

## Rapport scientifique final

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

<b>Identification du projet</b>	
Titre du projet	Incapacité et perte d'autonomie des personnes âgées dans les départements d'outremer - un enjeu de politique sociale
Coordinateur scientifique du projet (société/organisme - laboratoire ou entité de rattachement)	BRETON Didier, Sociétés, Acteurs, Gouvernement en Europe – Sage (Umr n°7363) Université de Strasbourg
Référence de l'appel à projets (nom + année)	N° 2017-006
Citez les équipes partenaires (organismes, structures ou laboratoire de rattachement)	<b>Ined</b>
Durée <b>initiale</b> du projet	<b>36 mois</b>
Période du projet (date début – date fin)	<b>Septembre 2017 – août 2022</b>
Avez-vous bénéficié d'une prolongation ? Si oui, de quelle durée ?	<b>Oui – 1 an</b>
<u>Le cas échéant</u> , expliquez succinctement les raisons de cette prolongation.	<b>La crise COVID avait rendu impossible certains déplacements</b>
<b>Identification du rédacteur</b>	
Nom du rédacteur du rapport	<b>Breton Didier</b>
Fonction au sein du projet ( <i>si différent du Coordinateur scientifique du projet</i> )	<b>Porteur</b>
Téléphone	<b>0631264638</b>
Adresse électronique	<b>dbreton@unistra.fr</b>

Date de rédaction du rapport	Décembre 2022
------------------------------	---------------

Indiquer la liste du personnel recruté dans le cadre du projet (*si pertinent*)

Nom	Prénom	Qualifications	Date de recrutement	Durée contrat (en mois)	Type de contrat (CDD, vacation ...)
<b>CROUZET</b>	<b>Maude</b>	<b>Doctorante</b>	<b>01/09/2017</b>	<b>36</b>	<b>CDD</b>

Donner la liste des autres personnes impliquées dans le projet.

Nom	Prénom	Qualifications	% de son temps consacré au projet
<b>BRETON</b>	<b>Didier</b>	<b>PR</b>	<b>30%</b>
<b>CAMBOIS</b>	<b>Emmanuelle</b>	<b>DR</b>	<b>15%</b>
<b>LABORDE</b>	<b>Caroline</b>	<b>Chargée d'études</b>	<b>15%</b>

Donner la répartition (en pourcentage) des disciplines mobilisées dans le projet.

- La principale discipline mobilisée est la démographie

## SYNTHESES ET RAPPORT SCIENTIFIQUE

### Synthèse courte – déroulé du projet

Ce projet visait à apporter des éléments de réponse à la question de recherche suivante : dans quelle mesure le contexte économique, sanitaire et social des DOM modifie les risques de dépendance des populations âgées et les réponses apportées à ces situations de dépendance ? Nous avons pour cela développé une méthodologie quantitative exploitant trois sources de données différentes, (MFV, le Baromètre Santé et VQS), chacune offrant un échantillon représentatif de la population domienne.

Il s'est agi alors d'identifier les facteurs sociaux, familiaux, comportementaux et environnementaux qui augmentent le risque de connaître des situations d'incapacité dans les départements d'outre-mer (hors Mayotte). Nous avons pour cela articuler la recherche autour de quatre volets. Le premier cherche à identifier les facteurs de risque (facteurs sociaux et comportementaux) qui conduisent de la maladie à l'incapacité. Le second s'intéresse aux différences dans les formes de perte d'autonomie rencontrées par les personnes âgées entre les DOM et les départements métropolitains. Le troisième explore l'effet des contextes sociaux et de l'offre de soins à l'échelon infra-départemental. Enfin, le dernier s'intéresse à l'organisation de l'aide informelle mise en place autour des personnes âgées en situation d'incapacité.

Au cœur de ce projet se trouve la thèse conduite par Maude Crouzet. Cette thèse est désormais entièrement rédigée et la soutenance est prévue pour le 6 janvier 2022.

## Calendrier

*Septembre à décembre 2017 :*

- Analyse bibliographique, identification des questions sous-jacentes et exploration des bases de données

*Année 2018 :*

- Analyse de la comparabilité des indicateurs d'incapacité dans les trois sources de données mobilisées, exploration des effets de collecte.
- Calcul des EVSI départementales
- Revue de littérature et exploitation des données MFV pour l'analyse des solidarités familiales

*Année 2019 :*

- Analyse des disparités territoriales et des facteurs contextuels associés aux écarts de mortalité et d'incapacité entre départements
- Mission à La Réunion (mai 2019)
- Revue de littérature sur les facteurs de risque individuels face à l'incapacité aux grands âges

*Année 2020 :*

- Exploitation des données MFV et Baromètre Santé pour l'analyse des facteurs sociaux et comportementaux d'incapacité dans les DOM
- Analyse à l'échelle infra-départementale de l'effet des contextes locaux sur le risque d'incapacité
- Revue de littérature sur les articulations entre longévité et santé

*Année 2021 :*

- Exploitation des données VQS pour l'analyse des différences de longévité et d'incapacité entre DOM et départements métropolitains

