

Sous la direction de
CHRISTOPHE LÉON
FRANÇOIS BECK



Les comportements de santé des 55-85 ans

Analyses du Baromètre santé 2010

Les comportements de santé des 55-85 ans

Les comportements de santé des 55-85 ans

Analyses du Baromètre santé 2010

Sous la direction de
CHRISTOPHE LÉON
FRANÇOIS BECK

Direction de la collection **Thanh Le-Luong**
Édition **Vincent Fournier**

**Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex - France

L'Inpes autorise l'utilisation et la reproduction des résultats
de cette enquête sous réserve de la mention des sources.

Pour nous citer : **Léon C., Beck F., dir. *Les comportements
de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010.***
Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2014 : 192 p.

ISBN 978-2-9161-9243-7

Cette étude a été réalisée par

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Son financement a été assuré par

Le ministère en charge de la santé

La Caisse nationale de l'assurance maladie
des travailleurs salariés (Cnamts)

Les auteurs

François Beck, statisticien et sociologue, responsable du Département enquêtes et analyses statistiques, Direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Julie Bodard, chargée d'études,
Direction des affaires scientifiques, Inpes

Lucette Barthélémy, chargée d'expertise en promotion de la santé,
Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

Bernard Cassou, professeur émérite en santé publique, Université de Versailles, Laboratoire Santé-Environnement-Vieillessement (EA 25-06), Centre de Gériatrie Sainte-Perrine (AP-HP)

Agnès Dublineau, chargée de mission,
Direction de l'information et de la communication, Inpes

Hélène Escalon, économiste, Direction des affaires scientifiques, Inpes

Romain Guignard, statisticien,
Direction des affaires scientifiques, Inpes

Carmen Kreft-Jais, chargée de mission,
Direction des affaires scientifiques, Inpes

Christophe Léon, statisticien, Direction des affaires scientifiques, Inpes

Colette Ménard, psychosociologue,
Direction des affaires scientifiques, Inpes

Stéphanie Pin, sociologue, Direction de la programmation, Inpes

Jean-Baptiste Richard, statisticien,
Direction des affaires scientifiques, Inpes

Enguerrand du Roscoät, psychosociologue,
Direction des affaires scientifiques, Inpes

Thomas Saïas, psychologue, Direction des affaires scientifiques, Inpes

Anne Vuillemin, professeur d'université, Université de Lorraine, Université Paris-Descartes, APEMAC, EA 4360, Faculté du sport (Nancy)

Le comité de pilotage de l'enquête

Pierre Arwidson (Inpes)

Gérard Badéyan (HCSP)

François Baudier (Cnamts)

François Beck (Inpes)

Nathalie Beltzer (ORS IDF)

Marie-Christine Bournot (ORS Pays de la Loire)

Catherine Cavalin (CEE)

Christine Chan-Chee (InVS)

Sandrine Danet (Drees)

Jean-Claude Desenclos (InVs)

Paul Dourgnon (Irdes)

Alain Fontaine (DGS)

Arnaud Gautier (Inpes)

Isabelle Grémy (ORS IDF)

Romain Guignard (Inpes)

Lucie Gonzalez (Drees)

Jean-Baptiste Herbet (Inca)

Viviane Kovess-Mafesty (EHESP)

Jean-Louis Lanoé (Inserm)

Annette Leclerc (Inserm)

Stéphane Legleye (Ined)

Nathalie Lydié (Inpes)

André Ochoa (Fnors)

Lucile Olier (Drees)

Patrick Peretti-Watel (Inserm)

Stanislas Spilka (OFDT)

Jean-Baptiste Richard (Inpes)

Benoît Riandey (Ined)

Thierry Rochereau (Irdes)

Alfred Spira (Iresp)

Alain Trugeon (Fnors)

Pierre Verger (ORS PACA)

Remerciements

Pour leur relecture ou leurs conseils :

Pierre Arwidson (Inpes), **Lucette Barthélémy** (Inpes),
Jocelyne Boudot (Inpes), **Régis Bigot** (Credoc),
Nicolas Bonnet (Respadd), **Pierre Buttet** (Inpes),
Stefano Campostrini (Université de Venise),
Matthieu Chalumeau (CIRDD Bretagne), **Nearkasen Chau** (Inserm),
Jean-Pierre Couteron (Fédération Addiction),
Dominique Deugnier (MILDT), **Bruno Falissard** (Inserm),
Jean-Marie Firdion (CNRS CMH), **Karine Gallopel-Morvan** (EHESP),
Jean-Pierre Giordanella (Cnamts),
Philippe Guilbert (DGS), **Albert Herszkowicz** (DGS),
Myriam Khlát (Ined), **Florence Lafay-Dufour** (MILDT),
Jean-Pierre Poulain (Université de Toulouse), **Maud Pousset** (OFDT).

Pour la qualité de leur travail et leur disponibilité :

Valérie Blineau, **Éric Guillemin**, **Élisabeth Le Berre**,
Michael Léonard, les chefs d'équipe ainsi que
l'ensemble des enquêteurs de l'institut GfK-ISL.
Élisabeth Giudicelli, organisme de contrôle
du recueil des données (OCRD)

Pour leur contribution à la recherche documentaire :

Céline Deroche, **Sandra Kerzanet** et **Laëtitia Haroutunian** (Inpes)

Pour leur soutien dans l'organisation de l'enquête :

Béatrice Gallaine, **Émilie Pineau** et **Christine Riccucci** (Inpes)

Préface

Comme les autres pays européens, la France fait aujourd'hui face au vieillissement de sa population. Dans un contexte de forte prévalence des maladies chroniques, les enjeux individuels et collectifs de ce vieillissement sont très importants : prévenir le risque de perte d'autonomie, maintenir la qualité de vie des personnes, si possible à domicile, pour permettre à tous de vivre le plus longtemps possible en bonne santé.

Dans cette perspective, actualiser et préciser notre connaissance des populations âgées et de leurs comportements de santé est indispensable. C'est pourquoi l'Inpes vous propose aujourd'hui cet ouvrage qui analyse les données de l'enquête Baromètre santé 2010 pour faire le point sur les comportements, attitudes et connaissances en santé des personnes âgées de 55 à 85 ans¹. Grâce à la taille de son échantillon et à la diversité des thématiques abordées, le Baromètre santé est un outil de travail précieux pour l'ensemble des acteurs en lien avec les populations âgées, qu'ils soient élus, décideurs, professionnels de santé, aidants proches ou bénévoles.

1. Lors de sa création en 1992, le Baromètre santé avait limité l'âge des personnes interrogées à 75 ans. Dans son édition de 2010, les 75-85 ans ont été inclus dans l'échantillon après qu'une enquête pilote ait permis de s'assurer de l'adéquation de la méthode d'enquête avec les spécificités liées à l'avancée en âge.

Selon les résultats de notre enquête, les 55-85 ans portent une appréciation plutôt positive sur leur santé. Leur perception des informations sur la santé qu'ils reçoivent, par différents canaux, est plutôt bonne même si l'enquête a par ailleurs permis de relever un certain nombre de craintes. Leurs principaux comportements de santé sont les suivants : la prévalence tabagique des 55-85 ans se situe bien en deçà de celle observée parmi les plus jeunes et diminue avec l'avancée en âge, l'arrêt du tabac étant observé en moyenne autour de 40 ans. En revanche, la consommation quotidienne d'alcool des 55-85 ans reste préoccupante. Leur santé mentale apparaît comme fragile : une personne de 55-85 ans sur cinq déclare avoir récemment vécu un trouble psychique (détresse psychologique, épisode dépressif caractérisé ou pensées suicidaires) et plus de la moitié d'entre elles déclarent avoir eu recours à un médicament psychotrope dans l'année. Les chutes, qui constituent l'un des principaux problèmes de santé liés à l'âge, concernent plus d'une personne sur cinq dans l'année, avec des conséquences parfois tragiques. Dans un registre plus positif, les 55-75 ans affichent des comportements nutritionnels favorables, tant par la diversité de leur alimentation que par l'activité physique. Ces résultats apparaissent sur certains points encourageants mais reflètent néanmoins une grande inégalité. Comme dans le reste de la population, le niveau d'éducation, la situation financière ou encore la participation sociale influencent la perception et les comportements de santé des 55-85 ans.

Depuis 2004, dans le cadre de son programme « Vieillir en bonne santé », l'Inpes œuvre pour l'acquisition d'aptitudes individuelles de protection de l'autonomie et de prévention des incapacités (notamment via des campagnes de communication) mais aussi pour le renforcement des compétences des professionnels médico-sociaux et de l'entourage familial des personnes âgées (par le biais de référentiels, d'outils, d'appuis méthodologiques et de partenariats stratégiques). Depuis 2008, une convention avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a permis de renforcer l'accessibilité des informations de santé auprès des personnes avec des déficits sensoriels et des professionnels de l'aide à domicile. Depuis 2011, un partenariat avec les principaux organismes de retraite² a permis d'informer et de sensibiliser aux enjeux du vieillissement les retraités et leur entourage, ainsi que tous les professionnels concernés.

Le programme « Vieillir en bonne santé » soutient une approche globale et positive de la santé qui a pour ambition d'aborder toute la complexité du vieillissement et de ses enjeux en intégrant les

2. Assurance retraite, Régime social des Indépendants (RSI), Mutualité sociale agricole (MSA).

facteurs individuels (physiques et psychologiques), mais aussi les facteurs sociaux et environnementaux. L'objectif est d'accompagner l'acquisition de comportements favorables à la qualité de vie (alimentation, activité physique, lien social, suivi médical régulier) et de modifier certains comportements à risques (consommation de tabac, d'alcool et mésusage de médicaments), tout en permettant aux personnes de faire des choix de santé éclairés. Le renforcement des compétences psychosociales des personnes joue un rôle essentiel dans la promotion de la santé.

Les résultats, analyses et propositions de cet ouvrage ont vocation à étayer les orientations de notre institut et d'autres acteurs pour mettre en place de nouvelles actions en direction des plus de 55 ans. Pour que la prévention s'adresse à tous, il est aujourd'hui indispensable d'ajuster nos stratégies de prévention des risques liés à l'âge et de promotion d'un vieillissement actif en renforçant les facteurs favorables protecteurs de l'autonomie, en prenant en compte les spécificités individuelles, sociales et environnementales et en inscrivant nos offres dans des parcours de santé accessibles à tous. Cet objectif s'inscrit dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé à tous les âges de la vie.

D^r Thanh Le-Luong

Directrice générale de l'Inpes

Sommaire

Préface

- 19 | **Vers une meilleure connaissance des comportements de santé des aînés et du vieillissement**
François Beck, Julie Bodard
- 27 | **Sentiment d'information et craintes en matière de santé**
Julie Bodard, Christophe Léon, Lucette Barthélémy, Agnès Dublineau
- 53 | **Dépression, détresse psychologique et pensées suicidaires : prévalences, recours aux soins et facteurs associés**
Enguerrand Du Roscoät, Thomas Saïas, Christophe Léon
- 77 | **Pratiques addictives**
Romain Guignard, Julie Bodard, Jean-Baptiste Richard, François Beck
- 101 | **Accidents de la vie courante et chutes**
Stéphanie Pin, Anne Vuillemin
- 121 | **Consommation de soins et prévention**
Colette Ménard, Carmen Kreft-Jais, Christophe Léon
- 143 | **Alimentation et activité physique : pratiques, perceptions et connaissances des recommandations**
Hélène Escalon, Anne Vuillemin, François Beck
- 167 | **Postface | La santé des personnes âgées : quels enjeux, quelle prévention ?**
Pr Bernard Cassou
- 183 | **Annexes**
- 185 | Liste des tableaux et des figures

Vers une meilleure connaissance des comportements de santé des aînés et du vieillissement

FRANÇOIS BECK
JULIE BODARD

Selon le bilan démographique 2012 de l'Institut national de la statistique et des études économiques, au 1^{er} janvier 2013, les personnes âgées d'au moins 65 ans ou plus représentent 17,7 % de la population française¹, proportion comparable à la moyenne européenne. Selon les projections, en 2050, 26,2 % de la population aura plus de 65 ans et la part des 75 ans et plus atteindra 15,6 %. L'espérance de vie atteint désormais 78,4 ans pour les hommes et 84,8 ans pour les femmes [1]. L'allongement de la durée de vie et le vieillissement de la population résidant sur le territoire français pose de fait un certain nombre de défis à la collectivité. Le premier d'entre eux est sans doute d'accompagner ces années de vie supplémentaires par rapport aux générations précédentes et le second, de faire en sorte qu'elles soient le plus longtemps possible sans incapacité et, si possible, heureuses. Ainsi, même si les femmes vivent toujours nettement plus longtemps que les hommes, elles passent de plus en plus de temps avec des limitations d'activité [2].

L'hétérogénéité de cette population majoritairement composée de retraités (jeunes ou âgés) traduit des situations de vie très différentes. Comme à chaque période de la vie, le statut social et économique, le genre, le milieu de vie, les événements qui rythment le cours normal de l'existence (ou le malmènent parfois) sont autant de critères à prendre en compte dans la manière d'avancer en âge [3]. Cette hétérogénéité se trouve aussi marquée par des inégalités sociales de santé auxquelles peuvent être confrontées les personnes avançant en âge, inégalités qui relèvent souvent de l'accumulation des difficultés rencontrées dès la naissance, voire en amont de celle-ci, et tout au long de la vie [4-6]. Face à cet enjeu, l'attention des pouvoirs publics, que ce soit en termes de politiques publiques ou de recherches, semble particulièrement focalisée sur le plus jeune âge [7]. Il n'en reste pas moins qu'un accompagnement vers un vieillissement en santé pour

1. Départements d'outre-mer inclus, sauf Mayotte.

tous est nécessaire [3] jusqu'aux âges les plus avancés [8].

Cette nécessité d'accompagner le vieillissement de la population en préservant autant que possible l'autonomie et la qualité de vie invite – notamment au regard des principes de la Charte d'Ottawa – à penser une approche globale et positive de la santé en favorisant le développement de programmes prenant en compte les facteurs individuels, sociaux et environnementaux, et en recueillant l'information sur les comportements de santé des personnes retraitées ainsi que sur leurs besoins, leurs attitudes, leur qualité de vie, leurs modes de vie, etc. La prévention d'un certain nombre de comportements (consommation de substances psychoactives, mauvaise alimentation, sédentarité, consommation inadéquate de soins...) constitue un enjeu de santé publique de premier plan pour un vieillissement en santé.

Une telle préoccupation s'inscrit pleinement dans le programme « *Vieillir en bonne santé* » de l'Inpes qui, à travers ses différents travaux, promeut les actions prenant en compte les déterminants individuels, sociaux et environnementaux, à différents niveaux stratégiques d'interventions :

- auprès de la personne elle-même ou de son entourage, via des campagnes de communication ou des documents d'information sur les comportements favorables en matière de santé des personnes proches de l'âge de la retraite, des personnes retraitées depuis quelques années et des personnes plus âgées,
- auprès des acteurs de terrain via des référentiels et outils d'intervention pour harmoniser les pratiques professionnelles,
- auprès des décideurs, des élus et des politiques via une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention, de promotion de la santé et de production d'enquêtes nationales sur les attitudes, comportements et mode de vie des Français de 15 à 85 ans.

L'Inpes développe et soutient une série de partenariats avec les acteurs institutionnels, associatifs ou privés qui mènent des actions de prévention et d'éducation pour la santé en direction des personnes âgées. En 2011, une convention de partenariat entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) et l'Inpes a ainsi été mise en place avec l'objectif de renforcer l'information et la sensibilisation des retraités, de leur entourage et des professionnels concernés par le vieillissement en santé.

La tranche d'âge analysée dans cet ouvrage, les 55-85 ans, permet d'embrasser l'ensemble des situations très hétérogènes évoquées précédemment. En effet, que ce soit le passage à la retraite – étape clé de l'avancée en âge marquée par une augmentation du temps libre, un resserrement des activités, une redéfinition des priorités de vie, mais aussi un risque d'isolement – ou d'autres situations de vulnérabilité physique, psychologique et/ou sociale qui peuvent apparaître à différents moments, tous ces événements renvoient à la nécessité de s'adapter au changement. Cette vaste période de vie constituée de diverses séquences nécessite donc d'obtenir un grand nombre d'informations sur les attitudes, comportements et modes de vie. Il ne s'agit pas, bien sûr, de résumer ces situations en quelques chiffres, mais plutôt de proposer des ordres de grandeurs et d'étudier les facteurs associés aux pratiques comme autant de notions qui permettent de poser le débat sur des données plus solides que des idées reçues ou des partis pris qui ne seraient pas toujours fondés.

Les enquêtes représentatives en population générale permettent d'objectiver et de quantifier les pratiques des personnes âgées de 55 à 85 ans par une description de leurs comportements reposant sur leurs propres déclarations. Il s'agit aussi de porter un regard quantitatif et comparatif sur les comportements de santé de ces personnes,

qu'elles soient encore en activité professionnelle, tout juste retraitées, retraitées depuis quelques années ou plus avancées en âge, pour voir à quel point ces générations sont spécifiques par rapport aux précédentes, comment elles ont évolué ces dernières années et quel est le poids du social dans la détermination de ces comportements.

Cet ouvrage s'appuie sur le Baromètre santé 2010, enquête transversale multi-thématique, renouvelée à un rythme quinquennal, qui repose sur un échantillon probabiliste à deux degrés (tirage au sort d'un foyer puis d'un individu au sein de celui-ci) et réalisée par collecte assistée par téléphone et informatique (Cati). Elle met l'accent sur les attitudes et comportements de santé. Le terrain du Baromètre santé 2010, confié à l'institut GfK-ISL, s'est déroulé du 22 octobre 2009 au 3 juillet 2010. Pour avoir une base de sondage la plus exhaustive possible les foyers joignables uniquement par téléphonie mobile ont été intégrés, en plus des foyers équipés d'une ligne fixe (listes rouge et orange comprises).

En termes de méthode d'enquête, les numéros de téléphone ont été générés aléatoirement, ce qui permettait d'interroger aussi les ménages en liste rouge. L'annuaire inversé était utilisé pour envoyer une lettre-annonce aux ménages sur liste blanche (ceux sur liste rouge se la voyaient proposer *a posteriori*) qui mettait l'accent sur l'importance de l'étude afin de minorer les refus de répondre. Si personne ne décrochait ou si la ligne était occupée, les numéros de téléphone étaient alors recomposés automatiquement jusqu'à vingt fois à des horaires et des jours de la semaine différents, l'enquêteur raccrochant à chaque fois après huit sonneries. Pour être éligible, un ménage devait comporter au moins une personne de la tranche d'âge considérée (15 à 85 ans) et parlant le français. À l'intérieur du foyer, un seul individu était sélectionné aléatoirement au sein des membres éligibles du ménage selon la

méthode proposée par Leslie Kish [9]. En cas d'indisponibilité, un rendez-vous téléphonique était proposé et en cas de refus de participation, le ménage était abandonné sans remplacement. L'anonymat et le respect de la confidentialité étaient garantis par une procédure d'effacement du numéro de téléphone ayant reçu l'aval de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

Comme pour l'ensemble des enquêtes téléphoniques menées en France récemment, la participation des personnes sollicitées s'est révélée plus difficile que lors des précédentes vagues [10] : le taux de refus observé a ainsi progressé au cours de la dernière décennie pour atteindre 39 % en 2010. Pour faire face à l'abandon du téléphone filaire au profit du mobile par une partie de la population présentant des caractéristiques particulières en termes de comportements de santé [11, 12], un échantillon de 2 944 individus issus de ménages joignables uniquement sur téléphone mobile a été interrogé en plus des 24 709 individus possédant une ligne fixe à leur domicile (dont 1 104 en dégroupage total, interrogés à partir de leur mobile). Cette procédure est décrite en détail dans l'ouvrage consacré aux comportements de santé des jeunes paru en juin 2013 [7], elle est également disponible en ligne sur le site de l'Inpes². L'échantillon total comprend ainsi 27 653 individus. La passation du questionnaire durait en moyenne trente-cinq minutes.

Les données ont été pondérées par le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage (notamment pour compenser le fait qu'un individu d'un ménage nombreux a moins de chance d'être tiré au sort), et calées sur les données de référence nationales de l'Insee les plus récentes, à savoir celles de l'Enquête emploi

2. www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/pdf/Methode-enquete-Barometre-sante-2010.pdf

2008. Le calage sur marges tient compte du sexe, de la tranche d'âge, de la région de résidence, de la taille d'agglomération, du diplôme et de l'équipement téléphonique.

La force des données mobilisées, issues d'une enquête représentative, est de permettre à la fois une comparaison des 55-85 ans avec les autres âges de la vie, ce qui n'est pas possible dans les enquêtes portant exclusivement sur les aînés, mais aussi une comparaison entre aînés eux-mêmes, ce que permet la grande taille d'échantillon (9 921 personnes âgées de 55-85 ans ont été interrogées dans cette enquête), que ce soit en termes d'âge (en comparant les 55-64 ans aux 65-74 ans et aux 75-85 ans), de genre ou de catégorie sociale.

Cette enquête présente aussi quelques limites : elle ne s'adresse pas aux personnes résidant dans des institutions (qui présentent les fragilités les plus nombreuses) et traite peu des aspects écologiques et environnementaux (alors que ces déterminants sont souvent cruciaux). Sur ces points, d'autres enquêtes telles que les cohortes Share (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) ou PAQUID (Personne âgée QUID) s'avèrent particulièrement utiles et complémentaires en regard des données du Baromètre santé.

Précisons encore que le chapitre relatif aux conduites alimentaires des personnes âgées de 55 à 75 ans est pour sa part une exploitation secondaire du Baromètre santé nutrition, enquête sur les connaissances, opinions et comportements des Français en matière d'alimentation et d'activité physique, conduite par l'Inpes en 2008 [13] et dont la méthodologie est identique à celle déployée dans le cadre du Baromètre santé 2010. Cette enquête a été menée de février à mai 2008 auprès d'un échantillon aléatoire de 4 714 personnes francophones âgées de 12 à 75 ans, représentatif de la population résidant en France métropolitaine.

Comme dans tous les ouvrages de la collection « *Baromètres santé* », chaque chapitre

repose sur une analyse statistique assortie d'une mise en regard avec les données issues d'autres sources. Si les méthodes d'analyse envisagées permettent parfois d'obtenir de la nuance dans les approches, c'est souvent aussi par la mise en perspective avec des recherches de nature différente (sociologiques par exemple) et par la confrontation avec l'observation des acteurs de terrain qu'une meilleure compréhension des comportements de santé des aînés peut émerger.

Cet ouvrage présente ainsi les analyses du sentiment d'information et des craintes ressenties en matière de santé des personnes âgées de 55 à 85 ans, avec un focus sur l'utilisation d'Internet pour raisons de santé, avant de se pencher sur leur santé psychique, que ce soit en termes d'épisodes dépressifs récents, de détresse psychologique ou de pensées suicidaires. La dimension du recours aux soins est également traitée dans ce deuxième chapitre. Les consommations de substances psychoactives sont ensuite abordées, avant les accidents de la vie courante et les chutes, dont on sait qu'ils constituent une des fragilités importantes du grand âge. Les consommations de soins sont également étudiées, avant de clore cet ouvrage sur l'alimentation et l'activité physique des personnes âgées de 55 à 75 ans, que ce soit dans les pratiques ou dans les perceptions et connaissances des recommandations de santé publique sur la nutrition. Une postface interrogeant les enjeux de santé et la prévention à adopter chez les personnes âgées conclut cet ouvrage.

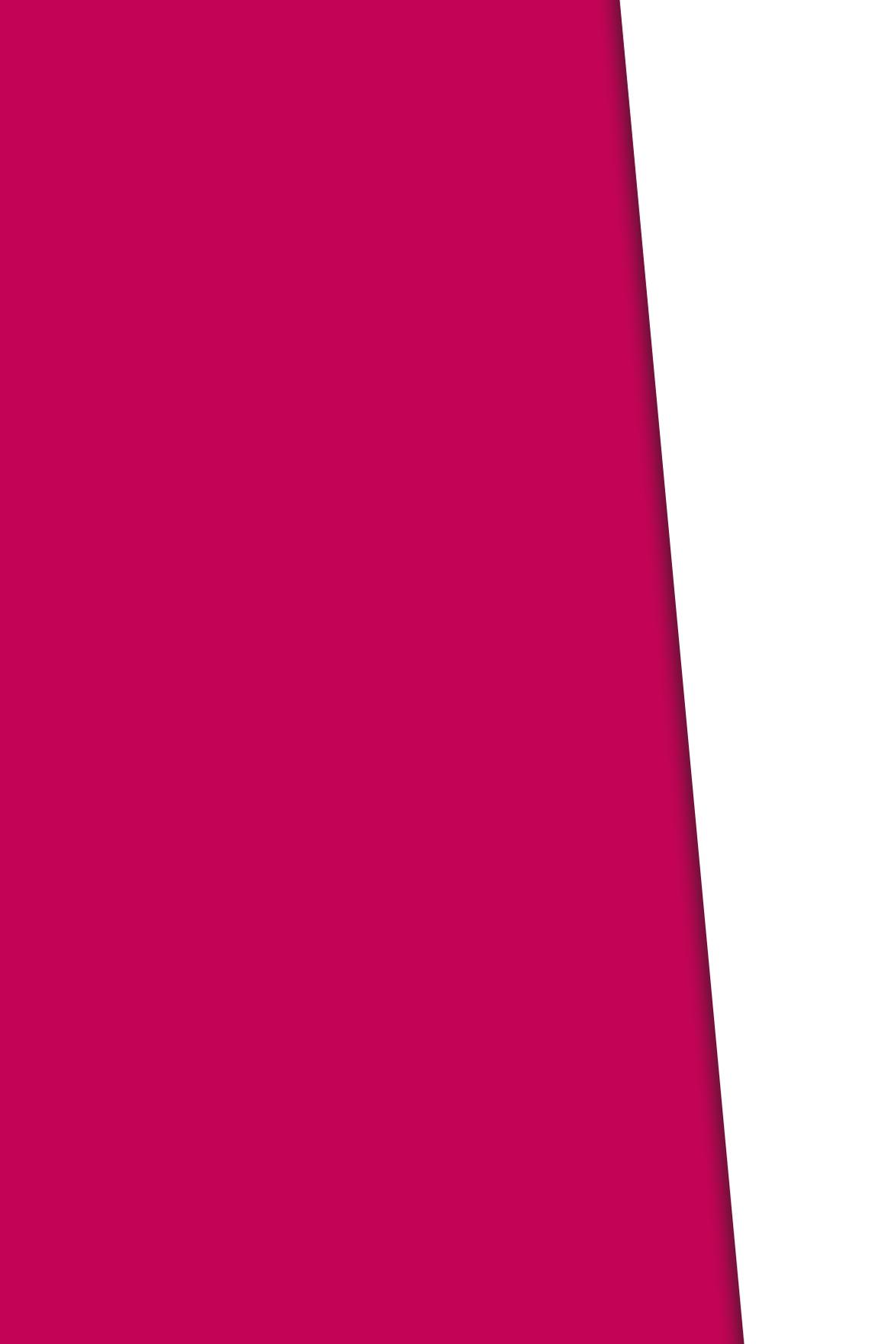
Chacun des chapitres propose une lecture en termes de genre mais aussi d'inégalités sociales, approche incontournable dans l'observation et la compréhension contemporaines des comportements de santé. Ces inégalités résultent à la fois du contexte socioéconomique et environnemental, des comportements, des modes de vie et

du recours aux soins, dans un processus cumulatif qui s'installe avant même la naissance et s'enracine pendant l'enfance et l'adolescence, avec d'importantes disparités de territoire et de genre. Si un accès équitable aux soins constitue un enjeu majeur, les principaux déterminants des inégalités de santé restent extérieurs au système de soins. L'un des grands défis des prochaines années est de faire en sorte que les mesures de santé publique ne renforcent pas ces inégalités, même si elles permettent l'amélioration de l'état de santé moyen de la population. Cet objectif requiert le développement de modes d'interventions plus ciblées sur les plus vulnérables, avec en particulier une prévention de l'isolement social qui apparaît comme capitale à ces âges de la vie.

Mieux connaître les comportements de santé des personnes âgées de 55 à 85 ans permet de mieux identifier leurs besoins et leurs attentes pour favoriser l'information et l'accompagnement de ce public aux différentes étapes du parcours de vie. La santé est à la fois un capital à préserver mais aussi une ressource à mobiliser dans une perspective de construction du bien-être. Les différents travaux menés dans cet ouvrage constituent une invitation à la réflexion et à l'approfondissement des quelques pistes pour l'action qui y sont esquissées. Ils contribuent notamment à l'élaboration de contextes épidémiologiques qui sont au fondement des orientations stratégiques de l'Inpes concernant les actions à développer en direction des personnes avançant en âge.

Bibliographie

- [1] Bellamy V., Beaumel C. « Bilan démographique 2012. La population croît, mais plus modérément ». *Insee Première*, janvier 2013, n° 1429 : 4 p. En ligne : www.insee.fr/fr/themes/document.asp?req_id=0&ref_id=ip1429 [dernière consultation : 30/12/2013]
- [2] Robine J.-M., Cambois E. « Les espérances de vie en bonne santé des Européens ». *Population et Sociétés*, avril 2013, n° 499 : 4 p. En ligne : www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/bdd/publication/1639/ [14/11/2013]
- [3] Richard L., Barthélémy L., Tremblay M.-C., Pin S., Gauvin L. dir. *Interventions de prévention et de promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-québécois*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2013 : 112 p.
- [4] White M., Adams J., Heywood P. "How and why Do Interventions that Increase Health Overall Widen Inequalities within Populations?" In : Babones S. dir. *Health, Inequality and Society*. Bristol : Policy Press, 2009 : p. 65-82.
- [5] Melchior M., Moffitt T.E., Milne B. J., Poulton R., Caspi A. "Why Do Children from Socioeconomically Disadvantaged Families Suffer from Poor Health when They Reach Adulthood? A Life-Course Study". *American Journal of Epidemiology*, 2007, vol. 156, n° 8 : p. 966-974.
- [6] Ferraro K.F., Shippee T.P. "Aging and cumulative inequality : how does inequality get under the skin?" *Gerontologist*, 2009, vol. 49, n° 3 : p. 333-43.
- [7] Beck F., Richard J.-B. dir. *Les comportements de santé des jeunes : analyse du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes : 344 p.
- [8] Lalive d'Épinay C., Spini D., dir. *Les années fragiles : la vie au-delà de quatre-vingt-ans*. Laval : PUL, 2008 : 378 p.
- [9] Kish L. "A procedure for objective respondent selection within the household". *Journal of the American Statistical Association*, 1949, vol. 44, n° 247 : p. 380-387.
- [10] Beck F., Guilbert P., Gautier A., Arwidson P. « L'acharnement téléphonique dans les enquêtes est-il justifié ? » In : Guilbert P. Haziza D., Ruiz-Gazen A., Tillé Y. *Méthodes de sondages. Cours et cas pratiques. Master, écoles d'ingénieurs*. Paris : Dunod, Collection Sciences Sup, 2008 : p.254-259.
- [11] Gautier A., Beck F., Marder S., Legleye S., Riandey B., Gayet A. et al. « Téléphones portables exclusifs : résultats d'une méthode de génération partielle de numéros ». In : Lavallée P., Rivest L. *Méthodes d'enquêtes et sondages. Pratiques européenne et nord-américaine*. Paris : Dunod, coll. Sciences Sup, 2006 : p. 60-63.
- [12] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. « Aux abonnés absents : liste rouge et téléphone portable dans les enquêtes en population générale sur les drogues ». *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 2005, n° 86 : p. 5-29.
- [13] Escalon H., Bossard C., Beck F. dir. *Baromètre santé nutrition 2008*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2009 : 419 p.



L'essentiel

Sentiment d'information et craintes en matière de santé

L'avancée en âge s'accompagne de changements et d'adaptations qui affectent les caractéristiques individuelles (physiques, cognitives, psychiques...) et sociales (en particulier l'activité professionnelle) des personnes. Face à cela, les besoins des individus, notamment en termes de santé, évoluent. L'information largement diffusée sur la santé, via différents médias, peut apporter des éléments de réponses mais peut, à l'inverse, générer des craintes vis-à-vis des maladies ou des risques liés à la santé, surtout à des moments clés de cette période de la vie. Ce chapitre est donc l'occasion de présenter le niveau d'information des 55-85 ans et leur perception des risques de santé au travers des différentes craintes exprimées.

Chez les 55-85 ans, le sentiment d'information est plutôt bon. Plus de 8 personnes sur 10 déclarent se sentir bien informées sur le tabac, l'alcool, la contraception, le cancer ou le sida ; entre 5 et 7 personnes sur 10 s'estiment bien informées sur la vaccination, les infections sexuellement transmissibles (IST, hors sida), la maladie d'Alzheimer, la dépression, les risques liés à l'environnement, les nouvelles épidémies et les maladies professionnelles. Seuls les thèmes du sida et du tabac obtiennent un degré d'information plus élevé chez les plus jeunes (15-54 ans).

Des différences de niveau d'information apparaissent entre les hommes et les femmes. Ces dernières se

sentent, comme c'est le cas aux autres âges de la vie, mieux informées que les hommes à propos de la dépression et de la contraception alors que les hommes se déclarent mieux informés que les femmes au sujet de l'alcool, des maladies professionnelles ou encore du sida.

Suivant l'âge, le niveau d'information diffère selon le thème de santé évoqué, les 75-85 ans se sentant moins bien informés que les 55-74 ans sur le tabac, l'alcool, la contraception et le sida. Une analyse des facteurs associés au fait de se sentir « *très bien* » ou « *plutôt bien* » informé en matière de santé indique qu'un niveau de diplôme élevé, une perception financière positive, une participation sociale et une bonne santé mentale favorisent un meilleur niveau d'information.

En termes d'évolution depuis 2000, la vaccination est le seul thème, mais pas des moindres, qui accuse une baisse significative du sentiment d'être bien informé.

Concernant la perception des risques, les maladies dues à l'alcool et au tabac, les maladies professionnelles, les nouvelles épidémies et les accidents de la vie courante sont craints par une faible proportion des 55-85 ans. En revanche, plus de la moitié d'entre eux estiment craindre « *beaucoup* » ou « *pas mal* » la maladie d'Alzheimer, le cancer et les accidents de la circulation.

Les femmes de 55-85 ans ont plus de craintes que les hommes vis-à-vis du cancer, de la maladie d'Alzheimer,

des accidents de la circulation, des accidents de la vie courante et des risques liés à la consommation d'aliments transformés ou pollués. Les hommes, eux, expriment significativement plus de craintes que les femmes en ce qui concerne les maladies dues à l'alcool et au tabac et les maladies professionnelles.

D'une manière générale, les 55-64 ans ont plus de craintes que les 65-85 ans. Seules les maladies dues au tabac et les maladies professionnelles génèrent moins de craintes chez les 55-85 ans que chez les 15-54 ans. Un faible niveau de diplôme, une perception négative de sa situation financière et une incapacité physique (maladie chronique ou limitation fonctionnelle) sont des facteurs qui contribuent à un niveau de crainte plus élevé. En termes d'évolution, le cancer, la maladie d'Alzheimer et la consommation d'aliments transformés suscitent plus de craintes qu'il y a cinq ans.

Face à l'ensemble de ces résultats, il apparaît qu'une approche plus globale et plus positive de l'avancée en âge doit être prise en compte afin d'améliorer l'information et réduire les craintes des personnes âgées de 55 ans et plus. Sur cette grande période de trente ans, les niveaux d'information sur l'avancée en âge doivent prendre en compte les spécificités liées à l'âge, au genre, à l'état de santé, au niveau socioéconomique, ainsi qu'à des données socio-environnementales.

Sentiment d'information et craintes en matière de santé

JULIE BODARD
CHRISTOPHE LÉON
LUCETTE BARTHÉLÉMY
AGNÈS DUBLINEAU

INTRODUCTION

L'avancée en âge s'accompagne de changements qui affectent tout autant les caractéristiques personnelles des individus (physiques, cognitives, psychiques...) que certaines caractéristiques de leur appartenance sociale (notamment l'activité professionnelle) [1]. Plusieurs enquêtes ont montré que la deuxième moitié de la vie d'adulte est bousculée par des tournants de différentes natures pouvant être rattachés à des événements professionnels (changement de cap dans la carrière professionnelle, passage à la retraite), des événements familiaux (naissance de petits-enfants, décès de proches), ou des événements de santé (apparition de maladie affectant soi-même ou ses proches) [2]. Le genre, l'âge et la catégorie sociale peuvent être des facteurs déterminants dans l'appréciation de ces changements de vie. En effet, pour les hommes, par exemple, le marqueur psychique du vieillissement est souvent lié à

la perte du statut professionnel ; les femmes sont plus sensibles aux événements qui vont questionner leur identité féminine [3]. En ce qui concerne l'âge, la perte de statut professionnel marque davantage un tournant dans la vie des quinquagénaires et des sexagénaires que la santé ; pour les octogénaires, c'est la santé qui occupe une place prépondérante dans les changements de la vie car elle leur impose un certain nombre d'aléas [2]. Enfin, la catégorie sociale est aussi un critère décisif de la qualité de vie des seniors : la « double peine » des ouvriers (vie professionnelle plus éprouvante et espérance de vie réduite par rapport à d'autres CSP) a par exemple été largement démontrée par de nombreux travaux [4].

Toutes ces évolutions peuvent, dans certaines conditions, s'avérer anxiogènes pour les personnes qui y sont confrontées, et les représentations sociales ne sont pas toujours facilitantes, bien au contraire.

Toutefois, de par les modifications économiques, sociales et technologiques que vit la société depuis la seconde moitié du ^{xx}e siècle, la définition du vieillissement et le regard porté sur cette période de la vie évoluent [1]. Face à cela, les besoins des individus, notamment en termes de santé, changent également. Dans une société où l'accès à l'information n'a plus de barrière, où toute question trouve une réponse (parfois non validée scientifiquement), il existe finalement peu de données dans la littérature sur le niveau d'information santé ressenti chez les seniors. De plus, on peut se demander si cette (sur)information, surtout lors de ce second temps de la vie, n'accroît pas les craintes vis-à-vis des maladies ou des risques liés à la santé.

Ce chapitre présente dans un premier temps le niveau d'information des 55-85 ans puis, dans un deuxième temps, leur perception des risques de santé à travers diffé-

rentes craintes exprimées. Ces deux parties permettent de distinguer les facteurs sociaux associés, puis de déterminer les profils des personnes les moins bien informées et de celles qui développent le plus de craintes par rapport à la santé. Grâce aux précédents Baromètre santé de l'Inpes, des évolutions du sentiment d'information¹ et des craintes en matière de santé sont présentées depuis 2000 et 2005. Enfin, une troisième partie présente les différents usages d'Internet en matière de santé chez les 55-85 ans, et les thèmes de santé spécifiquement recherchés par ces derniers.

Ces données devraient permettre aux professionnels du champ de la prévention et de la promotion de la santé de cerner les perceptions des personnes âgées de 55 à 85 ans en matière d'information et de craintes relatives à la santé, et ainsi d'orienter et d'adapter les messages de santé en tenant compte des spécificités identifiées.

RÉSULTATS

SENTIMENT D'INFORMATION EN MATIÈRE DE SANTÉ

La perception du degré d'information des personnes âgées de 55 à 85 ans a été mesurée à l'aide de la question « *Pour chacun de ces grands thèmes de santé², avez-vous, personnellement, le sentiment d'être informé ?* »

Les enquêtés se positionnent sur une échelle de Likert : « *très bien* », « *plutôt bien* », « *plutôt mal* », « *très mal* » informé, « *ne sait pas* ». Pour faciliter l'analyse, les modalités ont été regroupées en « *bien informé* » (regroupant « *très bien* » et « *plutôt bien* ») et en « *mal informé* » (regroupant « *très mal* », « *plutôt mal* » et « *ne sait pas* »). La perception de l'information sur le cannabis a volontairement été exclue de l'analyse car cette pratique concerne une faible proportion de personnes âgées de 55 à 85 ans.

Un sentiment d'information plutôt élevé chez les personnes âgées de 55 à 85 ans

Parmi les douze grands thèmes de santé publique abordés, trois tendances se dégagent en termes de perception de son degré d'information [figure 1].

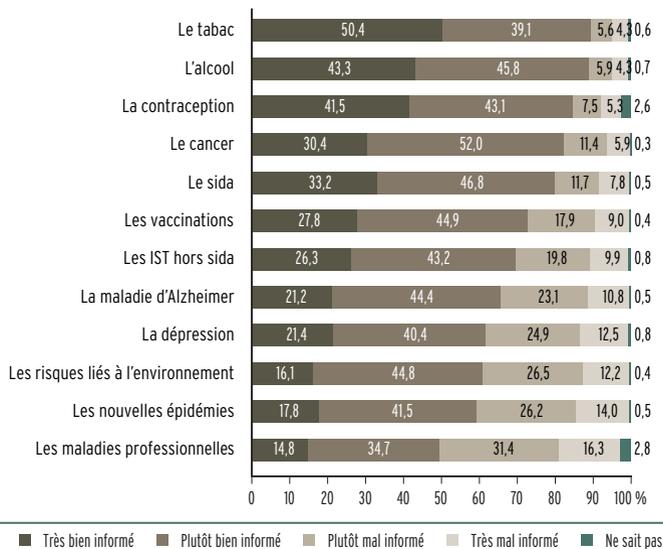
Sur cinq thèmes de santé, plus de 8 personnes sur 10 ont le sentiment d'être « *très bien* » ou « *plutôt bien* » informées : il s'agit du tabac (89,5 %), de l'alcool (89,1 %),

1. Ce sentiment d'information doit bien sûr être distingué de l'information « *réellement* » détenue (qui – faut-il le rappeler ? – ne suffit pas le plus souvent à elle seule à entraîner la mise en œuvre de comportements favorables à la santé).

2. L'alcool, le tabac, les risques de santé liés à l'environnement, les maladies professionnelles, le cancer, la maladie d'Alzheimer, les nouvelles épidémies, la dépression, la contraception, les infections sexuellement transmissibles (en dehors du sida), le sida.

FIGURE 1

Perception du sentiment d'information sur les grands thèmes de santé parmi les 55-85 ans en 2010 (en pourcentage)



de la contraception (84,6 %), du cancer (82,4 %) et du sida (80,0 %).

En revanche, pour six autres thèmes de santé, le sentiment d'information est moindre : la vaccination (72,7 %), les IST hors sida (69,5 %), la maladie d'Alzheimer (65,6 %), la dépression (61,8 %), les risques liés à l'environnement (60,9 %) et les nouvelles épidémies (59,3 %).

Le thème des maladies professionnelles se distingue, puisque seule une personne sur deux se déclare « très bien » ou « plutôt bien » informée.

Des différences de perception du sentiment d'information apparaissent entre les hommes et les femmes de 55 à 85 ans [figure 2] : les femmes ont un sentiment d'information significativement plus élevé que les hommes à propos de la dépression (63,3 % vs 59,9 % ; $p < 0,05$) et de la contraception (86,9 % vs 81,8 % ; $p < 0,001$) alors que les hommes se déclarent mieux informés

que les femmes au sujet de l'alcool (91,6 % vs 87,0 % ; $p < 0,001$), des maladies professionnelles (53,9 % vs 45,9 % ; $p < 0,001$) et du sida (81,4 % vs 78,7 % ; $p < 0,05$).

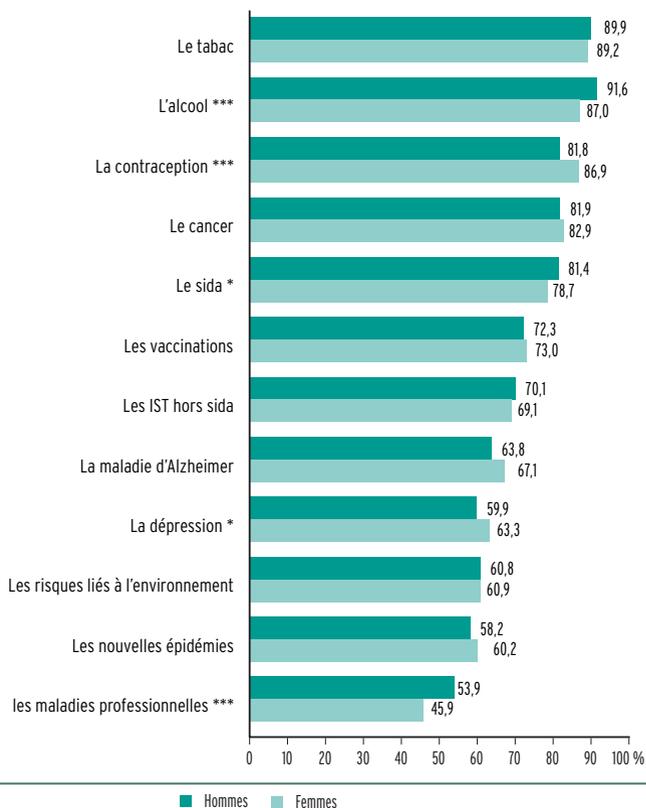
En comparaison avec la population des 15-54 ans, le sentiment d'information augmente avec l'âge sur une grande partie des thèmes proposés [figure 3]. Seuls les thèmes du sida et du tabac obtiennent un degré d'information significativement plus élevé parmi un public plus jeune.

Toutefois, lorsque l'on porte attention aux différentes tranches d'âge au sein des 55-85 ans, le niveau du sentiment d'information diffère selon le thème de santé évoqué.

Les personnes âgées de 75-85 ans se sentent moins bien informées pour quatre thèmes sur douze : c'est le cas du tabac (83,5 % parmi les 75-85 ans vs 91,5 % parmi les 54-74 ans ; $p < 0,001$), de l'alcool (86,4 % vs 90,0 % ; $p < 0,05$), de la contraception (76,8 % vs 87,2 % ; $p < 0,001$) ou

FIGURE 2

Personnes de 55-85 ans se déclarant bien informées (« très bien » ou « plutôt bien ») sur les grands thèmes de santé selon le sexe en 2010 (en pourcentage)



* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

encore du sida (72,3 % vs 82,5 % ; p<0,001) [figure 3, tableau I].

En revanche, pour deux thèmes, le sentiment d'information s'améliore significativement avec l'avancée en âge. En effet, certaines maladies ont un écho plus important auprès des personnes âgées de 65 à 85 ans qu'auprès des personnes de 55 à 64 ans : c'est le cas des risques de santé liés à l'environnement (55,3 % parmi les 55-64 ans vs 65,6 % parmi les 65-85 ans ; p<0,001) et de la maladie d'Alzheimer (62,4 % vs 68,3 % ; p<0,01).

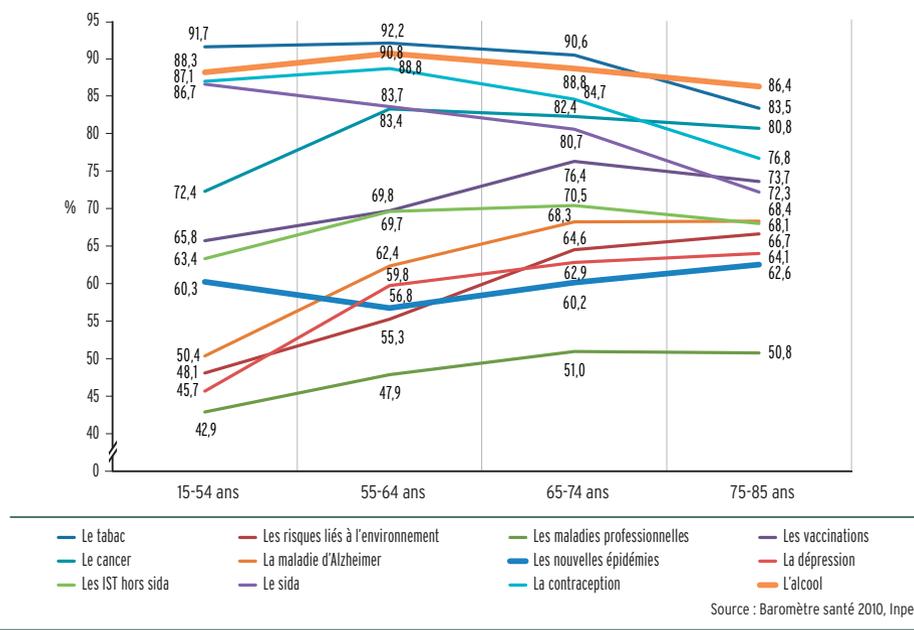
Un thème apparaît comme spécifique : la vaccination. On observe pour ce thème une amélioration du sentiment d'information entre 65 et 74 ans, 76,4 % se déclarant bien informés vs 69,8 % parmi les 55-64 ans et 73,7 % pour les 75-85 ans (p<0,001).

Les facteurs qui influencent le degré d'information

Après ajustement, il apparaît que les personnes ayant un diplôme supérieur ou égal au bac se sentent mieux informées sur

FIGURE 3

Personnes se déclarant bien informées (« très bien » ou « plutôt bien ») sur les grands thèmes de santé parmi les 15-85 ans selon l'âge en 2010 (en pourcentage)



l'alcool (OR=2,1; $p < 0,01$), le tabac (OR=2,4; $p < 0,001$), le cancer (OR=1,8; $p < 0,01$), la maladie d'Alzheimer (OR=1,6; $p < 0,01$), la contraception (OR=1,5; $p < 0,05$) et le sida (OR=1,5; $p < 0,05$) [tableau I].

La perception de l'enquêté sur sa situation financière s'avère étroitement liée à la perception de son degré d'information. En effet, les personnes se déclarant sans difficulté financière expriment un sentiment d'information plus élevé pour l'alcool (OR=1,7; $p < 0,01$), le tabac (OR=1,7; $p < 0,05$), les maladies professionnelles (OR=1,5; $p < 0,05$) et les vaccinations (OR=1,4; $p < 0,05$).

La participation sociale, analysée par le fait d'avoir eu des activités de groupe ou de loisir (réunions, activités religieuses, associations, cinéma, sport, soirées) au cours des huit derniers jours, semble également liée positivement à la perception de

son niveau d'information : c'est le cas pour le tabac (OR=1,4; $p < 0,05$), le cancer (OR=1,4; $p < 0,01$), la maladie d'Alzheimer (OR=1,2; $p < 0,05$), la contraception (OR=1,3; $p < 0,05$) et le sida (OR=1,3; $p < 0,05$).

La détresse psychologique³ des personnes interrogées semble avoir un impact sur leur niveau d'information. Hormis pour l'alcool et le tabac, les personnes n'étant pas considérées en détresse psychologique se sentent plus fréquemment bien informées.

Profil des personnes les moins bien informées

Tous thèmes confondus, le sentiment général d'information de l'ensemble des personnes

3. La détresse psychologique est définie par un score inférieur à 56 au test MH5.

TABLEAU I

Modèles logistiques sur le fait de se sentir bien informé (« très bien » ou « plutôt bien ») sur les grands thèmes de santé parmi les personnes âgées de 55 à 85 ans en 2010 (n = 3188)

	N	L'alcool		Le tabac		Les risques de santé liés à l'environnement		Les maladies professionnelles		Les vaccinations	
		%	OR	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR
Sexe		***				***					
Homme (réf.)	1 303	91,6	1	89,9	1	60,8	1	53,9	1	72,3	1
Femme	1 956	87,0	0,7*	89,2	1,0	60,9	1,1	45,9	0,8**	73,0	1,1
Âge		**		***		***		***		***	
55-64 ans (réf.)	1 674	90,8	1	92,2	1	55,3	1	47,9	1	69,8	1
65-74 ans	966	88,8	0,8	90,6	0,9	64,6	1,5***	51,0	1,2	76,4	1,4*
75-85 ans	619	86,4	0,8	83,5	0,6**	66,7	1,8***	50,8	1,3	73,7	1,2
Situation professionnelle		*				***				**	
Travail (réf.)	686	90,0	1	91,8	1	55,6	1	50,9	1	68,6	1
Retraite	2 255	89,0	1,2	88,7	1,1	62,2	1,0	50,0	0,9	74,1	1,1
Autre situation	318	88,3	1,4	91,3	2,1	60,9	1,1	43,6	0,8	70,8	1,1
Catégorie socioprofessionnelle		***		***							
Agriculteurs exploitants	129	81,1	0,7	82,8	1,1	58,2	0,8	49,1	0,9	72,1	0,9
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	271	90,2	1,2	88,8	1,3	67,4	1,2	57,9	1,2	69,2	0,8
Cadres, professions intellectuelles supérieures	670	93,0	1,1	93,2	1,5	60,7	1,0	48,5	0,8	71,7	0,8
Professions intermédiaires	859	92,0	1,1	93,3	1,7*	61,7	1,0	47,5	0,8	75,0	1,0
Employés	811	86,3	1,0	89,2	1,5	59,5	1,0	49,1	1,0	72,7	0,9
Ouvriers (réf.)	473	86,9	1	84,0	1	58,8	1	50,2	1	72,5	1
Diplôme		***		***							
Sans diplôme (réf.)	367	82,9	1	80,9	1	58,9	1	46,5	1	72,9	1
Inférieur au bac	1 716	88,9	1,3	90,4	1,9***	61,9	1,2	51,4	1,2	72,8	1,0
Bac et supérieur au bac	1 176	94,0	2,1**	94,5	2,4***	60,2	1,0	48,2	1,0	72,3	0,9
Perception financière		***		***		*		***		***	
À l'aise/ça va	2 004	92,1	1,7**	92,4	1,7*	62,7	1,1	53,2	1,5*	75,5	1,4*
C'est juste	888	86,0	1,2	86,1	1,1	58,7	1,0	45,4	1,1	69,6	1,1
Difficile/dettes (réf.)	349	82,3	1	83,7	1	57,5	1	42,4	1	67,3	1
Vit seul		***		***				*			
Non	1 943	90,4	1,2	91,0	1,3	60,7	1,0	50,5	1,0	72,8	1,0
Oui (réf.)	1 316	85,7	1	85,6	1	61,3	1	47,0	1	72,5	1
Conversation ou visite au cours des 8 derniers jours		**		*							
Non (réf.)	490	84,4	1	86,8	1	62,0	1	51,7	1	69,3	1
Oui	2 758	90,1	1,5*	90,1	1,1	60,7	0,9	49,1	0,9	73,4	1,2
Activité ou loisir au cours des 8 derniers jours		***		***							
Non (réf.)	1 393	86,4	1	86,5	1	59,4	1	48,7	1	72,8	1
Oui	1 866	91,4	1,3	92,1	1,4*	62,1	1,1	50,3	1,0	72,6	0,9
Détresse psychologique		***		*		***		***		***	
Non (réf.)	2 651	90,2	1,3	90,1	1,1	62,9	1,6***	51,7	1,5***	74,8	1,7***
Oui	606	84,2	1	86,7	1	51,8	1	39,7	1	63,2	1

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

	Le cancer		La maladie d'Alzheimer		Les nouvelles épidémies		La dépression		La contraception		Les IST (hors sida)		Le sida	
	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR
							*		***				*	
	81,9	1	63,8	1	58,2	1	59,9	1	81,8	1	70,1	1	81,4	1
	82,9	1,2	67,1	1,3*	60,2	1,2	63,3	1,2*	86,9	1,9***	69,1	1,1	78,7	1,0
			**						***				***	
	83,4	1	62,4	1	56,8	1	59,8	1	88,8	1	69,7	1	83,7	1
	82,4	1,1	68,3	1,3*	60,2	1,1	62,9	1,2	84,7	0,7	70,5	1,1	80,7	1,0
	80,8	1,2	68,4	1,4**	62,6	1,3*	64,1	1,3*	76,8	0,5***	68,1	1,1	72,3	0,7*
			*						***				***	
	84,5	1	62,0	1	56,8	1	58,9	1	88,8	1	71,1	1	86,7	1
	81,6	0,8	66,7	1,1	60,1	1,0	61,8	1,0	83,3	1,0	68,9	0,9	78,2	0,7*
	84,5	1,4	64,4	1,1	58,2	1,1	66,6	1,4	86,5	1,1	71,1	1,1	79,8	0,8
	***		***						***		**		***	
	67,6	0,6*	57,4	0,8	53,8	0,7	55,6	0,8	63,8	0,4***	55,8	0,6*	64,6	0,6
	83,7	1,3	72,4	1,6*	61,7	1,0	68,0	1,3	83,8	1,2	73,3	1,3	80,1	1,2
	86,0	1,2	70,3	1,2	59,4	0,8	59,8	0,9	88,2	1,4	72,2	1,2	85,9	1,4
	86,1	1,3	69,3	1,2	59,9	0,9	65,2	1,1	89,0	1,4	72,4	1,2	83,9	1,3
	83,3	1,3	64,1	1,1	59,4	0,9	61,2	1,0	86,8	1,3	68,8	1,1	78,5	1,1
	76,3	1	56,6	1	58,4	1	58,4	1	79,0	1	66,5	1	75,3	1
	***		***		*		*		***		*		***	
	75,6	1	58,5	1	56,8	1	57,7	1	76,2	1	65,1	1	71,3	1
	82,3	1,4*	64,7	1,2	58,9	1,1	62,4	1,2	85,5	1,6**	70,1	1,2	80,7	1,5**
	88,0	1,8**	72,6	1,6**	61,8	1,3	63,6	1,3	89,2	1,5*	71,9	1,1	85,1	1,5*
	***		***		*		**		***		*		***	
	85,7	1,4	69,0	1,0	61,2	1,1	63,7	1,1	87,6	1,3	71,6	1,1	83,4	1,3
	78,7	1,0	60,5	0,8	56,5	0,9	59,4	1,0	80,7	0,9	66,9	1,0	75,9	1,0
	76,1	1	61,3	1	56,4	1	58,4	1	79,8	1	66,3	1	73,3	1
									***		*		*	
	82,7	0,9	65,9	1,1	58,5	0,9	61,8	1,0	86,0	1,2	70,2	1,0	81,5	1,1
	81,7	1	64,8	1	61,2	1	61,7	1	81,2	1	67,7	1	76,1	1
			**						***				**	
	79,9	1	59,5	1	58,4	1	62,6	1	79,5	1	71,1	1	76,2	1
	82,9	1,0	66,8	1,2	59,4	1,0	61,6	0,9	85,9	1,3	69,2	0,8	80,7	1,2
	***		***		*		**		***		**		***	
	78,4	1	61,7	1	57,8	1	60,1	1	81,2	1	67,2	1	76,3	1
	85,9	1,4**	69,0	1,2*	60,5	1,1	63,2	1,1	87,6	1,3*	71,6	1,2	83,1	1,3*
	***		***		***		***		**		***		***	
	84,7	2,0***	67,7	1,5***	61,2	1,6***	63,7	1,6***	85,9	1,6**	71,0	1,4**	81,4	1,4*
	72,2	1	56,3	1	50,6	1	53,2	1	79,0	1	62,8	1	73,2	1

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

âgées de 55 à 85 ans est plutôt bon. Seulement 16,1 % de ces personnes déclarent être « *plutôt mal* » ou « *très mal* » informées sur au moins six thèmes parmi les douze grands thèmes de santé ou maladies proposés dans le Baromètre santé; pour comparaison, elles sont 18,3 % parmi les 15-54 ans ($p < 0,05$). Il est donc intéressant d'examiner le profil des personnes considérées comme ayant un niveau d'information faible [tableau II].

Sont associés à un moins bon niveau global d'information :

- les hommes (OR=1,3; $p < 0,05$),
- les personnes n'ayant pas de diplôme (OR=2,2; $p < 0,001$),
- celles ayant une mauvaise perception de leur situation financière (OR=1,6 ; $p < 0,001$ si jugée « juste » et OR=1,5 ; $p < 0,05$ si jugée « difficile sans faire de dettes »),
- celles dont le niveau de participa-

TABLEAU II

Profil des personnes de 55-85 ans se déclarant mal informées (« *très mal* » ou « *plutôt mal* ») sur au moins 6 thèmes de santé parmi les 12 thèmes proposés en 2010 (n = 3 230)

	N	%	OR	IC à 95%
Sexe				
Homme	1 303	16,5	1,3*	[1,0; 1,7]
Femme (réf.)	1 956	15,8	1	
Âge				
		**		
55-64 ans (réf.)	1 674	14,9	1	
65-74 ans	966	14,9	0,9	[0,7; 1,3]
75-85 ans	619	19,7	1,2	[0,9; 1,6]
Situation professionnelle				
Travail (réf.)	686	14,8	1	
Retraite	2 255	16,5	1,0	[0,7; 1,4]
Autre situation	318	16,0	0,8	[0,5; 1,3]
Diplôme				

Sans diplôme	367	26,1	2,2***	[1,5; 3,2]
Inférieur au bac	1 716	15,0	1,2	[0,9; 1,6]
Bac et supérieur au bac (réf.)	1 176	10,8	1	
Perception financière				

À l'aise/ça va (réf.)	2 004	12,2	1	
C'est juste	888	21,2	1,6***	[1,3; 2,1]
Difficile/dettes	349	22,8	1,5*	[1,0; 2,1]
Vit seul				

Non (réf.)	1 943	14,8	1	
Oui	1 316	19,5	1,2	[1,0; 1,6]
Conversation ou visite au cours des 8 derniers jours				
		**		
Non (réf.)	490	19,7	1	
Oui	2 758	15,4	0,9	[0,7; 1,3]
Activité ou loisir au cours des 8 derniers jours				

Non	1 393	19,9	1,4**	[1,1; 1,8]
Oui (réf.)	1 866	12,8	1	
Détresse psychologique				

Non (réf.)	2 652	13,9	1	
Oui	606	26,0	1,9***	[1,4; 2,5]

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

tion sociale est plus faible que les autres (OR=1,4; $p < 0,01$ pour les personnes déclarant n'avoir eu aucune activité ou loisir au cours des huit derniers jours),

■ celles qui sont en détresse psychologique (OR=1,9; $p < 0,001$).

L'évolution du sentiment d'information entre 2000 et 2010

Pour la quasi-totalité des thèmes proposés, la majorité des personnes de 55 à 75 ans interrogées⁴ se déclare bien informée. On distingue trois grands groupes de thématiques de santé publique ou de maladies dont le niveau est partagé en termes d'évolution du sentiment d'information [tableau III].

Concernant cinq thématiques (alcool, tabac, cancer, contraception et sida), le sentiment d'information est très élevé (de 83 % à 92 % en 2010), puis en constante et régulière augmentation depuis 2000 (depuis 2005 pour le cancer).

Viennent ensuite deux thèmes, la dépression et les IST (hors sida), pour lesquels le niveau d'information est à peu près stable depuis 2005 : entre 60 % et 70 % des

personnes interrogées se déclarent « *très bien* » ou « *plutôt bien* » informées.

Enfin, la vaccination est le seul thème qui accuse une baisse du sentiment d'être bien informé, passant de 80,9 % des personnes enquêtées en 2000 à 72,9 % en 2010 ($p < 0,001$).

Pour conclure cette partie, on observe que la perception du niveau d'information est plutôt élevée chez les personnes âgées de 55 à 75 ans, ce qui est positif. Toutefois, des spécificités liées aux thèmes et à des déterminants socioéconomiques (tels que la perception de sa situation financière, le niveau d'éducation, la participation sociale, le soutien familial et amical) illustrent la présence d'inégalités sociales en matière d'information dans cette population.

LES CRAINTES EN MATIÈRE DE SANTÉ

La perception de sa santé au travers des différentes craintes exprimées par les personnes âgées de 55 à 85 ans a été mesurée à l'aide

4. Les évolutions sont calculées pour les 55-75 ans, les 76-85 ans n'ayant pas été interrogés avant 2010.

TABLEAU III

Évolution du pourcentage de personnes de 55-75 ans se déclarant bien informées (« *très bien* » ou « *plutôt bien* ») sur différents thèmes de santé publique ou de maladies entre 2000 et 2010

	2000	2005	2010	Différence 2000/2005	Différence 2005/2010
Tabac	82,7	90,0	91,5	***	ns
Alcool	83,0	88,5	90,5	***	*
Contraception	84,6	87,0	88,7	**	ns
Cancer	-	79,9	83,1	-	**
Sida	78,9	81,3	82,5	*	ns
Vaccinations	80,9	76,6	72,9	***	***
IST (hors sida)	61,8	68,8	70,2	***	ns
Dépression	-	60,5	61,8	-	ns

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; ns: non significatif.

de la question suivante : « Parmi ces différents risques et maladies⁵, dites-moi si vous les craignez, pour vous-même, pas du tout, un peu, pas mal ou beaucoup. »

Comme pour le niveau d'information, les enquêtés se sont positionnés sur une échelle de Likert : « pas du tout », « peu », « pas mal », « beaucoup », « ne sait pas ». Une autre modalité de réponse pour l'enquête consistait à dire spontanément « avoir la maladie ».

Pour faciliter l'analyse, les modalités ont été regroupées en deux catégories : « ne pas avoir de craintes » (regroupant « pas du tout », « peu » et « ne sait pas ») et « avoir des craintes » (regroupant « pas mal » et « beaucoup »).

Pour certaines maladies ou certains grands thèmes de santé publique, il est également possible de comparer les craintes et le sentiment d'information. C'est le cas pour l'alcool, le tabac, les maladies professionnelles, le cancer, la maladie d'Alzheimer et les nouvelles épidémies.

Des disparités selon le sexe et l'âge des personnes de 55 à 85 ans

Parmi les dix grands risques de santé publique évoqués, trois grandes tendances se dégagent en termes de craintes.

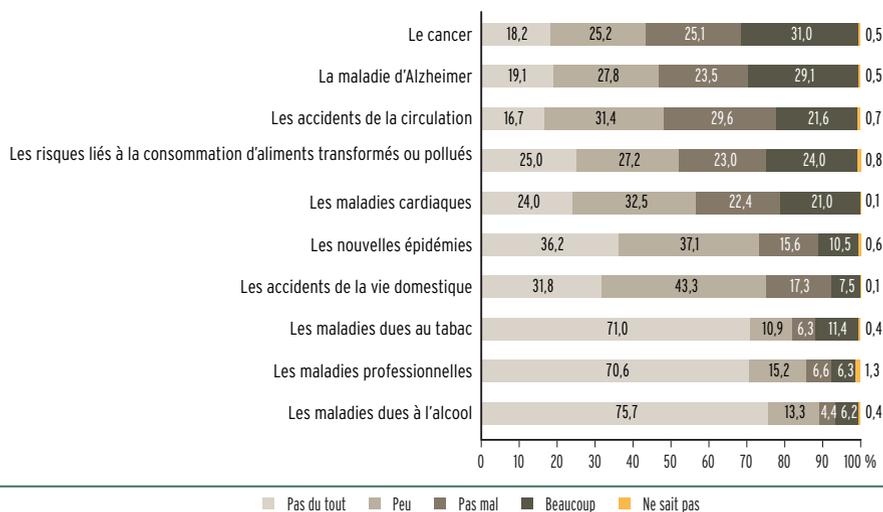
Une faible proportion de personnes âgées de 55-85 ans déclare « avoir des craintes » (« beaucoup » ou « pas mal ») concernant les maladies dues à l'alcool (10,6 %) et au tabac (17,7 %), les maladies professionnelles (12,9 %), les nouvelles épidémies (26,1 %) ainsi que les accidents de la vie domestique (24,8 %) [figure 4].

En revanche, plus de la moitié des personnes âgées de 55 à 85 ans estiment

5. Les accidents de la circulation, les maladies dues à l'alcool, le cancer, les maladies cardiaques, les accidents de la vie domestique (à la maison ou autour), les maladies dues au tabac, la maladie d'Alzheimer, les risques liés à la consommation d'aliments transformés ou pollués, les nouvelles épidémies, les maladies professionnelles.

FIGURE 4

Craintes en matière de santé chez les personnes âgées de 55 à 85 ans en 2010 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2000, 2005 et 2010, Inpes.

avoir des craintes vis-à-vis de la maladie d'Alzheimer (52,6 %), du cancer (56,1 %) et des accidents de la circulation (51,2 %). Dans des proportions moindres, les risques liés à la consommation d'aliments transformés ou pollués et les maladies cardiaques sont perçus négativement par respectivement 47,0 % et 43,4 % des personnes interrogées.

Les femmes de 55 à 85 ans ont plus de craintes que les hommes vis-à-vis du cancer (59,4 % vs 52,3 % ; $p < 0,001$), de la maladie d'Alzheimer (59,2 % vs 44,6 % ; $p < 0,001$), des accidents de la circulation (56,3 % vs 45,1 % ; $p < 0,001$), des accidents de la vie domestique (28,3 % vs 20,4 % ; $p < 0,001$) et des risques liés à la consommation d'aliments transformés ou pollués (49,7 % vs 43,8 % ; $p < 0,01$). Les hommes, eux, expriment significativement plus de craintes que les femmes en ce qui concerne les maladies dues au tabac (20,0 % vs 15,8 % ; $p < 0,05$), à l'alcool (12,4 % vs 9,1 % ; $p < 0,001$) ainsi

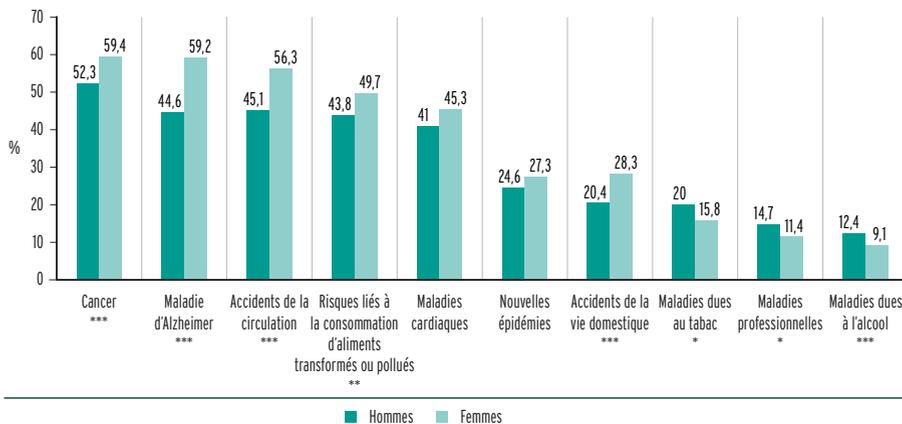
que les maladies professionnelles (14,7 % vs 11,4 % ; $p < 0,05$) [figure 5].

En population générale, les craintes liées à l'âge sont très différentes selon les thèmes de santé proposés. En comparaison avec la population des 15-54 ans, seules les maladies dues au tabac et les maladies professionnelles génèrent significativement moins de craintes chez les 55-85 ans [figure 6].

En revanche, lorsque l'on s'attache à observer les tendances chez les 55-85 ans, il s'avère que les personnes âgées de 55 à 64 ans affichent beaucoup plus de craintes que les 65-85 ans concernant sept thèmes sur dix : c'est le cas pour le cancer (61,2 % vs 51,8 % ; $p < 0,001$), les accidents de la circulation (55,4 % vs 47,6 % ; $p < 0,001$), les risques liés à la consommation d'aliments transformés ou pollués (50,4 % vs 44,2 % ; $p < 0,01$), les maladies cardiaques (46,0 % vs 41,1 % ; $p < 0,05$), les maladies dues au tabac (23,1 % vs 13,2 % ; $p < 0,001$), les maladies professionnelles (15,7 % vs 10,5 % ; $p < 0,001$)

FIGURE 5

Personnes de 55-85 ans déclarant craindre « pas mal » ou « beaucoup » les grands risques de santé selon le sexe en 2010 (en pourcentage)

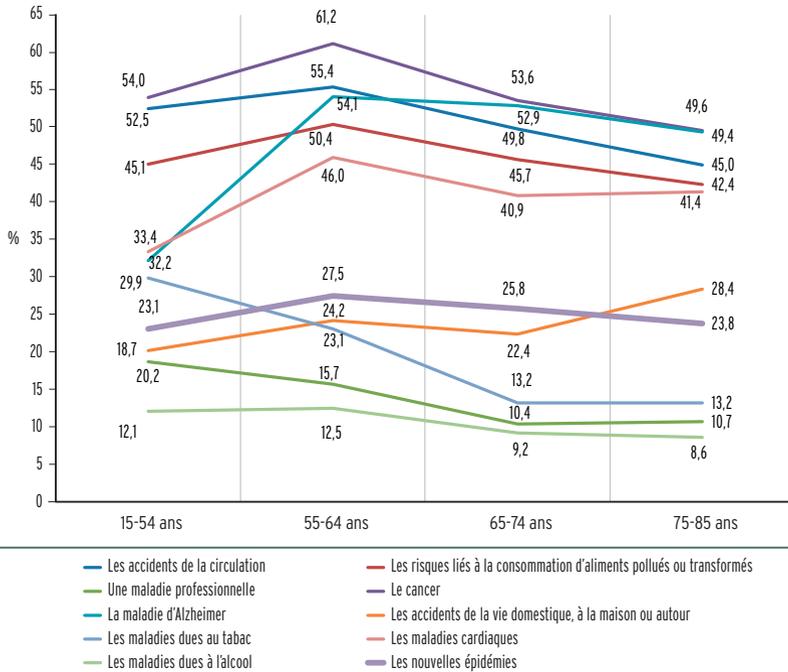


* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 6

Personnes de 15-85 ans déclarant craindre « pas mal » ou « beaucoup » les grands risques de santé selon l'âge en 2010 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

et les maladies dues à l'alcool (12,5 % vs 8,9 % ; $p < 0,01$). Les accidents de la vie domestique sont le seul risque pour lequel le niveau de crainte est plus important chez les personnes âgées de 75 à 85 ans (28,4 % vs 23,5 % pour les 55-74 ans ; $p < 0,05$).

Les facteurs qui influencent le niveau de crainte

Après ajustement, il apparaît qu'avoir un faible niveau de diplôme s'avère étroitement lié à un niveau de crainte plus élevé. En effet, les personnes sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur ou égal au bac sont, en proportion, plus nombreuses à avoir des craintes sur les accidents de la

domestique, les nouvelles épidémies et les maladies professionnelles [tableau IV].

Si l'on distingue les catégories socioprofessionnelle, on constate que :

- les cadres et les professions intellectuelles supérieures craignent plus que les autres le cancer (OR=1,4 ; $p < 0,05$) mais moins que les autres les maladies professionnelles (OR=0,4 ; $p < 0,001$) ;
- les professions intermédiaires craignent plus que les autres les risques liés à la consommation d'aliments transformés ou pollués (OR=1,4 ; $p < 0,05$) ;
- les agriculteurs semblent avoir moins de craintes vis-à-vis de la consommation d'aliments transformés ou pollués (OR=0,6 ; $p < 0,05$).

La perception qu'a l'enquêté de sa situation financière se révèle également être en lien avec le niveau de crainte exprimé : les personnes se percevant «*juste*» ou «*en difficulté financière*» ont des craintes beaucoup plus élevées par rapport aux autres, et ce pour la majorité des maladies ou risques proposés. Les personnes ayant eu des conversations ou des contacts avec de la famille ou des amis au cours des huit derniers jours ont aussi des craintes plus importantes.

Les personnes déclarant être atteintes d'une maladie chronique affichent beaucoup plus d'appréhensions que les autres : c'est le cas pour la maladie d'Alzheimer (OR=1,4; $p<0,001$), les maladies cardiaques (OR=1,6; $p<0,001$), le cancer (OR=1,4; $p<0,01$), les maladies dues au tabac (OR=1,3; $p<0,05$), les nouvelles épidémies (OR=1,3; $p<0,05$) et les maladies professionnelles (OR=1,4; $p<0,05$). Les personnes se déclarant «*limitées*» depuis au moins six mois ont également plus souvent une perception négative des risques liés à l'alcool (OR=1,5; $p<0,05$), aux accidents de la vie domestique (OR=1,5; $p<0,001$), à la maladie d'Alzheimer (OR=1,3; $p<0,01$), aux risques liés à la consommation d'aliments transformés ou pollués (OR=1,6; $p<0,001$) et aux nouvelles épidémies (OR=1,3; $p<0,05$).

Enfin, être en situation de détresse psychologique semble aussi être associé aux craintes à l'égard du cancer (OR=1,7; $p<0,001$), des accidents de la vie domestique (OR=1,4; $p<0,01$), des maladies professionnelles (OR=1,5; $p<0,01$), de la maladie d'Alzheimer (OR=1,3; $p<0,05$), des nouvelles épidémies (OR=1,3; $p<0,05$) et des maladies dues à l'alcool (OR=1,6; $p<0,01$).

Être concerné par la maladie : un facteur qui influence les craintes en santé

Les enquêtés de 55-85 ans qui déclarent avoir dans leur entourage une personne atteinte

de la maladie d'Alzheimer semblent avoir plus de craintes par rapport à cette maladie que les autres (58,2 % vs 41,8 %; $p<0,05$).

De même, la crainte des maladies liées au tabac est plus importante chez les fumeurs intensifs (plus de 10 cigarettes par jour) que chez les autres fumeurs (56,4 % des intensifs vs 31,9 % des fumeurs quotidiens vs 24,5 % des fumeurs occasionnels; $p<0,001$). Tout comme le fait d'être consommateur d'alcool à risque chronique (au sens du test audit-C) augmente significativement la crainte des maladies dues à l'alcool (21,9 % des personnes à risque chronique vs 13,2 % des personnes à risque ponctuel vs 8,5 % des personnes sans risque; $p<0,001$).

Enfin, les personnes qui déclarent avoir chuté au cours des douze derniers mois sont, en proportion, plus nombreuses à déclarer des craintes par rapport aux accidents domestiques que les autres (36,1 % vs 21,6 %; $p<0,001$).

Profil des personnes qui ont le plus de craintes par rapport à la santé

Tous thèmes confondus, le niveau de crainte général indique que 22,5 % des personnes de 55-85 ans interrogées expriment «*pas mal*» ou «*beaucoup*» de craintes sur au moins six thèmes parmi les dix proposés dans le Baromètre santé; ils sont 19,5 % parmi les 15-54 ans ($p<0,01$). Il est donc intéressant d'examiner le profil de ces personnes, considérées comme ayant un niveau de crainte élevé pour leur santé [tableau VI].

Qui sont-elles ? (sans distinction de genre) :

- les 55-64 ans (OR=1,6; $p<0,01$);
- les personnes n'ayant pas de diplôme (OR=2,1; $p<0,001$) ou un diplôme inférieur au bac (OR=1,5; $p<0,001$);
- les personnes qui ont une perception négative de leur situation financière (OR=1,6; $p<0,001$ pour les personnes se

TABLEAU IV

Modèles logistiques sur le fait de craindre « pas mal » ou « beaucoup » les risques ou maladies citées pour soi-même parmi les personnes âgées de 55 à 85 ans en 2010

	N	Les accidents de la circulation		Les maladies dues à l'alcool		Le cancer		Les maladies cardiaques	
		n=3 219		n=3 219		n=3100		n=3130	
		%	OR	%	OR	%	OR	%	OR
Sexe		***		***		***			
Homme (réf.)	1 303	45,1	1	12,4	1	52,3	1	41,0	1
Femme	1 955	56,3	1,7***	9,1	0,6***	59,4	1,4**	45,3	1,2
Âge		***		**		***		*	
55-64 ans (réf.)	1 673	55,4	1	12,5	1	61,2	1	46,0	1
65-74 ans	966	49,8	0,9	9,2	0,6**	53,6	0,7**	40,9	0,8*
75-85 ans	619	45,0	0,7**	8,6	0,6**	49,6	0,6***	41,4	0,7**
Situation professionnelle		*				*			
Travail (réf.)	686	54,8	1	11,1	1	59,8	1	43,6	1
Retraite	2 255	49,3	0,9	10,4	1,2	54,2	1,0	42,6	1,1
Autre situation	317	57,8	1,0	11,3	1,0	62,5	1,0	48,2	0,9
Catégorie socioprofessionnelle				**					
Agriculteurs exploitants	129	49,3	1,1	6,6	0,6	58,0	1,4	40,2	1,0
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	271	45,8	1,0	11,9	1,1	51,9	1,2	37,9	1,0
Cadres, professions intellectuelles supérieures	670	53,1	1,2	6,9	0,6	57,8	1,4*	43,5	1,2
Professions intermédiaires	858	52,2	1,1	9,9	1,0	57,1	1,2	41,8	1,1
Employés	811	53,1	1,0	11,6	1,2	57,9	1,1	46,9	1,2
Ouvriers (réf.)	473	48,6	1	13,2	1	52,2	1	43,2	1
Sans activité professionnelle	44	51,2	1,3	21,0	4,2*	61,8	2,4*	55,7	2,7*
Diplôme				**					
Sans diplôme (réf.)	367	50,4	1	12,5	1	53,2	1	46,8	1
Inférieur au bac	1 715	50,5	1,0	11,1	0,9	57,7	1,2	43,3	0,9
Bac et supérieur au bac	1 176	53,1	1,0	8,2	0,7	55,5	1,0	41,1	0,8
Perception financière				*		**		***	
À l'aise/ça va (réf.)	2 003	48,8	1	9,4	1	53,7	1	40,2	1
C'est juste	888	55,0	1,3**	12,8	1,2	58,7	1,3*	44,1	1,1
Difficile/dettes	349	53,9	1,3	11,4	1,0	63	1,5**	56,8	1,8***
Vit seul		**				***			
Non (réf.)	1 942	53	1	10,6	1	58,2	1	44,3	1
Oui	1 316	46,6	0,7***	10,7	1,0	50,8	0,7***	41,2	0,8*
Conversation ou visite au cours des 8 derniers jours		***				***		*	
Non (réf.)	490	42,6	1	11,9	1	48,2	1	38,5	1
Oui	2 757	53,0	1,4**	10,3	1,0	57,9	1,4*	44,5	1,4*
Activité ou loisir au cours des 8 derniers jours						*		*	
Non	1 392	49,1	0,9	11,2	1,0	53,0	0,8**	44,8	1,1
Oui (réf.)	1 866	52,9	1	10,1	1	58,8	1	42,1	1
Maladie chronique		*				***		***	
Non (réf.)	1 882	49,8	1	11,4	1	52,7	1	37,8	1
Oui	1 374	53,0	1,1	9,5	0,7*	60,8	1,4***	51,2	1,6***
Limité depuis au moins 6 mois				*		***		***	
Non (réf.)	2 559	50,2	1	9,9	1	54,6	1	41,7	1
Oui	692	54,7	1,2	13,2	1,5*	62,3	1,2	49,6	1,2
Détresse psychologique		***		**		***		***	
Non (réf.)	2 651	50,0	1	9,7	1	53,7	1	42,3	1
Oui	606	56,2	1,1	14,6	1,6**	67,3	1,7***	48,2	1,1

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

	Les accidents de la vie domestique		Les maladies dues au tabac		La maladie d'Alzheimer		Les risques liés à la consommation d'aliments transformés ou pollués		Les nouvelles épidémies		Les maladies professionnelles	
	n=3219		n=3216		n=3218		n=3220		n=3220		n=3193	
	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR
	***		*		***		**				*	
	20,4	1	20,0	1	44,6	1	43,8	1	24,6	1	14,7	1
	28,3	1,3*	15,8	0,6***	59,2	1,9***	49,7	1,2	27,3	1,1	11,4	0,6***
	*		***		*		***				***	
	24,2	1	23,1	1	54,1	1	50,4	1	27,5	1	15,7	1
	22,4	0,9	13,2	0,5***	52,9	0,9	45,7	0,8*	25,8	0,8	10,4	0,7*
	28,4	1,0	13,2	0,4***	49,4	0,7**	42,4	0,6***	23,8	0,7*	10,7	0,6*
	***		*		***		*		*		***	
	21,7	1	22,6	1	51,0	1	48,7	1	23,8	1	17,0	1
	24,5	1,1	16,2	0,9	52,6	1,1	46,5	1,1	25,7	1,2	11,7	0,7*
	31,3	1,0	19,1	0,7	55,2	0,9	47,6	0,8	32,8	1,1	13,6	0,6
	***		***		*		***		***		***	
	27,4	1,0	9,0	0,4	57,9	1,5	30,9	0,6*	21,3	0,7	20,1	1,6
	19,7	0,8	17,5	1,2	51,1	1,2	42,1	1,1	24,0	0,9	8,6	0,6
	19,4	0,8	13,2	0,7	48,9	1,0	45,8	1,3	22,2	0,9	5,5	0,4***
	21,6	0,9	18,4	1,2	53,9	1,1	50,8	1,4*	24,2	0,9	12,4	1,0
	29,9	1,1	18,4	1,1	56,4	1,0	51,1	1,2	28,3	0,9	14,5	1,0
	26,8	1	21,8	1	49,2	1	44,0	1	30,4	1	19,0	1
	49,9	3,2**	26,3	3,7*	50,4	1,3	50,8	2,4*	42,8	2,7*	14,4	1,7
	***		**		*		*		***		***	
	33,3	1	23,7	1	51,7	1	47,5	1	31,3	1	18,7	1
	23,8	0,7*	17,2	0,6**	53,7	1,1	47,5	0,9	27,1	0,8	13,8	0,7*
	20,0	0,7*	14,2	0,5**	51,1	1,0	45,8	0,8	20,1	0,6**	6,7	0,4***
	***		***		**		***		***		***	
	20,3	1	14,6	1	49,9	1	43,7	1	23,4	1	9,7	1
	30,0	1,5***	20,4	1,4*	57,3	1,3*	53,2	1,5***	30,0	1,2*	16,5	1,5**
	34,5	1,6**	26,5	1,6**	55,5	1,2	48,6	1,2	30,3	1,2	20,8	1,8**
	***		***		*		*		*		*	
	23,4	1	16,8	1	53,6	1	47,7	1	27,0	1	12,8	1
	28,0	1,0	19,9	1,4**	49,9	0,7***	45,3	0,8*	23,7	0,7**	13,1	1,0
					*		***		*			
	23,4	1	15,5	1	47,0	1	38,8	1	23,3	1	10,2	1
	25,0	1,1	18,2	1,4*	53,9	1,2	48,8	1,5**	26,7	1,3*	13,5	1,8**
			*		*		*		*		*	
	25,8	0,9	19,2	1,1	52,1	1,0	46,5	1,0	27,7	1,1	13,7	0,9
	23,8	1	16,4	1	53,0	1	47,5	1	24,7	1	12,3	1
	***		*		***		*		***		***	
	22,6	1	16,1	1	48,7	1	44,9	1	23,7	1	11,4	1
	27,5	1,1	19,9	1,3*	57,6	1,4***	49,9	1,1	29,2	1,3*	14,9	1,4*
	***		***		***		***		***		**	
	22,5	1	16,6	1	50,5	1	44,5	1	24,6	1	12,4	1
	32,6	1,5***	21,4	1,3*	60,0	1,3**	56,3	1,6***	32,1	1,3*	14,8	1,1
	***		**		***		***		***		***	
	22,4	1	16,4	1	50,6	1	45,3	1	24,7	1	11,6	1
	35,0	1,4**	23,5	1,3	61,4	1,3*	54,5	1,2	32,6	1,3*	18,7	1,5**

TABLEAU V

Profil des personnes de 55-85 ans déclarant avoir « pas mal » ou « beaucoup » de craintes sur au moins 6 thèmes parmi les 10 proposés en 2010 (n=2 993)

	N	%	OR	IC à 95%
Sexe				
Homme (réf.)	1 195	20,2	1	
Femme	1 832	24,3	1,2	[1,0; 1,5]
Âge				
		**		
55-64 ans	1 587	25	1,6**	[1,2; 2,3]
65-74 ans	889	20,7	1,2	[0,9; 1,7]
75-85 ans (réf.)	551	19,6	1	
Situation professionnelle				
Travail (réf.)	660	22,9	1	
Retraite	2 072	21,9	1,0	[0,7; 1,3]
Autre situation	295	25,5	0,9	[0,6; 1,4]
Diplôme				

Sans diplôme	342	29	2,1***	[1,5; 2,9]
Inférieur au bac	1 587	23,3	1,5***	[1,2; 1,9]
Bac et supérieur au bac (réf.)	1 098	16	1	
Perception financière				

À l'aise/ça va (réf.)	1 864	18,3	1	
C'est juste	829	28	1,6***	[1,2; 2,0]
Difficile/dettes	319	29,9	1,5*	[1,1; 2,2]
Vit seul				
Non (réf.)	1 808	22,8	1	
Oui	1 219	21,6	0,9	[0,7; 1,1]
Conversation ou visite au cours des 8 derniers jours				
		*		
Non (réf.)	452	19	1	
Oui	2 564	23,2	1,3	[1,0; 1,9]
Activité ou loisir au cours des 8 derniers jours				
Non	1 278	22,7	0,9	[0,7; 1,1]
Oui (réf.)	1 749	22,3	1	
Limité depuis au moins 6 mois				

Non (réf.)	2 423	20,9	1	
Oui	598	28,3	1,4*	[1,1; 1,8]
Maladie chronique				

Non (réf.)	1 820	19,8	1	
Oui	1 205	26,3	1,3**	[1,1; 1,7]
Détresse psychologique				

Non (réf.)	2 475	20,9	1	
Oui	551	29,3	1,2	[0,9; 1,6]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

déclarant « juste » et OR=1,5; p<0,05 pour celles se déclarant « en difficulté financière » ;

■ les personnes qui ont une maladie chronique (OR=1,3; p<0,01) ou un handicap (OR=1,4; p<0,05).

L'évolution des craintes de la population

L'inquiétude par rapport à certains risques a augmenté de manière significative depuis

2005, notamment en ce qui concerne les cancers, la consommation d'aliments pollués ou transformés et la maladie d'Alzheimer. En revanche, les craintes liées aux nouvelles épidémies diminuent entre

2005 et 2010. Les craintes liées aux maladies cardiaques, aux maladies dues à l'alcool, au tabac et aux accidents domestiques s'avèrent relativement stables [tableau VI].

TABLEAU VI

Évolution entre 2000 et 2010 du pourcentage des personnes âgées de 55 à 75 ans déclarant craindre « pas mal » ou « beaucoup » pour eux-mêmes différents risques ou maladies

	2000	2005	2010	Différence 2000-2005	Différence 2005-2010
Cancer	56,2	54,8	58,8	ns	**
Maladie d'Alzheimer	–	50,7	53,8	–	**
Accidents de la circulation	57,6	52,9	53,2	***	ns
Consommation d'aliments pollués ou transformés	–	43,7	48,9	–	***
Maladies cardiaques	42,6	42,9	44,1	ns	ns
Les nouvelles épidémies	–	29,8	26,9	–	*
Les accidents domestiques	20,6	22,1	23,8	ns	ns
Maladies dues au tabac	16,8	17,4	19,2	ns	ns
Maladies dues à l'alcool	9,7	11,5	11,3	ns	ns
Sida	13,0	11,9	–	ns	–
IST (hors sida)	9,8	10,7	–	ns	–

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

Source : Baromètre santé 2000, 2005 et 2010, Inpes.

DISCUSSION

Ce chapitre appuie l'idée que les seniors ne sont pas en marge de l'information et que, bien au contraire, au regard de la médiatisation de l'information dans ce domaine, les personnes âgées de 55 à 85 ans reçoivent fréquemment de l'information sur la santé et sur la prévention. Ces résultats sont cohérents avec les résultats d'une enquête réalisée par l'Inpes en 2009 sur les préférences et attentes des personnes âgées en matière d'information sur la santé et la prévention, qui précisait que les personnes âgées de 55 ans et plus se sentent bien informées sur la santé en général [5].

Rappelons que la grande majorité des plus de 55 ans (huit personnes sur dix) se dit bien

informée sur les thèmes du tabac, de l'alcool, de la contraception, du cancer et du sida. Que deux personnes sur trois se disent bien informées sur les thèmes de la vaccination, des IST, de la maladie d'Alzheimer, de la dépression, des risques liés à l'environnement et des nouvelles épidémies. Et que le thème des maladies professionnelles se distingue, car seulement une personne sur deux estime avoir une bonne information. Les craintes apparaissent quant à elles différentes selon les risques. Ceux qui provoquent le plus d'appréhension parmi les 55-85 ans interrogés dans cette enquête sont la maladie d'Alzheimer, le cancer et les accidents de la circulation, puis dans une moindre mesure

les risques liés à la consommation d'aliments transformés ou pollués et les maladies cardiaques. Rappelons qu'en comparaison avec la population des 15-54 ans, le sentiment d'information augmente avec l'avancée en âge sur une grande partie des thèmes proposés mais que seuls les thèmes du sida et du tabac obtiennent un degré d'information significativement plus élevé parmi un public plus jeune.

Depuis trois éditions du Baromètre santé (soit depuis l'enquête menée en 2000), le niveau d'information sur la santé n'a pas diminué, ce qui est positif. Toutefois, un thème accuse une baisse entre 2005 et 2010 : la vaccination. Cet effet est à prendre sérieusement en compte, surtout si l'on considère l'enjeu de santé publique que les vaccinations représentent chez les personnes les plus âgées, notamment la vaccination contre la grippe recommandée chaque année pour les personnes âgées de 65 ans et plus [6]. En ce qui concerne les craintes en santé, certaines ont augmenté ces cinq dernières années : les cancers, la consommation d'aliments pollués ou transformés et la maladie d'Alzheimer.

Il existe parmi cette population des 55-85 ans des spécificités aussi bien pour le niveau d'information que pour le niveau d'appréhension des risques.

En ce qui concerne le genre, tout d'abord, il apparaît que les femmes ont un sentiment d'information plus élevé au sujet de la contraception et de la dépression, et des craintes plus marquées à propos du cancer, de la maladie d'Alzheimer, des accidents de la circulation, la consommation d'aliments pollués ou transformés et des accidents domestiques. Les hommes, eux, se sentent mieux informés sur les maladies liées à l'alcool, le sida et les maladies professionnelles ; ils déclarent avoir des craintes plus fortes en ce qui concerne les maladies liées au tabac, à l'alcool et les maladies professionnelles.

L'âge est également un critère discriminant en ce qui concerne les craintes en matière de santé, puisque la tranche des 55-64 ans est celle qui appréhende le plus les maladies ou les risques comparativement aux plus âgés. Alors que les 55-64 ans semblent être bien informés de manière générale, la période charnière, plus ou moins anxiogène, du passage à la retraite pourrait être une des explications de cette inquiétude. Les personnes les plus âgées (75-85 ans) ont quant à elles une meilleure connaissance sur la maladie d'Alzheimer et les risques liés à l'environnement que les plus jeunes mais elles craignent significativement plus les accidents de la vie domestique. En comparaison avec la population des 15-54 ans, seules les maladies dues au tabac et les maladies professionnelles génèrent significativement moins de craintes chez les 55-85 ans.

Concernant les spécificités socioéconomiques, les profils sont assez marqués, avec un sentiment d'information moins élevé et un niveau d'appréhension des risques plus fort chez les personnes dotées d'un diplôme égal ou inférieur au bac et chez les personnes qui ont une mauvaise perception de leur situation financière. Les personnes qui déclarent avoir été en contact au cours des huit derniers jours avec des gens de leur famille ou des amis semblent avoir un meilleur niveau d'information que les autres, mais aussi plus de craintes par rapport aux maladies ou aux risques que les personnes les plus « isolées » socialement. Le fait d'être atteint d'une maladie chronique ou d'être limité dans ses activités est aussi corrélé avec une perception plus négative des risques de santé ou des maladies. Enfin, les personnes déclarant souffrir de détresse psychologique se déclarent moins bien informées alors qu'elles semblent avoir un niveau de crainte comparable à celles ne souffrant pas de cette pathologie.

Certaines spécificités sont d'ordre thématique. La maladie d'Alzheimer, par exemple,

est une maladie pour laquelle les plus âgés (65-85 ans) déclarent se sentir mieux informés que les plus jeunes (55-64 ans), sans pour autant être plus angoissés vis-à-vis de cette maladie. Or les enquêtés qui déclarent avoir dans leur entourage une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer semblent avoir plus de craintes par rapport à cette maladie que les autres.

Pour les plus âgés (75-85 ans), il s'avère que le niveau de crainte associé aux accidents de la vie domestique est nettement plus élevé que chez les 55-75 ans, craintes qui se renforcent pour les personnes qui déclarent avoir chuté au cours des douze derniers mois. Cela s'explique probablement par le fait qu'une chute marque un tournant décisif dans la vie d'une personne âgée. La peur associée à ces accidents est intimement liée à l'évaluation subjective des dangers de l'environnement. Mais ce sont surtout les conséquences à long terme des chutes (conséquences fonctionnelles, sociales et psychologiques), l'interprétation subjective consécutive à ces événements et la remise en question existentielle qu'elles provoquent qui vont affecter la personne âgée [7].

Enfin, un lien significatif semble exister entre les pratiques et les craintes développées vis-à-vis des maladies associées : c'est le cas notamment pour les fumeurs intensifs, qui ont une crainte plus forte des maladies dues au tabac, et pour les consommateurs d'alcool à risque chronique vis-à-vis des maladies dues à l'alcool.

Une enquête réalisée par l'Inpes en 2009 avait démontré que l'information

sur la santé doit permettre aux personnes avançant en âge d'adopter les comportements favorables pour un vieillissement en bonne santé, plutôt que de rendre cette étape de vie anxiogène [5, 8].

Au regard de la littérature, il apparaît que les campagnes médiatiques dans le champ de la santé publique ne peuvent à elles seules changer les comportements à risques et les représentations négatives vis-à-vis du vieillissement, mais qu'elles doivent s'inscrire dans une approche plus globale conjuguant différentes stratégies d'actions dans un programme de prévention. La communication grand public doit être relayée par des actions de proximité individuelles et collectives [9] faisant intervenir des réseaux de professionnels travaillant en intersectorialité.

C'est donc par une approche plus globale et plus positive de l'avancée en âge et par une meilleure prise en compte des besoins des seniors que l'information doit être améliorée pour avoir un effet sur les perceptions des seniors et celles de l'ensemble de la population [10]. Un faible niveau d'information et plus de craintes étant corrélés à des déterminants socio-environnementaux tels le lien social, un faible niveau de diplôme ou des finances médiocres, il est essentiel pour prendre en compte les inégalités sociales de santé de réfléchir en termes de « trajectoires de vie » et de « parcours de santé », et d'investir des milieux et périodes clés (actions en milieu de travail avant la retraite) afin de renforcer les comportements favorables à la santé et à l'accès aux informations et aux services.

USAGE D'INTERNET LIÉ À LA SANTÉ CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 55 À 85 ANS

Dans le Baromètre santé 2010, un module spécifique de questions – relatives à l'utilisation d'Internet et à son usage lié à la santé – a été posé à un sous-échantillon de

4 592 personnes de 15 à 85 ans [11], dont 1 642 âgées de 55 à 85 ans.

Les questions portaient sur la fréquence d'utilisation d'Internet, sur le fait d'y avoir

cherché des informations sur la santé, sur l'impact de ces recherches sur le recours aux soins et sur la crédibilité de l'information trouvée.

Pour 101 personnes de 55-85 ans ayant cherché des informations sur la santé sur Internet, une description des thèmes consultés était ensuite demandée sous la forme d'une question ouverte, ce qui a permis d'effectuer un regroupement en cinq catégories thématiques : maladies, actualité médicale et traitements, santé de la mère et de l'enfant, comportements de santé, problèmes de santé ponctuels.

Usage d'Internet et recherche d'informations sur la santé

Moins de la moitié des 55-85 ans (40,8 %) ont utilisé Internet au cours des douze derniers mois, et la moitié de ces internautes (50,8 %) l'ont fait pour chercher des informations ou des conseils sur la santé.

Même si l'utilisation d'Internet est plus répandue parmi les hommes (47,5 %) que parmi les femmes (35,3 % ; $p < 0,001$), ces dernières sont en proportion plus nombreuses lorsqu'il s'agit d'une utilisation liée à la santé (57,2 % des femmes vs 45,1 % des hommes ; $p < 0,01$). Ce qui montre un intérêt particulier des femmes quant aux informations de santé sur Internet.

Alors que la part d'internautes diminue sensiblement avec l'avancée en âge (de 59,8 % pour les 55-64 ans à 34,0 % pour les 65-74 ans et 14,0 % pour les 75-85 ans ; $p < 0,001$), l'usage d'Internet pour questions de santé est comparable quelle que soit la tranche d'âge.

La fréquence d'utilisation d'Internet pour chercher des informations ou des conseils sur la santé reste cependant limitée parmi les 55-85 ans. Plus de la moitié des personnes interrogées déclarent avoir utilisé Internet moins d'une fois par mois, 35,1 % entre une et cinq fois, et seulement 11,6 % plus de cinq

fois. Le recours à Internet pour des questions de santé est là encore plus marqué chez les femmes : 54,4 % d'entre elles déclarent utiliser Internet pour la santé au moins une fois par mois contre 37,4 % des hommes ($p < 0,01$). Au sein des 55-85 ans, l'âge n'a pas d'influence sur la fréquence de l'utilisation d'Internet pour la santé.

Si l'on examine la catégorie socioprofessionnelle de l'enquêté, on constate que les ouvriers sont moins utilisateurs d'Internet de manière générale (19,4 % vs 56,0 % pour les professions intermédiaires et 64,5 % pour les cadres et professions intellectuelles supérieures ; $p < 0,001$). Mais il n'y a plus de différence significative lorsqu'il s'agit d'utiliser Internet pour des informations ou des conseils sur la santé.

Il apparaît également que les personnes âgées de 55 à 85 ans ayant eu des conversations ou des visites au cours des huit derniers jours avec des personnes de la famille ou des amis ont plus souvent consulté Internet pour chercher des informations ou des conseils sur la santé que celles n'ayant pas eu ce lien social (52,8 % vs 38,1 % ; $p < 0,05$). C'est aussi le cas des personnes souffrant d'un handicap ou déclarant être limitées dans leurs activités depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé (62,9 % vs 48,0 % pour celles ne se déclarant pas limitées ; $p < 0,001$), des personnes se percevant en mauvaise santé par rapport à celles se percevant en bonne santé (69,8 % vs 49,1 % ; $p < 0,01$) et de celles se déclarant en détresse psychologique au moment de l'enquête (60,9 % vs 49,3 % de celles ne se déclarant pas en détresse ; $p < 0,05$). Il est à noter que ces facteurs d'incapacité physique et psychique, qui influencent déjà les craintes en matière de santé, engendrent particulièrement ce type de recherche, alors même que les personnes concernées sont moins utilisatrices d'Internet en général **[tableau VII]**.

Le fait d'avoir une maladie chronique, c'est-à-dire une maladie qui dure depuis au

TABLEAU VII

Utilisation d'Internet et facteurs d'incapacité physique et psychique parmi les 55-85 ans en 2010 (en pourcentage)

	Utilisation d'Internet	Utilisation d'Internet liée à la santé parmi les internautes	Nombre moyen d'utilisation par mois liée à la santé et intervalle de confiance	
Limité depuis au moins 6 mois	*	**		
Non	42,3	48,0	2,7	[2,0; 3,5]
Oui	35,8	62,9	2,4	[1,2; 3,7]
Perception de sa santé^a	***	**	*	
Bonne	50,6	49,1	2,3	[1,7; 2,9]
Mauvaise	35,3	69,8	5,3	[2,5; 8,0]
Détresse psychologique (score MH5<56)	***	*		
Non	43,2	49,3	2,4	[1,7; 3,0]
Oui	30,5	60,9	4,4	[2,1; 6,7]
Avoir une maladie chronique				
Non	42,0	48,5	2,5	[1,7; 3,3]
Oui	39,4	54,0	2,9	[1,8; 4,0]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. La question sur la perception de sa santé n'a été posée que pour les 55-75 ans.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

moins six mois et qui peut nécessiter des soins réguliers, ne semble pas être discriminant sur la consultation d'Internet liée à la santé.

Contexte et conséquences des recherches d'informations en matière de santé sur Internet

Parmi les 55-85 ans qui ont utilisé Internet pour chercher des conseils ou des informations sur la santé, un peu plus d'un quart (27,0 %) disent avoir souvent cherché des informations sans lien particulier avec une consultation médicale, notamment les femmes (34,3 % vs 18,8 % des hommes ; p<0,01). Vingt-et-un pour cent y ont eu recours après être allés chez le médecin et 15,0 % avant la consultation. Enfin, 13,5 % déclarent l'avoir souvent fait au lieu d'aller chez le médecin.

Par ailleurs, 17,1 % d'entre eux déclarent avoir modifié la façon de s'occuper de leur santé suite aux informations trouvées sur

Internet. Un pourcentage qui passe à 27,4 % pour ceux qui se déclarent limités depuis au moins six mois (vs 13,9 % pour ceux qui ne se déclarent pas limités ; p<0,01) et 27,3 % pour ceux qui ont une mauvaise perception de leur santé (vs 15,3 % pour ceux qui pensent être en bonne santé ; p<0,05).

Seuls 3,3 % des 55-85 ans qui utilisent Internet pour chercher des informations sur la santé déclarent que les informations trouvées au cours des douze derniers mois ont modifié la fréquence de leurs visites chez le médecin (visites plus fréquentes pour 1,6 % d'entre eux, moins fréquentes pour 1,7 % d'entre eux).

Raisons de ne pas consulter Internet

Plus de 49 % (49,2 %) des internautes de 55-85 ans n'ont pas utilisé Internet pour s'informer sur la santé au cours des douze derniers mois : 88,2 % d'entre eux parce qu'ils estiment qu'il vaut mieux aller voir un

médecin pour ces questions, 77,6 % parce qu'ils se sentent suffisamment informés autrement, 72,1 % parce qu'ils se méfient des informations trouvées sur Internet ; 36,2 % déclarent n'y avoir jamais pensé et 32,3 % ne pas être intéressés par ce type d'information. On n'observe pas de différence significative suivant le genre et l'âge des personnes enquêtées.

Thèmes de santé recherchés par les internautes de 55-85 ans

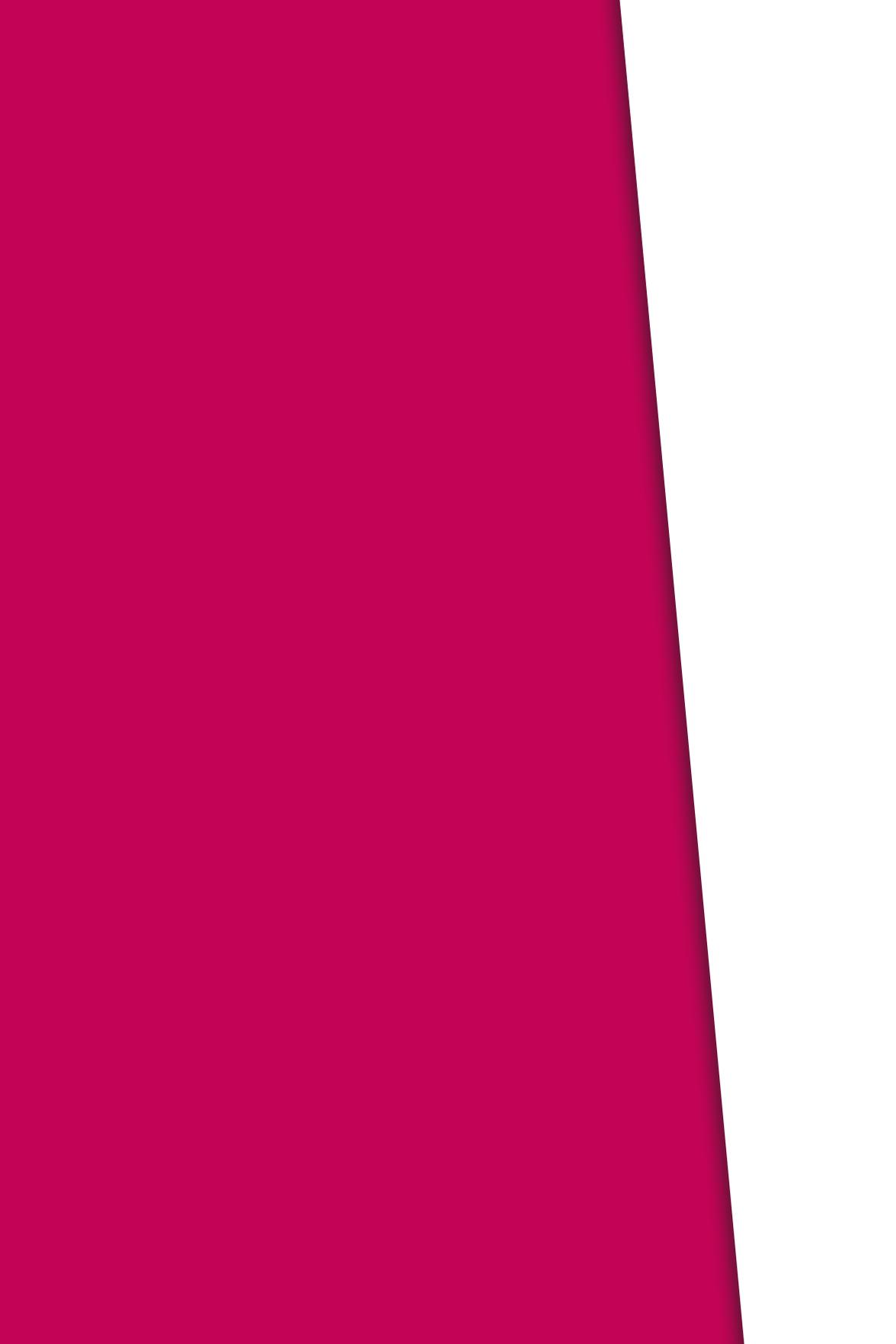
Les grands thèmes de santé recherchés sur Internet et cités le plus fréquemment par les internautes de 55-85 ans sont : les maladies en général (50,4 %) – principalement la grippe –, les problèmes de santé ponctuels (31,2 %) et les actualités médicales ou de

traitements (19,0 %). Les comportements de santé (alcool, tabac, nutrition, contraception, sexualité...) arrivent loin derrière avec 4,9 % des recherches sur Internet liées à la santé des 55-85 ans.

L'information trouvée sur Internet apparaît fiable à une large majorité des internautes de 55-85 ans ayant utilisé Internet pour chercher des informations ou des conseils sur la santé au cours des douze derniers mois (79,8 %, dont 20,1 % «*tout à fait fiable*» et 59,7 % «*plutôt fiable*»). Aucune différence sur l'appréciation des informations trouvées ne s'observe selon le sexe et l'âge des internautes. Cette forte confiance accordée pourrait être jugée préoccupante dans la mesure où l'on sait que la qualité et la validité des informations en matière de santé sur Internet sont extrêmement variables.

Bibliographie

- [1] Moliner P., Ivan-Rey M., Vidal J. « Trois approches psychosociales du vieillissement. Identité, catégorisations et représentations sociales ». *Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement*, décembre 2008, vol. 6, n°4 : p. 245-257. En ligne : www.jle.com/fr/revues/medecine/pnv/e-docs/00/04/43/95/telecharger.phtml?code_langue=fr&format=application/pdf&titre=Version%20PDF [dernière consultation : 14/11/2013]
- [2] Laive d'Épinay C., Cavalli S. « Changements et tournants dans la seconde moitié de la vie ». *Gérontologie et société*, 2/2007, n° 121 : p. 45-60 En ligne : www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2007-2-page-45.htm [6/05/2013]
- [3] Blanché A. « Ruptures-passages : approches psychanalytiques du vieillissement ». *Gérontologie et société*, 2/2007, n° 121 : p. 11-30
- [4] Cambois E., Laborde C., Robine J.-M. « La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte ». *Population et Sociétés*, janvier 2008, n° 441 : 4 p. En ligne : www.ined.fr/fichier/t_publication/1341/publi_pdf1_441.pdf [14/11/2013]
- [5] Bourdossol H., Pin S. « Préférences et attentes des personnes âgées en matière d'information sur la santé et la prévention : résultats d'une étude qualitative auprès de seniors et de personnes âgées en perte d'autonomie ». *Évolutions*, 2009, n°17 : 6 p. En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1192.pdf [14/11/2013]
- [6] Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2012 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 10 avril 2012, n° 14-15 : p. 165. En ligne : www.invs.sante.fr/content/download/34308/169293/version/3/file/beh_14_15.pdf [14/11/2013]
- [7] Piot-Ziegler C. « Définir « la peur de tomber » chez les personnes âgées à domicile. Étude qualitative ». *Bulletin de psychologie*, 2007, tome 60, n° 492 : p. 515-525
- [8] Courbet D. « Réception des campagnes de communication de santé publique et efficacité des messages générant de la peur : une étude expérimentale sur le rôle de la peur dans le changement des attitudes néfastes ». *Communication*, 2003, vol. 22, n° 1 : p. 100-122
- [9] Lamoureux P. « Campagnes de communication en santé publique et éducation à la santé ». *Les Tribunes de la santé*, 4/2005, n° 9 : p. 35-42. En ligne : www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2005-4-page-35.htm [06/05/2013]
- [10] Deccache A., Doumont D., Libion F. *Les personnes âgées et leur santé : Besoins, représentations, comportements... (2^e partie)*. Louvain : UCL - RESO. Unité d'Éducation pour la Santé, coll. Série de dossiers documentaires, 1999 : 21 p. En ligne : www.uclouvain.be/cps/ucf/doc/reso/documents/dos3.PDF [14/11/2013]
- [11] Beck F., Nguyen-Thanh V., Richard J.-B., Renahy E. « Usage d'internet : les jeunes acteurs de leur santé ? » *Agora*, 2013, vol. 63, n° 1 : p. 102-112. En ligne : www.cairn.info/revue-agora-debats-jeunesses-2013-1-page-102.htm [14/11/2013]



L'essentiel

Dépression, détresse psychologique et pensées suicidaires : prévalences, recours aux soins et facteurs associés

Dans un contexte de vieillissement de la population française et d'augmentation de la part des troubles de santé mentale dans la charge totale de morbidité, ce chapitre vise à présenter un premier état des lieux de la santé psychique des personnes âgées de 55 à 85 ans en France. Cet état des lieux s'appuie sur l'exploitation et l'analyse de trois indicateurs du Baromètre santé 2010 : la survenue d'un état de détresse psychologique au cours des quatre dernières semaines ; la survenue d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze derniers mois ; et enfin la survenue de pensées suicidaires au cours des douze derniers mois. Une analyse des facteurs associés ainsi que des données de recours aux soins complètent ces premiers résultats.

Chez les 55-85 ans, une femme sur quatre et un homme sur dix ont récemment vécu une période de détresse psychologique ou souffert d'un EDC ou pensé à se suicider au cours des douze derniers mois. Quel que soit le trouble considéré, les prévalences sont systématiquement plus élevées chez les femmes. Parmi les trois états de mal-être renseignés dans notre enquête, le plus prévalent est la détresse psychologique, qui concerne 17,2 % des 55-85 ans, suivi de l'EDC (4,4 %) et des pen-

sées suicidaires (3,5 %). Un résultat intéressant, en particulier pour la prévention et le repérage du risque suicidaire, concerne le lien qu'entretiennent les pensées suicidaires avec les deux autres indicateurs selon le genre : alors que 90 % des femmes exprimant des idées suicidaires ont vécu un EDC ou sont en détresse psychologique, chez les hommes, la moitié de ceux qui déclarent des pensées suicidaires ne reportent ni détresse psychologique ni EDC. Concernant les facteurs associés, le fait d'être plus jeune (55-64 ans), d'être dans une situation financière difficile, de vivre seul, ainsi que d'être physiquement diminué par une maladie chronique ou un handicap depuis au moins six mois sont globalement liés aux trois troubles considérés. Ces résultats suggèrent des pistes de réflexion pour la prévention. Ils sous-tendent notamment les initiatives visant la promotion du lien social et les actions auprès des personnes âgées touchées par une limitation fonctionnelle.

Les données de recours aux soins indiquent que près de la moitié des personnes âgées de 55 à 85 ans présentant au moins un trouble ne déclarent aucun recours aux soins au cours des douze derniers mois. Cette tendance est plus importante chez les hommes (61,3 %) que chez

les femmes (40,8 %). Parmi les deux types de recours aux soins observés (psychothérapie et médicaments psychotropes), c'est la prise de médicaments psychotropes qui domine sur la psychothérapie. Plus de la moitié (51,8 %) des personnes concernées par au moins l'un des trois troubles déclarent avoir consommé des médicaments psychotropes, contre moins de 9 % déclarant avoir suivi une psychothérapie. En 2010, les personnes âgées de 55-75 ans sont en proportion moins nombreuses à recourir aux psychothérapies en cas d'EDC (11,9 %) qu'elles ne l'étaient en 2005 (22,8 %). Cette évolution est liée à une diminution importante du recours aux psychothérapies chez les femmes, notamment sur la tranche d'âge 55-64 ans. Sur la même période, alors que le recours aux psychothérapies a globalement diminué, le recours aux médicaments psychotropes a quant à lui augmenté de façon significative (52,0 % des personnes ayant vécu un EDC avaient recours aux médicaments en 2005 vs 66,1 % en 2010). Enfin, concernant l'évolution de la prévalence des EDC, nos résultats suggèrent une tendance globalement stable avec cependant une évolution à la baisse entre 2005 et 2010 chez les 65-75 ans (4,7 % en 2005 vs 2,9 % en 2010).

Dépression, détresse psychologique et pensées suicidaires : prévalences, recours aux soins et facteurs associés

ENGUERRAND DU ROSCOËT
THOMAS SAÏAS
CHRISTOPHE LÉON

INTRODUCTION

Selon les dernières estimations, les troubles neuropsychiatriques seraient devenus le principal contributeur de la charge totale de morbidité¹ mesurée au sein de l'Union européenne. Ils représenteraient 30,1 % de cette charge chez les femmes et 23,4 % chez les hommes. Parmi ces troubles, la dépression est d'ores et déjà le contributeur le plus important de cette charge, devant les maladies cardiovasculaires [1].

Nous traiterons dans ce chapitre de l'état de la santé mentale des personnes âgées de 55 à 85 ans tel que mesuré en 2010 au travers de trois indicateurs : les épisodes dépressifs caractérisés (EDC), la détresse psychologique et les pensées suicidaires.

La survenue d'un EDC au cours des douze derniers mois mesurée selon le Cidi-SF (*Composite International Diagnostic Interview Short Form*) [2] correspond à un état pathologique de profonde tristesse et/ou de perte d'intérêt pour les activités quotidiennes nécessitant une prise en charge médico-

psychologique. Les personnes âgées qui présentent des symptômes dépressifs sont confrontées à un certain nombre de conséquences négatives, y compris un déclin fonctionnel (cognitif et physique) très handicapant pour la gestion de la vie quotidienne [3], une diminution de la qualité de la vie, des comorbidités entre autres cardiovasculaires et une mortalité plus élevée, notamment par suicide [4].

La détresse psychologique telle que mesurée par le MH5 [5] correspond à un état de santé mentale dégradée associé à des symptômes de nature anxiodépressive [6]. La détresse psychologique ne permet pas de poser un diagnostic clinique et ne nécessite pas forcément une prise en charge clinique [7, 8]. Elle constitue néanmoins un indicateur pertinent dans la mesure où elle

1. La charge totale de morbidité (indicateur OMS) est une évaluation dans le temps des années de vie perdues du fait d'une mortalité prématurée ainsi que des années vécues sans être en pleine santé.

peut, à terme, être associée à la survenue de troubles psychiatriques [6] ainsi qu'à diverses comorbidités. Les personnes âgées ayant un score élevé de détresse psychologique seraient ainsi davantage susceptibles de fumer, d'être obèses, de souffrir de diabète ou d'une maladie cardiaque, ou de vivre un accident vasculaire cérébral [9]. Une méta-analyse récente [10] réalisée sur dix cohortes a étudié les certificats de décès en fonction du score de détresse psychologique des individus au moment de leur inclusion dans la cohorte. Elle montre une

relation linéaire entre le niveau de détresse psychologique et la mortalité, toutes causes confondues.

Les pensées suicidaires telles que mesurées dans notre enquête correspondent à la survenue au cours des douze derniers mois de pensées relatives au fait de se donner la mort (voir encadré ci-dessous). Elles sont l'indication d'un risque suicidaire et un facteur fortement associé aux actes suicidaires [11]. Au regard de l'évolution démographique dans les pays européens et en France (dont les projections prévoient

DÉFINITION DES TROUBLES DÉPRESSIFS SELON LE CIDI-SF

Épisode dépressif caractérisé (EDC) : avoir au moins quatre symptômes (dont au moins un symptôme principal) et ses activités habituelles perturbées par ces problèmes.

EDC léger : avoir un maximum de cinq symptômes et ses activités un petit peu perturbées.

EDC sévère : avoir un minimum de six symptômes et ses activités beaucoup perturbées.

EDC moyen : tous les cas entre légers et sévères.

Symptômes principaux :

- vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en se sentant triste, déprimé(e), sans espoir pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
- vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en ayant perdu de l'intérêt pour la plupart des choses pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

Autres symptômes :

- se sentir épuisé(e) ou manquer d'énergie plus que d'habitude.
- avoir pris ou perdu au moins 5 kg.
- avoir plus que d'habitude des difficultés à dormir.
- avoir beaucoup plus de mal que d'habitude à se concentrer.
- avoir beaucoup pensé à la mort.
- avoir perdu de l'intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui donnent habituellement du plaisir.

Détresse psychologique (selon le MH5) :

Le MH5 est une sous-échelle du questionnaire SF-36^a.

Les personnes répondent aux cinq questions suivantes en utilisant une échelle de réponse en cinq points (tout le temps/très souvent/parfois/peu souvent/jamais). Les personnes doivent donner la réponse qui se rapproche le plus de ce qu'ils ont ressenti au cours des quatre dernières semaines :

- a. « Étiez-vous très nerveux ? »
- b. « Étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ? »
- c. « Vous sentiez-vous au calme, en paix ? »
- d. « Étiez-vous triste et maussade ? »
- e. « Étiez-vous quelqu'un d'heureux ? »

Un score est calculé sur la base de la somme des réponses aux cinq items (tout le temps =1 point/très souvent =2 points/parfois =3 points/peu souvent =4 points/jamais =5 points). Le score est ensuite transformé sur une échelle de 0 à 100. Un score inférieur à 56 indique la présence d'une détresse psychologique.

Pensées suicidaires :

La survenue de pensées suicidaire au cours des douze derniers mois est mesurée par l'item suivant : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? » (oui/non/NSP)

a. Le SF-36 (« Medical Outcome Study Short Form », questionnaire en 36 items) est un questionnaire auto-administré qui tente de mesurer la qualité de vie à travers différentes dimensions physiques, émotionnelles et sociales.

une forte augmentation des plus de 60 ans au cours des vingt prochaines années²), et au regard de l'évolution du poids des troubles de santé mentale dans la charge de morbidité, la question de l'état de la santé mentale des personnes âgées s'impose de plus en plus comme un enjeu prioritaire de santé publique. Dans ce chapitre, nous présenterons les données recueillies en 2010 sur l'état de santé mentale d'un échantillon représentatif de la population française des 55-85 ans. Nous détaillerons dans un premier temps les données de prévalence

de la dépression, de la détresse psychologique et des pensées suicidaires par sexe et par âge. Dans un deuxième temps, nous présenterons les facteurs associés à chacun de ces trois indicateurs, avec notamment un éclairage en termes d'inégalités sociales de santé, avant d'aborder les données relatives au recours aux soins. Pour finir, nous rendrons compte des évolutions de ces indicateurs entre 2005 et 2010.

2. Sources : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil jusqu'en 2007, projection de population 2007-2060.

RÉSULTATS

DESCRIPTION DE L'ÉTAT DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES DE 55 À 85 ANS PAR SEXE ET PAR ÂGE : DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE, EDC ET PENSÉES SUICIDAIRES

Prévalence des EDC au cours des douze derniers mois

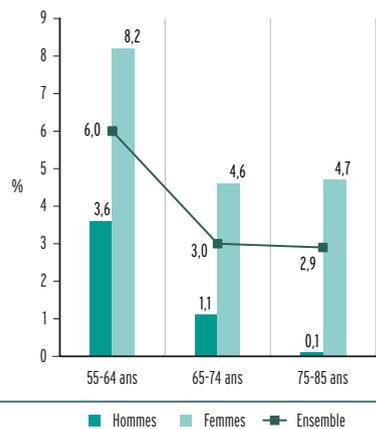
Selon la définition du Cidi-SF, 4,4 % des personnes de 55 à 85 ans déclarent avoir vécu un épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze derniers mois vs 9,1 % des 15-54 ans ($p < 0,001$). Comme chez les 15-54 ans, les EDC d'intensité moyenne et sévère sont nettement plus fréquents que les épisodes d'intensité légère (environ 94,3 % des cas chez les 55-85 ans, et 91,0 % des cas pour les 15-54 ans).

Les femmes sont en proportion plus nombreuses (6,2 %) que les hommes (2,1 %; $p < 0,001$) à avoir vécu un EDC au cours des douze derniers mois, ce qui est également observé aux autres âges de la vie. Si l'on regarde la distribution des EDC par classe d'âge [figure 1], on observe que la classe d'âge la plus concernée reste la plus jeune, c'est-à-dire les 55-64 ans avec une préva-

lence de 6,0 % (3,6 % des hommes vs 8,2 % des femmes; $p < 0,001$). Entre 65 et 74 ans, le taux de prévalence diminue à 3,0 % (1,1 % des hommes vs 4,6 % des femmes; $p < 0,01$) et se stabilise ensuite puisqu'il concerne toujours 2,9 % des 75-85 ans. Cette baisse de la prévalence des EDC entre 65 et 74 ans est observée aussi bien chez les hommes que chez les

FIGURE 1

Prévalence des EDC parmi les 55-85 ans en fonction du sexe et de l'âge en 2010



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

femmes. Cependant, au-delà de 74 ans, la prévalence des EDC continue de diminuer chez les hommes pour ne plus concerner que 0,1 % des 75-85 ans alors qu'elle reste stable chez les femmes autour de 4,7 %.

Prévalence de la détresse psychologique

Selon les critères du MH5, 17,2 % des 55-85 ans seraient en état de détresse psychologique (sans différence significative avec les 15-54 ans), les femmes étant en proportion deux fois plus nombreuses (23,2 %) que les hommes (10,0 %; $p < 0,001$). Chez les femmes, la prévalence de la détresse psychologique reste stable (différences non significatives) sur les trois tranches d'âge [figure 2]. Chez les hommes le pourcentage diminue significativement entre 65 et 74 ans (7,9 % vs 10,5 % des 55-64 ans) avant de repartir à la hausse au-delà de 74 ans (11,6 % des 75-85 ans).

Prévalence des pensées suicidaires

Parmi les personnes âgées de 55 à 85 ans, 3,5 % déclarent avoir eu des pensées sui-

cidaires au cours des douze derniers mois (contre 4,1 % chez les 15-54 ans, $p < 0,05$), les femmes étant en proportion plus nombreuses (4,4 %) que les hommes (2,5 %, $p < 0,001$). C'est dans la tranche d'âge la plus jeune (55-64 ans) que l'on retrouve les plus forts taux de pensées suicidaires (4,1 %), aussi bien chez les hommes (3,1 %) que chez les femmes (5,1 %). La prévalence diminue ensuite de façon significative pour les deux sexes entre 65 et 74 ans (2,8 % au total). Après 74 ans, la prévalence reste stable chez les femmes (3,6 % des 75-85 ans vs 3,9 % des 65-74 ans) alors qu'elle tend à repartir à la hausse chez les hommes (2,4 % des 75-85 ans vs 1,6 % des 65-74 ans) [figure 3].

Liens observés entre les différents indicateurs de santé mentale suivant le sexe des personnes interrogées

Parmi les 55-85 ans, près de deux personnes sur dix (18,0 %) déclarent au moins un trouble (EDC au cours des douze derniers mois ou détresse psychologique au cours des quatre dernières semaines ou pensées suicidaires au cours des douze derniers mois),

FIGURE 2

Prévalence de la détresse psychologique parmi les 55-85 ans en fonction du sexe et de l'âge en 2010

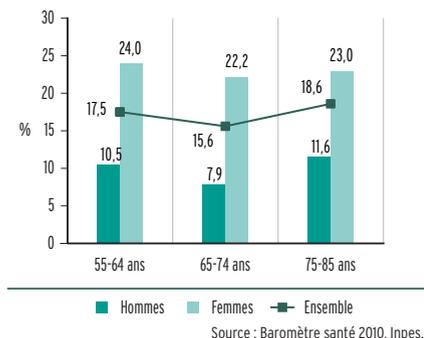
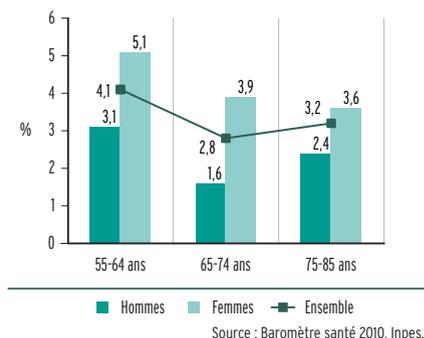


FIGURE 3

Prévalence des pensées suicidaires parmi les 55-85 ans en fonction du sexe et de l'âge en 2010



les femmes étant plus nombreuses que les hommes (24,0 % vs 10,9 %; $p < 0,001$).

L'examen des relations entre les trois indicateurs de santé mentale (effectifs et pourcentages non pondérés) **[figure 4]** montre que la majorité des individus en détresse psychologique (74 % chez les hommes et 71 % chez les femmes) n'ont vécu ni épisodes dépressifs ni pensées suicidaires aux cours des douze derniers mois.

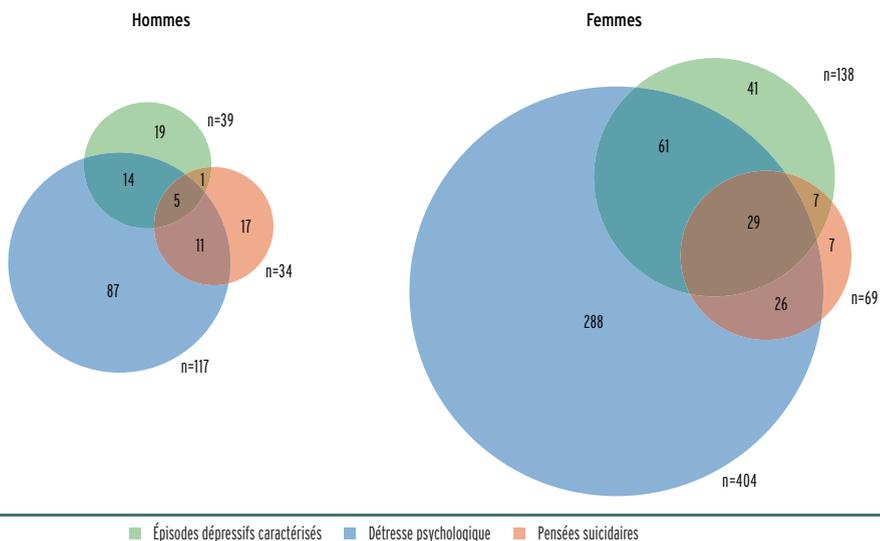
Le résultat principal tient à la différence importante observée entre hommes et femmes sur les relations entre les pensées suicidaires et les deux autres indicateurs. Chez les hommes, la moitié de ceux qui déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois ne présentent ni EDC ni détresse psychologique. Un peu moins de la moitié (47 %) répondent au critère de détresse psychologique et seulement 18 % au critère d'EDC. Chez les femmes, le schéma de résultat est inverse : parmi celles décla-

rant avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, seulement 10 % ne déclarent aucun autre trouble; 80 % d'entre elles répondent au critère de détresse psychologique et 52 % ont vécu un épisode dépressif au cours des douze derniers mois.

Enfin, l'articulation de l'EDC au cours des douze derniers mois avec les pensées suicidaires et la détresse psychologique permet à nouveau d'observer des différences hommes-femmes. Chez les hommes ayant vécu un EDC, 51 %, ne déclarent ni pensées suicidaires ni détresse psychologique. Moins de la moitié (49 %) d'entre eux sont en détresse psychologique au moment de l'enquête et seulement 15 % déclarent des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois. À l'inverse, les femmes ayant vécu un EDC au cours des douze derniers mois répondent majoritairement au critère de détresse psychologique (65 % d'entre elles) et 26 % disent avoir eu des pensées

FIGURE 4

Distribution du nombre de personnes de 55-85 ans par indicateur et association d'indicateurs en 2010 (effectifs non pondérés)



suicidaires au cours des douze derniers mois.

FACTEURS ASSOCIÉS À LA SANTÉ MENTALE

Les facteurs associés ont été analysés par le biais de régressions logistiques impliquant une liste de variables disponibles dans l'enquête et pouvant être associées à chacun des trois indicateurs considérés (EDC au cours des douze derniers mois, détresse psychologique au cours des quatre dernières semaines et pensées suicidaires au cours des douze derniers mois).

Compte tenu de l'association entre le sexe et les résultats observée sur les trois critères de santé mentale analysés, des analyses par genre ont été conduites. Les femmes de 55-85 ans sont en effet près de deux fois plus à risque que les hommes d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (OR=1,8; $p<0,001$) et près de trois fois plus à risque d'être en détresse psychologique (OR=2,6; $p<0,001$) ou d'avoir vécu un EDC au cours des douze derniers mois (OR=3,1; $p<0,001$) [tableau I].

Facteurs associés à la survenue d'un EDC au cours des douze derniers mois

Chez les hommes, la tranche d'âge 75-85 ans (OR=0,1; $p<0,05$) semble moins concernée par les états dépressifs caractérisés que la tranche d'âge 65-74 ans. Chez les femmes, les 55-64 ans sont les plus concernées (OR=1,9; $p<0,05$), en comparaison des 65-74 ans et des 75-85 ans [tableau II].

Si les variables socioprofessionnelles – c'est-à-dire le statut d'activité (actif, retraité) ou les catégories d'emploi exercées (ouvrier, employé, cadre...) – n'apparaissent pas liées aux EDC dans ce modèle, la perception de sa propre situation financière est associée chez les femmes à la survenue d'un EDC. Les

femmes se déclarant en situation difficile ou endettée ont ainsi deux fois plus de risque d'avoir souffert d'un EDC au cours des douze derniers mois que celles qui se déclarent plus à l'aise financièrement (OR=2,2; $p<0,01$).

La présence d'une maladie chronique n'est pas significativement associée à la survenue d'un EDC, mais le fait d'être limité depuis au moins six mois dans ses activités à cause d'un handicap majeure quant à lui de trois fois (OR=2,9; $p<0,001$) le risque de développer un EDC chez les femmes de 55 ans et plus, ce lien n'étant pas observé chez les hommes.

Enfin, le fait de vivre seul multiplie par quatre chez les hommes (OR=3,8; $p<0,001$) et par deux chez les femmes (OR=1,9; $p<0,01$) la probabilité de survenue d'un état dépressif au cours des douze derniers mois.

Facteurs associés à la détresse psychologique (hors EDC et pensées suicidaires)

Le fait d'être âgée de 65 à 74 ans est identifié comme un facteur majorant le risque de détresse psychologique chez les femmes (OR=1,6; $p<0,05$). Le fait de se déclarer en activité augmente également le risque de détresse psychologique aussi bien pour les hommes (OR=2,6; $p<0,05$) que pour les femmes (OR=2,1; $p<0,01$) [tableau III].

Chez les femmes, la détresse psychologique est en lien avec la situation financière perçue. Le risque de détresse psychologique augmente lorsque la situation financière est perçue comme étant «*juste*» (OR=1,6; $p<0,01$) et double lorsque les personnes déclarent «*y arriver difficilement*» ou «*ne pas y arriver sans faire de dettes ou avoir recours aux crédits à la consommation*» (OR=2,1; $p<0,01$).

Le fait de vivre seul est un facteur associé à un état de détresse psychologique chez les hommes seulement (OR=2,3; $p<0,01$). Chez les femmes, si le fait de vivre seul n'est pas associé à la détresse psychologique, le

TABLEAU I

Prévalence et odds ratios bruts selon le genre et le trouble psychologique associé parmi les 55-85 ans en 2010

	Épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois (n=3 193)			Détresse psychologique au cours des quatre dernières semaines (hors EDC et pensées suicidaires) (n=2 955)			Pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (n=9 921)		
	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%
Sexe	***			***			***		
Homme (réf.)	2,1	1		7,5	1		2,5	1	
Femme	6,2	3,1***	[2,0 ; 4,7]	17,4	2,6***	[1,9 ; 3,5]	4,4	1,8***	[1,4 ; 2,3]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU II

Modèles logistiques sur le fait d'avoir eu un EDC dans l'année parmi les 55-85 ans suivant le sexe en 2010

	Hommes (n=1286)			Femmes (n=1837)		
	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Âge	***			**		
55-64 ans	3,6	3,3	[0,8 ; 14,2]	8,2	1,9*	[1,1 ; 3,4]
65-74 ans (réf.)	1,1	1		4,6	1	
75-85 ans	0,1	0,1*	[0,0 ; 0,8]	4,7	0,8	[0,4 ; 1,5]
Situation professionnelle	***					
Travail	4,3	1,6	[0,7 ; 3,8]	8,9	1,4	[0,8 ; 2,5]
Retraite (réf.)	1,5	1		5,4	1	
Autre situation (chômage, au foyer, invalide)	3,4	1,1	[0,2 ; 4,6]	7,4	1,1	[0,5 ; 2,2]
Catégorie socioprofessionnelle	***					
Agriculteurs exploitants	0,3	0,2	[0,0 ; 1,5]	4,8	1,1	[0,3 ; 3,4]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1,5	0,7	[0,2 ; 2,6]	3,8	0,7	[0,2 ; 2,5]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	2,5	1,0	[0,4 ; 2,3]	7,3	1,7	[0,7 ; 4,3]
Professions intermédiaires	1,2	0,4	[0,1 ; 1,2]	8,5	1,9	[0,9 ; 3,9]
Employés	3,0	0,8	[0,2 ; 2,8]	5,0	0,8	[0,4 ; 1,6]
Ouvriers (réf.)	3,1	1		5,6	1	
Perception financière	***					
À l'aise/ça va (réf.)	1,7	1		4,8	1	
C'est juste	2,9	1,7	[0,7 ; 4,0]	6,8	1,6	[0,9 ; 2,6]
Difficile/dettes	2,6	1,2	[0,2 ; 6,0]	10,7	2,2**	[1,3 ; 3,9]
Vit seul	***			*		
Non (réf.)	1,5	1		5,0	1	
Oui	5,1	3,8***	[1,8 ; 8,3]	8,5	1,9**	[1,3 ; 2,8]
Maladie chronique	*			***		
Non (réf.)	1,7	1		4,7	1	
Oui	2,7	1,9	[0,8 ; 4,2]	8,4	1,3	[0,8 ; 2,1]
Limité depuis au moins 6 mois	*			***		
Non (réf.)	2,0	1		4,0	1	
Oui	2,4	1,1	[0,5 ; 2,3]	13,0	2,9***	[1,8 ; 4,8]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU III

Modèles logistiques sur le fait d'être en détresse psychologique (score < 56 au MH5) au cours des quatre dernières semaines suivant le sexe (sans EDC, ni pensées suicidaires au cours des douze derniers mois) parmi les 55-85 ans en 2010

	Hommes (n=1 218)			Femmes (n=1 668)		
	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95 %
Âge						
55-64 ans (réf.)	6,9	1		16,9	1	
65-74 ans	7,0	1,5	[0,7 ; 3,1]	19,0	1,6*	[1,0 ; 2,4]
75-85 ans	9,4	1,6	[0,7 ; 3,8]	16,5	1,1	[0,6 ; 1,8]
Situation professionnelle						
	*			**		
Travail	9,9	2,6*	[1,1 ; 5,7]	19,5	2,1**	[1,3 ; 3,4]
Retraite (réf.)	6,2	1		14,5	1	
Autre situation (chômage, au foyer, invalide)	16,2	2,1	[0,7 ; 6,6]	28,3	2,8***	[1,7 ; 4,6]
Catégorie socioprofessionnelle						
	**			**		
Agriculteurs exploitants	10,4	1,3	[0,5 ; 3,7]	16,0	0,8	[0,3 ; 1,9]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	8,3	1,1	[0,5 ; 2,6]	15,2	0,6	[0,3 ; 1,3]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	5,0	0,7	[0,3 ; 1,6]	15,7	0,9	[0,5 ; 1,7]
Professions intermédiaires	4,7	0,5	[0,2 ; 1,1]	11,7	0,7	[0,4 ; 1,2]
Employés	6,2	0,6	[0,2 ; 2,1]	19,6	1,0	[0,6 ; 1,6]
Ouvriers (réf.)	10,0	1		21,3	1	
Perception financière						
	**			***		
À l'aise/ça va (réf.)	5,4	1		13,3	1	
C'est juste	10,2	1,5	[0,7 ; 3,0]	20,5	1,6**	[1,1 ; 2,3]
Difficile/dettes	12,7	2	[0,9 ; 4,1]	30,8	2,1**	[1,3 ; 3,2]
Vit seul						
	**			*		
Non (réf.)	6,6	1		16,1	1	
Oui	11,8	2,3**	[1,4 ; 3,9]	20,0	1,4	[1,0 ; 1,9]
Conversation ou visite au cours des 8 derniers jours						
	*					
Non (réf.)	10,6	1,4	[0,8 ; 2,4]	20,1	1,1	[0,7 ; 1,7]
Oui	6,6	1		16,8	1	
Activité ou loisir au cours des 8 derniers jours						

Non	8,9	1,5	[0,9 ; 2,5]	22,2	1,6**	[1,1 ; 2,2]
Oui (réf.)	6,0	1		12,2	1	
Maladie chronique						

Non (réf.)	7,4	1		14,2	1	
Oui	7,5	1,0	[0,5 ; 1,7]	22,2	1,3	[0,9 ; 1,8]
Limité depuis au moins 6 mois						
	*			***		
Non (réf.)	6,9	1		13,9	1	
Oui	9,4	1,4	[0,8 ; 2,4]	30,1	2,2***	[1,5 ; 3,1]

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

fait de ne pas participer à des activités de groupe ou de loisirs (OR=1,6 ; p<0,01) est en revanche identifié comme un facteur de risque.

Enfin, la présence d'une limitation physique est un facteur associé à la détresse psychologique chez les femmes seulement (OR=2,2 ; p<0,001).

Facteurs associés aux pensées suicidaires au cours des douze derniers mois

Alors que l'âge – à mesure qu'il augmente – constituait pour les EDC un facteur de protection, ce lien reste en-deçà du seuil

de significativité concernant l'expression des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois [tableau IV].

Les facteurs associés aux pensées suicidaires au cours des douze derniers mois sont le fait de vivre seul pour les hommes (OR=4,5; $p<0,001$) et le fait de se déclarer

TABLEAU IV

Modèles logistiques sur le fait d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois suivant le sexe (y compris les EDC comme facteur) parmi les 55-85 ans en 2010

	Hommes (n=1208)			Femmes (n=1763)		
	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Âge	*			**		
55-64 ans	3,1	1		5,1	1	
65-74 ans (réf.)	1,6	0,5	[0,1 ; 1,5]	3,9	0,6	[0,3 ; 1,3]
75-85 ans	2,4	0,7	[0,2 ; 2,2]	3,6	0,4	[0,1 ; 1,1]
Situation professionnelle	***			**		
Travail	3,1	1		4,0	1	
Retraite (réf.)	2,0	0,5	[0,2 ; 1,8]	4,1	1,0	[0,5 ; 2,2]
Autre situation (chômage, au foyer, invalide)	7,0	1,4	[0,3 ; 5,9]	6,0	1,0	[0,4 ; 2,8]
Catégorie socioprofessionnelle						
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2,1	1,9	[0,5 ; 6,9]	4,7	0,4	[0,1 ; 2,5]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	2,6	0,7	[0,2 ; 2,6]	5,5	0,9	[0,3 ; 2,5]
Professions intermédiaires	2,7	1,5	[0,5 ; 4,7]	3,7	0,7	[0,2 ; 1,8]
Employés	2,9	0,8	[0,2 ; 3,1]	4,7	0,6	[0,2 ; 1,4]
Ouvriers (réf.)	2,6	1		4,4	1	
Perception financière	***			***		
À l'aise/ça va (réf.)	1,7	1		3,1	1	
C'est juste	2,6	0,5	[0,1 ; 1,5]	4,6	2,2*	[1,2 ; 4,3]
Difficile/dettes	6,7	1,0	[0,3 ; 3,2]	9,0	1,7	[0,9 ; 3,2]
Vit seul	***			***		
Non (réf.)	2,0	1		3,6	1	
Oui	5,0	4,5***	[2,0 ; 10,0]	5,7	1,8	[0,9 ; 3,4]
Maladie chronique	***			***		
Non (réf.)	1,2	1		3,0	1	
Oui	4,2	3,3*	[1,3 ; 8,4]	6,1	1,1	[0,6 ; 2,1]
Limité depuis au moins 6 mois	***			***		
Non (réf.)	1,6	1		3,0	1	
Oui	5,6	3,9**	[1,6 ; 9,1]	8,2	2,3*	[1,2 ; 4,4]
EDC au cours des 12 derniers mois	***			***		
Non (réf.)	1,7	1		1,8	1	
Oui	10,2	3,1*	[1,1 ; 8,5]	22,6	11,4***	[6,0 ; 21,7]

* : $p<0,05$; ** : $p<0,01$; *** : $p<0,001$.

dans une situation financière «*limite*» ou «*juste*» (en contrôlant pour la variable dépression) pour les femmes (OR=2,2 ; $p<0,05$).

On observe également un lien entre pensées suicidaires et condition physique des personnes interrogées : chez les hommes, en contrôlant pour la variable dépression, la présence d'une maladie chronique (OR=3,3 ; $p<0,05$) ou le fait d'être physiquement limité depuis au moins six mois (OR=3,9 ; $p<0,01$) augmentent de manière significative l'expression de telles idéations. Chez les femmes, si la présence d'une maladie chronique n'est pas significativement associée aux pensées suicidaires, la limitation augmente quant à elle de plus de deux fois la présence d'idées suicidaires (OR=2,3 ; $p<0,05$).

La dépression reste, dans ce modèle, le facteur le plus associé aux pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (OR=3,1 ; $p<0,05$ chez les hommes et OR=11,4 avec $p<0,001$ chez les femmes).

RECOURS AUX SOINS AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS : SUIVI D'UNE PSYCHOTHÉRAPIE ET/OU CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Près de la moitié des personnes âgées de 55 à 85 ans présentant au moins un trouble ne déclarent aucun recours aux soins au cours des douze derniers mois. Cette tendance est plus importante chez les hommes (61,3 %) que chez les femmes (40,8 % ; $p<0,01$), et sans différence significative selon l'âge [tableau V].

Parmi les deux types de recours aux soins mesurés (psychothérapie et médicaments psychotropes), c'est la prise de médicaments psychotropes qui domine. Près de 52 % des personnes concernées par au moins un des trois troubles ont consommé des médicaments psychotropes au cours

des douze derniers mois, tandis que moins de 9 % d'entre eux ont suivi une psychothérapie. Les femmes sont en proportion plus nombreuses à consommer des médicaments psychotropes en cas de difficulté psychologique que les hommes (57,7 % des femmes présentant au moins un trouble vs 33,8 % pour les hommes ; $p<0,01$). Cet effet du genre est également retrouvé parmi les personnes ne présentant aucun des trois troubles considérés : 21,6 % des femmes déclarent consommer des médicaments psychotropes vs 12,2 % des hommes ($p<0,001$).

Concernant les effets liés à l'âge, on n'observe globalement pas de différences sur le recours aux psychotropes en cas de difficultés psychologiques (au moins un trouble au cours des douze derniers mois). En revanche, les 65-85 ans ont significativement moins recours aux psychothérapies que les 55-64 ans (3,8 % vs 13,4 % ; $p<0,001$).

Recours aux médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois : taux de recours et facteurs associés

Taux de recours

On observe que 60,3 % des personnes ayant vécu un EDC au cours des douze derniers mois, 46,6 % des personnes en détresse psychologique et 66,7 % des personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois ont consommé des médicaments psychotropes, contre 16,9 % des personnes ne déclarant aucun de ces trois troubles [tableaux V et VI]. À l'exception des personnes ayant souffert d'un EDC, pour lesquelles la proportion de consommation ne diffère pas entre les hommes et les femmes, on observe une proportion de consommation de médicaments plus importante chez les femmes en cas de détresse psychologique (53,9 % vs 21,8 % des hommes ; $p<0,01$) ou de pensées

TABLEAU V

Taux de recours aux soins au cours des douze derniers mois de l'ensemble des 55-85 ans selon le sexe et l'âge en 2010

	Au moins un trouble (n=613)			Aucun trouble (n=2 580)		
	Recours à un médicament psychotrope ou à une psychothérapie	Recours à une psychothérapie	Recours à un médicament psychotrope	Recours à un médicament psychotrope ou à une psychothérapie	Recours à une psychothérapie	Recours à un médicament psychotrope
Ensemble	54,2	8,5	51,8	17,4	1,0	16,9
Sexe						
Hommes	38,7	8,2	33,8	12,9	1,0	12,2
Femmes	59,2**	8,6	57,7**	21,9***	1,0	21,6***
Âge						
55-64 ans	56,2	13,4	51,6	17,5	1,7	16,5
65-85 ans	51,9	3,8***	51,9	17,2	0,5**	17,1

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU VI

Taux de recours aux médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois selon le sexe, l'âge et la nature du trouble parmi les 55-85 ans en 2010

	EDC (12 derniers mois)	Détresse psychologique (hors EDC et pensées suicidaires)	Pensées suicidaires (12 derniers mois)	Aucun des trois troubles
	n=101	n=184	n=63	n=1307
Ensemble	60,3	46,6	66,7	16,9
Sexe				
		**	*	***
Homme (réf.)	60,0	21,8	44,6	12,2
Femme	60,4	53,9	78,1	21,6
Âge				
	*			
55-64 ans	70,3	39,2	61,5	16,5
65-85 ans (réf.)	43,2	52,6	78,1	17,1

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

suicidaire (78,1 % vs 44,6 % des hommes ; p<0,05). Cette plus grande consommation de psychotropes chez les femmes est également retrouvée parmi les personnes ne présentant aucun des trois troubles (21,6 % des femmes déclarent avoir consommé des médicaments psychotropes vs 12,2 % des hommes ; p<0,001).

On observe par ailleurs une proportion plus importante de consommation de psychotropes chez les 55-64 ans (70,3 %) que chez les 65-85 ans (43,2 %) en cas d'EDC (p<0,05). En revanche, en cas de détresse psychologique ou de pensées suicidaires, la consommation de médicaments psychotropes semblerait plus élevée chez les 65 ans et plus. Enfin, on n'observe

aucune différence liée à l'âge parmi les personnes ne présentant aucun trouble (16,5 % des 55-64 ans et 17,1 % des 65-85 ans ont consommé des médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois).

Facteurs associés

La survenue d'un trouble est positivement associée à la prise de médicaments psychotropes : OR=3,0 pour les pensées suicidaires ($p<0,01$), OR=4,1 pour la détresse psychologique ($p<0,001$) et OR=2,4 pour un EDC ($p<0,01$). Lorsque l'on ajuste sur les variables sociodémographiques ainsi que sur la nature du trouble, on observe

que seuls le sexe et le type d'agglomération ont une incidence sur la consommation de médicaments psychotropes. Le fait d'être une femme multiplie par deux (OR=2,2; $p<0,001$) et le fait de résider dans un environnement urbain (et non rural) par 1,7 ($p<0,001$) la consommation de médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois. Si, globalement, le fait de vivre dans un environnement urbain favorise le recours aux médicaments psychotropes en cas de trouble, le détail des régressions selon le genre indique que cet effet n'est significatif que chez les femmes (OR=2,0; $p<0,001$) [tableau VII].

TABLEAU VII

Modèles logistiques sur le fait d'avoir consommé des médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois selon les variables sociodémographiques et la nature du trouble parmi les 55-85 ans en 2010

	Ensemble (n=1617)			Hommes (n=663)			Femmes (n=954)		
	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%
Sexe	***								
Homme (réf.)	14,3	1		-	-	-	-	-	-
Femme	30,6	2,2***	[1,6; 3,0]	-	-	-	-	-	-
Âge									
55-64 ans	23,9	1,1	[0,8; 1,5]	14,2	0,9	[0,5; 1,5]	32,3	1,2	[0,8; 1,8]
65-85 ans (réf.)	22,5	1		14,5	1		29,3	1	
Situation professionnelle									
Travail (réf.)	23,7	1		14,3	1		32,0	1	
Retraite	22,9	1,3	[0,8; 2,0]	14,1	1,2	[0,5; 2,8]	31,4	1,4	[0,8; 2,3]
Autre situation (chômage, au foyer, invalide)	23,8	0,7	[0,4; 1,2]	16,9	1,0	[0,3; 2,9]	25,9	0,7	[0,4; 1,2]
Type d'agglomération	**			***					
Rural (réf.)	17,2	1		11,5	1		22,0	1	
Urbain	25,3	1,7***	[1,3; 2,4]	15,3	1,4	[0,8; 2,3]	33,8	2,0***	[1,3; 2,9]
Perception financière	**			**					
À l'aise/ça va (réf.)	21,0	1		13,5	1		28,2	1	
C'est juste/difficile	26,5	1,0	[0,8; 1,4]	16,1	1,1	[0,6; 1,9]	34,0	1,0	[0,7; 1,4]
Vit seul	**			**					
Non (réf.)	21,5	1		13,2	1		30,3	1	
Oui	27,6	0,9	[0,6; 1,1]	19,4	1,1	[0,6; 1,8]	31,3	0,8	[0,5; 1,1]
EDC au cours des douze derniers mois	***			***					
Non (réf.)	21,1	1		13,3	1		28,2	1	
Oui	60,3	2,4**	[1,4; 4,2]	60,0	7,0**	[2,1; 23,0]	60,4	1,7	[0,9; 3,2]

TABLEAU VII (SUITE)

	Ensemble (n=1617)			Hommes (n=663)			Femmes (n=954)		
	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%
Détresse psychologique	***			***			***		
Non (réf.)	17,5	1		12,4	1		22,5	1	
Oui	54,3	4,1***	[2,9; 5,8]	38,2	3,0**	[1,5; 5,8]	58,8	4,6***	[3,1; 7,0]
Penser au suicide au cours des douze derniers mois	***			***			***		
Non (réf.)	21,7	1		13,6	1		28,7	1	
Oui	66,6	3,0**	[1,4; 6,1]	44,6	2,9*	[1,1; 7,6]	78,1	3,2*	[1,2; 8,6]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Recours à une psychothérapie au cours des douze derniers mois : taux de recours et facteurs associés

Taux de recours

Au total, 10,1 % des personnes ayant vécu un EDC au cours des douze derniers mois, 6,1 % des personnes en détresse psychologique (sans EDC, ni pensées suicidaires) et 24,4 % des personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois ont suivi une psychothérapie dans l'année, (vs 1 % des personnes ne déclarant aucun de ces trois troubles)

[tableaux V et VIII]. Une différence significative homme-femme n'est observée que parmi les personnes ayant vécu un EDC au cours des douze derniers mois, les hommes étant, en proportion, plus nombreux que les femmes (17,1 % vs 8,1 %, p<0,05) à avoir suivi une psychothérapie au cours des douze derniers mois. La même tendance est retrouvée (mais reste non significative) chez les personnes ayant eu des pensées suicidaires (28,8 % d'hommes vs 22,2 % de femmes). Une tendance inverse est observée chez les personnes en détresse psychologique (2,0 % des hommes ont suivi une psychothérapie vs 7,6 % des femmes).

TABLEAU VIII

Taux de recours à une psychothérapie selon le sexe, l'âge et la nature du trouble parmi les 55-85 ans en 2010

	EDC (douze derniers mois) (n=177)	Détresse psychologique (hors EDC et pensées suicidaires) (n=375)	Pensées suicidaires (douze derniers mois) (n=103)
Ensemble	10,1	6,1	24,4
Sexe	*		
Homme (réf.)	17,1	2,0	28,8
Femme	8,1	7,6	22,2
Âge	*		
55-64 ans	13,8	9,9	32,2
65-85 ans (réf.) (n=57)	3,8	3,3	9,7

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Facteurs associés

De façon générale, on observe une proportion plus importante de personnes ayant suivi une psychothérapie dans la tranche d'âge la plus jeune (55-64 ans) : 13,8 % des personnes de 55-64 ans ayant vécu un EDC ont suivi une psychothérapie, contre seulement 3,8 % des 65-85 ans ($p < 0,05$) ; 9,9 %

des 55-64 ans en détresse psychologique ont suivi une psychothérapie contre 3,3 % chez les 65-85 ans ($p < 0,01$) ; et 32,2 % des 55-64 ans ayant eu des pensées suicidaires ont suivi une psychothérapie contre moins de 10 % des 65-85 ans.

En ajustant sur la nature du trouble pour l'ensemble de l'échantillon [tableau IX],

TABLEAU IX

Modèles logistiques sur le fait d'avoir suivi une psychothérapie au cours des douze derniers mois selon les variables sociodémographiques et la nature du trouble parmi les 55-85 ans en 2010

	Ensemble (n=3173)			Hommes (n=1301)			Femmes (n=1872)		
	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Sexe	*								
Homme (réf.)	1,8	1		-	-	-	-	-	-
Femme	2,8	0,9	[0,5 ; 1,7]	-	-	-	-	-	-
Âge	***								
55-64 ans	4,0	3,0***	[1,6 ; 5,6]	3,1	1,9	[0,4 ; 8,1]	4,8	3,6***	[1,7 ; 7,5]
65-85 ans (réf.)	1,0	1		0,6	1		1,3	1	
Situation professionnelle	***								
Travail (réf.)	4,6	1		2,6	1		6,5	1	
Retraite	1,4	0,6	[0,3 ; 1,2]	0,8	0,6	[0,1 ; 2,5]	2,0	0,6	[0,3 ; 1,3]
Autre situation (chômage, au foyer, invalide)	4,9	1,1	[0,5 ; 2,4]	10,1	4,3*	[1,0 ; 17,4]	3,0	0,5	[0,2 ; 1,3]
Type d'agglomération	*								
Rural (réf.)	1,4	1		0,7	1		2,0	1	
Urbain	2,7	1,8	[1,0 ; 3,5]	2,3	2,9	[0,6 ; 13,5]	3,1	1,4	[0,7 ; 2,9]
Perception financière	*								
À l'aise/ça va (réf.)	2,0	1		1,4	1		2,5	1	
C'est juste/difficile	3,0	0,9	[0,5 ; 1,5]	2,6	1,4	[0,5 ; 4,0]	3,2	0,7	[0,3 ; 1,3]
Vit seul	*								
Non (réf.)	2,0	1		1,9	1		2,2	1	
Oui	3,2	1,5	[0,9 ; 2,4]	1,7	0,3	[0,1 ; 1,1]	3,9	2,2*	[1,2 ; 4,0]
EDC au cours des douze derniers mois	***								
Non (réf.)	2,0	1		1,5	1		2,4	1	
Oui	10,1	1,1	[0,5 ; 2,3]	17,1	7,9**	[1,7 ; 37,3]	8,1	0,7	[0,3 ; 1,6]
Détresse psychologique	***								
Non (réf.)	1,1	1		1,2	1		1,0	1	
Oui	9,2	5,8***	[3,2 ; 10,6]	8,6	2,8	[1,0 ; 8,2]	9,3	8,7***	[4,4 ; 17,3]
Penser au suicide au cours des douze derniers mois	***								
Non (réf.)	1,8	1		1,3	1		2,2	1	
Oui	24,3	5,6***	[2,7 ; 11,8]	28,8	20,7***	[5,8 ; 74,1]	22,2	4,1**	[1,7 ; 9,7]

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

on observe que seul l'âge reste associé au suivi d'une psychothérapie. Les personnes âgées entre 55 et 64 ans ont ainsi trois fois plus de chance d'avoir suivi une psychothérapie au cours des douze derniers mois que les personnes âgées entre 65 et 85 ans ($p < 0,001$). Si l'on regarde le détail des régressions selon le genre, chez les femmes, le fait de vivre seule ($OR=2,2$; $p < 0,05$) ainsi qu'un âge plus jeune (55-64 ans) sont positivement associés au suivi d'une psychothérapie. Chez les hommes, après ajustement, la seule variable qui reste positivement associée au suivi d'une psychothérapie est le fait de n'être ni en activité professionnelle ni en retraite (il s'agit essentiellement de chômeurs ou de personnes « au foyer » : $OR=4,3$; $p < 0,05$).

ÉVOLUTIONS 2005-2010

Parmi les indicateurs considérés, la détresse psychologique n'était pas mesurée dans le Baromètre santé 2005. Les pensées suicidaires sont suivies depuis 2005 mais les modalités de mesure ont évolué entre 2005 et 2010, ne permettant pas la comparaison entre ces deux années. Au final, seule la mesure des EDC au cours des douze derniers mois peut faire l'objet d'une analyse pour les

55-75 ans (les évolutions sont calculées pour les 55-75 ans, les 76-85 ans n'ayant pas été interrogés avant 2010).

Évolution des EDC entre 2005 et 2010

Globalement, la prévalence des EDC est restée stable entre 2005 et 2010 (respectivement 5,3 % et 4,7 %), sans différences significatives, que ce soit chez les hommes (3,6 % en 2005 vs 2,6 % en 2010) ou chez les femmes (6,8 % en 2005 vs 6,6 % en 2010) [tableau X]. Notons que cette stabilité est également observée parmi les 15-54 ans.

Une différence est cependant observée chez les personnes âgées de 65 à 75 ans dans le sens d'une diminution significative de la prévalence entre 2005 (4,7 %) et 2010 (2,9 %; $p < 0,05$).

Évolutions du recours aux soins parmi les personnes ayant vécu un EDC au cours des douze derniers mois entre 2005 et 2010

Globalement, concernant le traitement suivi en cas d'EDC, on observe des évolutions significatives sur l'ensemble des 55-75 ans avec une augmentation du recours aux

TABLEAU X

Évolution des EDC au cours des douze derniers mois parmi les 55-75 ans selon le sexe et l'âge entre 2005 et 2010 (en pourcentage)

	2005 (n=5183)	2010 (n=2649)	Évolutions 2005-2010
Ensemble	5,3	4,7	ns
Sexe			
Hommes	3,6	2,6	ns
Femmes	6,8	6,6	ns
Âge			
55-64 ans	5,8	6	ns
65-75 ans	4,7	2,9	*

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; ns : non significatif.

Source : Baromètre santé 2005 et 2010, Inpes.

médicaments psychotropes au détriment, semble-t-il, du recours à une psychothérapie [tableau XI].

La consommation de médicaments psychotropes en cas d'EDC a augmenté de plus de 10 points entre 2005 (52,0 %) et 2010 (66,1 %; $p < 0,05$), cette augmentation étant principalement portée par les 55-64 ans (de 53,5 % en 2005 à 70,3 % en 2010; $p < 0,05$), sans que l'on observe d'évolution significative chez les 65-75 ans.

Sur la même période (2005-2010), le recours à une psychothérapie a quant à lui suivi une évolution inverse avec une diminution importante du taux de recours : 22,8 % des 55-75 ans ayant souffert d'un EDC déclaraient avoir suivi une psychothérapie en 2005, contre 11,9 % en 2010 ($p < 0,05$). Dans le détail, la diminution du recours à une psychothérapie n'est significative que chez les femmes (de 26,1 % en 2005 à 10,0 % en 2010; $p < 0,01$) et chez les 55-64 ans (de 29,4 % en 2005 à 13,8 % en 2010; $p < 0,01$).

TABLEAU XI

Évolution entre 2005 et 2010 du recours aux traitements au cours des douze derniers mois parmi les personnes de 55-75 ans ayant déclaré un EDC dans l'année (en pourcentage)

	Consommation de psychotropes au cours des douze derniers mois			Réalisation d'une psychothérapie au cours des douze derniers mois		
	2005 (n=314)	2010 (n=91)	Évolutions 2005-2010	2005 (n=314)	2010 (n=156)	Évolutions 2005-2010
Ensemble	52,0	66,1	*	22,8	11,9	*
Sexe						
Hommes	42,6	60,0	ns	16,2	17,3	ns
Femmes	56,7	68,0	ns	26,1	10,0	**
Âge						
55-64 ans	53,5	70,3	*	29,4	13,8	**
65-75 ans	49,6	54,6	ns	12,3	6,4	ns

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; ns : non significatif.

Source : Baromètre santé 2005 et 2010, Inpes.

DISCUSSION

Les données du Baromètre santé 2010, analysées chez les 55 ans et plus, témoignent que près d'une personne sur cinq au sein de cette population est ou a été en état de souffrance psychologique au cours des douze derniers mois (épisode dépressif caractérisé, détresse psychologique ou pensées suicidaires). Si ces taux restent en-deçà des données relevées chez les personnes plus jeunes, ils doivent néanmoins être considérés avec attention, compte tenu des enjeux de santé associés aux troubles du spectre dépressif

et de leur implication dans l'aggravation des troubles liés au vieillissement.

Par ailleurs, la moindre prévalence des EDC chez les 55-85 ans, et surtout chez les 65-85 ans, en comparaison à celle de la population générale, pourrait en partie résulter d'un déficit de diagnostic lié à l'outil de mesure. Des échelles de mesure des états dépressifs ont en effet été spécialement développées pour les populations plus âgées, dont l'expression des troubles dépressifs peut être notamment masquée

par des plaintes somatiques [12]. Si l'utilisation du Cidi-SF est classique dans une enquête en population générale comme le Baromètre santé, son exploitation auprès des segments les plus âgés de l'échantillon pourrait nous conduire à sous-estimer la prévalence des EDC en population âgée.

Globalement – à l'exception des troubles dépressifs, qui diminuent après 64 ans (peut-être du fait d'une sous-estimation potentielle) – l'évolution des indicateurs relatifs à la détresse psychologique et aux pensées suicidaires suit une courbe en U. On observe effectivement une plus grande vulnérabilité aux troubles psychologiques chez les personnes plus jeunes (55-64 ans), une diminution entre 65 et 74 ans, suivie d'une tendance à la hausse à partir de 75 ans.

Ce mouvement illustre sans doute les difficultés psychologiques qui résultent du passage à l'âge de la retraite et, plus tard (au-delà de 74 ans), des difficultés d'adaptation au vieillissement.

Cinq types de facteurs se sont révélés être positivement associés aux trois troubles (EDC, détresse psychologique et pensées suicidaires) :

- le genre : les femmes sont particulièrement touchées par l'ensemble des troubles du spectre dépressif étudiés dans ce chapitre, avec des risques relatifs de deux à trois fois supérieurs aux hommes ;
- l'âge : en contrôlant pour les autres variables, la tranche d'âge 55-64 ans reste significativement associée aux EDC et aux pensées suicidaires. Si l'âge n'est pas directement associé à la détresse psychologique, on note en revanche que le fait d'être en activité constitue un facteur de risque d'une telle détresse. Le passage à la retraite – qui intervient le plus souvent dans la tranche d'âge 55-64 ans – est en effet reconnu comme un facteur précipitant des états dépressifs chroniques [13] ;
- l'isolement social : qu'il s'agisse de vivre seul (pour les EDC ou les pensées suici-

dares) ou de ne pas avoir de contacts sociaux (pour la détresse psychologique), l'isolement social reste un facteur associé aux troubles du spectre dépressif. Ce résultat est en ligne avec les données observées dans différentes populations, dont les personnes âgées [14] ;

- la précarité : le fait de percevoir sa situation financière comme précaire est positivement associé dans notre étude aux trois indicateurs étudiés. Cette donnée est également corroborée par la littérature internationale [9] ;
- la limitation fonctionnelle : la présence d'un handicap ou d'une maladie chronique est associée à un état de santé mentale dégradé chez les femmes, quel que soit le trouble, et aux pensées suicidaires chez les hommes.

Concernant le recours aux soins, nos données montrent que six hommes sur dix et quatre femmes sur dix en état de souffrance psychologique n'ont recours à aucun soin. Bien sûr, la question de l'adéquation d'une prise en charge médicopsychologique peut être discutée en cas de détresse psychologique [7, 8] ; et la question de la prise en charge des personnes déclarant avoir eu des pensées suicidaires reste complexe : elle mérite une investigation du potentiel suicidaire et ne relève pas forcément d'une prise en charge médicale. La situation est cependant différente dans le cas des épisodes dépressifs caractérisés, dont le repérage et la prise en charge s'avèrent très bien documentés. Ainsi, parmi les personnes ayant vécu un EDC au cours des douze derniers mois, quatre personnes sur dix n'ont bénéficié d'aucun traitement pharmacologique et neuf personnes sur dix n'ont bénéficié d'aucune prise en charge psychothérapeutique. Les facteurs associés à un moindre recours aux médicaments psychotropes sont le fait d'être un homme, l'avancée en âge en cas d'EDC et le fait de vivre dans un environnement rural. Le recours aux psychothérapies est quant à lui associé à un âge plus jeune (55-64 ans) et, chez les femmes, au fait de vivre seule.

Si la marge de progression reste importante, les données d'évolution du recours aux soins montrent cependant une forte hausse du recours à un traitement psychotrope en cas d'EDC entre 2005 et 2010 (+ 10 points chez les 55-64 ans). À cette évolution correspond, sur la même période et auprès de la tranche d'âge immédiatement supérieure (65-74 ans), une diminution significative de la prévalence des épisodes dépressifs. Peut-être peut-on y voir un effet des actions de communication et de formation conduites entre 2007 et 2009 par les pouvoirs publics autour de l'identification et de la prise en charge des troubles dépressifs. Cette hypothèse est d'ailleurs cohérente avec la hausse observée du sentiment d'information de la population au cours de cette période [15]. Pour autant, sur la même période, les données d'évolution indiquent une diminution comparable du recours aux psychothérapies en cas d'EDC, diminution surtout observée chez les femmes (- 15 points). Dans un contexte où les séances ne bénéficient d'aucune prise en charge (en dehors de celles délivrées par les médecins et psychiatres), il est probable que la crise économique de 2008 a contribué à cette diminution significative du recours aux psychothérapies.

Toujours à propos des données de recours aux soins, nos résultats montrent une consommation de psychotropes très inférieure chez les hommes par rapport aux femmes en cas de détresse psychologique et de pensées suicidaires. Il faut que soit identifié un état dépressif caractérisé pour retrouver chez les hommes un niveau de recours aux soins comparable à celui des femmes. Ces résultats corroborent une donnée classique de la littérature qui tend à montrer que, par rapport aux femmes, les hommes retardent généralement le recours au soin [16, 17].

Enfin, il nous semble important de mettre l'accent sur les résultats qui suggèrent une relative indépendance chez les hommes

entre les pensées suicidaires et les deux autres indicateurs considérés (détresse psychologique et EDC). En effet, la moitié des hommes de 55-85 ans exprimant des pensées suicidaires n'ont ni vécu d'épisode dépressif au cours des douze derniers mois ni semblés être en détresse psychologique (vs 10 % des femmes et 17 % des hommes de moins de 55 ans). Ces données rendent compte des difficultés potentielles pour identifier et donc prendre en charge le risque suicidaire chez les hommes âgés. Elles pourraient contribuer à expliquer à la fois le moindre recours aux soins et la plus grande proportion de suicides chez les hommes [18]. En outre, elles interrogent sur l'évolution du lien existant entre pensées suicidaires et troubles psychiques avec l'avancée en âge. Le caractère psychopathologique des pensées et des actes suicidaires, très nombreux parmi les personnes âgées, est d'ailleurs questionné dans les débats sociétaux qui entourent la fin de vie.

Pour conclure, à la lumière des principaux facteurs associés à la survenue de troubles psychologiques et au recours aux soins chez les personnes de 55 à 85 ans, nous proposerons quelques grandes lignes directrices pour la prévention du mal-être chez les personnes âgées.

Concernant le genre, nos données confirment la plus forte prévalence des états de mal-être chez les femmes. Des programmes de sensibilisation, de repérage et de prise en charge des troubles dépressifs ont été conduits notamment au Japon dans les milieux ruraux, avec une diminution significative des taux de suicide chez les femmes [19]. Les hommes semblent quant à eux avoir moins recours aux soins, sauf en cas d'EDC. Des interventions ciblées auprès des hommes âgés visant précisément le repérage des troubles dépressifs et du risque suicidaire mériteraient d'être développées.

Concernant l'âge, nos résultats suggèrent une plus grande vulnérabilité des personnes

en fin de parcours professionnel (55-64 ans). Des programmes favorisant le développement d'actions centrées sur l'adaptation à la retraite ou encore sur la prévention des risques psychosociaux au travail chez les plus de 55 ans pourraient dès lors présenter un bénéfice en terme de prévention du mal-être. Dans le paysage français, le guide *Les sessions de préparation à la retraite*, édité en 2012 par l'Inpes dans le cadre de l'année européenne pour le vieillissement actif et la solidarité entre les générations, constitue ainsi un outil intéressant pour le développement d'un programme d'accompagnement à la retraite³ au sein des organisations de travail (entreprises, collectivités...), en cofinancement avec les mutuelles. Les données qui montrent quant à elles un déficit de recours aux soins en cas d'EDC chez les personnes de plus de 65 ans supposent, ici encore, un renforcement des capacités de repérage et de prise en charge de la dépression chez la personne âgée. À titre d'exemple, aux États-Unis, des programmes visant à mettre à disposition des médecins généralistes des guides de prise en charge des personnes âgées dépressives ont montré leur efficacité sur la diminution des pensées suicidaires [20, 21]. Les bilans de santé proposés gratuitement aux personnes par les centres de prévention pourraient être l'occasion d'un dépistage systématique des troubles dépressifs et du potentiel suicidaire.

L'isolement social paraît également être un facteur de risque du mal-être psychologique. Le développement d'actions de lutte contre l'isolement, d'actions communautaires et de promotion de la vie sociale reste aujourd'hui privilégié dans de nombreux contextes internationaux [22], pour répondre aux enjeux associés à « l'insularisation sociale » des personnes âgées [23]. Aux actions centrées sur les individus doivent donc s'ajouter des actions plus spécifiques sur les environnements – notamment sociaux – favorables à la santé et à la santé mentale.

La prise en compte de la précarité, également liée aux états de souffrance psychologique mesurés dans notre enquête, est aujourd'hui un élément incontournable des politiques sociales et sanitaires, incitant à développer des actions en priorité auprès des populations en situation de vulnérabilité socioéconomique. La prise en compte des inégalités sociales de santé chez les personnes âgées s'incarne entre autres dans les Observatoires de la fragilité développés au sein des Caisses d'assurance retraite et santé au travail (Carsat), qui s'efforcent de repérer, sur la base d'indicateurs socio-économiques, les situations de fragilité et d'adapter en conséquence les offres de services.

La limitation fonctionnelle est également impliquée dans le développement des situations de mal-être chez les personnes âgées. À ce titre, il semble important de continuer à développer des programmes de prévention des chutes et, plus largement, des programmes de promotion de la mobilité (ateliers équilibre, ateliers d'activité physique, aides à l'aménagement du logement...), dont les données d'évaluation témoignent de l'efficacité [24].

Au final, dans la ligne du Plan national « *Bien vieillir* » 2007-2009⁴, la prévention du mal-être et des troubles psychiques associés, ainsi que la promotion de la santé mentale, doivent relever d'une prise en charge globale du vieillissement axée sur l'adaptation aux changements (passage à la retraite, limitation fonctionnelle, isolement) et prenant en compte les inégalités sociales de santé, dont les répercussions se cumulent avec l'avancée en âge [25].

3. Ce guide peut être commandé ou téléchargé sur : www.inpes.sante.fr/nouveautes-editoriales/2011/sessions-preparation-retraite.asp [12/12/2013]

4. En ligne : www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf [12/12/2013]

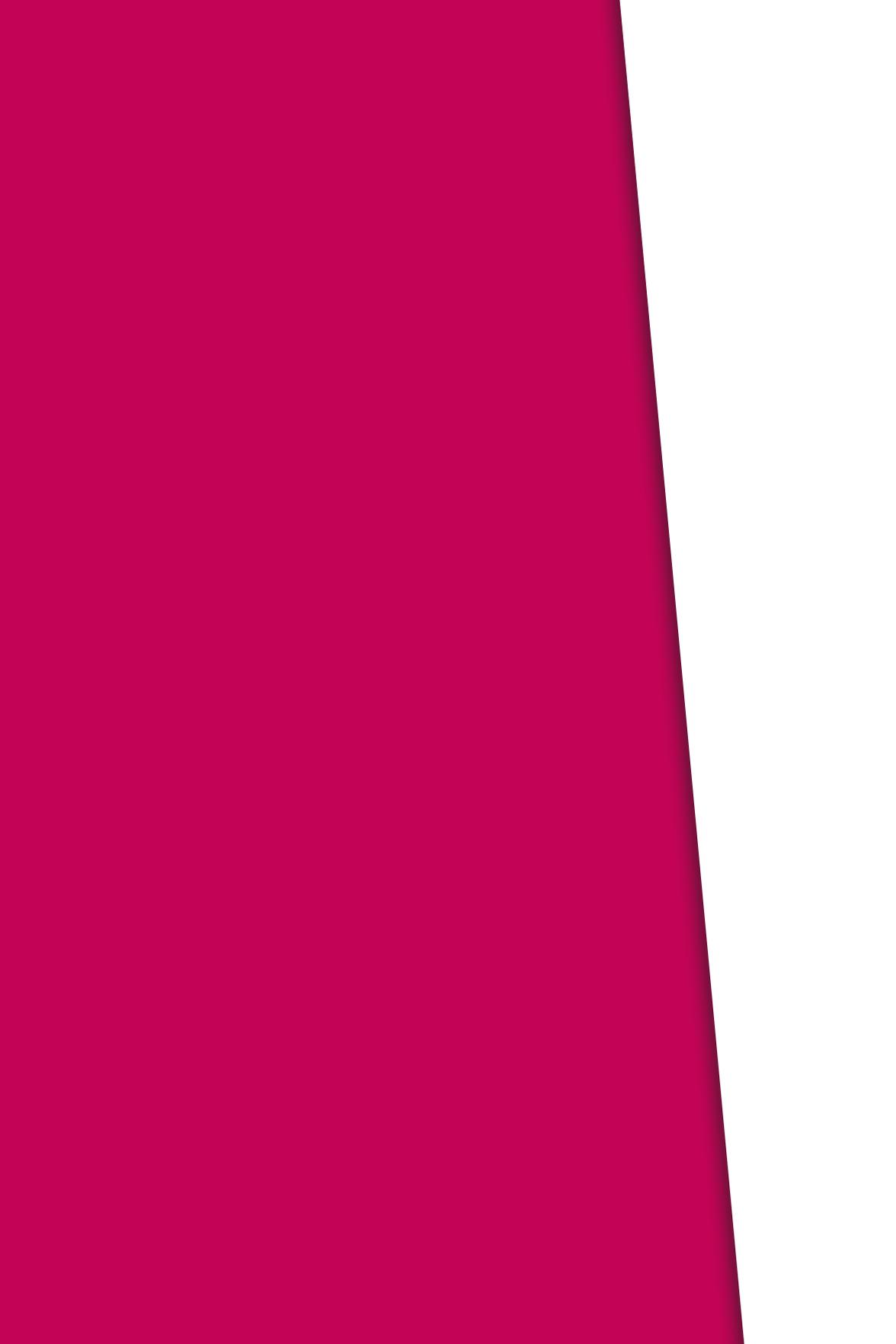
Bibliographie

- [1] Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J.R., Gustavsson A., Svensson M., Jönsson B., *et al.* "The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010". *European Neuropsychopharmacology*, 2011, vol. 21, n° 9 : p. 655-679.
- [2] Patten S.B., Brandon-Christie J., Devji J., Sedmak B. "Performance of the composite international diagnostic interview short form for major depression in a community sample". *Chronic diseases in Canada*, 2000, vol. 21, n° 2 : p. 68-72.
- [3] Patrick J.H., Johnson J.C., Goins R.T., Brown D.K. "The effects of depressed affect on functional disability among rural older adults". *Quality of Life Research*, 2004, vol. 13, n° 5 : p. 959-967.
- [4] Fiske A., Wetherell J.L., Gatz M. "Depression in older adults". *Annual review of clinical psychology*, 2009, vol. 5 : p. 363-389.
- [5] Lepège A., Ecosse E., Verdier A., Perneger T. V. "The French SF-36 Health Survey : translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation". *Journal of clinical epidemiology*, 1998, vol. 51, n° 11 : p. 1013-1023.
- [6] Watson R., Gardiner E., Hogston R., Gibson H., Stimpson A., Wrate R., *et al.* "A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students". *Journal of Clinical Nursing*, 2009, vol. 18, n° 2 : p. 270-278.
- [7] Korkeila J., Lehtinen V., Bijl R., Dalgard O.-S., Kovess V., Morgan A., *et al.* "Review Article : Establishing a set of mental health indicators for Europe". *Scandinavian Journal of Public Health*, 2003, vol. 31, n° 6 : p. 451-459.
- [8] Kovess-Masfety V., Boisson M., Godot C., Sauneron S. *La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie*. Paris : Centre d'Analyse Stratégique, 2010 : 254 p. En ligne : www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/094000556/0000.pdf [dernière consultation : 14/11/2013]
- [9] Platt S., Boyle P., Crombie I., Feng Z., Exeter D. *The epidemiology of suicide in Scotland 1989-2004 : an examination of temporal trends and risk factors at national and local levels*. Edinburgh : Scottish Executive Social Research, 2007 : 255 p. En ligne : www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/168696/0046868.pdf [14/11/2013]
- [10] Russ T.C., Stamatakis E., Hamer M., Starr J.M., Kivimaki M., Batty G. D. "Association between psychological distress and mortality : individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies". *British Medical Journal*, 2012, vol. 345 : e4933
- [11] Beck F., Guignard R., Du Roscoät E., Saïas T. « Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 ». *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 13 décembre 2011, n° 47-48 : p. 488-492. En ligne : www.invs.sante.fr/content/download/24991/137049/version/6/file/BEH_47_48_2011.pdf [14/11/2013]
- [12] Lyness J.M., Noel T.K., Cox C., King D. A., Conwell Y., Caine E.D. "Screening for Depression in Elderly Primary Care Patients. A Comparison of the Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale and the Geriatric Depression Scale". *Archives of Internal Medicine*, 1997, vol. 157, n° 4 : p. 449-454.
- [13] Lapierre S., Dubé M., Bouffard L., Alain M. "Addressing suicidal ideations through the realization of meaningful personal goals". *Crisis : The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 2007, vol. 28, n° 1 : p. 16-25.
- [14] Saïas T., Beck F., Bodard J., Guignard R., du Roscoät E. "Social participation, social environment and death ideations in later life". *PLoS one*, 2012, vol. 7, n° 10 : p. e46723. doi : 46710.41371/journal.pone.0046723. En ligne : www.plosone.org/article/abstract?id=EB4ED4483A8DDF03B0BF34767AD6BFA?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0046723&representation=PDF [14/11/2013]
- [15] Beck F., Guignard R. « La dépression en France : évolution de la prévalence, du recours au soin et du sentiment d'information de la population ». *La Santé de l'Homme*, 2012, n° 421 : p. 43-45. En ligne : www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/SH-depression.pdf [14/11/2013]
- [16] Aliaga C. « Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes ». *Insee Première*, octobre 2002, n° 869 : 4 p. En ligne : www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip869.pdf [14/11/2013]
- [17] Beck F., Maillochon F. « Genre, santé et soins ». In : Bimes-Arbus S., Czernichow P., Simeoni M.-C., Carricaburu D., Dartigues J.-F., Le Coz P., Le Faou A.-L., Metzger M.-H. *Santé - Société - Humanité (Cours UE 7)*. Paris : Elsevier-Masson, 2012 : p. 559-567.
- [18] Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Laurent F., Jouglé E. « La mortalité par suicide en France en 2006 ». *Drees. Études et Résultats*, 2009 (702) : 1-8.
- [19] Oyama H., Goto M., Fujita M., Shibuya H., Sakashita T. "Preventing elderly suicide through primary care by community-based screening for depression in rural Japan". *Crisis : The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 2006, vol. 27, n° 2 : p. 58-65.
- [20] Bruce M.L., Ten Have T.R., Reynolds C.F., Schulberg H.C., Mulsant B.H., *et al.* "Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients : a randomized controlled trial". *The Journal of the American Medical Association*, 2004, vol. 291, n° 9 : p. 1081-1091. En ligne : <http://jama.jamanetwork.com/data/Journals/JAMA/4918/JOC32219.pdf> [14/11/2013]
- [21] Du Roscoät E., Beck F. "Efficient interventions on suicide prevention : A literature review". *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2013, vol. 61, n° 4 : p. 363-374.
- [22] Raymond E., Gagné D., Sévigny A., Tourigny A. *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé*. Québec : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique

du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval, 2008 : 111 p.

En ligne : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/859_RapportParticipationSociale.pdf [14/11/2013]

- [23]** Saïas T., Véron L., Lapiere V. « Prévention du suicide de la personne âgée : la place des interventions communautaires ». *Pratiques Psychologiques*, 2013, vol. 19, n° 2 : p. 103-117.
- [24]** McClure R., Turner C., Peel N., Spinks A., Eakin E., Hughes K. "Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, n° 1 : CD004441.
- [25]** Ferraro K.F., Shippee T.P. "Aging and cumulative inequality : How does inequality get under the skin?" *The Gerontologist*, 2009, vol. 49, n° 3 : p. 333-343.
- 



La proportion de fumeurs au sein des 55-85 ans se situe bien en-deçà de celle observée parmi les plus jeunes (13,4 % vs 41,1 % des 15-54 ans), et diminue avec l'âge au sein de cette population. Une première explication est liée à l'arrêt du tabac observé en moyenne autour de 40 ans. En effet, la proportion d'ex-fumeurs chez les 55-85 ans s'avère supérieure à celle du reste de la population (44,2 % vs 22,6 %). Cependant, la proportion de femmes n'ayant jamais fumé augmente également de manière importante entre les 55-64 ans (47,3 %) et les 75-85 ans (73,4 %) : on observe ici un effet de génération, lié au fait que les femmes sont entrées dans le tabagisme une vingtaine d'années en moyenne après les hommes. Comme en population générale, alors que la prévalence tabagique avait diminué entre 2000 (16,0 %) et 2005 (13,5 %) chez les 55-75 ans, elle est repartie à la hausse en 2010 (15,7 %), hausse principalement portée par un effet de génération chez les femmes. La consommation quotidienne d'alcool augmente de manière continue avec l'âge. Elle concerne 39,5 % des hommes et 15,6 % des femmes de 55 à 85 ans. La consommation d'alcool à risque ponctuel au sens de l'Audit-C est en revanche près de deux fois moins fréquente à 55-64 ans (20,2 %) qu'entre 20 et 25 ans (38,8 %), et près de quatre fois moins fréquente à partir de 65 ans (11,2 %). La consommation d'alcool à risque chronique est comparable à celle du reste de la popula-

tion (9,3 % des 55-85 ans). Comme en population générale, la consommation quotidienne d'alcool parmi les 55-75 ans a fortement diminué entre 2000 (43,3 %), 2005 (32,1 %) et 2010 (24,1 %), baisse que l'on attribue également à un effet de génération. La consommation d'alcool à risque ponctuel a en revanche augmenté entre 2005 (14,0 %) et 2010 (17,3 %) au sein des 55-75 ans, alors que la consommation à risque chronique a diminué (9,9 % en 2010 vs 11,6 % en 2005).

Concernant les autres pratiques addictives étudiées, une personne de 55 à 64 ans sur 10 (10,1 %) déclare avoir déjà expérimenté le cannabis, soit cinq fois moins que les 20-34 ans et deux fois moins que les 45-54 ans. Par ailleurs, la pratique active des jeux d'argent concerne 13,3 % des 55-75 ans, qui sont parmi les plus actifs sur l'ensemble de la population. En revanche, le jeu problématique ne concerne que 0,9 % des individus de cette classe d'âge, dont 0,2 % de joueurs excessifs, au sens de l'indice canadien du jeu excessif. Les usages de substances psychoactives se révèlent socialement différenciés et dépendants du genre. Parmi les femmes de 55 à 85 ans, le fait d'avoir déjà fumé augmente fortement avec le niveau de diplôme et s'avère plus fréquent parmi les catégories sociales supérieures, alors que la prévalence du tabagisme est plus élevée au sein des ouvriers parmi les hommes. Concernant la consommation d'alcool, les femmes

de plus de 55 ans d'un niveau socio-économique plus élevé sont également plus nombreuses à déclarer une consommation quotidienne ou à risque chronique. Au contraire, parmi les hommes, les moins diplômés déclarent plus souvent une consommation quotidienne d'alcool. Quant à l'expérimentation de cannabis, elle s'avère d'autant plus fréquente que le niveau de diplôme augmente parmi les seniors, quel que soit le sexe. À l'inverse, la pratique active des jeux d'argent diminue avec le niveau de diplôme et à mesure que la perception de sa situation financière s'améliore. La perception d'une mauvaise situation financière est également associée à une prévalence tabagique plus élevée, parmi les 55-85 ans comme dans le reste de la population, et cela de manière plus marquée qu'en 2005.

Enfin, les aspects relationnels ont une place importante dans les habitudes de consommations. Ainsi, les hommes et les femmes de 55 à 85 ans qui vivent seuls sont plus nombreux à fumer que ceux vivant accompagnés. Néanmoins, les femmes vivant seules s'avèrent moins nombreuses à boire de l'alcool de façon quotidienne. La participation à des activités de groupe ou de loisirs diminue le risque de fumer, après contrôle des effets de structure. Elle est en revanche associée à une plus grande fréquence d'usage d'alcool à risque ponctuel, aussi bien parmi les hommes que parmi les femmes.

Pratiques addictives

ROMAIN GUIGNARD
JULIE BODARD
JEAN-BAPTISTE RICHARD
FRANÇOIS BECK

INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies non transmissibles seraient à l'origine de 87 % des décès en France [1]. Il s'agit principalement de maladies cardiovasculaires, des cancers, d'affections respiratoires chroniques et du diabète. Or, jusqu'à 80 % des cardiopathies, des accidents vasculaires cérébraux et du diabète de type 2, et plus d'un tiers des cancers pourraient être évités par l'élimination des facteurs de risque communs [2].

Ces facteurs de risque sont essentiellement le tabagisme, une mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool. Bien entendu, il s'agit d'habitudes de vie qui se dessinent souvent dès l'enfance et se structurent au cours de la vie, et pas seulement après 55 ans. Cependant, une meilleure connaissance de ces habitudes de vie après 55 ans peut permettre de mieux appréhender leur importance sur la qualité de vie et sur l'espérance de vie.

L'avancée en âge, s'accompagnant de modifications physiques, psychologiques et sociales, peut rendre le senior plus vulnérable. Face à cette vulnérabilité, l'émergence de pratiques addictives peut apparaître ou se renforcer, en lien parfois avec une perte d'autonomie, une polypathologie, la solitude, la séparation ou l'isolement [3]. L'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes sont les trois substances psychoactives les plus régulièrement consommées entre 60 et 75 ans [4]. Bien qu'elle soit encore peu explorée pour ces tranches d'âge en France, la pratique excessive du jeu est également identifiée comme une addiction chez les seniors [5].

Deux types de consommateurs ont pu être identifiés dans une revue de la littérature réalisée en 2010 sur l'usage des substances psychoactives par les personnes âgées [6] : ceux pour qui la conduite addictive est ancienne et qui ont survécu aux consé-

quences de cette consommation ; et ceux pour qui les consommations de substances psychoactives sont arrivées plus récemment, souvent à la suite d'événements négatifs et anxiogènes.

Ce chapitre fournit des données récentes sur les pratiques addictives des personnes âgées de 55 à 85 ans, concernant principalement les consommations de tabac et d'alcool.

Il expose ensuite les facteurs associés à ces pratiques addictives. Dans un souci d'allègement de l'entretien, les questions concernant l'usage de cannabis n'ont été posées qu'après des 55-64 ans, et celles sur la pratique des jeux d'argent aux 55-75 ans uniquement. L'usage des médicaments psychotropes est évoqué dans le chapitre traitant de la santé mentale (voir p. 52).

RÉSULTATS

TABAC : LES PLUS DE 55 ANS FUMENT MOINS QUE LA POPULATION GÉNÉRALE

La proportion de fumeurs est de 13,4 % parmi les 55-85 ans, proportion largement inférieure à celle du reste de la population (41,1 %, parmi les 15-54 ans, $p < 0,001$). Cette proportion diminue par ailleurs avec l'âge dans la tranche 55-85 ans, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. Chez les hommes, la prévalence tabagique passe de 22,9 % entre 55 et 64 ans à 13,4 % entre 65 et 74 ans et à 6,0 % entre 75 et 85 ans [figure 1]. Chez les femmes, elle passe de 17,7 % entre 55 et 64 ans à 7,2 % entre 65 et 74 ans et à 3,9 % au-delà de 75 ans [figure 2]. Globalement, les hommes de 55-85 ans s'avèrent plus souvent fumeurs que les femmes du même âge (16,4 % vs 10,8 %, $p < 0,001$).

La proportion d'ex-fumeurs chez les 55-85 ans est supérieure à celle du reste de la population (44,2 % vs 22,6 %, parmi les 15-54 ans, $p < 0,001$). S'agissant des femmes qui n'ont jamais fumé, leur proportion augmente considérablement entre les 55-64 ans (47,3 %), les 65-74 ans (60,9 %) et les 75-85 ans (73,4 %). Les femmes de 55-85 ans n'ayant jamais fumé sont ainsi plus nombreuses que dans le reste de la population (58,5 % vs 40,0 %, parmi les femmes de 15-54 ans, $p < 0,001$), et ce d'autant plus que

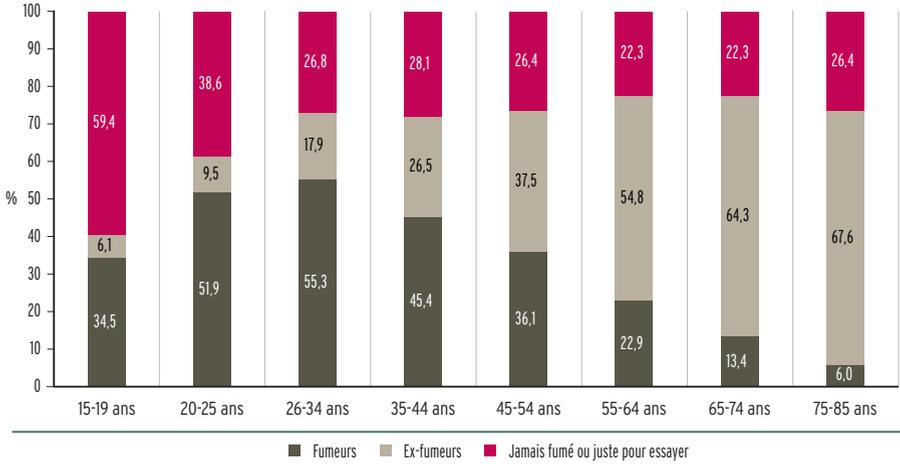
leur âge augmente. Au contraire, les hommes de 55-85 ans n'ayant jamais fumé sont moins nombreux que ceux de moins de 55 ans (23,2 % vs 32,6 %, $p < 0,001$). Cependant, les hommes de 75-85 ans interrogés dans le Baromètre santé 2010 s'avèrent légèrement plus nombreux à n'avoir jamais fumé que les 55-74 ans (26,4 % vs 22,3 %, $p < 0,05$). Pourtant, en 2000, soit dix ans plus tôt, la proportion d'hommes n'ayant jamais fumé était similaire entre ces deux générations (20,3 % parmi ceux qui étaient alors âgés de 45 à 64 ans et 20,6 % parmi ceux âgés de 65 à 75 ans). La plus forte proportion en 2010 d'hommes de 75-85 ans n'ayant jamais fumé pourrait donc refléter une mortalité ou une morbidité supérieure entre 2000 et 2010 parmi les hommes de cette génération ayant déjà fumé.

Alors que la prévalence tabagique avait diminué entre 2000 et 2005, passant de 16,0 % à 13,5 % ($p < 0,01$) parmi les 55-75 ans, elle a réaugmenté depuis pour atteindre 15,7 % en 2010 ($p < 0,001$)¹. Cette hausse n'est cependant visible que chez les femmes (de 8,8 % en 2005 à 13,0 %, $p < 0,001$), traduisant un effet de génération [7]. Chez les hommes de 55 à 75 ans, la prévalence tabagique est en effet stable (18,7 % en 2005, 18,6 % en 2010).

1. Les évolutions sont calculées pour les 55-75 ans, les 76-85 ans n'ayant pas été interrogés avant 2010.

FIGURE 1

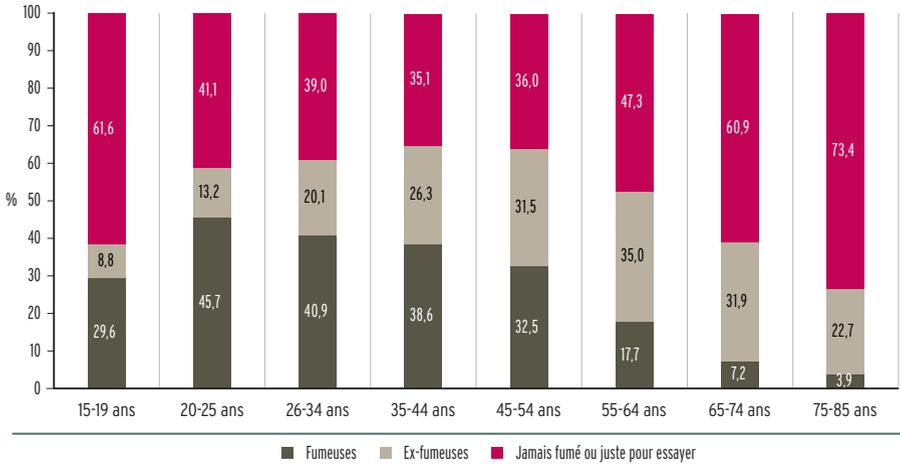
Statut tabagique par âge chez les hommes de 15 à 85 ans en 2010 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 2

Statut tabagique par âge chez les femmes de 15 à 85 ans en 2010 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

ALCOOL : UNE CONSOMMATION D'ALCOOL QUOTIDIENNE MAXIMALE PARMIS LES 55-85 ANS

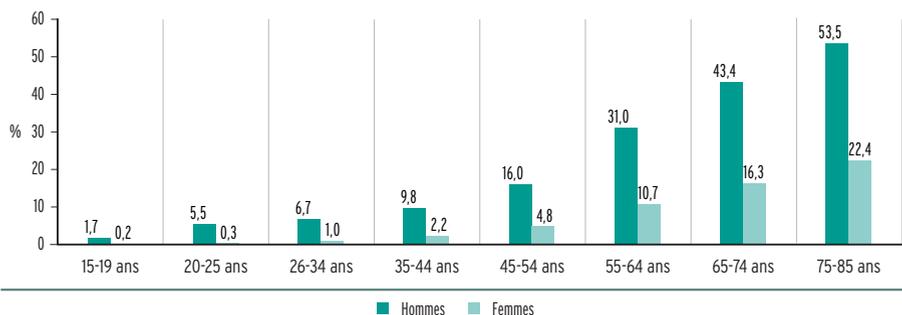
La proportion de consommateurs quotidiens d'alcool (voir encadré p. 83) augmente de manière continue avec l'âge, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Elle est plus importante parmi les hommes que parmi les femmes pour toutes les tranches d'âge. **[figure 3]**. Au total, 39,5 % des hommes de 55-85 ans et 15,6 % des femmes du même âge consomment de

l'alcool tous les jours (vs 9,1 % et 2,1 % des 15-54 ans respectivement).

Parmi les 55-85 ans, les hommes présentent deux fois plus souvent une consommation d'alcool à risque ponctuel (au sens du test Audit-C, voir encadré p. 83) que les femmes (22,7 % vs 9,1 %, $p < 0,001$). Par rapport aux sujets plus jeunes, la consommation d'alcool à risque ponctuel est près de deux fois moins fréquente à 55-64 ans (20,2 %) qu'entre 20 et 25 ans (38,8 %), et près de quatre fois moins fréquente à partir de 65 ans (11,2 %) **[figure 4]**. En revanche, la

FIGURE 3

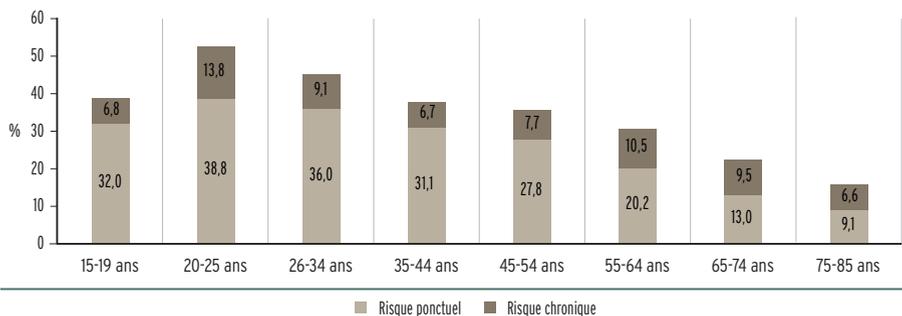
Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool par sexe et par âge parmi les 15-85 ans en 2010



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 4

Consommation d'alcool à risque (au sens du test Audit-C) par âge parmi les 15-85 ans en 2010 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

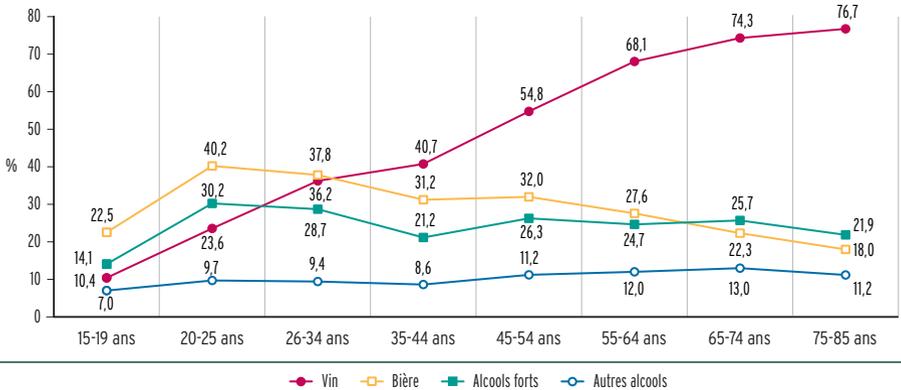
consommation d'alcool à risque chronique au sens du test Audit-C est comparable à celle du reste de la population (9,3 % parmi les 55-85 ans vs 8,5 % parmi les 15-54 ans, écart non significatif). Les hommes de 55-85 ans s'avèrent par ailleurs cinq fois plus souvent à risque chronique que les femmes (16,7 % vs 3,0 %, $p < 0,001$).

En termes de boissons alcoolisées consommées, les 55-85 ans, en moyenne, sont plus nombreux que les 15-54 ans à déclarer boire

du vin au moins une fois par semaine. En effet, plus de la moitié des 55-85 ans déclarent boire du vin de manière hebdomadaire (56,1 %), plus souvent les hommes (71,8 %) que les femmes (43,1 %, $p < 0,001$), contre moins d'une personne de 15-54 ans sur trois (29,0 %). Cependant, parmi les personnes de 55-85 ans, la consommation hebdomadaire de vin augmente encore avec l'âge chez les hommes, alors qu'elle est stable chez les femmes [figures 5 et 6]. La consommation

FIGURE 5

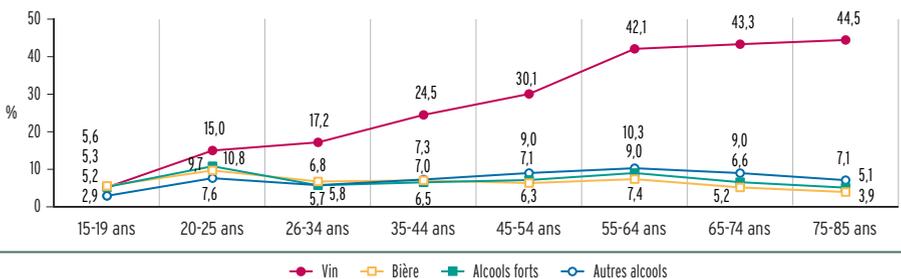
Consommation hebdomadaire d'alcool par âge et par type d'alcool chez les hommes de 15-85 ans en 2010 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 6

Consommation hebdomadaire d'alcool par âge et par type d'alcool chez les femmes de 15-85 ans en 2010 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

LA CONSOMMATION QUOTIDIENNE D'ALCOOL : EFFET ÂGE OU GÉNÉRATION ?

Grâce aux mesures répétées dans le temps de la consommation quotidienne lors des Baromètres santé successifs, il est possible de superposer les consommations actuelles et passées des individus [figure 7]. La courbe rouge illustre la part de buveurs quotidiens par tranche d'âge quinquennale en 2010, la courbe bleue illustre leur consommation en 2005 et la courbe verte illustre leur consommation en 2000. L'objectif de ces courbes est de déterminer si l'augmentation de la consommation quotidienne avec l'âge et sa diminution dans le temps doivent être attribuées à un effet génération, à un effet âge ou aux deux.

Pour les hommes des générations ayant moins de 40 ans en 2010, la part des consommateurs quotidiens

ne fait qu'augmenter entre 2000 et 2010, légèrement toutefois. En revanche, l'ordre des courbes s'inverse à partir de 41 ans, ce qui indique que les hommes de plus de 40 ans en 2010 sont moins nombreux à boire quotidiennement qu'ils ne l'étaient cinq ans et dix ans auparavant. Ce résultat indique une baisse de la consommation quotidienne avec l'âge à génération donnée. Par ailleurs, la proportion de buveurs quotidiens est plus importante parmi les classes d'âge les plus élevées, ce qui peut alors être attribué à un effet génération. La même tendance est observée chez les femmes. L'évolution de la consommation quotidienne semble ainsi résulter de deux effets : un effet âge et un effet génération.

FIGURE 7

Proportion de consommateurs quotidiens d'alcool selon le sexe, l'année et l'âge en 2010



Source : Baromètre santé 2000, 2005 et 2010, Inpes.

hebdomadaire de bière diminue avec l'âge, et ce dès 25 ans chez les hommes comme chez les femmes. La consommation hebdomadaire de bière concerne 24,0 % des hommes de 55-85 ans contre 5,8 % des femmes du même âge ($p < 0,001$). La consommation hebdomadaire d'alcool fort atteint également son maximum entre 20 et 25 ans (30,2 % chez les jeunes hommes et 10,8 % chez les jeunes femmes). Elle est assez stable parmi les hommes de 55 à 85 ans et concerne un homme sur quatre dans cette classe d'âge (24,4 %). Chez les femmes, la consommation hebdomadaire d'alcool fort diminue à partir de 65 ans (9,0 % chez celles âgées de 55 à 64 ans, 6,6 % parmi les 65-74 ans et 5,1 % parmi les 75-85 ans). La consommation hebdomadaire d'autres alcools concerne plus d'un homme de 55 à 85 ans sur dix (12,1 %). Chez les femmes, le maximum est atteint entre 55 et 64 ans (10,3 %), pour diminuer ensuite.

Comme en population générale, la consommation quotidienne d'alcool des 55-75 ans a fortement diminué au cours des dix dernières années, passant de 43,3 % en 2000 à 32,1 % en 2005, puis à 24,1 % en 2010. Par ailleurs, la consommation d'alcool à risque ponctuel parmi les 55-75 ans a augmenté entre 2005 (14,0 %) et 2010 (17,3 %, $p < 0,001$) alors que dans le même temps la consommation d'alcool à

risque chronique a diminué (9,9 % en 2010 vs 11,6 % en 2005, $p < 0,01$).

Les mesures d'évolution par classe d'âge quinquennale sur la période 2000-2010 permettent d'affirmer que la consommation quotidienne d'alcool plus fréquente parmi les âges les plus avancés correspond essentiellement à un effet de génération, la tendance étant plutôt à la baisse de la consommation quotidienne à mesure que l'âge augmente pour une même génération (voir encadré ci-contre).

AUTRES PRATIQUES ADDICTIVES ÉTUDIÉES : USAGE DE CANNABIS ET PRATIQUE DES JEUX D'ARGENT

Une personne de 55 à 64 ans sur dix (10,1 %) déclare avoir déjà consommé du cannabis au cours de sa vie, les hommes plus souvent que les femmes (13,2 % vs 7,3 %, $p < 0,001$) : c'est cinq fois moins que les 20-34 ans (50,8 %) et deux fois moins que les 45-54 ans (22,6 %). L'usage de cannabis dans l'année ne concerne que 1,3 % des hommes et 0,3 % des femmes de 55 à 64 ans.

Parmi les 55-75 ans, la proportion de joueurs actifs (voir définition en encadré) est de 13,3 %, et les hommes sont plus souvent dans ce cas (17,6 %) que les femmes (9,5 %, $p < 0,001$). Les individus âgés de 55 à 64 ans sont en fait parmi les joueurs les plus actifs

INDICATEURS DE CONSOMMATION D'ALCOOL

Consommateur quotidien d'alcool : personne déclarant consommer tous les jours au moins un type d'alcool (vin, bière, alcool fort ou autre) ou déclarant consommer quatre à six fois par semaine au moins deux types d'alcool.

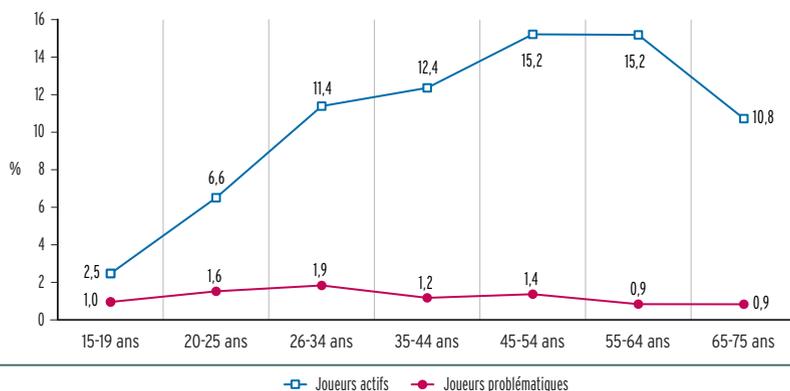
Consommateur d'alcool à risque ponctuel, d'après le test Audit-C [8] : personne déclarant consommer moins de verres d'alcool que les seuils de risque usuels (21 verres par semaine pour les hommes, 14 verres par

semaine pour les femmes), mais déclarant de manière au moins occasionnelle des épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (API), avec au moins six verres en une occasion.

Consommateur d'alcool à risque chronique, d'après le test Audit-C : personne déclarant consommer plus de verres d'alcool que les seuils de risque usuels ou 6 verres ou plus en une occasion au moins une fois par semaine.

FIGURE 8

Prévalence des pratiques de jeux d'argent par âge parmi les 15-75 ans en 2010



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

INDICATEURS POUR LES JEUX D'ARGENT

Joueur actif : personne qui a joué au moins cinquante-deux fois au cours des douze derniers mois à des jeux d'argent ou a misé au moins 500 euros au cours des douze derniers mois.

Joueur problématique : terme générique désignant

un joueur rencontrant des difficultés liées à sa pratique.

Les joueurs problématiques regroupent ici l'ensemble des joueurs excessifs et des joueurs à risque modéré au sens de l'Indice canadien du jeu excessif (ICJE) [9].

QUESTIONNAIRE DE L'ICJE

Au cours des douze derniers mois...	Presque toujours	La plupart du temps	Parfois	Jamais
Avez-vous misé plus d'argent que vous ne pouviez vous permettre de perdre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu besoin de miser plus d'argent pour obtenir la même excitation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous retourné jouer un autre jour pour récupérer l'argent que vous aviez perdu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous vendu quelque chose ou emprunté de l'argent pour jouer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà senti que vous aviez peut-être un problème de jeu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le jeu a-t-il causé chez vous des problèmes de santé, y compris du stress ou de l'anxiété ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des personnes ont-elles critiqué vos habitudes de jeu ou vous ont-elles dit que vous aviez un problème de jeu (même si vous estimiez qu'elles avaient tort) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos habitudes de jeu vous ont-elles causé des difficultés financières (à vous ou à votre ménage) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes-vous déjà senti(e) coupable de vos habitudes de jeu ou de ce qui arrive quand vous jouez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comptez : 3 points pour « Presque toujours » ; 2 points pour « La plupart du temps » ; 1 point pour « Parfois » ; 0 point pour « Jamais ». Additionnez les points : Total de 0 : jeu sans risque ; Total de 1 ou 2 : jeu à faible risque ; Total de 3 à 7 : jeu à risque modéré ; Total de 8 ou plus : jeu excessif.

de l'ensemble de la population (15,2 %) mais cette prévalence n'est plus que de 10,8 % parmi les 65-75 ans **[figure 8]**. Les joueurs ayant un comportement problématique avec les jeux d'argent, d'après l'indice canadien du jeu excessif, sont en revanche moins nombreux parmi les 55-75 ans (0,9 %, dont 0,2 % de joueurs excessifs) que parmi les moins de 55 ans (1,5 %, $p < 0,01$). Les hommes sont également plus nombreux à être des joueurs problématiques (1,4 %) que les femmes (0,5 %, $p < 0,001$).

DES USAGES EN LIEN AVEC LE DIPLÔME ET LA CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE, AVEC DES CONTRASTES SELON LE GENRE

Parmi les femmes de 55 à 85 ans, le fait de fumer – et surtout d'avoir déjà fumé – augmente fortement avec le niveau de diplôme, alors que ce n'est pas le cas chez les hommes. Ainsi, la proportion de femmes de 55 à 85 ans fumant ou ayant fumé est de 36,2 % parmi celles n'ayant pas le bac ; de 52,2 % parmi celles ayant le bac ; et de 62,3 % parmi celles ayant un diplôme supérieur au bac. Ces chiffres sont respectivement de 9,5 %, 12,8 % et 16,6 % concernant le tabagisme actuel. Ces associations sont maintenues après ajustement sur l'âge. De même, les femmes cadres et de professions intellectuelles supérieures, et dans une moindre mesure les professions intermédiaires et les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, sont les plus nombreuses à avoir déjà fumé, alors que les ouvrières et les agricultrices déclarent moins souvent avoir déjà fumé. Ce gradient social est en partie inversé chez les hommes puisque, parmi eux, les cadres apparaissent moins souvent fumeurs (13,9 %) alors que les ouvriers sont parmi ceux qui fument le plus (19,5 %), cela restant vrai après ajustement sur l'âge et le diplôme **[tableau I]**.

Par ailleurs, les femmes de plus de 55 ans appartenant aux catégories sociales les plus élevées (artisans, commerçants et chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires) sont plus nombreuses à consommer de l'alcool quotidiennement et ont plus souvent une consommation d'alcool à risque chronique au sens de l'Audit-C. Plus leur niveau de diplôme est élevé, plus la consommation d'alcool à risque chronique est fréquente (2,2 % parmi celles qui n'ont pas le bac, 4,0 % parmi celles qui ont le bac, 7,2 % parmi celles qui ont un diplôme supérieur au bac), ce lien persistant après ajustement sur l'âge. Au contraire, parmi les hommes, les moins diplômés apparaissent plus souvent consommateurs quotidiens d'alcool : 41,1 % de ceux qui n'ont pas le bac déclarent consommer de l'alcool tous les jours, contre 36,4 % de ceux qui ont le bac et 35,2 % de ceux qui ont un diplôme supérieur au bac ($p < 0,01$). Les agriculteurs et les artisans, commerçants et chefs d'entreprise ont quant à eux plus fréquemment une consommation d'alcool à risque chronique. En revanche, la consommation d'alcool à risque ponctuel n'est pas associée à ces caractéristiques socioéconomiques chez les personnes de 55 à 85 ans **[tableau II]**.

Concernant le cannabis, parmi les 55-64 ans, l'expérimentation est d'autant plus fréquente que le niveau de diplôme augmente, en particulier parmi les femmes : ainsi, seulement 3,9 % de celles n'ayant pas le bac ont déjà consommé du cannabis, contre 8,3 % de celles qui ont le bac et 19,9 % de celles dont le niveau de diplôme est supérieur au bac. Cette relation se vérifie chez les hommes, même si elle est moins marquée : 10,6 % des hommes sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au bac ont expérimenté le cannabis, contre 13,2 % de ceux qui ont le bac et 21,3 % de ceux qui ont un diplôme supérieur au bac. On remarque que, parmi les personnes de 55 à 64 ans

TABLEAU I

Facteurs sociodémographiques associés au fait d'avoir déjà fumé (fumeurs ou ex-fumeurs)

	N hommes	N femmes	Avoir déjà fumé					
			Hommes (N=3 955)			Femmes (N=5 722)		
			%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Âge								
55-64 ans (réf.)	2 117	2 919	77,7	1		52,7	1	
65-74 ans	1 233	1 723	77,7	1,0	[0,8 ; 1,1]	39,1	0,6***	[0,6 ; 0,7]
75-85 ans	649	1 272	73,6	0,8**	[0,6 ; 0,9]	26,6	0,4***	[0,3 ; 0,4]
Diplôme								
Inférieur au bac (réf.)	2 434	3 931	76,4	1		36,2	1	
Bac	488	837	77,4	0,9	[0,7 ; 1,2]	52,2	1,5***	[1,2 ; 1,7]
Supérieur au bac	1 077	1 146	78,1	1,0	[0,8 ; 1,2]	62,3	1,9***	[1,6 ; 2,2]
Perception financière								
À l'aise (réf.)	806	859	74,6	1		45,2	1	
Ça va	1 864	2 541	78,7	1,3*	[1,0 ; 1,5]	41,5	1,0	[0,8 ; 1,2]
C'est juste	937	1 750	73,9	1,0	[0,8 ; 1,3]	38,2	1,1	[0,9 ; 1,3]
Difficile/dettes	372	728	78,0	1,3	[1,0 ; 1,8]	45,7	1,6***	[1,3 ; 2,0]
Catégorie socioprofessionnelle								
Agriculteurs exploitants	202	228	64,6	0,5***	[0,3 ; 0,7]	13,3	0,3***	[0,2 ; 0,5]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	400	372	78,5	0,9	[0,6 ; 1,1]	45,5	1,3*	[1,0 ; 1,6]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	1 195	815	80,5	1		55,7	1,6***	[1,3 ; 1,9]
Professions intermédiaires	1 008	1 603	76,0	0,8	[0,7 ; 1,0]	49,6	1,3**	[1,1 ; 1,5]
Employés	330	2 117	77,9	0,9	[0,6 ; 1,2]	38,8	1	
Ouvriers	839	671	75,4	0,8	[0,6 ; 1,0]	31,6	0,8*	[0,7 ; 1,0]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

TABLEAU II

Facteurs sociodémographiques associés à la consommation quotidienne d'alcool et aux

	N hommes	N Femmes	Alcool quotidien					
			Hommes (N=3 961)			Femmes (N=5 774)		
			%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%
Âge								
55-64 ans (réf.)	2 121	2 921	31,0	1		10,7	1	
65-74 ans	1 234	1 723	43,4	1,5***	[1,3 ; 1,8]	16,3	1,6***	[1,4 ; 2,0]
75-85 ans	650	1 272	53,5	2,5***	[2,0 ; 2,9]	22,4	2,5***	[2,1 ; 3,0]
Diplôme								
Inférieur au bac (réf.)	2 436	3 931	41,1	1		14,9	1	
Bac	490	837	36,4	0,9	[0,7 ; 1,1]	18,0	1,0	[0,8 ; 1,3]
Supérieur au bac	1 079	1 148	35,2	0,8*	[0,7 ; 1,0]	16,8	1,0	[0,8 ; 1,3]
Perception financière								
À l'aise (réf.)	807	860	41,1	1		18,8	1	
Ça va	1 868	2 542	39,8	1,0	[0,9 ; 1,2]	15,8	0,8	[0,7 ; 1,0]
C'est juste	938	1 750	39,9	1,0	[0,8 ; 1,3]	15,3	0,8	[0,6 ; 1,0]
Difficile/dettes	372	728	33,7	0,8	[0,6 ; 1,1]	11,6	0,6**	[0,5 ; 0,9]
Catégorie socioprofessionnelle								
Agriculteurs exploitants	202	228	46,6	1,1	[0,8 ; 1,6]	14,9	0,8	[0,5 ; 1,3]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	400	372	44,8	1,1	[0,9 ; 1,4]	20,5	1,6**	[1,2 ; 2,1]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	1 199	817	39,4	1		19,6	1,5**	[1,2 ; 1,9]
Professions intermédiaires	1 009	1 603	39,7	1,0	[0,8 ; 1,2]	17,8	1,4**	[1,1 ; 1,7]
Employés	330	2 117	34,7	0,8	[0,6 ; 1,1]	13,3	1	
Ouvriers	840	671	37,5	0,9	[0,8 ; 1,2]	12,4	0,9	[0,7 ; 1,2]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

et au tabagisme actuel selon le sexe parmi les 55-85 ans en 2010

	Tabagisme actuel					
	Hommes (N=3955)			Femmes (N=5722)		
	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
	***			***		
	22,9	1		17,7	1	
	13,4	0,5***	[0,4; 0,6]	7,2	0,4***	[0,4; 0,5]
	6,0	0,2***	[0,2; 0,3]	3,9	0,2***	[0,1; 0,3]

	16,1	1		9,5	1	
	16,9	1,1	[0,9; 1,5]	12,8	1,4**	[1,1; 1,8]
	17,6	1,2	[0,9; 1,5]	16,6	1,6***	[1,3; 2,0]
	*			***		
	14,2	1		10,6	1	
	16,9	1,0	[0,8; 1,3]	10,1	1,1	[0,8; 1,4]
	15,1	1,0	[0,8; 1,3]	9,7	1,2	[0,9; 1,6]
	21,4	1,5*	[1,1; 2,0]	16,3	2,2***	[1,7; 3,0]
	**			**		
	8,9	0,8	[0,5; 1,3]	3,2	0,4*	[0,2; 0,9]
	16,4	1,1	[0,8; 1,6]	12,1	1,3	[0,9; 1,8]
	13,9	1		12,6	1,2	[0,9; 1,5]
	16,0	1,2	[0,9; 1,5]	12,2	1,1	[0,9; 1,4]
	19,6	1,2	[0,9; 1,7]	10,2	1	
	19,5	1,4*	[1,1; 1,9]	10,7	1,0	[0,7; 1,3]

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

consommations d'alcool à risque (Audit-C) selon le sexe parmi les 55-85 ans en 2010

	Consommation d'alcool à risque ponctuel						Consommation d'alcool à risque chronique					
	Hommes (N=3935)			Femmes (N=5750)			Hommes (N=3935)			Femmes (N=5750)		
	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%
	***			***			***			***		
	29,3	1		11,6	1		17,4	1		4,1	1	
	18,6	0,5***	[0,5; 0,7]	8,2	0,7***	[0,6; 0,8]	17,2	0,9	[0,7; 1,0]	2,9	0,8	[0,6; 1,1]
	13,4	0,4***	[0,3; 0,5]	6,3	0,5***	[0,4; 0,7]	14,6	0,7**	[0,6; 0,9]	1,6	0,4**	[0,3; 0,7]
				***			***			***		
	22,6	1		8,2	1		17,0	1		2,2	1	
	21,4	0,8	[0,6; 1,0]	11,6	1,2	[0,9; 1,6]	17,1	1,1	[0,9; 1,5]	4,0	1,6*	[1,0; 2,5]
	23,8	0,8	[0,7; 1,0]	12,1	1,2	[0,9; 1,5]	15,5	1,0	[0,8; 1,2]	7,2	2,5***	[1,7; 3,7]
										*		
	24,2	1		9,4	1		15,9	1		4,7	1	
	23,5	0,9	[0,7; 1,1]	8,9	1,0	[0,8; 1,3]	17,4	1,1	[0,8; 1,3]	3,1	0,8	[0,5; 1,1]
	21,4	0,8	[0,6; 1,0]	8,2	1,1	[0,8; 1,4]	15,8	1,0	[0,8; 1,3]	2,3	0,7	[0,5; 1,1]
	20,0	0,7*	[0,5; 1,0]	11,3	1,2	[0,8; 1,7]	16,6	0,9	[0,7; 1,3]	2,9	1,2	[0,7; 2,0]
				*			***			***		
	23,0	0,9	[0,6; 1,3]	8,7	1,2	[0,7; 1,9]	23,3	1,5*	[1,0; 2,2]	1,5	0,5	[0,1; 2,0]
	20,7	0,8	[0,6; 1,1]	6,9	1,0	[0,6; 1,5]	21,4	1,5*	[1,1; 2,0]	3,9	1,9*	[1,0; 3,4]
	23,0	1		11,5	1,3	[0,9; 1,7]	16,1	1		5,3	1,6*	[1,0; 2,7]
	23,0	1,0	[0,8; 1,2]	11,0	1,2	[0,9; 1,5]	15,2	1,0	[0,7; 1,2]	4,1	1,4	[0,9; 2,1]
	23,4	0,9	[0,6; 1,2]	8,2	1		16,0	0,9	[0,6; 1,3]	2,0	1	
	22,8	0,8	[0,7; 1,1]	8,3	1,2	[0,9; 1,6]	15,8	1,1	[0,8; 1,5]	2,2	1,0	[0,5; 1,8]

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

ayant un diplôme supérieur au bac, on compte autant de femmes que d'hommes à avoir expérimenté le cannabis. Ce lien entre niveau d'éducation et expérimentation de cannabis se retrouve concernant la PCS chez les femmes : elles s'avèrent plus nombreuses parmi les catégories les plus favorisées à avoir expérimenté le cannabis. Chez les hommes, seuls les ouvriers se distinguent par une sous-représentation d'expérimentateurs de cannabis, toutes choses égales par ailleurs [tableau III].

Concernant les autres habitudes de vie étudiées ici, la prévalence de joueurs actifs parmi les 55-75 ans diminue avec le niveau de diplôme, passant de 15,2 % de joueurs actifs parmi les individus sans diplôme ou dont le diplôme est inférieur au bac à 9,2 % pour ceux qui ont le bac et à 8,5 % pour ceux dont le diplôme est supérieur au bac

[tableau IV]. On retrouve ce résultat aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

La perception d'une mauvaise situation financière est associée aux différents comportements

La perception d'une mauvaise situation financière² est associée à une prévalence tabagique plus élevée parmi les 55-85 ans (21,4 % de fumeurs vs 14,2 % parmi ceux qui se sentent « à l'aise » parmi les hommes ; 16,3 % de fumeuses vs 10,6 % parmi les femmes), ce lien étant maintenu après ajustement sur l'âge, le niveau de diplôme et la PCS [tableau I]. À l'inverse, la consommation

2. Il s'agit d'individus qui déclarent que leur situation financière est difficile ou qu'ils ne peuvent pas y arriver sans faire de dettes (ou avoir recours au crédit à la consommation).

TABLEAU III

Facteurs socioéconomiques associés à l'expérimentation de cannabis selon le sexe parmi les 55-64 ans en 2010

	Hommes (n=2 104)				Femmes (n=2 891)			
	N	%	OR	IC à 95%	N	%	OR	IC à 95%
Diplôme	***				***			
Inférieur au bac (réf.)	1 235	10,6	1		1 721	3,9	1	
Bac	270	13,2	1,2	[0,8 ; 1,9]	456	8,3	2,0**	[1,3 ; 3,1]
Supérieur au bac	615	21,3	2,4***	[1,7 ; 3,3]	739	19,9	4,8***	[3,4 ; 7,0]
Perception financière								
À l'aise (réf.)	407	13,0	1		450	8,3	1	
Ça va	972	12,3	1,1	[0,8 ; 1,6]	1 243	7,4	1,3	[0,9 ; 1,9]
C'est juste	511	12,4	1,6*	[1,0 ; 2,3]	818	5,8	1,5	[1,0 ; 2,3]
Difficile/dettes	222	18,0	2,2**	[1,3 ; 3,6]	396	9,0	2,9***	[1,8 ; 4,7]
Catégorie socioprofessionnelle	**				***			
Agriculteurs exploitants	83	11,3	0,8	[0,4 ; 1,6]	47	7,2	1,3	[0,4 ; 4,5]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	157	17,1	1,1	[0,7 ; 1,8]	133	11,5	2,2*	[1,2 ; 4,0]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	596	17,6	1		451	14,0	1,9**	[1,2 ; 3,0]
Professions intermédiaires	566	14,0	0,9	[0,7 ; 1,3]	889	10,4	1,6*	[1,1 ; 2,3]
Employés	208	13,4	0,9	[0,5 ; 1,5]	1 097	3,8	1	
Ouvriers	503	8,0	0,6*	[0,4 ; 0,9]	283	3,4	0,9	[0,5 ; 1,8]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

TABLEAU IV

Facteurs sociodémographiques associés à la pratique active de jeux d'argent parmi les 55-75 ans en 2010 (n=8118)

	N	%	OR	IC à 95%
Sexe ***				
Homme (réf.)	3 431	17,6	1	
Femme	4 782	9,5	0,5***	[0,4 ; 0,6]
Âge ***				
55-64 ans (réf.)	5 017	15,2	1	
65-75 ans	3 195	10,8	0,7***	[0,6 ; 0,8]
Diplôme ***				
Inférieur au bac (réf.)	5 094	15,2	1	
Bac	1 121	9,2	0,6***	[0,5 ; 0,8]
Supérieur au bac	1 998	8,5	0,5***	[0,4 ; 0,6]
Perception financière **				
À l'aise (réf.)	1 379	10,8	1	
Ça va	3 701	12,5	1,1	[0,9 ; 1,3]
C'est juste	2 199	15,4	1,3*	[1,0 ; 1,6]
Difficile/dettes	904	15,2	1,4*	[1,0 ; 1,8]
Catégorie socioprofessionnelle ***				
Agriculteurs exploitants	297	4,4	0,3***	[0,2 ; 0,5]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	603	12,0	0,7	[0,5 ; 1,0]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	1 703	11,2	0,9	[0,7 ; 1,1]
Professions intermédiaires	2 260	13,8	1,0	[0,8 ; 1,2]
Employés (réf.)	2 029	12,7	1	
Ouvriers	1 257	17,8	1,0	[0,8 ; 1,2]

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

quotidienne d'alcool augmente à mesure que la perception de sa situation financière s'améliore chez les femmes, ce qui n'est pas le cas parmi les hommes. Toutefois, contrairement aux femmes, les hommes ayant une meilleure perception de leur situation financière ont plus fréquemment une consommation d'alcool à risque ponctuel [tableau II]. Enfin, un lien net est observé entre expérimentation de cannabis et situation financière perçue comme étant défavorable, après contrôle des effets de l'âge, du diplôme et de la PCS [tableau III]. Concernant les jeux d'argent, une situation financière difficile est également associée à une plus grande proportion de joueurs actifs [tableau IV]. Ce résultat est observé chez les hommes comme chez les femmes.

La consommation d'alcool à risque chronique est plus fréquente dans les situations de détresse psychologique

Le fait de fumer est associé à la détresse psychologique³ chez les femmes, mais pas chez les hommes [tableau V]. Ainsi, 13,3 % des femmes de 55 à 85 ans en détresse psychologique déclarent fumer, contre 10,1 % des autres (p<0,01). Ce lien est maintenu après ajustement sur l'âge, le niveau de diplôme et la situation financière perçue. La détresse psychologique est également associée à l'usage d'alcool à risque

3. Voir définition dans l'encadré p. 54.

TABLEAU V

Facteurs psychologiques et sociaux associés au fait de fumer selon le sexe parmi les 55-85 ans en 2010^a

	Hommes (N=3 963)				Femmes (N=5 862)			
	N	%	OR	IC à 95%	N	%	OR	IC à 95%
Détresse psychologique **								
Non (réf.)	3 609	16,1	1		4 553	10,1	1	
Oui	390	19,4	1,1	[0,8 ; 1,4]	1 360	13,3	1,2*	[1,0 ; 1,5]
Vit seul ***								
Non (réf.)	2 889	15,2	1		3 084	10,7	1	
Oui	1 110	22,4	1,7***	[1,4 ; 2,0]	2 830	11,1	1,5***	[1,3 ; 1,8]
Conversation ou visite au cours des huit derniers jours *								
Pas du tout (réf.)	797	18,1	1		724	11,1	1	
Un peu	1 939	15,4	0,9	[0,7 ; 1,1]	2 607	9,6	0,9	[0,7 ; 1,1]
Beaucoup	1 248	16,7	1,1	[0,8 ; 1,4]	2 571	12,2	1,1	[0,8 ; 1,4]
Activité ou loisir au cours des huit derniers jours *								
Pas du tout (réf.)	1 744	18,2	1		2 585	11,9	1	
Un peu	1 483	14,5	0,8**	[0,6 ; 0,9]	2 160	9,6	0,7***	[0,6 ; 0,8]
Beaucoup	770	15,5	0,7**	[0,6 ; 0,9]	1 163	10,4	0,6***	[0,5 ; 0,8]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Les modèles sont ajustés sur l'âge, le diplôme et la perception de la situation financière.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU VI

Facteurs psychologiques et sociaux associés à la consommation d'alcool selon le sexe parmi les 55-85 ans en 2010^a

	N hommes	N femmes	Alcool quotidien					
			Hommes (N=3 969)			Femmes (N=5 864)		
			%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%
Détresse psychologique								
Non (réf.)	3 615	4 554	39,4	1		15,4	1	
Oui	390	1 361	40,7	1,0	[0,8 ; 1,3]	16,0	1,1	[1,0 ; 1,4]
Vit seul ***								
Non (réf.)	2 894	3 084	39,3	1		17,0	1	
Oui	1 111	2 832	40,3	1,0	[0,8 ; 1,1]	13,0	0,6***	[0,5 ; 0,7]
Conversation ou visite au cours des huit derniers jours								
Pas du tout (réf.)	800	724	39,6	1		14,7	1	
Un peu	1 940	2 607	40,1	1,0	[0,9 ; 1,2]	15,8	1,1	[0,9 ; 1,4]
Beaucoup	1 250	2 573	38,4	0,9	[0,8 ; 1,1]	15,7	1,0	[0,8 ; 1,3]
Activité ou loisir au cours des huit derniers jours								
Pas du tout (réf.)	1 747	2 586	40,7	1		14,6	1	
Un peu	1 485	2 161	37,9	1,0	[0,9 ; 1,2]	15,8	1,0	[0,9 ; 1,2]
Beaucoup	771	1 163	39,7	1,1	[0,9 ; 1,3]	17,6	1,2	[1,0 ; 1,5]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Les modèles sont ajustés sur l'âge, le diplôme et la perception de la situation financière.

chronique, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes **[tableau VI]**. Aucun lien n'est en revanche observé entre la détresse psychologique et la consommation quotidienne d'alcool ou l'usage à risque ponctuel.

Place des aspects relationnels : vivre seul et soutien affectif

Toutes choses égales par ailleurs, les personnes âgées de 55 à 85 ans vivant seules sont plus nombreuses à fumer que celles vivant accompagnées (OR=1,7, $p<0,001$ parmi les hommes; OR=1,5, $p<0,001$ parmi les femmes) **[tableau VI]**. En termes d'usage d'alcool, les hommes vivant seuls ne sont ni plus ni moins buveurs quotidiens que les autres. En revanche, les femmes vivant seules sont moins nombreuses à boire de l'alcool quotidiennement que les autres femmes (13,0 % vs 17,0 %, $p<0,001$), ce lien persistant après ajustement sur l'âge **[tableau VI]**.

Le fait de vivre seul n'est donc pas associé au risque chronique de consommation d'alcool, ni chez les hommes, ni chez les femmes.

Concernant l'usage de drogues illicites parmi les 55-64 ans, on observe un lien entre le fait de vivre seul et l'expérimentation de cannabis (OR=1,7 chez les hommes et chez les femmes, $p<0,0014$), reflétant peut-être un mode de vie spécifique pour cette génération ayant consommé du cannabis.

Au-delà de la situation d'isolement liée au fait de vivre seul, l'absence de « *soutien affectif* »⁵ n'est associée ni au fait de fumer, ni à la consommation quotidienne d'alcool ou à son usage à risque chronique. Au contraire, parmi les femmes, ce soutien affectif est associé à une plus grande propor-

4. OR ajusté sur le niveau de diplôme, la situation financière perçue et la PCS.

5. Le soutien affectif est approché par la question : « *Au cours des huit derniers jours, avez-vous été en contact avec des gens de votre famille ou des amis, au cours de conversations ou de visites ?* ».

	Consommation d'alcool à risque ponctuel						Consommation d'alcool à risque chronique					
	Hommes (N=3942)			Femmes (N=5839)			Hommes (N=3942)			Femmes (N=5839)		
	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%
	22,6	1		8,9	1		16,4	1		2,7	1	
	23,2	1,1	[0,8 ; 1,4]	10,0	1,1	[0,9 ; 1,4]	19,7	1,3*	[1,0 ; 1,7]	4,1	1,5*	[1,1 ; 2,1]
				*						*		
	22,9	1		9,7	1		16,5	1		3,2	1	
	21,5	1,0	[0,8 ; 1,1]	8,1	0,9	[0,7 ; 1,0]	18,0	1,1	[0,9 ; 1,3]	2,7	1,1	[0,9 ; 1,5]
				*						*		
	20,4	1		6,5	1		16,4	1		2,8	1	
	24,1	1,2*	[1,0 ; 1,5]	9,0	1,4	[1,0 ; 1,9]	16,6	1,1	[0,9 ; 1,3]	2,8	1,0	[0,6 ; 1,6]
	22,0	1,1	[0,9 ; 1,4]	10,2	1,5*	[1,1 ; 2,1]	17,2	1,0	[0,8 ; 1,3]	3,4	1,0	[0,6 ; 1,6]
	***			***			*					
	19,0	1		7,8	1		16,4	1		2,5	1	
	26,2	1,4***	[1,2 ; 1,7]	9,1	1,2	[1,0 ; 1,5]	15,3	0,8	[0,7 ; 1,0]	3,2	1,1	[0,7 ; 1,5]
	25,6	1,3*	[1,1 ; 1,6]	13,0	1,5***	[1,2 ; 2,0]	20,5	1,2	[1,0 ; 1,5]	4,2	1,2	[0,8 ; 1,8]

tion de consommatrices d'alcool à risque ponctuel.

Une consommation d'alcool associée aux activités de groupe

La participation à des activités de groupe ou de loisirs diminue le risque de fumer après contrôle des effets de structure, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. Elle est en revanche associée à une plus grande fréquence d'usage d'alcool à risque ponctuel, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Évolution des inégalités sociales en termes de diplôme et de revenu entre 2005 et 2010

Des modélisations effectuées en 2005 et 2010 sur l'usage de tabac, la consommation régulière d'alcool et la consommation d'alcool à risque chronique, en fonction du niveau de diplôme (sans diplôme ou inférieur au bac) et du niveau de revenu par unité de consommation (UC) du foyer (premier quintile de revenu), permettent de mesurer l'évolution des liens entre les différents comportements et ces indicateurs de situation sociale défavorable parmi les

55-75 ans, après stratification sur le sexe et ajustement sur l'âge [tableau VII].

Concernant le tabagisme, un faible niveau de diplôme, qui était associé à une moindre proportion de fumeurs en 2005, n'est plus associé au tabagisme actuel parmi les hommes de 55 à 75 ans en 2010. Parmi les femmes, cette association persiste en 2010. En termes de niveau de revenu par UC, les inégalités se sont accrues entre 2005 et 2010, dans le sens d'une prévalence tabagique plus élevée parmi les plus bas revenus, chez les hommes comme chez les femmes.

Concernant l'alcool, une association entre faible niveau de diplôme et usage régulier d'alcool est observée en 2010 chez les hommes alors que ce n'était pas le cas en 2005. En revanche, chez les femmes, l'usage régulier d'alcool est associé à un niveau de diplôme plus élevé, tout comme à un niveau de revenu par UC plus important, en 2005 comme en 2010. On retrouve le lien entre un niveau d'études plus élevé et une consommation d'alcool à risque chronique chez les femmes, mais pas avec le niveau de revenu. Chez les hommes, l'usage d'alcool à risque chronique n'est associé ni au niveau de diplôme, ni au niveau de revenu, ceci étant vrai en 2005 comme en 2010.

TABLEAU VII

Odds-ratios associés à un niveau de diplôme inférieur au bac et à un revenu par unité de consommation situé dans le premier quintile, par sexe et ajustés sur l'âge en continu parmi les 55-75 ans, pour différents comportements d'usage en 2005 et 2010

	Tabagisme actuel		Alcool régulier		Alcool à risque chronique	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Hommes						
Diplôme inférieur au bac	0,8*	0,9	1,1	1,2**	1,1	1,1
1 ^{er} quintile de revenu	1,1	1,3*	1,0	0,8	0,7	0,9
Femmes						
Diplôme inférieur au bac	0,6***	0,7***	0,7**	0,7**	0,4***	0,4***
1 ^{er} quintile de revenu	1,1	1,3*	0,8*	0,6**	0,6	1,0

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2005 et 2010, Inpes.

DISCUSSION

Les conduites addictives chez les personnes âgées sont actuellement moins fréquentes que celles observées pour les adolescents et les adultes. Cependant, le sujet avançant en âge apparaît plus sensible aux addictions du fait d'une vulnérabilité physique, psychologique et sociale qui s'accroît avec l'âge et à laquelle s'associe une accumulation de facteurs de risque : perte d'autonomie, diminution des facultés d'adaptation, fréquence des pathologies chroniques et douloureuses, dépression, etc. Pourtant, l'addiction chez le sujet âgé est souvent minimisée et dissimulée derrière un critère lié au vieillissement considéré à tort comme le facteur déterminant [10].

La prévalence tabagique dans la population des 55-85 ans apparaît nettement inférieure à celle observée dans le reste de la population. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette différence, qu'ils soient communs à l'ensemble de la population ou spécifiques au genre.

La première hypothèse est celle de l'arrêt du tabagisme. Parmi les individus de 15 à 85 ans qui fumaient de manière régulière en 2005, 14,5 % ont arrêté de fumer depuis au moins six mois en 2010 (15,0 % des hommes et 13,9 % des femmes, écart non significatif). Leur arrêt se situe à un âge moyen de 41,5 ans (44,2 ans pour les hommes et 38,0 ans pour les femmes).

Par ailleurs, le tabagisme féminin ayant historiquement débuté une vingtaine d'années après le tabagisme masculin, la faible prévalence tabagique chez les femmes de plus de 65 ans correspond à des générations pour lesquelles le tabagisme, rare et limité, touchait davantage les classes socioéconomiquement favorisées. Cette deuxième hypothèse correspond donc à un effet de génération, particulièrement visible parmi les femmes.

La troisième hypothèse est celle d'une survie de la population ayant les habitudes

de vie les plus saines. Ainsi, la proportion d'hommes âgés de 75 à 85 ans n'ayant jamais fumé est plus importante que parmi les 65-74 ans. Une mortalité ou une morbidité accrues parmi ceux qui fumaient ou avaient fumé doit être évoquée. La mortalité à 70 ans dépend du tabagisme des cinquante dernières années [11]. Du fait d'un tabagisme plus élevé chez les «jeunes» femmes actuelles, le risque de décès par cancer du poumon s'accroît fortement dans cette population qui constitue celle des «futures» femmes âgées.

Bien qu'en baisse sur les dix dernières années, la consommation d'alcool apparaît toujours ancrée dans la vie quotidienne des seniors. En effet, les individus de 55 à 85 ans sont les plus nombreux à boire de l'alcool quotidiennement, et la prévalence de la consommation à risque chronique atteint un niveau similaire à celle estimée parmi les moins de 55 ans, qui concerne un peu moins d'une personne sur dix.

Face à une consommation excessive d'alcool, les conséquences pour les personnes âgées peuvent être graves. En effet, le risque de chutes, d'accidents sur la voie publique avec une probabilité de handicap ou de décès est plus fort que chez les plus jeunes. Il en est de même pour l'aggravation des symptômes physiques chroniques (troubles gastro-intestinaux, incontinence, insomnie), pour le risque accru de développer des cancers, pour la diminution ou l'augmentation des effets de certains médicaments et pour la difficulté à gérer le quotidien. Enfin, comme pour les plus jeunes, la consommation abusive d'alcool est un facteur d'isolement social [12].

Les individus de plus de 55 ans ont des usages de tabac ou d'alcool qui varient selon le sexe. Globalement, les femmes dont le niveau social est le plus élevé sont les plus nombreuses à consommer de l'alcool quoti-

diennement ou à avoir déjà fumé, alors que les ouvriers ou les hommes faiblement diplômés semblent plus souvent adopter des comportements défavorables à leur santé. Ces comportements de santé différenciés selon le statut social constituent un des maillons de la « chaîne de causes » ayant pour conséquences une espérance de vie plus courte chez les ouvriers que chez les catégories supérieures, et davantage d'années d'incapacité [13, 14]. Les différences sociales liées au genre en termes de consommation d'alcool chez les seniors avaient déjà été relevées en 2005 sur l'ensemble de la population [15]. La perception d'une situation financière dégradée apparaît également fortement associée à l'usage de tabac ou à la pratique de jeux d'argent, et ce quel que soit le sexe, mais le lien avec les consommations d'alcool apparaît plus contrasté. L'usage d'alcool à risque chronique est en revanche associé à la détresse psychologique. En termes d'environnement social, le fait de vivre seul semble favoriser le tabagisme. La participation à des activités de groupe ou de loisirs semble au contraire protéger d'un tel comportement.

À propos du jeu pathologique, peu de données existent à ce jour sur ce type d'addictions comportementales des seniors et des sujets plus âgés. Dans notre travail, les 55-64 ans sont parmi les joueurs les plus actifs de l'ensemble de la population. Cela concorde avec plusieurs études ayant montré que les seniors jouaient de plus en plus aux jeux de hasard et d'argent, et que la proportion de joueurs pathologiques, notamment parmi les femmes, augmentait dans cette tranche d'âge [5]. Comme chez les plus jeunes, le jeu pathologique s'associe souvent à des troubles somatiques, psychologiques et sociaux. Dans le Baromètre santé 2010, le faible effectif de joueurs problématiques sur cette tranche d'âge (moins de 1 % des seniors) ne nous permet pas de les caractériser avec précision. Pourtant, les

personnes âgées sont considérées comme un groupe à risque. Elles possèdent en effet un certain nombre de prédispositions aux jeux d'argent : temps libre, revenus corrects, isolement social, accessibilité aux casinos [5]. Par ailleurs, un lien entre le jeu pathologique et la consommation d'alcool existe en population générale, et devrait être retrouvé parmi les consommateurs d'alcool de cette tranche d'âge.

Le poids des représentations et celui des parcours de vie sont des déterminants des conduites addictives des personnes âgées. Certaines études ont montré des liens forts entre les addictions aux substances psychoactives et les situations de stress ou même la dépression [16]. Nos données mettent en évidence un lien entre détresse psychologique et perception de sa situation financière. Parmi les 55-85 ans qui se sentent « à l'aise » financièrement, 11,8 % sont en détresse psychologique. Ce chiffre est de 12,7 % pour ceux qui considèrent que « ça va », de 21,3 % pour ceux qui considèrent que « c'est juste » et de 31,1 % pour ceux qui considèrent que leur situation est difficile. Ces résultats mettent donc en évidence les liens existant entre santé mentale, perception financière et consommations de substances psychoactives.

Les données du Baromètre santé 2010 montrent qu'une moindre consommation de substances psychoactives est souvent corrélée aux meilleures situations de vie au niveau physique, psychique et social. Les dérives addictives peuvent en partie être expliquées par des vulnérabilités spécifiques à l'âge. Il s'agit de vulnérabilités physiologiques, sociodémographiques (inégalités des sexes face aux addictions au cours de la vie, isolement social) mais aussi de vulnérabilités psychologiques et cognitives (rôle social, estime de soi, capacité à agir et à s'adapter...).

D'après la littérature, trois facteurs de vulnérabilité sont essentiels à identifier et à

surveiller pour permettre un repérage et une prise en charge adaptée aux seniors :

- la perte d'autonomie et la diminution des facultés d'adaptation physique et psychologique ;
- la présence simultanée de pathologies physiques limitantes et invalidantes dans la vie de tous les jours ;
- la solitude et l'isolement relatifs aux événements de vie douloureux [6].

Pour les seniors et les personnes plus âgées, une promotion des comportements favorisant un vieillissement en bonne santé garde tout son intérêt. Des actions prenant en compte les déterminants individuels,

les déterminants sociaux et les déterminants environnementaux contribueraient à renforcer l'espérance de vie sans incapacité et donc à favoriser une meilleure qualité de vie. Encore peu développée⁶, la lutte contre les consommations addictives chez les seniors constitue pourtant un enjeu de santé publique à considérer, du fait notamment de l'évolution démographique et donc du vieillissement de la population.

6. Certaines thérapies cognitivo-comportementales ont cependant fait preuve d'efficacité auprès des sujets âgés de plus de 65 ans, notamment pour le sevrage tabagique [6].

Relecteur

Pierre Buttet

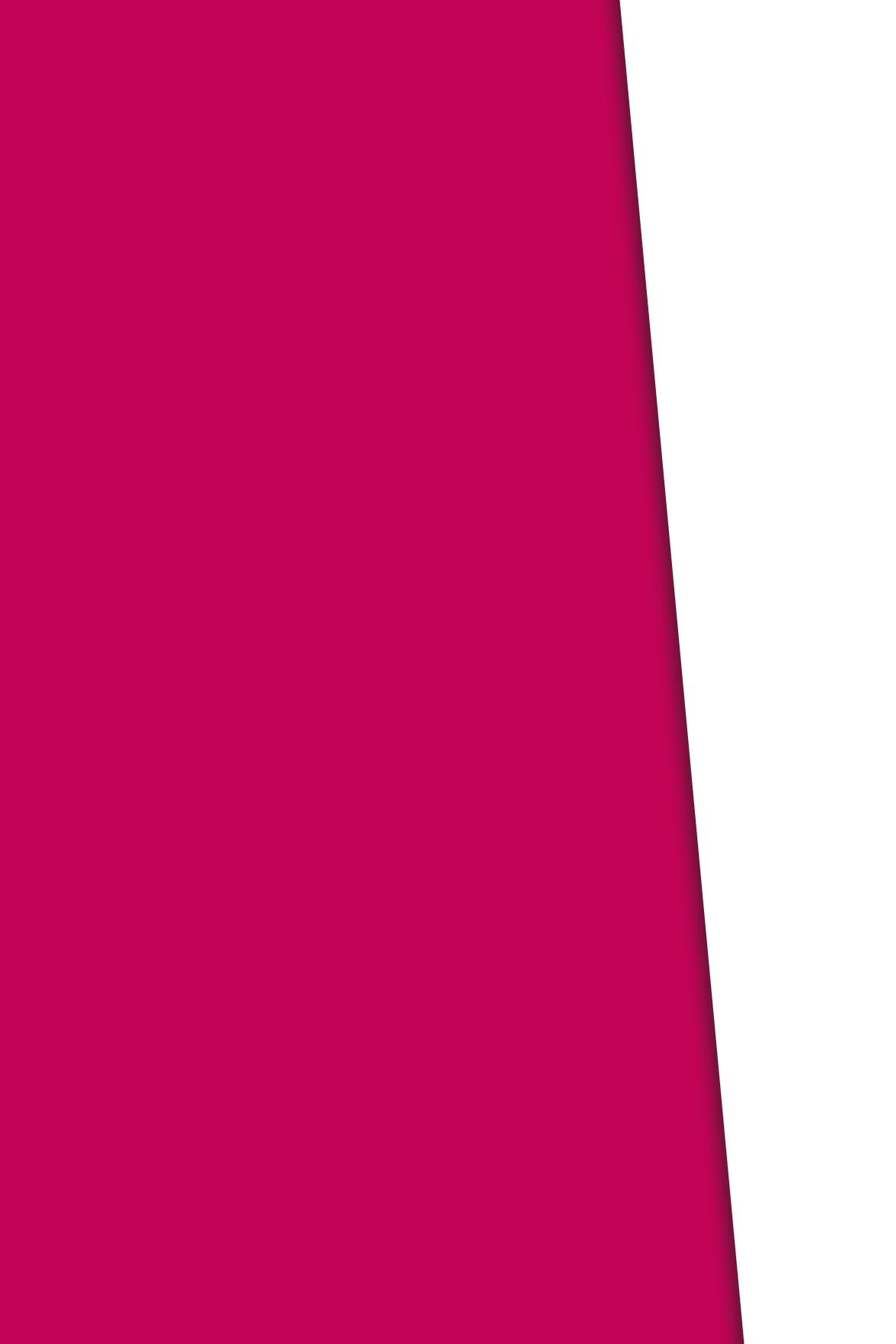
Bibliographie

- [1] Organisation Mondiale de la Santé. *Maladies non transmissibles : profils des pays 2011*. [site internet] En ligne : www.who.int/nmh/countries/fr/index.html [dernière consultation : 29/01/2013]
- [2] Organisation Mondiale de la Santé. *Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*. OMS: Genève, 2010 : 42 p. En ligne : www.who.int/publications/list/9789241597418/fr/index.html [29/01/2013]
- [3] Menecier P., Fernandez L. « Pratiques addictives dans la vieillesse ». *La Presse Médicale*, Décembre 2012, tome 41, n° 12 : p. 1226-1232.
- [4] Fernandez L., Finkelstein-Rossi J., Fantini-Hauwel C., Combaluzier S., Hamraoui M., Bellego M. « Le tabagisme des seniors : stress et addictions associées ». *Alcoologie et addictologie*, 2010, vol. 32, n° 4 : p. 279-289.
- [5] Grall-Bronnec M. « