Martiniquais et les Réunionnais ont plus de risques que les Guadeloupéens d'être dépendants (OR de 1,8 pour les deux départements). Contrairement à ce que l'on pourrait attendre, l'effet du territoire martiniquais ne diminue pas lorsqu'on contrôle d'autres variables dans le modèle. Pour les Réunionnais en revanche l'effet du département est très atténué lorsqu'on prend en compte la situation socioprofessionnelle et l'histoire migratoire. En effet, la structure sociale de la population réunionnaise est beaucoup plus populaire que celle des autres DOM (64% des hommes étaient ouvriers ou employés sans diplôme, contre 50% au maximum dans les autres DOM). De même, la structure des natifs de retour à La Réunion diffère fortement de celle des autres départements : plus de la moitié (57%) sont partis pour leur service militaire (32% au maximum dans les autres DOM), tandis que seulement 31% sont partis pour leurs études (56% au minimum dans les autres départements). Ces différences expliquent ainsi une bonne partie de la prévalence plus importante des limitations d'activité chez les hommes réunionnais. Pour les femmes, l'effet de territoire est également existant, mais beaucoup plus faible. Les Réunionnaises, et dans une moindre mesure les Martiniquaises se distinguent significativement par une probabilité plus élevée d'être en incapacité (OR respectivement de 1,5 et 1,3, comparativement aux Guadeloupéennes). Cependant, l'effet du territoire réunionnais est, comme pour les hommes, atténué lorsqu'on contrôle la variable « CS/diplôme » : les Réunionnaises sont en effet beaucoup plus nombreuses à n'avoir jamais travaillé (33% contre au plus 17% dans les autres DOM). D'ailleurs, si on applique le modèle uniquement à la population des femmes actives, La Réunion ne se différencie plus significativement de la Guadeloupe. Pour le territoire martiniquais, ce n'est pas la variable « CS/diplôme » qui atténue l'effet du territoire, mais

celle indiquant la pénibilité du travail. Les femmes martiniquaises ont en effet plus fréquemment occupé un emploi pénible que dans les autres DOM (42% contre au plus 31%).

b. Histoire migratoire et carrière professionnelle

Avoir quitté son département de naissance, même pour un court séjour, réduit très souvent la probabilité de connaître des restrictions d'activité par rapport à ceux qui ne sont jamais partis. Tous les natifs de retour ne sont cependant pas avantagés par rapport aux limitations d'activité : les hommes partis pour leur service militaire ou pour une raison familiale ne se distinguent pas significativement des natifs sédentaires, en revanche ceux dont le motif de migration était les études ou un voyage ont une probabilité très inférieure de connaître des restrictions d'activité (OR respectivement de 0,7 et 0,2). Quel que soit le sexe, avoir fait ses études ou sa carrière en Métropole reste un avantage sur le risque d'incapacité toutes choses égales par ailleurs (OR = 0,7 pour les deux sexes).

En ce qui concerne la catégorie socioprofessionnelle et le niveau d'éducation, quel que soit le sexe ce sont les cadres diplômés qui ont la probabilité la plus faible de déclarer des limitations d'activité (OR = 0,5 pour les hommes, 0,4 pour les femmes, comparativement aux employés/ouvriers non diplômés). Pour les femmes, avoir occupé un poste de cadre, même lorsqu'on est peu ou pas diplômée, protège également de l'incapacité (OR = 0,6), ce qui n'est pas le cas pour les hommes. Il s'agit des seules configurations qui offrent un avantage par rapport à celle de référence (employé ou ouvrier non diplômé) pour les deux sexes.

Histoire migratoire et situation socioprofessionnelle sont fortement corrélées. En effet, parmi les cadres titulaires d'un diplôme au moins équivalent au bac, on compte environ 20% de natifs retour partis pour leurs études, contre moins de 1% de natifs sédentaires, et ce quel que soit le sexe. Ainsi, la variable « CS/diplôme » atténue beaucoup l'effet de la variable « histoire migratoire » lorsque les deux sont présentes simultanément dans le modèle, en particulier pour les natifs de retour partis pour études ou carrière.

Quel que soit le sexe, avoir travaillé dans la fonction publique réduit très significativement la probabilité de connaître des restrictions d'activité lorsque cette variable est la seule intégrée dans le modèle. Toutefois, lorsque les variables « CS/diplôme » et « opinion sur l'itinéraire professionnel » sont intégrées au modèle, l'effet d'un emploi dans la fonction publique n'est plus significatif. En effet, la moindre prévalence de l'incapacité chez les fonctionnaires résulte principalement d'un effet de structure : les trois quarts des individus diplômés étaient

fonctionnaires, contre seulement 20% des non-diplômés. L'itinéraire professionnel présente également une corrélation avec la fonction publique : on trouve plus de personnes jugeant leur trajectoire descendante hors de la fonction publique (91% pour les hommes, 76% pour les femmes). Aussi, une fois ces variables contrôlées, avoir occupé un poste de fonctionnaire n'a pas d'influence sur la probabilité de déclarer des restrictions d'activité. La sécurité de l'emploi assurée par la fonction publique ne protège donc pas significativement de l'incapacité.

La pénibilité du travail ne vient augmenter significativement la probabilité de déclarer des restrictions d'activité que pour les femmes (OR = 1,5). Pour les hommes, la significativité de l'effet d'un emploi pénible disparaît lorsqu'on intègre la variable « CS/diplôme » au modèle. Ces deux variables sont effectivement liées : plus de 80% des individus dont l'emploi est considéré comme pénible étaient des ouvriers/employés non diplômés, c'est le cas pour les deux sexes. Cependant, pour les femmes, à CS et niveau d'éducation identiques avoir occupé un emploi pénible est un risque supplémentaire de connaître des limitations d'activité, alors que pour les hommes, le fait d'avoir été ouvrier ou employé sans diplôme a plus d'importance que la pénibilité de l'emploi.

La dernière variable socioprofessionnelle, l'opinion portée par l'individu sur l'évolution de sa carrière professionnelle, est l'une des plus significatives pour expliquer l'incapacité quel que soit le sexe. Elle n'influe toutefois pas de la même manière pour les hommes et pour les femmes. Pour les hommes, cela n'influe que de manière négative : par rapport aux carrières stables, les carrières jugées irrégulières (OR = 1,4) et surtout celles jugées descendantes (OR = 3,1) augmentent la probabilité de déclarer des restrictions d'activité, mais les carrières ascendantes ne se distinguent pas significativement. Ce n'est pas le cas chez les femmes, pour qui l'opinion sur l'itinéraire professionnel influe dans les deux sens : comparativement aux carrières stables, les carrières ascendantes réduisent la probabilité de connaître des restrictions d'activité (OR = 0,6) tandis que les carrières descendantes l'augmentent fortement (OR = 2,2).

c. Environnement familial

Concernant l'environnement familial, le modèle ne permet pas d'identifier une relation entre état de santé et mode de cohabitation. Les femmes vivant avec au moins un de leurs enfants, que ce soit en couple ou hors couple, ont bien une probabilité plus élevée que celles qui vivent seulement avec un conjoint lorsque seul le mode de cohabitation est pris en compte, mais la

significativité disparaît lorsqu'on contrôle les variables « histoire migratoire » et « CS/diplôme ». Les configurations avec des enfants cohabitants sont en effet très surreprésentées chez les natives sédentaires, tandis qu'on en retrouve relativement peu chez celles qui ont fait leurs études ou leur carrière en Métropole. De même, les familles monoparentales sont bien plus représentées chez les inactives et les employées/ouvrières non diplômées que chez les cadres. Aussi, ces deux variables absorbent les effets de la configuration familiale, et, à trajectoire migratoire et situation socioprofessionnelle égales, avoir des enfants cohabitants n'a plus d'influence sur la probabilité des femmes de connaître des restrictions d'activité. Pour les hommes en revanche, vivre seul avec ses enfants reste un facteur important d'incapacité même une fois le reste des variables contrôlées (OR = 2,3, comparativement à ceux vivant uniquement avec une conjointe).

Quant au nombre d'enfants, les effets observés en étudiant les taux d'incapacité résistent toutes choses égales par ailleurs : n'avoir aucun enfant, ou en avoir 5 ou plus, augmente la probabilité d'être en incapacité (OR respectivement de 1,8 et 2,2, comparativement aux pères de 3 ou 4 enfants). Pour les femmes, la relation entre nombre d'enfants et incapacité est plus complexe. En effet, lorsque cette variable est la seule présente dans le modèle, n'avoir aucun enfant comme n'en avoir qu'un ou deux réduit la probabilité d'être en incapacité par rapport aux mères de 3 ou 4 enfants, tandis qu'en avoir au moins 5 augmente cette probabilité. Cependant, il y a une forte corrélation entre nombre d'enfants et situation socioprofessionnelle. En effet, plus on monte dans l'échelle sociale, plus la proportion de femmes sans enfants augmente (16% pour les cadres diplômées contre 4% pour les inactives non scolarisées), et inversement, plus on descend, plus les mères de 5 enfants ou plus sont nombreuses (3% pour les cadres diplômées, 56% pour les inactives non scolarisées). Aussi, dès lors qu'on ajoute la variable « CS/diplôme » au modèle, celle-ci absorbe la plupart des effets du nombre d'enfants : les femmes ayant eu des enfants, quel que soit le nombre, ne se distinguent plus significativement de celles qui en ont eu 3 ou 4. Seules les femmes qui sont restées sans enfants continuent à être avantagées toutes choses égales par ailleurs (OR = 0,6).

d. Synthèse

Quel que soit le sexe, ce sont principalement les variables de trajectoire professionnelle qui influent sur la probabilité de déclarer des restrictions d'activité, et particulièrement celle croisant la CS et le niveau de diplôme, puisqu'elle absorbe les effets de nombreuses autres

variables, notamment celles relevant de l'environnement familial. Histoire migratoire et environnement familial ont tout de même un rôle à jouer également, surtout pour les hommes.

La principale différence entre hommes et femmes se situe au niveau de l'effet du nombre d'enfants : toutes choses égales par ailleurs, ne pas avoir eu d'enfants est un désavantage pour les hommes, mais un avantage pour les femmes.

Toutes choses égales par ailleurs, il existe toujours un effet de territoire, plus marqué pour les hommes que pour les femmes.

Tableau 3 : Facteurs influençant la probabilité de déclarer des restrictions d'activité, selon le sexe

		OR Hommes	OR Femmes
Département	Guadeloupe (ref.)	-	-
	Martinique	1,788 ***	1,283 *
	Guyane	1,007	1,191
	La Réunion	1,778***	1,461 ***
Age		1,074 ***	1,088 ***
Histoire migratoire	Natif sédentaire (ref.)	-	-
	Court séjour hors du DOM	0,668 **	0,772 *
	Natif retour (voyage)	0,254 **	0,632
	Natif retour (raison familiale)	1,024	0,8
	Natif retour (service militaire)	1,084	/
	Natif retour (études, carrière)	0,659 *	0,689 *
CS/diplôme	CS+/bac ou +	0,485 **	0,410 ***
	CS+/inf. bac ou sans diplôme	0,742	0,610 **
	CS-/diplôme	0,861	0,885
	CS-/pas diplôme (ref.)	-	-
	Autre CS	0,948	0,784
	Inactif/scolarité	/	1,537 *
	Inactif/pas scolarité	/	1,381
Fonction publique	Pas fonctionnaire (ref.)	-	-
	Fonctionnaire	1,063	1,112
Pénibilité du travail	Travail pas pénible (ref.)	-	-
	Travail pénible	1,204	1,502 ***
Opinion sur l'itinéraire professionnel	Stabilité (ref.)	-	-
	Descendante	3,063 ***	2,185 ***
	Ascendante	0,917	0,648 ***
	Irrégulier	1,406 *	0,967
Situation de cohabitation	Couple seul (ref.)	-	-
	Avec parents	0,975	1,612
	Couple - avec enfant(s)	1,299	1,326
	Hors couple - avec enfant(s)	2,262 **	1,267
	Hors couple - seul	1,007	1,1
Nombre d'enfants eus ou adoptés	0	1,824 **	0,624 **
	1 ou 2	0,891	0,816
	3 ou 4 (ref.)	-	-
	5 ou plus	2,158 ***	0,894

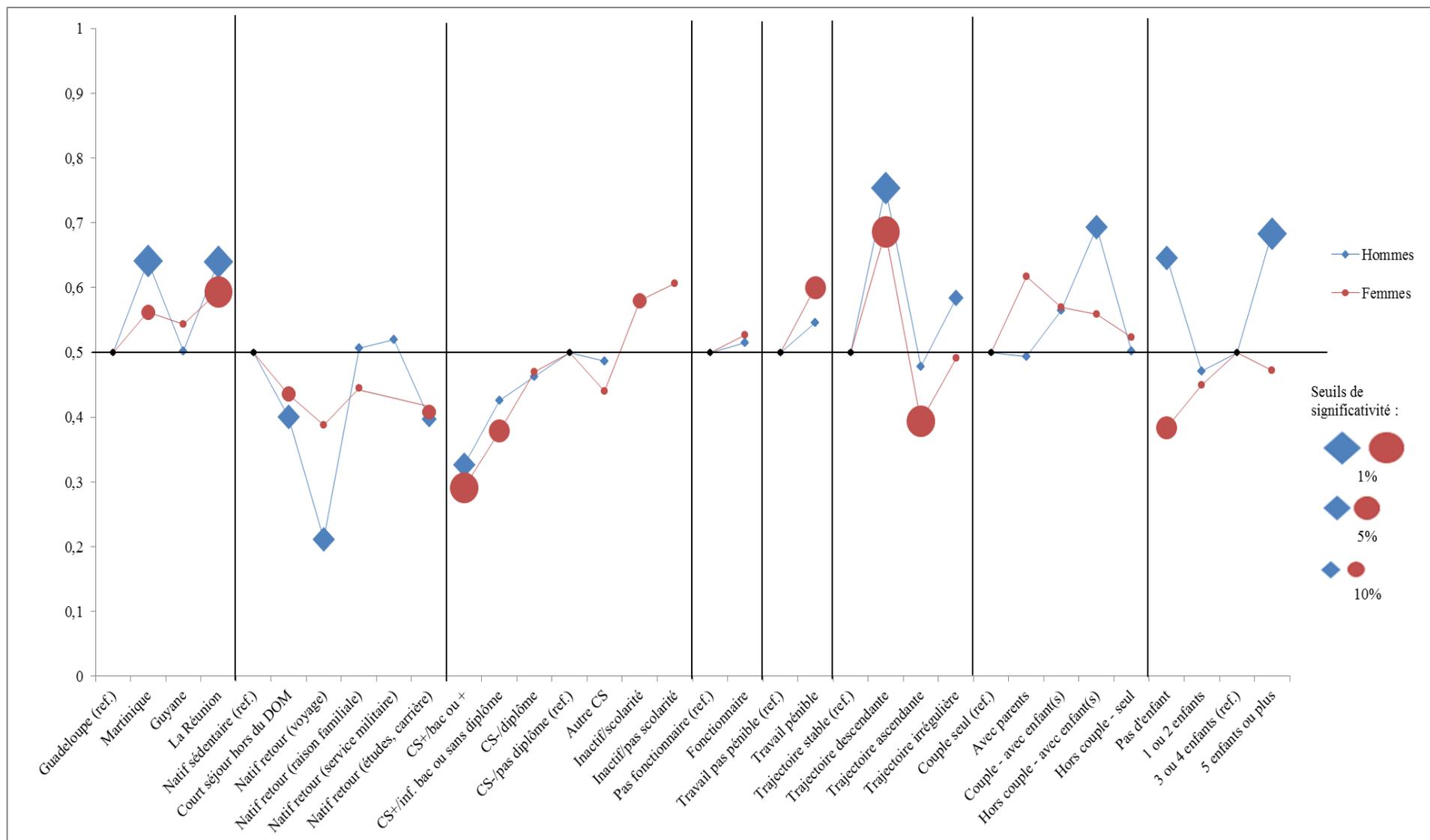
% paires concordantes	70	70,5
-----------------------	----	------

Champ : Natifs des DOM âgés de 60-79 ans, tous DOM confondus.

Source : Enquête MFV 2009-2010

Seuils de significativité : *** : 1% ; ** : 5% ; * : 1%

Figure 2 : Probabilités prédites de déclarer des restrictions d'activité (calculées à partir des odds-ratio)



Champ : Natifs des DOM âgés de 60-79 ans, tous DOM confondus.
 Source : Enquête MFV 2009-2010

3. Typologie des individus en incapacité et aides reçues par l'entourage

Nous cherchons maintenant à déterminer, parmi la population déclarant des restrictions d'activité, des profils types d'individus en fonction de leurs trajectoires migratoires, professionnelles et familiales. A partir des profils obtenus, nous nous intéresserons plus particulièrement aux aides informelles reçues par chacun.

a. Profils des personnes en incapacité

Ce sont les variables socioprofessionnelles (particulièrement celle croisant la CSP et le diplôme et celle d'opinion sur le parcours professionnel) ainsi que la variable de trajectoire familiale qui se sont montrées les plus discriminantes pour la formation des classes. Si certains statuts migratoires sont sur ou sous-représentés dans certaines classes, la variable de trajectoire migratoire n'a pas été déterminante pour constituer les classes.

Les individus en incapacité se répartissent en 7 classes¹⁶ :

Classe 1 : Employés ou ouvriers, large environnement familial (n=445) – 36,9% de la population (38,2% des Guadeloupéens, 35,4% des Martiniquais, 33,8% des Guyanais, 37,4% des Réunionnais).

Cette classe se compose de 35,5% d'hommes et 64,5% de femmes, et l'âge moyen des individus est de 70 ans. 98% des individus de cette classe appartiennent à la catégorie des employés ou ouvriers, et ne sont pas diplômés. Ils occupaient plus fréquemment un emploi pénible que la moyenne (58% contre 39% en moyenne). Les individus qui jugent leur parcours professionnel irrégulier sont également surreprésentés dans cette classe (25% contre 19% en moyenne). Quant à leur trajectoire familiale, quasiment tous ont vécu la majeure partie de leur vie avec au moins 3 enfants cohabitants (78% en couple, 19% hors couple).

Classe 2 : Travailleurs indépendants, large environnement familial (n=244) – 19,7% de la population (22,4% des Guadeloupéens, 20,8% des Martiniquais, 12,6% des Guyanais, 17,9% des Réunionnais).

On retrouve dans cette classe 75,9% d'hommes et 24,1% de femmes, l'âge moyen des individus est de 68,7 ans. Près de 60% d'entre eux étaient agriculteurs, artisans ou commerçants, et 43% estiment que leur trajectoire professionnelle a connu une pente

¹⁶ Caractéristiques détaillées des classes disponibles en annexe.

descendante. Les natifs de retour partis pour service militaire y sont largement surreprésentés (28% contre 7% dans l'ensemble de la population). Ces individus ont presque tous vécu majoritairement en couple, et 56% ont eu 3 enfants ou plus.

Classe 3 : Ouvriers ou employés effectuant un travail pénible, isolés (n=111) – 5,9% de la population (6,1% des Guadeloupéens, 7,5% des Martiniquais, 9,9% des Guyanais, 4,7% des Réunionnais).

Cette classe apparaît comme le complément de la classe 1. Elle est composée de 61,5% d'hommes et 38,5% de femmes et l'âge moyen des individus est de 69,6 ans. Une large majorité sont des natifs sédentaires (30% n'ont jamais quitté leur département de naissance, et 62% seulement pour un court séjour). Ils occupaient pour 90% des professions d'employés ou d'ouvriers, ne sont titulaires d'aucun diplôme, et 70% avaient un emploi pénible. 40% jugent leur parcours professionnel irrégulier, et 30% estiment qu'il a suivi une pente descendante. Concernant leur trajectoire familiale, contrairement aux individus de la classe 1, il s'agit de personnes très isolées : tous ont vécu la majeure partie de leur vie hors couple et sans enfants.

Classe 4 : Employés diplômés, familles monoparentales (n=183) – 10,5% de la population (13,2% des Guadeloupéens, 13,7% des Martiniquais, 16,6% des Guyanais, 6,1% des Réunionnais).

Cette classe comporte 20,5% d'hommes et 79,5% de femmes, l'âge moyen est de 67,8 ans. Elle est constituée principalement de natifs ayant effectué un court séjour en dehors du DOM (54%) et de natifs retours partis pour leurs études ou leur carrière (24%). Quasiment tous appartiennent à la catégorie des employés/ouvriers, mais 47% sont titulaires d'un diplôme. Cependant, ils sont 49% à juger leur trajectoire professionnelle ascendante. La majeure partie (56%) occupait un emploi dans la fonction publique. Pour la trajectoire familiale, plus de 60% ont vécu majoritairement au sein d'une famille monoparentale avec 1 ou 2 enfants.

Classe 5 : Inactifs (n=141) – 14,6% de la population (8,1% des Guadeloupéens, 6,8% des Martiniquais, 14,6% des Guyanais, 24,4% des Réunionnais).

Cette classe est très majoritairement féminine : 96,6% de femmes et 3,4% d'hommes. L'âge moyen est de 68,8 ans. Elle ne comporte presque que des natifs sédentaires, les natifs de retour y sont très largement sous-représentés. Il s'agit d'individus n'ayant jamais occupé d'emploi, et parmi eux, 20% n'ont pas été scolarisés. Leur environnement familial est large,

ils ont vécu la majeure partie de leur vie en couple avec 3 enfants ou plus pour 60% et 2 enfants pour 13%.

Classe 6 : Classes supérieures en situation d'ascension sociale (n=126) – 8,9% de la population (7,7% des Guadeloupéens, 10,2% des Martiniquais, 11,2% des Guyanais, 8,4% des Réunionnais).

Cette classe est constituée de 52% d'hommes et 48% de femmes et l'âge moyen y est de 69,7 ans. Plus de 60% des individus constituant cette classe occupaient un emploi de cadre ou profession intermédiaire malgré un niveau de diplôme inférieur au bac. 60% travaillaient dans la fonction publique et la moitié estime que sa trajectoire professionnelle a été ascendante. Quant à l'environnement familial, les personnes ayant principalement vécu en couple avec deux enfants sont très surreprésentées dans cette classe (56% contre 10% en moyenne).

Classe 7 : Classes supérieures diplômées (n=54) – 3,4% de la population (4,2% des Guadeloupéens, 5,7% des Martiniquais, 1,2% des Guyanais, 1,3% des Réunionnais).

On trouve dans cette classe 45,8% d'hommes et 54,2% de femmes. L'âge moyen est de 67,2 ans. Cette classe se compose majoritairement de natifs de retour, et ceux partis pour leurs études ou leur carrière sont particulièrement surreprésentés (39% contre 12% dans l'ensemble de la population). Tous occupaient des emplois de cadres ou professions intermédiaires, et sont titulaires d'un diplôme au moins équivalent au bac. Ils étaient fonctionnaires pour 90%, et près de 80% évaluent leur parcours professionnel comme ascendant. La variable de trajectoire familiale a très peu contribué à la formation de cette classe. On peut seulement relever que les trajectoires familiales en couple avec au plus 2 enfants sont légèrement surreprésentées par rapport à l'ensemble de la population.

b. Profils à risque de ne pas recevoir d'aides de l'entourage

L'aide aux personnes âgées repose très majoritairement sur l'entourage, aussi nous cherchons à déterminer si chacun des profils de personnes en incapacité peuvent également compter sur la mobilisation de leur réseau d'aidants informels. Pour cela, nous nous intéressons plus particulièrement aux individus en incapacité déclarant ne recevoir aucune aide de leur entourage, ni pour les tâches administratives, ni pour les tâches ménagères, ni pour les soins quotidiens. Cette situation concerne 747 individus soit 56% de la population déclarant des

restrictions d'activité, avec d'importantes variations selon le profil : les cadres diplômés (classe 7) sont ainsi 81% à ne recevoir aucune aide informelle, tandis que les inactifs (classe 5) ne sont que 47% dans cette situation.

Tableau 4 : Part des personnes en incapacité ne recevant aucune aide informelle et structure des individus ne recevant aucune aide informelle selon les différents profils

	% y=1	Structure y=1
Classe 1 : Employés/ouvriers	50,4%	33,3%
Classe 2 : Indépendants	59,5%	21,1%
Classe 3 : Isolés	47,7%	5,1%
Classe 4 : Employés diplômés	68,5%	12,9%
Classe 5 : Inactifs	46,6%	12,2%
Classe 6 : Cadres asc. sociale	65,8%	10,5%
Classe 7 : Cadres diplômés	81,3%	5,0%

Champ : Natifs des DOM âgés de 60-79 ans et déclarant des restrictions d'activité, tous DOM confondus.

Source : Enquête MFV 2009-2010

Une régression logistique modélisant la probabilité de ne recevoir aucune aide informelle permet de standardiser sur l'âge, le sexe, et le département de résidence. Il en ressort qu'il n'y a pas d'effet du sexe sur le risque de ne pas être aidé par son entourage, par contre, l'âge et le département exercent une influence. La probabilité de ne pas recevoir d'aide diminue avec l'âge (OR = 0,9), cela est probablement dû au fait que la sévérité des limitations d'activité augmente avec l'âge, aussi les individus les plus âgés peuvent plus difficilement se passer d'une aide de leurs proches. Quant à l'effet du territoire, il met en évidence des solidarités plus présentes à La Réunion, et beaucoup plus faibles en Martinique (OR respectivement de 0,8 et 1,6, comparativement à la Guadeloupe). Les Martiniquais cumulent ainsi forte prévalence de l'incapacité mais faible recours aux aides informelles pour sa prise en charge.

Toutes choses égales par ailleurs, ce sont toujours les cadres diplômés (classe 7) qui ont le risque le plus fort de ne pas recevoir d'aide de leur entourage (OR = 3,3, comparativement au profil moyen). Les cadres en ascension sociale (classe 6) ainsi que les employés diplômés (profil 4) présentent également un risque significativement plus fort de ne pas recevoir d'aide (OR respectivement de 1,9 et 1,8). On peut supposer qu'il s'agit d'individus disposant de plus de ressources pour faire appel à des aides formelles. De plus, ces trois profils surreprésentent les natifs de retour, or ces derniers ont une plus forte probabilité d'avoir une partie, voire tous leurs enfants en dehors du département [81]. Toutefois, il n'y a pas toujours de lien entre

histoire familiale et aides reçues. En effet, les isolés (classe 3), qui ont tous connu une trajectoire familiale hors couple et sans enfants, n'ont pas une probabilité différente de recevoir une aide informelle par rapport aux individus du profil de référence, qui pour leur part ont majoritairement vécu avec au moins trois enfants. Cet exemple illustre bien le fait que la prise en charge par des membres de la famille éloignée et/ou le recours aux solidarités de proximité sont des pratiques fréquentes dans les DOM.

Tableau 5 : Facteurs influençant la probabilité de ne recevoir aucune aide informelle

		OR
Département	Guadeloupe (ref.)	-
	Martinique	1,579 ***
	Guyane	1,129
	La Réunion	0,757 *
Sexe	Homme (ref.)	-
	Femme	1,054
Age		0,952 ***
Classe dans la typologie	1 - Empl./ouvr. (ref.)	-
	2- Indépendants	1,373 *
	3- Isolés	0,823
	4- Employés diplômés	1,765 ***
	5- Inactifs	0,916
	6- Cadres asc. sociale	1,865 ***
	7- Cadres diplômés	3,260 ***
% paires concordantes		63,4

Champ : Natifs des DOM âgés de 60-79 ans et déclarant des restrictions d'activité, tous DOM confondus.

Source : Enquête MFV 2009-2010

Seuils de significativité : *** : 1% ; ** : 5% ; * : 1%

IV. Discussion

1. Synthèse

L'un des objectifs de ce travail était d'identifier les facteurs socio-familiaux exposant à un risque plus fort de connaître des restrictions d'activité. A partir des données de l'enquête MFV, un ensemble de variables relatives aux trajectoires migratoires, professionnelles et familiales des individus ont été sélectionnées et mises en lien avec les situations d'incapacité par un modèle de régression logistique.

Les résultats mettent en évidence l'importance des facteurs socioprofessionnels pour les deux sexes, même s'ils ne jouent pas exactement de la même manière pour les hommes et les femmes. Un emploi qualifié protège de l'incapacité quel que soit le niveau de diplôme pour les femmes, mais seulement lorsqu'il est assorti d'un diplôme élevé pour les hommes. L'opinion portée sur l'ensemble de la trajectoire professionnelle est également une variable d'importance : une trajectoire jugée négativement augmente le risque d'incapacité quel que soit le sexe, par contre une trajectoire évaluée positivement n'est un avantage que pour les femmes. Enfin, la pénibilité du travail n'expose que les femmes à un risque plus important de connaître des restrictions d'activité toutes choses égales par ailleurs. L'effet des expositions professionnelles pénibles chez les hommes est entièrement absorbé par l'effet de la catégorie socioprofessionnelle et du niveau de qualification.

A situation socioprofessionnelle égale, l'expérience migratoire passée des Domiens résidents conserve son importance puisque quel que soit le sexe les individus ayant réalisé leurs études et/ou leur carrière hors de leur département de naissance ont des probabilités plus faibles de déclarer des limitations d'activité.

Les variables d'environnement familial ne jouent quasiment aucun rôle sur le risque d'incapacité. Seul le nombre d'enfants apparaît comme un facteur d'influence, là encore différemment selon le sexe : ne pas avoir d'enfants protège les femmes, mais augmente le risque d'incapacité des hommes.

Ces résultats sont cohérents avec ce que la littérature existante a déjà montré au niveau de la France métropolitaine, et plus largement, dans l'ensemble des pays occidentaux : la trajectoire socioprofessionnelle est un facteur prédictif de l'incapacité après 60 ans, les catégories les plus aisées étant les plus favorisées, et le rôle de la famille s'exerce plutôt une fois les limitations d'activité survenues. Les résultats obtenus confirment aussi l'importance de

prendre en compte la spécificité des trajectoires migratoires des résidents des DOM dans l'analyse de l'incapacité.

Les parcours migratoires, professionnels et familiaux ne suffisent cependant pas à expliquer entièrement les écarts de prévalence de l'incapacité observés entre les départements. Toutes choses égales par ailleurs, il subsiste un effet de territoire, plus marqué pour les hommes que pour les femmes – Réunionnais et Martiniquais ont plus de risques de connaître des situations d'incapacité.

Le second objectif de cette étude était de définir des profils de personnes dépendantes. Une typologie en sept classes, formées principalement sur les variables de trajectoire socioprofessionnelle, a été réalisée. Une première approche de l'aide informelle aux personnes âgées dépendantes a ensuite été tentée à partir des profils obtenus – il s'agissait d'identifier les profils les plus à risque de ne pas recevoir d'aide, sous aucune forme, de la part de l'entourage, à l'aide d'un nouveau modèle de régression logistique.

Les résultats montrent qu'il n'y a pas de lien direct entre trajectoire familiale et aide informelle reçue, mais plutôt entre situation sociale et aide reçue : les individus bénéficiant des niveaux d'instruction les plus élevés, ou des emplois les plus qualifiés, sont les plus susceptibles de ne recevoir aucune aide de leur entourage. Le recours à la famille élargie et/ou aux solidarités de proximité semblent des pratiques courantes dans les DOM étant donné que les « isolés » n'ont pas une probabilité plus forte de ne pas recevoir d'aide informelle. L'exercice des solidarités est également variable selon le territoire : elles sont plus fortes à La Réunion, et moindres en Martinique. Ces résultats mériteraient d'être consolidés par des analyses plus poussées des données sur les solidarités intergénérationnelles disponibles dans l'enquête MFV.

2. Limites

Ce travail souffre des limites inhérentes à la source de données utilisée : l'enquête MFV n'est en effet pas une enquête portant prioritairement sur la santé, aussi elle ne comporte que peu d'informations sur le sujet, et ne permet pas de tenir compte des comportements relatifs à la santé dans l'analyse. L'indicateur GALI est le seul moyen d'approcher les situations

d'incapacité à partir de cette enquête, or bien qu'il soit une mesure fiable des restrictions d'activité en général, il n'offre pas une mesure précise de la population dépendante puisqu'il regroupe divers types de limitations d'activités, avec des niveaux de sévérité variables. Ainsi, parmi les profils de personnes en incapacité présentant un risque plus fort de ne pas recevoir d'aide informelle, on trouve peut-être une majorité de personnes ne souffrant que de restrictions d'activité légères et qui n'ont donc pas forcément besoin d'une aide au quotidien. De plus, on ne dispose pas de données concernant les 80 ans et plus, alors que c'est à ces âges que la prévalence de l'incapacité est la plus importante.

Une autre limite concerne les tailles d'échantillon. La population étudiée compte 2 800 individus âgés de 60 à 79 ans, dont 1 300 déclarant des restrictions d'activité, ce qui constitue un effectif suffisant pour obtenir des résultats significatifs sur l'ensemble de la population. Toutefois, comme nos analyses impliquent le croisement de variables avec de nombreuses modalités, certains croisements ne concernent qu'un nombre très restreint d'individus. Pour cette raison, il n'a pas été possible de conduire les modèles de régression séparément pour chaque DOM, que ce soit pour la régression sur les facteurs d'incapacité ou celle sur la probabilité de ne pas recevoir d'aide informelle. Nous sommes donc contraints de faire l'hypothèse que les facteurs identifiés comme influant la probabilité de connaître des restrictions d'activité jouent de la même manière dans l'ensemble des DOM. De même, nous devons supposer que les profils de personnes dépendantes les plus susceptibles de ne pas recevoir d'aide de leur entourage ne varient pas d'un DOM à l'autre, or celles-ci sont susceptibles de varier notamment en fonction de l'offre de soins formelle disponible dans chaque département.

Enfin, la construction du module sur les trajectoires professionnelles dans le questionnaire a impliqué l'exclusion des non natifs de l'analyse, ce qui correspond à une part non négligeable de la population guyanaise.

La faiblesse des effectifs a également rendu impossible la prise en compte des migrations pour raisons médicales. Elles ne concernent en effet que 53 individus, soit 4,6% de l'ensemble des natifs de retour. La typologie des natifs de retour utilisée pour créer les modalités de la variable « histoire migratoire » les a regroupées avec les migrations pour raison familiale. Toutefois, il aurait pu être intéressant de considérer séparément cette catégorie de migrants de retour, notamment lors de l'établissement de la typologie des personnes en incapacité.

Nous pouvons donner quelques éléments de statistique descriptive concernant les personnes concernées par les migrations pour raisons médicales. Ces migrations sont une pratique essentiellement féminine (70% de femmes), et concernent en priorité les Guadeloupéens (56% de l'ensemble des natifs de retour partis pour raison médicale), tandis que les Guyanais et les Réunionnais ne sont quasiment pas concernés (respectivement 5 et 1% de l'ensemble). Ce phénomène pourrait en partie expliquer pourquoi la Guadeloupe et la Martinique présentent des situations aussi différentes du point de vue de l'état de santé alors que leurs structures sociales, familiales et migratoires sont très similaires, et pourquoi l'écart persiste y compris après standardisation sur ces variables. Les Guadeloupéens en mauvaise santé iraient plus fréquemment rechercher des soins hors de leur département que les Martiniquais. Un rapport du Sénat [82], indique que la Martinique est le seul département d'outre-mer où le taux d'équipement en structures de santé n'est pas inférieur à la moyenne métropolitaine, et que les établissements martiniquais accueillent ainsi nombre de patients en provenance des îles voisines, dont la Guadeloupe. Les migrations médicales en provenance de Guadeloupe et à destination de Martinique restent cependant très marginales : elles ne concernent que 2% des femmes guadeloupéennes. La Métropole est la destination très largement privilégiée par les migrants à la recherche de soins (à 93% pour les hommes et 99% pour les femmes). Rappelons tout de même que l'enquête MFV ne permet pas de connaître les caractéristiques des migrants pour raison médicale qui sont restés sur leur lieu de migration.

Regrouper les natifs de retour partis pour raisons médicale et familiale est pertinent dans une certaine mesure, mais présente aussi quelques limites. Ce sont deux profils de natifs de retour qui se rapprochent du point de vue de l'expérience migratoire des individus : il s'agit de l'unique expérience de migration de plus de six mois pour la majorité, et pour ceux qui ont effectué plusieurs séjours, 30 à 40% avaient déjà effectué leur premier séjour pour la même raison (familiale ou médicale). Autrement dit, ce sont des individus qui n'ont globalement pas connu au préalable une première expérience migratoire pour leurs études ou leur carrière. La situation familiale des femmes parties pour raison médicale est également très proche de celles des femmes parties pour raison familiale : ce sont les plus susceptibles d'avoir au moins un enfant vivant en Métropole (près de 70%), et environ 60% étaient logées chez un membre de leur famille sur le lieu de migration. La ressemblance entre migrations médicales et migrations familiales est moins vraie pour les hommes : ceux partis pour raison médicale ne sont que 43% à avoir été logés par un membre de la famille sur le lieu de migration (contre 51% pour ceux partis pour raison familiale), et ils comptent parmi les moins susceptibles

d'avoir au moins un enfant en Métropole, c'est l'inverse pour les migrants pour raison familiale. Là où ces deux catégories de natifs de retour se distinguent vraiment l'un de l'autre, c'est sur la situation sociale. Ceux partis pour raison médicale sont ceux dont la situation sociale est la plus faible : les employés et ouvriers non diplômés y sont surreprésentés à la fois par rapport à l'ensemble des natifs de retour mais aussi par rapport à l'ensemble de la population des natifs des DOM. Ce n'est pas le cas des natifs de retour partis pour raison familiale, qui sont dans des situations bien plus favorables.

Les natifs de retour partis pour raison médicale sont également beaucoup moins favorisés que ceux partis pour raison familiale sur l'état de santé (les taux d'incapacité sont respectivement de 70% contre 34% pour les hommes ; et de 64% contre 47% pour les femmes). La proximité de ces deux catégories de natifs de retour sur d'autres critères a conduit à les considérer comme semblables, toutefois, leurs situations face à l'incapacité étant très différentes, l'influence de la modalité « migrations pour raison familiale » sur la probabilité de connaître des limitations d'activité devient difficile à interpréter.

3. Prolongements

a. De nouvelles sources de données sur l'incapacité dans les DOM

L'enquête MFV n'est pas une enquête portant spécifiquement sur la santé. Sur cette thématique, elle ne comprend que le Mini Module Européen, aussi la question portant sur les limitations d'activité est la seule permettant d'appréhender les situations d'incapacité. De plus, elle ne permet pas de prendre en compte l'influence des comportements liés à la santé (recours aux soins, comportements à risque...) alors que ceux-ci ont été identifiés comme ayant un impact considérable sur les risques d'incapacité [83], [84].

En 2014, deux dispositifs d'enquêtes représentatives de la population des DOM, et s'intéressant particulièrement à la santé des populations, ont fourni de nouvelles sources d'information. Il s'agit du Baromètre Santé DOM et de l'enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS). Le Baromètre Santé apporte des informations concernant les comportements relatifs à la santé, et VQS permet de s'intéresser plus en détail aux différents types de limitations fonctionnelles (motrices, sensorielles, cognitives). Toutes les limitations fonctionnelles ne conduisent en effet pas à des restrictions d'activité, aussi les départements les plus avantagés

sur le plan de l'EVSI ne le sont peut-être pas par rapport aux limitations fonctionnelles, leur EVSI plus longue pouvant être due à une meilleure compensation des problèmes fonctionnels.

Pour aller plus loin dans l'analyse des écarts d'EVSI entre les départements, la méthode de Nusselder et Looman [85] propose de décomposer les écarts d'EVSI selon qu'ils proviennent d'une mortalité différente ou de risques d'incapacité différents. Cette méthode permet aussi de décomposer les écarts d'EVSI selon les pathologies auxquelles ils sont liés. En l'absence de données concernant la prévalence des pathologies invalidantes dans les DOM, cette démarche est transposable aux données sur les prévalences des différents types de limitations fonctionnelles disponibles dans VQS.

L'enquête VQS a également l'avantage d'être représentative de l'ensemble des départements de France. Elle offre donc la possibilité de calculer des EVSI départementales et ainsi de replacer les DOM parmi les autres départements français. Ils ne se distinguent pas du point de vue de l'espérance de vie [86], mais compte tenu des conditions de forte précarité et du niveau d'instruction globalement plus faible de la population ultramarine, on peut s'attendre à ce que cette proximité des espérances de vie cache des situations plus contrastées concernant l'EVSI.

b. Exploration des modalités des solidarités intergénérationnelles

Nos résultats ont montré que recevoir de l'aide informelle n'était pas uniquement lié à la trajectoire familiale, puisque les « isolés » n'ont pas une probabilité plus forte de ne recevoir aucune aide. Depuis l'étude de Claudine Attias-Donfut sur les solidarités intergénérationnelles en Guadeloupe dans les années 1990 [3], les modalités de ces solidarités dans les DOM n'ont plus été abordées. L'enquête MFV comporte un certain nombre de questions qui permettraient, dans une certaine mesure, d'actualiser ces résultats. Nous savons en effet si les individus reçoivent des aides de leur entourage pour les tâches administratives et financières, les tâches ménagères, et les soins personnels, et qui sont les pourvoyeurs de ces aides. L'enquête MFV apporte également des informations sur la composition des ménages, particulièrement intéressante dans le cas des cohabitations intergénérationnelles, ainsi que sur le lieu de vie des enfants et la fréquence des contacts avec ceux-ci.

Toutes ces informations seraient particulièrement utiles pour étudier les modalités des solidarités familiales à destination des personnes âgées. Qui sont les principaux pourvoyeurs d'aide ? Est-ce très majoritairement le conjoint et les enfants comme c'est le cas en

Métropole, ou bien le recours à la famille élargie est-il une pratique courante dans les DOM ? Comment l'exercice des solidarités intergénérationnelles se met-il en place dans le cas des « familles à distance », c'est-à-dire lorsque les enfants sont en migration hors du département ? Les transferts financiers sont-ils l'unique forme de solidarité « à distance » ? Il serait particulièrement intéressant de se pencher sur le cas des « isolés » qui reçoivent des aides informelles, et sur celui des personnes qui ne reçoivent aucune aide malgré un entourage familial large (trajectoires en couple avec plusieurs enfants). Quelles solidarités sont mises en places pour pallier l'absence de conjoint et d'enfants pour les premiers, et pourquoi les solidarités intergénérationnelles ne s'exercent pas pour les seconds ?

Les données concernant les solidarités à destination des personnes âgées dans MFV permettraient d'établir des typologies des personnes déclarant des restrictions d'activité selon les aides qu'ils reçoivent, pour mettre en lien les modalités des solidarités avec les caractéristiques sociodémographiques et familiales des individus. Les profils obtenus pourraient ensuite être illustrés en isolant certains questionnaires de l'enquête, analysés individuellement à la manière de récits de vie, pour étudier précisément quelles relations ces personnes entretiennent avec leur famille, et quels sont les dispositifs d'aide mobilisés autour d'eux. Ces analyses qualitatives permettraient ainsi d'établir des « cas types » qui caractériseraient les différentes formes de solidarités mobilisées autour des personnes âgées dépendantes.

c. Prise en compte des contextes socio-sanitaires

Comme nous avons pu le voir dans nos analyses, il reste un effet de territoire qui résiste à la standardisation sur les variables migratoires, sociales et familiales. Cela interroge sur le rôle du contexte territorial sur le risque d'incapacité. L'enquête VQS fournissant des données sur l'incapacité représentatives de la population à l'échelle du département, il devient alors possible de mettre en lien les situations d'incapacité avec un ensemble de variables décrivant le contexte socio-sanitaire du département (par exemple indice de défavorisation [87], densité en professionnels de santé, taux de pauvreté...) à travers des analyses multiniveaux, pour évaluer l'impact de l'environnement dans lequel évolue l'individu sur le risque d'incapacité.

La prise en compte du contexte environnemental inclut aussi l'offre de soins formels disponible sur le territoire, que ce soit les places d'hébergement en établissement spécialisé

dans l'accueil des personnes âgées, ou les soins à domicile. Une des particularités du contexte des DOM réside dans leur sous équipement, particulièrement pour les places d'hébergement, mais aussi en ce qui concerne l'offre de soins formels à domicile¹⁷, qui ne compense pas le déficit d'institutions spécialisées pour l'accueil des personnes âgées. Il serait alors intéressant de cartographier l'état de l'offre de soins formels (hébergement et soins à domicile) dans les territoires à partir des données départementales.

L'enquête EHPA, qui couvre l'ensemble des établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées sur le territoire français (y compris les DOM), apporte des éléments pour comparer les institutions d'hébergement dans les DOM et celles de Métropole par rapport aux caractéristiques des établissements et de la population accueillie. Etant donné le recours relativement rare à l'hébergement en institution dans les DOM, on peut s'attendre à ce que les personnes résidant en établissement pour personnes âgées dans ces départements soient dans un état de santé plus dégradé, ou moins souvent en couple qu'en Métropole. Les données de l'enquête EHPA peuvent permettre une comparaison assez poussée de l'état de santé des personnes hébergées dans chaque département étant donné qu'elles comprennent des informations sur tous les individus résidants à la date de l'enquête. Ces informations incluent le GIR dans lequel est classé la personne ainsi une évaluation par un médecin ou une infirmière du niveau de perte d'autonomie selon chaque critère pris en compte par la grille AGGIR (capacité à s'habiller, s'alimenter, communiquer...). Pour un échantillon de résidents, l'enquête comporte également un volet sur les pathologies et la consommation de médicaments, rempli par un médecin.

¹⁷ Source : Fnors – Score Santé : <http://www.scoresante.org/score2008/sindicateurs.html>

Conclusion

Nos résultats ont permis de confirmer pour les DOM l'influence des déterminants socioprofessionnels et familiaux déjà mis en évidence dans la littérature pour la France métropolitaine comme pour l'ensemble des pays occidentaux. Nous avons aussi identifié un effet de la trajectoire migratoire, spécificité des DOM, sur le risque d'incapacité.

A trajectoires migratoires, professionnelles et familiales identiques, il persiste un effet de territoire important. Cet écart qui reste encore inexpliqué légitime la poursuite de l'étude de l'incapacité dans les DOM. Une meilleure connaissance des déterminants de la santé chez les plus âgés dans ces départements répond à un enjeu central pour les politiques publiques qui ont besoin d'anticiper les conséquences du vieillissement dans des contextes d'éloignement des familles et de grande précarité que l'on ne retrouve dans aucun autre département de France.

L'étude de l'incapacité dans les DOM pourra ainsi être approfondie à l'aide des deux nouveaux dispositifs d'enquête en population représentative des DOM menés en 2014 : le Baromètre Santé et VQS. Ils permettront une description plus fine des situations de dépendance, et la prise en compte des comportements directement liés à la santé. De plus, les données de MFV offrent encore de nombreuses possibilités pour explorer les modalités des solidarités intergénérationnelles à destination des personnes âgées. Nos premiers résultats semblent indiquer que la famille élargie se substitue au conjoint et aux enfants en l'absence de ceux-ci, mais nous ne savons pas encore quelles formes prennent ces solidarités.

Enfin, il semble important de confronter l'adéquation entre les besoins et l'offre de soins sur les territoires, une plus ou moins bonne adéquation pouvant expliquer une partie importante des écarts entre départements. Il faudra aussi mettre en perspective les situations des DOM par rapport à celles des départements de Métropole – ce que va rendre possible l'enquête VQS. En effet, il est possible que les spécificités entre DOM se retrouvent également en Métropole, à l'échelle départementale.

Bibliographie

- [1] D. Breton, S. Condon, C.-V. Marie, et F. Temporal, « Les départements d’Outre-Mer face aux défis du vieillissement démographique et des migrations », *Population & Sociétés*, n° 460, 2009.
- [2] M. Crouzet, « L’espérance de vie sans incapacité dans les départements d’Outre-mer », Mémoire de Master 1, Université de Strasbourg, 2015.
- [3] C. Attias-Donfut et N. Lapiere, *La famille providence. Trois générations en Guadeloupe*. Paris: La documentation française, 1997.
- [4] C.-V. Marie et D. Breton, « Les “modèles familiaux” dans les Dom : entre bouleversements et permanence. Ce que nous apprend l’enquête Migrations, famille et vieillissement », *Politiques sociales et familiales*, n° 119, p. 55-64, mars 2015.
- [5] C.-V. Marie et F. Temporal, « Les DOM : terres de migrations », *Espace populations société*, vol. 2011, n° 3, p. 471-495, 2011.
- [6] F. Sandron, « Vieillir chez soi à La Réunion. Dynamiques sociales et logiques institutionnelles en matière d’habitat des personnes âgées », in *Vieillir chez soi. Les nouvelles formes du maintien à domicile*, L. Nowik et A. Thalineau, Éd. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2014, p. 117-129.
- [7] P. Breuil-Genier, « Dix ans de recensement de la population. De plus en plus de petits ménages dans les régions », *Insee Première*, n° 1410, 2012.
- [8] C. Beaugendre, D. Breton, et C.-V. Marie, « Lieux de vie de la famille et solidarités intergénérationnelles aux Antilles et à La Réunion », in *Faire famille à distance*, à paraître.
- [9] F. Temporal, C.-V. Marie, et S. Bernard, « Insertion professionnelle des jeunes ultramarins : DOM ou métropole ? », *Population*, vol. 66, n° 3, p. 555, 2011.
- [10] E. Cambois et C. Sermet, « Population health and its assessment in surveys », in *Demographic Studies on Survival and Health*, V. M. Shkolnikov, Éd. Springer - Max Planck Series, à paraître.
- [11] S. Z. Nagi, « Some conceptual issues in disability and rehabilitation », in *Sociology and rehabilitation*, M. Sussman, Éd. Washington: American Sociological Association, 1965, p. 100-113.

- [12] L. M. Verbrugge et A. M. Jette, « The disablement process », *Soc Sci Med*, vol. 38, n° 1, p. 1-14, janv. 1994.
- [13] P. H. N. Wood et E. Badley, « An epidemiological appraisal of disablement », in *Recent advances in community medicine*, A. E. Bennett, Éd. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1978, p. 149-173.
- [14] S. Z. Nagi, « An epidemiology of disability among adults in the United States », *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, vol. 54, n° 4, p. 439-467, 1976.
- [15] E. Cambois, J.-M. Robine, et I. Romieu, « The influence of functional limitations and various demographic factors on self-reported activity restriction at older ages », *Disability and Rehabilitation*, vol. 27, n° 15, p. 871-883, juill. 2005.
- [16] R. H. Lawrence et A. M. Jette, « Disentangling the disablement process », *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, vol. 51, n° 4, p. S173-182, juill. 1996.
- [17] P. Minaire, « Le handicap en porte-à-faux », *Prospective et santé*, n° 26, p. 39-46, 1983.
- [18] E. Cambois et J.-M. Robine, « Concepts et mesure de l'incapacité : définitions et application d'un modèle à la population française », *Retraite et société*, n° 39, p. 60-91, 2003.
- [19] S. Katz, « Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function », *JAMA*, vol. 185, n° 12, p. 914-919, sept. 1963.
- [20] M. P. Lawton et E. M. Brody, « Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living », *The Gerontologist*, vol. 9, n° 3 Part 1, p. 179-186, sept. 1969.
- [21] J.-M. Robine, C. Jagger, et The Euro-REVES Group, « Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: The Euro-REVES 2 project », *The European Journal of Public Health*, vol. 13, n° Supplement 1, p. 6-14, sept. 2003.
- [22] B. Cox, H. Van Oyen, E. Cambois, C. Jagger, S. Le Roy, J.-M. Robine, et I. Romieu, « The reliability of the Minimum European Health Module », *International Journal of Public Health*, vol. 54, n° 2, p. 55-60, avr. 2009.
- [23] S. Tubeuf, F. Jusot, M. Devaux, et C. Sermet, « Social Heterogeneity in Self-Reported Health Status and Measurement of Inequalities in Health ». Document de travail IRDES n°12, 2008.

- [24] N. Berger, H. Van Oyen, E. Cambois, T. Fouweather, C. Jagger, W. Nusselder, et J.-M. Robine, « Assessing the validity of the Global Activity Limitation Indicator in fourteen European countries », *BMC Medical Research Methodology*, vol. 15, n° 1, p. 1-8, 2015.
- [25] C. Jagger, C. Gillies, E. Cambois, H. Van Oyen, W. Nusselder, et J.-M. Robine, « The Global Activity Limitation Index measured function and disability similarly across European countries », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 63, n° 8, p. 892-899, août 2010.
- [26] J.-C. Henrard, « Les différents modèles de prise en charge de la dépendance », in *Le vieillissement en Europe. Aspects biologiques, économiques et sociaux*, T. Barnay et C. Sermet, Éd. Paris: La documentation française, 2007, p. 173-186.
- [27] D. Bouget, « Vieillesse, dépendance et protection sociale en Europe », in *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?*, C. Martin, Éd. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2003, p. 280-292.
- [28] B. Le Bihan, « La politique en matière de dépendance. En France et en Europe : des enjeux multiples », *Gérontologie et société*, vol. 145, n° 2, p. 13, 2013.
- [29] S. Clément, C. Rolland, et C. Thoer, *Usages, normes, autonomie: analyse critique de la bibliographie concernant le vieillissement de la population*. La Défense: Plan urbanisme construction architecture, 2007.
- [30] S. O. Daatland, « Ageing, families and welfare systems: comparative perspectives », *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 34, n° 1, p. 16-20, févr. 2001.
- [31] J.-C. Henrard, « Répondre à la dépendance et aux handicaps : 5e risque ou 5e branche de sécurité sociale ? », *Gérontologie et société*, vol. 123, n° 4, p. 213-227, 2007.
- [32] B. Ennuyer, « La construction du champ de la dépendance. De la définition du mot au débat sur le “cinquième risque” », in *Vieillesse et vieillissements*, C. Hummel, I. Mallon, et V. Caradec, Éd. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2014, p. 111-128.
- [33] P. Breuil-Genier, « Aides aux personnes âgées dépendantes : la famille intervient plus que les professionnels », *Economie et Statistique*, n° 316-317, p. 21-43, oct. 1998.
- [34] J. Ankri, « L'évaluation de la dépendance, une question d'actualité », présenté à Actualités en médecine gériatrique, Faculté de médecine de Bobigny, 1999, p. 8-15.

- [35] B. Gonnaud, B. Trombert, C. Bois, et R. Gonthier, « Perception et utilisation de la grille AGGIR par les médecins généralistes », *Revue de gériatrie*, vol. 39, n° 6, p. 371-374, juin 2014.
- [36] A. Désesquelles et N. Brouard, « Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution », *Population*, vol. 58, n° 2, p. 201-227, 2003.
- [37] B. Davin, A. Paraponaris, et P. Verger, « Entraide formelle et informelle: Quelle prise en charge pour les personnes âgées dépendantes à domicile ? », *Gérontologie et société*, vol. 127, n° 4, p. 49, 2008.
- [38] R. Fontaine, A. Gramain, et J. Wittwer, « Les configurations d'aide familiales mobilisées autour des personnes âgées dépendantes en Europe », *Economie et statistique*, vol. 403, n° 1, p. 97-115, 2007.
- [39] S. Petite et A. Weber, « Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées », *Etudes et résultats*, n° 459, janv. 2006.
- [40] F. Carmichael et S. Charles, « The opportunity costs of informal care: does gender matter? », *Journal of Health Economics*, vol. 22, n° 5, p. 781-803, sept. 2003.
- [41] N. Soullier, « Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie », *Etudes et résultats*, n° 799, mars 2012.
- [42] J.-P. Lavoie et M. Membrado, « Prendre soin d'un parent âgé. La part du lien familial », in *Vieillesse et vieillissements*, C. Hummel, I. Mallon, et V. Caradec, Éd. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2014, p. 341-352.
- [43] N. Dutheil, « Les aides et les aidants des personnes âgées », *Etudes et résultats*, n° 142, nov. 2001.
- [44] C. Bonnet, E. Cambois, C. Cases, et J. Gaymu, « La dépendance : aujourd'hui l'affaire des femmes, demain davantage celle des hommes ? », *Population & Sociétés*, n° 483, nov. 2011.
- [45] B. Le Bihan-Youinou et C. Martin, « Travailler et prendre soin d'un parent âgé dépendant », *Travail, genre et sociétés*, vol. 16, n° 2, p. 77, 2006.
- [46] J. Mantovani, S. Clément, M. Membrado, C. Rolland, H. Bocquet, et M. Drulhe, « Habiter et voisiner au grand âge », ORSMIP - Unité INSERM 558 - CERS CIEU CNRS, rapport pour la Fondation de France, 2002.

- [47] C. Delbès, « What are the care options for dependant elders? », in *Future elderly living conditions in Europe. L'avenir des conditions de vie des Européens âgés*, J. Gaymu, P. Festy, M. Poulain, et G. Beets, Éd. Paris: Ined, 2008, p. 207-236.
- [48] J. Gaymu, P. Ekamper, S. Springer, S. Penneç, G. Beets, A. Désesquelles, et L. van Wissen, « Future family networks and living arrangements of disabled elders », in *Future elderly living conditions in Europe. L'avenir des conditions de vie des Européens âgés*, J. Gaymu, P. Festy, M. Poulain, et G. Beets, Éd. Paris: Ined, 2008, p. 167-206.
- [49] N. Blanpain et J.-L. Pan Ké Shon, « La sociabilité des personnes âgées », *Insee Première*, n° 644, mai 1999.
- [50] M. Membrado et J. Mantovani, « Vieillir et voisiner : de la sociabilité aux solidarités ? », in *Vieillesse et vieillissements*, Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2014, p. 305-318.
- [51] A. Weber, « Données de cadrage concernant l'aide dans les deux enquêtes Handicap-Santé-Ménages et Handicap-Santé-Aidants (2008) », in *Les aidants familiaux*, A. Blanc, Éd. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble, 2010, p. 71-88.
- [52] A. Nocon et M. Pearson, « The roles of friends and neighbours in providing support for older people », *Ageing and Society*, vol. 20, p. 341-367, mai 2000.
- [53] M. Drulhe, S. Clément, J. Mantovani, et M. Membrado, « L'expérience du voisinage : propriétés générales et spécificités au cours de la vieillesse », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 123, n° 2, p. 325, 2007.
- [54] F. Oswald et H.-W. Wahl, « Housing and health in later life », *Reviews on environmental health*, vol. 19, n° 3-4, p. 223-252, 2004.
- [55] S. Ménard et G. Volat, « Conditions de logement de 2005 à 2010 », *Insee Première*, n° 1396, mars 2012.
- [56] N. Thomas, A. Trugeon, F. Michelot, A. Ochoa, M.-J. Castor-Newton, V. Cornely, S. Merle, et E. Rachou, *Inégalités socio-sanitaires dans les départements d'outre-mer. Analyses infra-régionales et comparaisons avec le niveau national*. Paris: Fnors, 2014.
- [57] A. Chamahian et S. Petite, « Entre autonomie et dépendance à l'égard des proches. Quand l'aménagement du logement devient affaire de famille », in *Vieillir chez soi. Les nouvelles formes du maintien à domicile*, L. Nowik et A. Thalineau, Éd. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2014, p. 151-166.

- [58] S. Renaut, « Cadre de vie et logement où vieillir », in *Vieillir chez soi. Les nouvelles formes du maintien à domicile*, L. Nowik et A. Thalineau, Éd. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2014, p. 167-186.
- [59] M. Kohli, H. Künemund, et J. Lüdicke, « Family structure, proximity and contact », in *Health, Ageing and Retirement in Europe - First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, J. P. Mackenbach, J. Siegrist, et G. Weber, Éd. Mannheim: MEA, 2005, p. 164-170.
- [60] C. Attias-Donfut et S. Renaut, « Vieillir avec ses enfants », *Communications*, vol. 59, n° 1, p. 29-53, 1994.
- [61] J. Ogg, S. Renaut, et L. Trabut, « La corésidence familiale entre générations adultes : un soutien réciproque », *Retraite et société*, vol. 70, n° 1, p. 105-125, 2015.
- [62] E. Cambois, C. Laborde, I. Romieu, et J.-M. Robine, « Occupational inequalities in health expectancies in France in the early 2000s: Unequal chances of reaching and living retirement in good health », *Demographic Research*, vol. 25, p. 407-436, août 2011.
- [63] E. M. Crimmins et E. Cambois, « Social inequalities in health expectancy », in *Determining health expectancies*, J.-M. Robine, C. Jagger, C. D. Mathers, E. M. Crimmins, et R. M. Suzman, Éd. Chichester: John Wiley & Sons, 2003, p. 111-126.
- [64] B. Pongiglione, B. L. De Stavola, et G. B. Ploubidis, « A Systematic Literature Review of Studies Analyzing Inequalities in Health Expectancy among the Older Population », *PLOS ONE*, vol. 10, n° 6, p. e0130747, juin 2015.
- [65] E. Cambois et J.-M. Robine, « Inégalités sociales face à l'incapacité : le rôle spécifique de la profession », in *Population et travail : dynamiques démographiques et activités*, Association Internationale des Démographes de Langue Française (Aidelf), 2008, p. 591-604.
- [66] M. Bahu, C. Mermilliod, et S. Volkoff, « Conditions de travail pénibles au cours de la vie professionnelle, et état de santé après 50 ans », DREES, 2011.
- [67] C. Mette, T. Barnay, et T. De Saint Pol, « Études et recherches Santé et itinéraire professionnel : État de la connaissance et perspectives. Actes du colloque organisé par la Dares et la Drees le 22 septembre 2015 sur les travaux conduits à partir de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) 2006-2010 ». Document d'études DARES n° 197, 2016.

- [68] S. Stansfeld et B. Candy, « Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review », *Scand J Work Environ Health*, vol. 32, n° 6, p. 443-462, déc. 2006.
- [69] M. Lassalle, J.-F. Chastang, et I. Niedhammer, « Working conditions and psychotropic drug use: Cross-sectional and prospective results from the French national SIP study », *Journal of Psychiatric Research*, vol. 63, p. 50-57, avr. 2015.
- [70] A. Leclerc, I. Niedhammer, S. Plouvier, et M. Melchior, « Travail, emploi et inégalités sociales de santé », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 8-9, p. 79-81, mars 2011.
- [71] M. Huisman, A. E. Kunst, et J. P. Mackenbach, « Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview », *Social Science & Medicine*, vol. 57, n° 5, p. 861-873, sept. 2003.
- [72] J. S. House, J. M. Lepkowski, A. M. Kinney, R. P. Mero, R. C. Kessler, et A. R. Herzog, « The social stratification of aging and health », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 35, p. 213-234, 1994.
- [73] J. S. House, P. M. Lantz, et P. Herd, « Continuity and Change in the Social Stratification of Aging and Health Over the Life Course: Evidence From a Nationally Representative Longitudinal Study From 1986 to 2001/2002 (Americans' Changing Lives Study) », *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 60, n° Special Issue 2, p. S15-S26, oct. 2005.
- [74] C.-V. Marie, « L'enquête Migrations, Famille et Vieillesse : Première grande enquête menée dans les DOM pour mieux cerner les défis de demain », *Politiques sociales et familiales*, vol. 106, n° 1, p. 98-103, 2011.
- [75] M. Jeanne-Rose, « La fonction publique emploie près du quart de la population active en Guadeloupe », *Antianéchos*, n° 42, déc. 2013.
- [76] P.-E. Treyens, « En Martinique, le taux d'administration est le plus élevé des régions françaises », *Antianéchos*, n° 40, décembre 2013.
- [77] P.-E. Treyens, « L'emploi public en Guyane : près d'un tiers des actifs sont fonctionnaires », *Antianéchos*, n° 41, décembre 2013.
- [78] C. Beaugendre, D. Breton, et C.-V. Marie, « Trajectoires familiales et conditions de vie des 60 ans et plus dans les départements d'outre-mer », présenté à Trajectoires et âges de la vie, Bari, 2014.

- [79] E. Cambois, « Des inégalités sociales de santé moins marquées chez les femmes que chez les hommes : une question de mesure ? », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 64, p. S75-S85, avr. 2016.
- [80] A. Montaut, « Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 », *Etudes et résultats*, n° 717, févr. 2010.
- [81] C. Beaugendre, D. Breton, et C.-V. Marie, « “Faire famille à distance” chez les natifs des Antilles et de La Réunion », *Recherches familiales*, n° 13, p. 35-52, 2016.
- [82] E. Doligé, « Les DOM, défi pour la République, chance pour la France, 100 propositions pour fonder l'avenir », Sénat, Rapport d'information 519, juill. 2009.
- [83] A. Hajek et H.-H. König, « Longitudinal Predictors of Functional Impairment in Older Adults in Europe – Evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe », *PLOS ONE*, vol. 11, n° 1, p. e0146967, janv. 2016.
- [84] P. Sainio, T. Martelin, S. Koskinen, et M. Heliövaara, « Educational differences in mobility: the contribution of physical workload, obesity, smoking and chronic conditions », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 61, n° 5, p. 401-408, mai 2007.
- [85] W. J. Nusselder et C. W. N. Looman, « Decomposition of Differences in Health Expectancy by Cause », *Demography*, vol. 41, n° 2, p. 315-334, 2004.
- [86] M. Barbieri, « La mortalité départementale en France », *Population*, vol. 68, n° 3, p. 433-479, 2013.
- [87] R. Pampalon et G. Raymond, « Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être », *Santé, Société et Solidarité*, vol. 2, n° 1, p. 191-208, 2003.

Annexes

1. Caractéristiques des classes de la typologie des natifs de retour

Tableau 6 : Répartition des natifs de retour dans chaque classe selon les différentes variables utilisées pour la typologie

Nombre de migrations	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Ensemble
1	79,5%	94,2%	70,7%	58,1%	78,8%
2	16,1%	4,4%	20,6%	20,9%	14,6%
3 et +	4,4%	1,4%	8,7%	21,0%	6,5%

Age au départ	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Ensemble
moins de 25 ans	45,7%	99,7%	4,3%	2,1%	47,5%
25-34 ans	34,4%	.	37,2%	9,1%	23,6%
35-44 ans	15,2%	0,3%	36,3%	4,2%	12,2%
45-59 ans	4,7%	.	9,4%	37,4%	8,9%
60 ans ou +	.	.	12,7%	47,1%	7,9%

Durée du séjour	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Ensemble
6 mois - 1 an	11,6%	47,7%	90,7%	63,9%	33,7%
2 à 5 ans	15,1%	47,5%	6,5%	27,2%	23,1%
5 à 14 ans	26,8%	2,7%	2,3%	5,8%	16,5%
15 ans ou +	46,5%	2,2%	0,5%	3,1%	26,8%

Motif du départ	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Ensemble
Etudes/formation	18,2%	2,4%	2,0%	.	10,8%
Emploi	61,9%	.	.	2,9%	34,8%
Raison familiale	14,5%	.	7,2%	59,3%	17,3%
Service militaire	3,9%	97,1%	1,5%	.	23,2%
Autre raison	1,4%	0,4%	3,5%	37,7%	6,7%
Voyage	.	.	85,8%	.	7,3%

Motif du retour	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Ensemble
Fin activité ou obtention diplôme	23,4%	4,4%	4,9%	7,1%	15,4%
Fin du service militaire	.	62,0%	.	1,1%	13,5%
Raison familiale	24,8%	0,9%	2,9%	29,8%	18,5%
Autre raison	3,8%	2,2%	2,3%	16,7%	5,2%
Fin des congés	.	.	70,0%	.	5,9%
Recherche ou obtention emploi dans le DOM	10,3%	1,8%	2,4%	0,9%	6,4%
Mal du pays	37,7%	28,7%	17,4%	44,3%	35,0%

Champ : Natifs de retour âgés de 60-79 ans, tous DOM confondus.

Source : Enquête MFV 2009-2010

NB : dans la variable « motif de départ », 70% des « autres raisons » sont des départs pour raison médicale. Cette modalité a dû être regroupée avec la modalité « autre » en raison de son effectif trop faible pour être considérée séparément.

2. Caractéristiques des classes de la typologie des individus en incapacité

Tableau 7 : Répartition des individus en incapacité dans chaque classe selon les variables utilisées pour la typologie

Statut migratoire	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Classe 7	Ensemble
Natif sédentaire	26,9%	19,5%	52,1%	10,0%	30,4%	18,5%		24,0%
Court séjour hors du DOM	58,4%	41,2%	30,3%	54,2%	62,5%	17,7%	27,1%	51,6%
Natif retour (Etudes ou carrière)	8,2%	9,3%	17,6%	24,0%	2,9%	3,6%	39,2%	11,8%
Natif retour (Service militaire)		28,4%		2,0%			12,4%	6,8%
Autres natifs retour	6,5%	1,7%		9,8%	4,3%	11,0%	21,4%	5,8%

CS/diplôme	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Classe 7	Ensemble
CS+/bac ou +							100,0%	3,4%
CS+/inf bac		0,1%		4,1%		62,5%		6,0%
CS-/diplôme	0,6%			47,4%				5,2%
CS-/pas diplôme	98,4%	41,7%	90,6%	48,1%	0,1%	37,5%		58,3%
Autre profession	0,9%	58,2%	9,4%	0,4%				12,4%
Inactif/scolarité					79,1%			11,6%
Inactif/pas scolarité					20,8%			3,0%

Statut de l'employeur	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Classe 7	Ensemble
Pas fonctionnaire	69,3%	88,4%	81,2%	43,9%	100,0%	41,1%	9,5%	71,1%
Fonctionnaire	30,7%	11,6%	18,8%	56,1%		58,9%	90,5%	28,9%

Pénibilité du travail	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Classe 7	Ensemble
Travail pas pénible	42,3%	70,5%	29,2%	56,3%	100,0%	69,7%	86,1%	61,0%
Travail pénible	57,7%	29,5%	70,8%	43,7%		30,3%	13,9%	39,0%

Opinion sur le parcours professionnel	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Classe 7	Ensemble
Stabilité	36,8%	30,5%	35,2%	29,3%	100,0%	37,0%	21,4%	43,4%
Progression	22,3%	29,1%	11,4%	49,5%		49,1%	77,9%	26,9%
Pente descendante	15,6%	17,3%	13,7%	7,4%		2,0%		10,9%
Irrégulier	25,3%	23,2%	24,4%	12,6%		11,9%	0,8%	18,8%

Trajectoire familiale	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Classe 7	Ensemble
Hors couple sans enfant	0,3%	1,3%	100,0%	9,0%	7,4%	5,9%	11,6%	9,3%
Couple 3+ enfants	77,6%	56,4%		21,3%	61,4%	23,2%	52,6%	54,8%
Hors couple 3+ enfants	19,1%	1,7%		0,1%	4,5%	3,9%	3,3%	8,5%
Hors couple 1-2 enfants		4,1%		62,6%	4,0%	0,8%	4,8%	8,2%
Couple 0-1 enfant	2,1%	28,7%		1,1%	9,4%	9,3%	14,1%	9,3%
Couple 2 enfants	0,8%	7,9%		5,9%	13,3%	56,9%	13,5%	9,9%

Champ : Natifs des DOM âgés de 60-79 ans et déclarant des restrictions d'activité, tous DOM confondus.

Source : Enquête MFV 2009-2010

Table des matières

Introduction : Contexte et enjeux du vieillissement dans les DOM	2
I. Etat de l'art	6
1. Conceptualiser la dépendance	6
a. L'approche de la recherche : identifier les facteurs et les risques de dépendance	6
b. L'approche institutionnelle : répondre aux besoins de la population en situation de dépendance	9
2. Les déterminants de la dépendance	14
a. L'environnement familial	14
b. L'entourage hors famille.....	16
c. Les conditions de logement	18
d. La trajectoire socioprofessionnelle	20
II. Méthodologie.....	23
1. Source de données	23
2. Description des variables	24
a. Histoire migratoire.....	24
b. Carrière professionnelle.....	27
c. Environnement familial	28
3. Méthodes mises en œuvre	30
a. Régression logistique.....	30
b. Typologie.....	31
III. Résultats	32
1. Statistiques descriptives	32
a. Santé	32
b. Département.....	32
c. Histoire migratoire.....	33
d. Carrière professionnelle.....	33

e.	Environnement familial	34
2.	Modèles de régression logistique	36
a.	Département.....	36
b.	Histoire migratoire et carrière professionnelle	37
c.	Environnement familial	38
d.	Synthèse.....	39
3.	Typologie des individus en incapacité et aides reçues par l’entourage.....	43
a.	Profils des personnes en incapacité	43
b.	Profils à risque de ne pas recevoir d’aides de l’entourage.....	45
IV.	Discussion.....	48
1.	Synthèse	48
2.	Limites.....	49
3.	Prolongements.....	52
a.	De nouvelles sources de données sur l’incapacité dans les DOM.....	52
b.	Exploration des modalités des solidarités intergénérationnelles	53
c.	Prise en compte des contextes socio-sanitaires	54
	Conclusion.....	56
	Bibliographie.....	57
	Annexes	65
1.	Caractéristiques des classes de la typologie des natifs de retour	65
2.	Caractéristiques des classes de la typologie des individus en incapacité.....	66