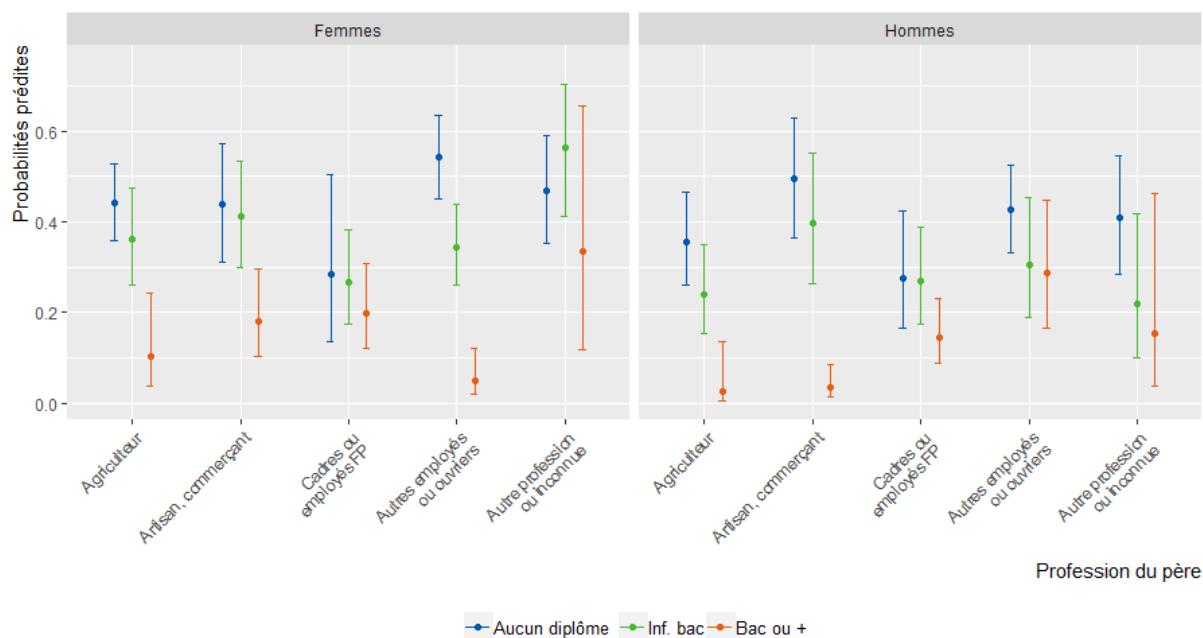
## Synthèse longue

### ***Facteurs associés à la dépendance des personnes âgées dans les DOM***

L'enquête MFV nous a permis de nous intéresser aux facteurs sociaux individuels menant à un risque plus ou moins important de connaître des restrictions d'activité après 60 ans. Les nombreuses données rétrospectives collectées par cette enquête nous ont offert la possibilité de développer une approche par le parcours de vie de l'individu. Nous montrons alors que « toutes choses égales par ailleurs », le fait d'avoir connu des conditions de vie difficiles durant l'enfance (marquées par de graves problèmes financiers, des conflits familiaux, ou encore des violences envers la personne) a des répercussions durables sur la santé de l'individu, en augmentant la probabilité de connaître une situation d'incapacité aux âges élevés. La position sociale connue durant l'enfance (estimée à partir de la profession du père), agit quant à elle de manière indirecte, à travers la reproduction sociale. Néanmoins, l'étude approfondie des

interactions entre position sociale d'origine et position sociale actuelle (estimée à partir du niveau de diplôme ou de la dernière profession exercée par l'individu) montre que l'effet bénéfique d'une position sociale élevée à l'âge adulte est le plus bénéfique pour les individus issus des milieux sociaux les moins favorisés (figure 1), agissant ainsi comme un mécanisme de « compensation » de leurs conditions de vie défavorable durant l'enfance. D'autre part, la position sociale d'origine agit également de manière directe, indépendamment de celle atteinte plus tard dans la vie, dans certaines sous-populations : les plus âgés (70-79 ans), et les femmes les moins instruites. On observe ainsi ici des effets de sexe et de génération, qu'il sera intéressant de confronter avec des données plus récentes : dans les prochaines générations de personnes âgées, toutes seront nées après la départementalisation et auront donc connu des conditions de vie plus homogènes que les générations actuelles, dont certaines sont nées avant la départementalisation ou seulement quelques années après. En outre, les femmes accédant de plus en plus à des hauts niveaux de qualification, autant que les hommes, l'effet de sexe pourrait en être atténué dans les générations futures.

*Figure 1 : Probabilités prédictes de déclarer des restrictions d'activité selon le sexe, le niveau de diplôme et la profession du père*



Champ : population âgée de 60 à 79 ans, résidant en Guadeloupe, Martinique ou La Réunion. Source : Enquête MFV 2009-2010  
Probabilités prédictes issues d'un modèle de régression logistique contrôlant sur l'âge quinquennal et le département de résidence (IC 90 %)

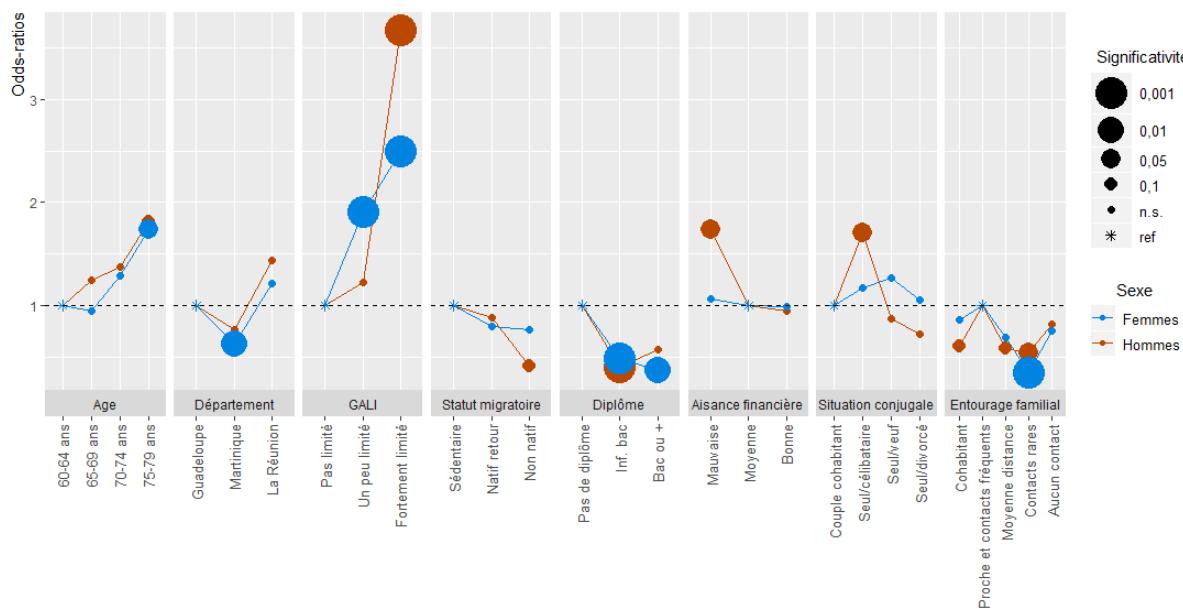
Nous avons aussi montré l'importance du parcours migratoire des Domiens dans la construction de la santé et du vieillissement. Les natifs n'ayant jamais migré sont les plus exposés aux risques de dégradation de la santé, cumulant différentes caractéristiques sociales pénalisantes : faible niveau d'instruction, faibles revenus, territoires défavorisés. Les non-natifs (originaires de Métropole pour la majorité) résidant dans les DOM sont généralement plus diplômés et connaissent des conditions de vie plus favorables à la santé, de même pour les natifs des DOM ayant connu une expérience de migration durable hors du département.

L'enquête MFV nous a également permis, en associant aux individus des caractéristiques propres à leur environnement de résidence, de développer une approche territoriale à une

échelle géographique fine, celle de l'IRIS. Il en ressort qu'à position socio-économique individuelle équivalente, vivre dans un quartier défavorisé (mesuré à partir de l'indice de défavorisation FDep) est un facteur de risque supplémentaire face à l'incapacité aux grands âges. Dans une perspective de santé publique, cela souligne l'importance de développer des approches prenant en compte les caractéristiques des territoires en complément des caractéristiques des individus. Ces approches territoriales sont encore à approfondir pour en éclaircir les effets. Si nos résultats semblent montrer, à l'échelle de l'IRIS, une association entre caractéristiques socio-économiques du territoire et risque de restrictions d'activités, il n'est pas tout à fait certain que cette association ne soit pas due à des caractéristiques individuelles spécifiques aux résidents de chaque type de territoire. De même pour l'effet de l'offre de soins et de services : si celle-ci se montre liée au risque de restrictions d'activités à l'échelle départementale, c'est beaucoup moins le cas à l'échelle infra-communale. Il serait intéressant de poursuivre les recherches sur cet aspect, à des échelles géographiques intermédiaires entre le département et l'IRIS.

Un autre apport de l'enquête MFV concerne l'éclairage des déterminants de l'aide informelle apportée aux personnes âgées dans le contexte des DOM marqué par une forte culture familialiste, un déficit d'offre d'aide formelle, et des situations fréquentes d'éloignement important entre parents dans les DOM et enfants en Métropole. Nous avons pu mettre en évidence que l'état de santé fonctionnelle de la personne âgée, mesuré par la présence de restrictions dans les activités quotidiennes, est l'un des principaux facteurs déterminants de l'aide informelle. Si des solidarités existent également à destination des personnes ne déclarant pas de restrictions d'activité, en présence de telles restrictions l'aide varie par sa nature (davantage d'aides ménagères et pour les soins personnels), et probablement aussi par son volume, bien que nos données ne nous permettent pas de le mesurer. Des réseaux de solidarité hors famille immédiate semblent également se mettre en place pour les personnes isolées, en cas d'incapacité. Les besoins liés à la dégradation des capacités fonctionnelles ne sont cependant pas l'unique déterminant des solidarités : à état de santé équivalent, on observe d'importantes différences dans la probabilité d'être aidé selon le statut social (mesuré par le niveau d'instruction) : « toutes choses égales par ailleurs », les moins instruits ont une probabilité beaucoup plus élevée d'être aidés que les titulaires des plus hauts niveaux de diplôme (figure 2). Ceci peut résulter d'une part d'un effet structurel : les enfants des moins diplômés sont moins souvent en emploi et plus proches géographiquement, donc plus disponibles ; et d'autre part d'une adhésion plus forte aux normes de solidarité familiale et envers les aînés, portées par une « culture de la pauvreté » et des traditions d'entraide héritées de l'époque des plantations. Les différences entre les niveaux d'instruction vis-à-vis de la propension à être aidé par ses proches sont aussi accentuées par le fait que les enfants des plus diplômés résident plus fréquemment dans l'Hexagone.

Figure 2 : Facteurs associés à la probabilité de recevoir de l'aide informelle, selon le sexe



Champ : Ensemble des 60-79 ans ; Source : Enquête MFV 2009-2010

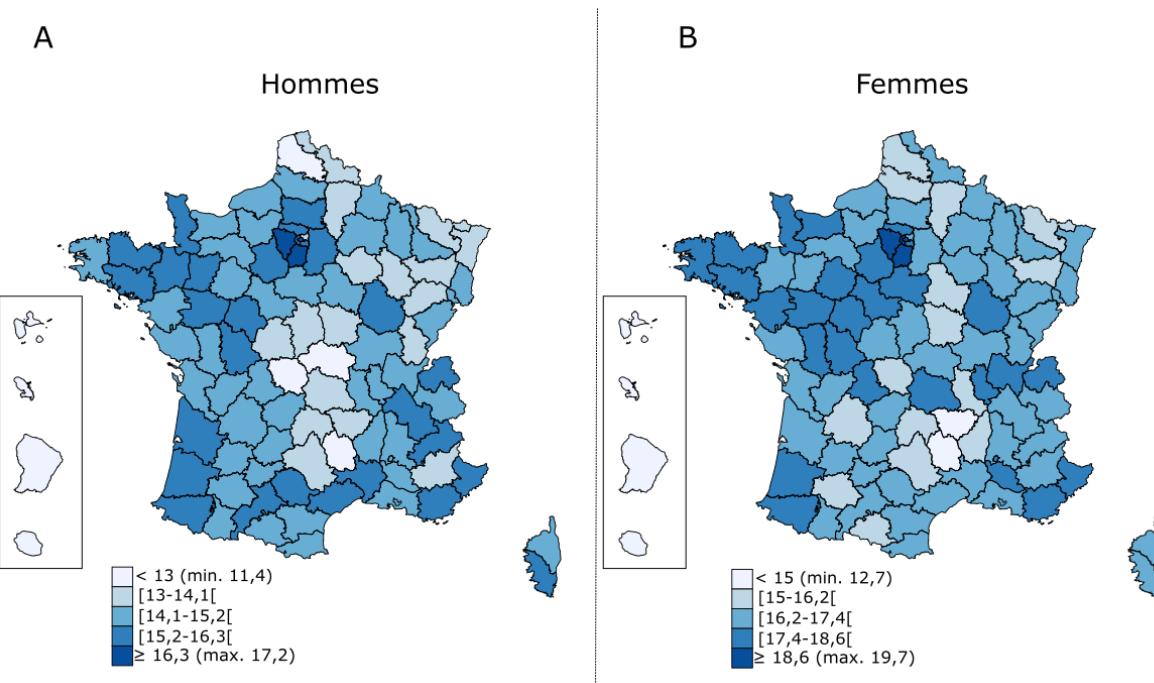
À partir du Baromètre Santé, nous avons pu établir que les pratiques à risque pour la santé sont très différentes entre les DOM et la Métropole : les Métropolitains sont davantage concernés par le tabagisme que les Réunionnais, qui le sont eux-mêmes davantage que les Antillais. Les situations de surpoids et d'obésité sont très surreprésentées dans les deux départements antillais, et en particulier dans la population féminine. Quant à la consommation d'alcool, si les Métropolitains sont plus nombreux à en boire quotidiennement, les alcools consommés ne sont pas les mêmes : les Domiens privilégient les alcools forts, là où les Métropolitains boivent surtout du vin et de la bière : les Domiens consomment donc probablement une plus grande quantité d'alcool pur, entraînant davantage de risques pour la santé. L'étude des pratiques à risque a également mis en évidence des différences territoriales entre les DOM : les Réunionnais consomment davantage de tabac que les Antillais, mais sont moins souvent en situation de surcharge pondérale, bien que leurs pratiques alimentaires soient, comme aux Antilles, moins saines qu'en Métropole, et que l'on y observe également une forte mortalité par maladies endocrinianennes.

On trouve toutefois que la plus faible consommation de tabac des Domiens inverse le gradient social du tabagisme dans ces territoires : les plus instruits (en majorité des non-natifs ou des natifs de retour) ayant « importé » cette pratique métropolitaine. Cela se répercute aussi sur les pathologies associées qui distinguent les DOM des départements métropolitains. Nous ne disposons pas de données de prévalence des différentes maladies chroniques, toutefois les causes de décès, qui peuvent servir de proxy pour les maladies les plus létales, nous laissent apercevoir ces différences : les cancers, principalement du poumon, sont surreprésentés en Métropole du fait du tabagisme, tandis que les maladies cardiovasculaires et les maladies endocrinianennes se retrouvent plus fréquemment dans les DOM. Les causes de décès propres aux DOM (comme les cancers de la prostate chez les hommes) montrent aussi des particularités liées à des expositions spécifiques, notamment aux pesticides dans l'agriculture, comme le chlordécone. La Réunion se caractérise également par un taux de mortalité par cancer du foie élevé pour les deux sexes, mais plus encore pour les femmes. Ce résultat interpelle et peut être

lié à des pathologies telles que les hépatites, ou encore une consommation excessive d'alcool, mais qui ne ressort pas nettement pour les femmes réunionnaises.

Ces pathologies ayant des conséquences sur la santé fonctionnelle différentes, nous montrons grâce aux données de VQS que les DOM, s'ils ne se distinguent pas réellement des autres départements de France du point de vue de la mortalité, ne sont pas tout à fait des départements « comme les autres » s'agissant de l'état de santé fonctionnelle de leur population âgée. On observe en effet une prévalence particulièrement élevée des limitations physiques et des restrictions d'activité pour les femmes aux Antilles, et de manière accrue en Guadeloupe. De manière générale, l'état de santé fonctionnelle des femmes antillaises est particulièrement dégradé, en comparaison des femmes dans les autres départements, mais aussi par rapport aux hommes du même département. Mais surtout, les DOM présentent deux spécificités importantes. La première concerne les troubles sensoriels : s'ils ne se distinguent pas nettement de la Métropole quant à la prévalence générale (les Martiniquais sont mêmes les Français qui vivent le plus longtemps sans ce type de troubles), les difficultés recouvertes par les troubles sensoriels ne sont pas les mêmes : les Domiens sont davantage touchés par les problèmes de vue, mais moins par les problèmes auditifs, par rapport aux Métropolitains. Cela pose la question de l'accessibilité aux soins ophtalmologiques et aux équipements optiques, particulièrement coûteux et mal pris en charge par la Sécurité Sociale, ce qui en rend l'accès peut-être plus difficile à des populations précaires telles que celles des DOM. La seconde spécificité de l'outre-mer se situe au niveau de la prévalence des troubles cognitifs, qui y est nettement plus élevée que dans n'importe quel département métropolitain, pour tous les DOM et quel que soit le sexe (figure 3).

*Figure 3 : Espérance de vie sans limitations cognitives à 60 ans, par département, en 2014*



Champ : personnes âgées de 60 ans et plus, France hors Mayotte

Sources : INSEE (tables de mortalité), enquête DREES VQS 2014 (limitations cognitives)

Le calcul des risques invalidants attribués à chaque type de limitation fonctionnelle (sensorielles, physiques et cognitives) a mis en évidence le caractère très invalidant des

limitations cognitives, surtout génératrices d'incapacités sévères, et des limitations physiques, associées à des incapacités modérées comme des incapacités plus sévères. Du fait de la forte prévalence des limitations cognitives dans la population domienne et du fort risque invalidant associé à ce type de limitations, près de la moitié de l'incapacité sévère en Martinique et à La Réunion est attribuable à des problèmes dans les fonctions cognitives. Cela s'explique notamment par les pathologies spécifiques rencontrées par les populations dominiennes, souvent génératrices de troubles cognitifs : démence vasculaire, maladie de Parkinson..., mais aussi par les consommations d'alcool qui peuvent entraîner des troubles neurologiques. Or, les difficultés cognitives sont très difficiles à gérer, nécessitant généralement une importante aide humaine souvent formelle, les proches étant moins en capacité d'appréhender ces troubles. Cette spécificité domienne aura donc de lourdes conséquences en termes de prise en charge des personnes âgées.

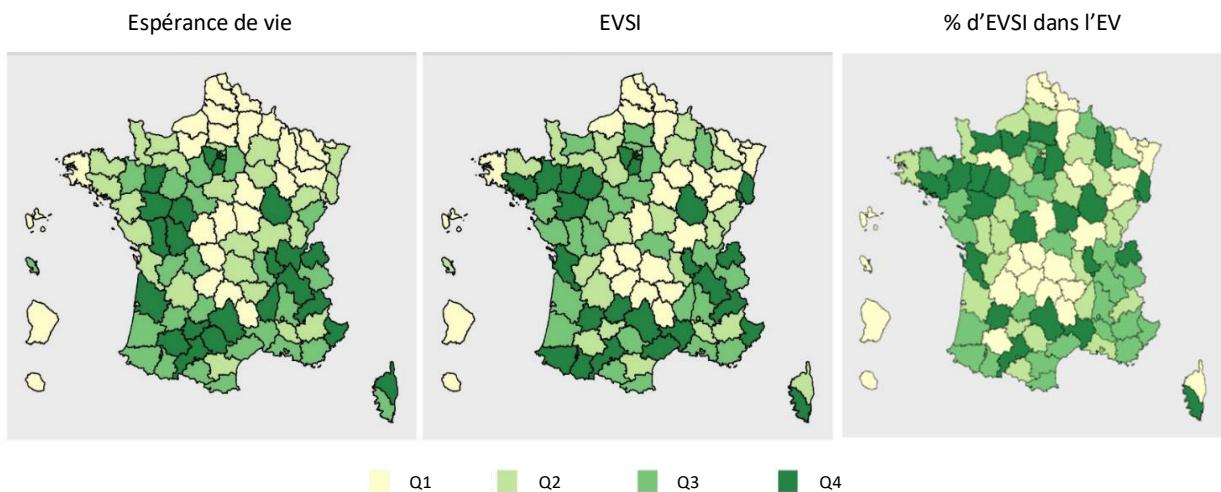
### ***Variations départementales de l'espérance de vie sans incapacité***

Cet axe de travail vise à décrire et analyser les variations d'espérances de vie sans incapacité à l'échelle départementale et les facteurs contextuels associés ; les résultats permettant de discuter de la situation des DOM au regard de celle des autres départements français. Il existe actuellement très peu d'études sur les différences de santé, ou d'espérance de vie en bonne santé, à l'échelle départementale en France, principalement faute de données disponibles représentatives à un échelon infranational. Nous avons utilisé les données de l'enquête VQS 2014, première enquête à offrir un échantillon représentatif de chaque département de France y compris les DOM, pour calculer des estimations d'EVSI départementales pour les 60 ans et plus.

En 2014, l'EVSI à 60 ans est de 15,7 ans pour les hommes et de 17 ans pour les femmes, avec d'importantes variations départementales (figure 4). On vit le plus longtemps, et le plus longtemps sans incapacité dans la moitié sud : Midi-Pyrénées et région Rhône-Alpes ; ainsi qu'en Ile-de-France. Ces départements sont donc doublement avantageés : beaucoup d'années de vie, et beaucoup d'années sans incapacité. A l'opposé, les EV et EVSI les plus faibles se situent en Outre-Mer, et dans les régions du Nord et du Nord-Est.

Dans la moitié ouest du pays, notamment sur le littoral Atlantique (Bretagne, Pays-de-Loire), et la Normandie, la part des années vécues sans incapacité est très importante, bien que ces départements aient des espérances de vie plutôt moyennes, voire faibles. Inversement, on trouve une large zone dans laquelle une faible part de l'espérance de vie est vécue sans incapacité au centre de la France (régions Auvergne, Limousin), alors que parmi ces départements, certains ont des espérances de vie moyennes voire longues (p.ex. la Haute-Vienne). Enfin, on n'observe que peu de différences entre les départements du Nord (excepté Nord-Pas-de-Calais) et du Sud-Ouest en termes de part d'années vécues sans incapacité, alors que les premiers ont de faibles EV et EVSI, et les seconds de longues EV et EVSI. Le Nord-Pas-de-Calais et l'Outre-Mer sont ainsi les départements les plus désavantageés : ils ont les EV et EVSI parmi les plus faibles, et aussi les % d'EVSI parmi les plus faibles. A l'opposé, l'Ile-de-France et la Savoie présentent les valeurs les plus élevées pour les trois indicateurs.

Figure 4 : Espérances de vie, espérances de vie sans incapacité et % d'EVSI dans l'EV à 60 ans par département (quartiles)



Champ : personnes âgées de 60 ans et plus, France hors Mayotte

Sources : INSEE (tables de mortalité), enquête DREES VQS 2014 (données d'incapacité)

L'analyse des facteurs contextuels associés aux variations de l'incapacité, à autres caractéristiques socioéconomiques équivalentes (modèle 1), le potentiel fiscal n'est pas significativement associé aux variations d'incapacité. Les autres variables sont par contre toutes significatives, et montrent une association négative avec l'EVSI, et positive avec l'EVI. Autrement dit, plus les valeurs de ces variables sont élevées, plus l'EVSI est faible, et l'EVI est longue. Cela est un résultat attendu étant donné que ces variables caractérisent un contexte socioéconomique peu favorable. On retrouve ces mêmes associations également dans le modèle complet : contrôler sur le contexte sanitaire ne modifie pas le rôle du contexte socioéconomique.

Quant aux variables de contexte médical, à autres variables socio-sanitaires équivalentes, seules deux variables ressortent : la densité en infirmiers libéraux est négativement associée à l'EVSI et au % d'EVSI, et positivement associée à l'EVI soulignant que la densité de personnel infirmier est corrélée avec les années d'incapacité ; la densité en médecins est au contraire positivement associée à l'EVSI. La significativité de ces variables disparait dans le modèle complet, excepté pour la densité en infirmiers qui reste significativement associée à l'EVI des femmes suggérant la sensibilité de ce type de soins aux situations d'incapacité des femmes âgées. Le lien de la densité de médecins avec les années de vie sans incapacité semble plutôt déterminé par le contexte socioéconomique du département.

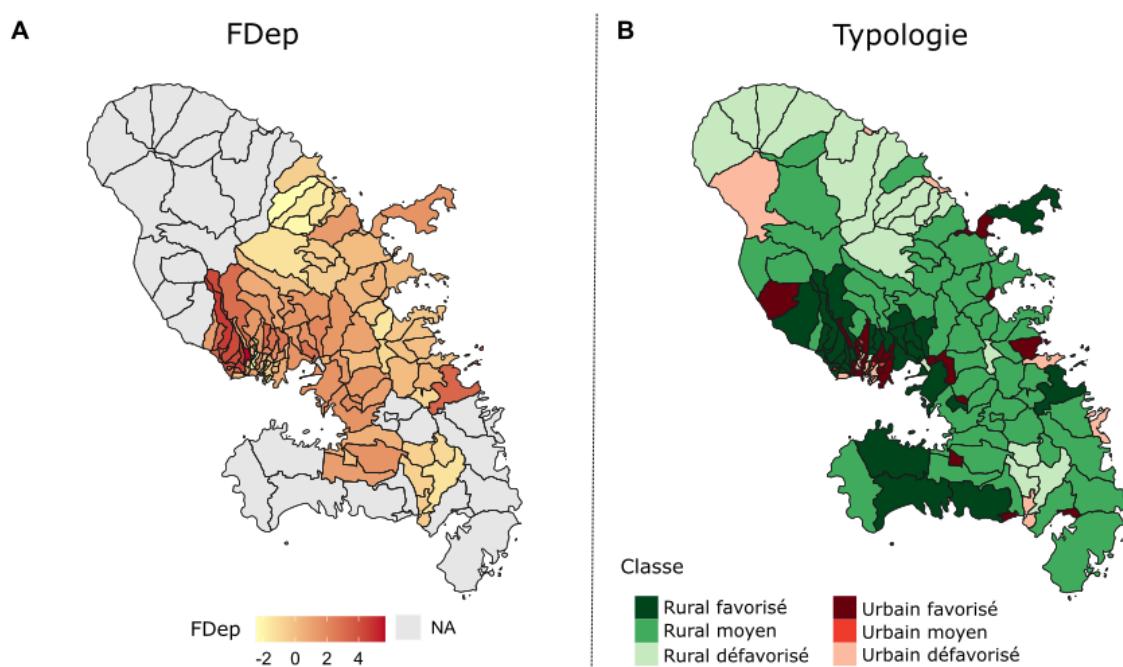
### Limites et difficultés rencontrées

Si nos résultats sont une contribution inédite à la connaissance de la problématique du vieillissement dans les DOM, ils s'accompagnent toutefois de quelques limites et regrets. Nous regrettons tout particulièrement le grand manque de données concernant spécifiquement les DOM, qui a de nombreuses fois restreint les possibilités d'analyses conduites dans le cadre de ce projet et, de manière générale, empêche les comparaisons systématiques entre Métropole et outre-mer.

Il est regrettable que nous n'ayons pu accéder à des données permettant d'estimer la prévalence des pathologies affectant les populations dominiennes (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, troubles musculo-squelettiques...), qui auraient permis d'aller plus loin dans la décomposition des différences d'EVDI entre territoires et d'explorer davantage les écarts liés aux variations dans la prévalence de l'incapacité – celle-ci constituant la majeure partie des différences entre les DOM et la Métropole, bien plus que les écarts liés aux variations dans les niveaux de mortalité. En outre, disposer de telles données nous aurait donné la possibilité d'approfondir l'étude des risques invalidants en calculant ceux associés aux différentes pathologies et les contributions de ces dernières non seulement à la prévalence de l'incapacité, mais aussi à la prévalence de chaque type de limitation fonctionnelle. Cela aurait certainement apporté un éclairage supplémentaire sur certains écarts mis en évidence entre les DOM, ou entre les hommes et les femmes.

Nous regrettions également que les données caractérisant les territoires à l'échelle de l'IRIS ne soient pas toutes disponibles pour l'ensemble des IRIS des DOM – en particulier les données de revenu qui sont absentes pour l'intégralité des IRIS de Guadeloupe et de Guyane, ainsi que pour un certain nombre d'IRIS de Martinique et de La Réunion, ne permettant pas le calcul systématique de l'indice de défavorisation FDep. Nous avons pallié cette absence partielle de données en créant notre propre indicateur, qui, à la différence de FDep, permet également la dichotomie urbain/rural. Néanmoins, celui-ci n'a pas la même portée ni ne se montre aussi significativement lié au risque d'incapacité que FDep, qui est reconnu comme un indicateur central pour l'analyse des disparités territoriales en santé publique. Il est d'autant plus regrettable que les données manquantes concernent les IRIS qui semblent les plus défavorisés (figure 5). Dès lors, l'étude à une échelle géographique fine se voit limitée à un ensemble de territoires plus homogènes que la réalité, ce qui constitue une limite importante à l'exploration des inégalités spatiales de santé au sein de ces départements.

*Figure 5 : Répartition géographique des indicateurs de contexte socio-économique à l'échelle de l'IRIS sur le territoire de la Martinique*



Sources : IGN – Contours IRIS (fonds de carte), INSEE – RP2010, Bases infra communales à l'IRIS et INSEE – FiLoSoFi 2014 (données)

Notre analyse des modes de prise en charge est restreinte aux seules aides informelles en raison de l'absence de données concernant les aides formelles dans MFV. Pourtant, l'articulation entre aide formelle et informelle est particulièrement importante à étudier, ces deux formes d'aide étant montrées dans la littérature comme complémentaires l'une à l'autre. De plus, dans le contexte des DOM, où les traditions de solidarité familiale et communautaire sont fortes, et où l'offre d'aide formelle est encore peu développée, on peut supposer que ces deux formes d'aide ne se combinent pas tout à fait de la même manière qu'en Métropole.

De manière générale, les analyses que nous avons menées ont été limitées par les bornes supérieures des tranches d'âge enquêtées dans les trois sources de données mobilisées. En effet, le Baromètre Santé ne s'intéresse pas aux individus âgés de plus de 75 ans, et l'échantillon de MFV ne va pas au-delà de 79 ans. Dans le cadre d'une recherche sur les déterminants de la perte d'autonomie des personnes âgées, cela en limite nécessairement la portée étant donné que les problèmes de santé les plus invalidants surviennent le plus souvent au-delà de 75, voire 80 ans. Seule l'enquête VQS n'a pas de borne supérieure quant à la tranche d'âge enquêtée et permet ainsi de prendre en considération également les très âgés. Cependant, du fait de sa qualité d'enquête « filtre » pour le dispositif CARE-Ménages, le questionnaire proposé est très court (une page recto-verso) et restreint à la collecte de l'état de santé fonctionnelle de la personne âgée. Aucune variable sociodémographique en dehors du sexe et de l'âge n'y est recueillie, rendant son exploitation impossible pour l'étude des déterminants de problèmes de santé fonctionnelle et de la perte d'autonomie.

Toutefois, de nouveaux dispositifs de collecte de statistique publique offrant un échantillon représentatif des DOM seront prochainement disponibles, et leur exploitation pourra permettre de pallier certaines des limites énoncées plus haut.

### **Apports pour la recherche et les politiques publiques**

Les résultats mis en lumière dans cette thèse montrent la nécessité de poursuivre les recherches concernant l'état de santé des personnes âgées, des facteurs de vulnérabilité et de leurs conséquences, notamment en ce qui concerne les problèmes de santé identifiés comme spécifiques aux DOM (troubles cognitifs, problèmes de vue). Pour ce faire, il est important de renforcer les dispositifs de statistique publique collectant des données représentatives des DOM : bien que ceux-ci se soient multipliés ces dernières années, on est encore loin de disposer de données aussi riches qu'en France métropolitaine et de pouvoir rendre toutes les comparaisons systématiques entre Métropole et outre-mer. Par ailleurs, nos résultats rappellent l'importance de privilégier la comparaison avec les autres départements plutôt qu'avec la Métropole dans son ensemble, mais aussi de distinguer les DOM entre eux. Compte tenu des différences tant dans le contexte socio-économique, que dans les facteurs de risques individuels et environnementaux, ou encore des différences culturelles, les politiques de santé publique destinées aux DOM ne peuvent être calquées sur celles de la Métropole, ni identiques d'un département à l'autre, chacun ayant ses propres spécificités.

Pour conclure, malgré le manque de données permettant de les étudier spécifiquement en comparaison de la Métropole, les DOM restent, paradoxalement, les départements de France

pour lesquels nous avons la meilleure connaissance des conditions du vieillissement à l'échelle départementale, tant concernant les facteurs associés au déclin fonctionnel, que concernant les configurations de prise en charge informelle. C'est peut-être, au-delà du cadre des DOM, un autre des enseignements des résultats obtenus dans le cadre de ce projet : bien que l'échelle politique de gestion du vieillissement en France soit le département, les dispositifs d'analyse à l'échelon infranational restent largement sous-développés.

Le financement a donné lieu à la publication d'une thèse qui est disponible en ligne :

[https://publication-theses.unistra.fr/public/theses\\_doctorat/2022/Crouzet\\_Maude\\_2022\\_ED519.pdf](https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_doctorat/2022/Crouzet_Maude_2022_ED519.pdf)

**Thèse** : CROUZET M., « Incapacité et perte d'autonomie des personnes âgées dans les départements d'outremer », Thèse de doctorat en démographie, Université de Strasbourg, soutenue le 6 janvier 2022. Jury : Didier Breton, Unistra (directeur), Emmanuelle Cambois, Ined (co-directrice), Olivia Samuel, UVSQ (rapportrice), Frédéric Sandron, IRD (rapporteur), Alain Ayerbe, Unistra, Claude- Valentin Marie, Ined, Jean-Marie Robine, Inserm

## DIFFUSION/COMMUNICATION

### Livrables externes réalisés

CROUZET M., CARRERE A., LABORDE C., BRETON D., CAMBOIS E., (2020) « Différences d'espérance de vie sans incapacité dans les départements français : premiers résultats à partir de l'enquête Vie Quotidienne et Santé », Revue Quételet, 8(1), pp. 73–101. <https://doi.org/10.14428/rqj2020.08.01.03>.

LABORDE, C., CROUZET M., CARRERE A., CAMBOIS E., (2020) « Contextual factors underpinning geographical inequalities in disability-free life expectancy in 100 French départements », European Journal of Ageing. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00589-0>.

CROUZET M., (à paraître), « Entre proximité et distance : les réseaux de solidarité des personnes âgées aux Antilles et à La Réunion », en cours d'évaluation par la revue Retraite et Société

### Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou organisé durant la période (et des missions à l'étranger)

CAMBOIS E., CARRERE A., CROUZET M., LABORDE C., « Infranational disability-free life expectancies in France: are the variations associated with the local long-term care organization? », Communication présentée au 31th REVES meeting, Barcelone, 29-31/05/2019

CROUZET M., CARRERE A., LABORDE C., BRETON D., CAMBOIS E., « Différences d'espérances de vie sans incapacité dans les départements français : premiers résultats et facteurs contextuels associés », Présentation au séminaire CARE de la DREES, Paris, 18/12/2018

CAMBOIS E., CARRERE A., CROUZET M., LABORDE C., « Infranational disability-free life expectancies in contexts: the local long-term care organization », Communication présentée au GSA 2018 Annual Meeting, Boston, 14-18/11/2018

CROUZET M., CARRERE A., LABORDE C., BRETON D., CAMBOIS E., « Différences d'espérances de vie sans incapacité dans les départements français », Communication présentée au XXe colloque international de l'AIDELF, Louvain-la-Neuve, 28/08-3/09/2018

CROUZET M., « Aging in the French overseas departments : lifecourse influences on disability at older ages », Poster présenté au XVIIIe Congrès International de la Population, Le Cap, 29/10-4/11/2017

CROUZET M., « Solidarités familiales et intergénérationnelles à destination des plus âgés dans les DOM : exploitations à partir des enquêtes Migrations, Famille et Vieillissement », présenté lors de la Semaine DATA-SHS, Strasbourg, 6 décembre 2022

#### Glossaire

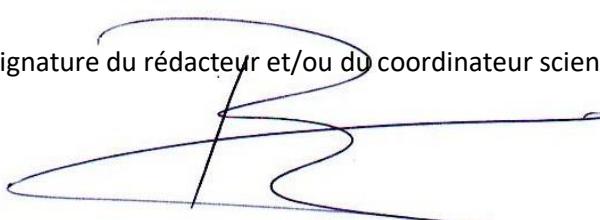
**Livrable** : tout composant matérialisant le résultat de la prestation de réalisation. Toute production émise par le titulaire au cours du projet : document, courrier revêtant un caractère officiel, module de code logiciel, dossiers de tests, application intégrée, objet, dispositif...

**Livrable interne** : réalisé au sein du programme et non communiqué à l'extérieur du programme.

**Livrable externe** : élément diffusé ou livré hors de la communauté du projet de recherche.

**Faits marquants** : élément non nécessairement quantifiable mais significatif pour le projet.

Signature du rédacteur et/ou du coordinateur scientifique de projet (si différents) :



**Ce document est à renvoyer aux adresses suivantes :**

[suiviprojets.iresp@inserm.fr](mailto:suiviprojets.iresp@inserm.fr)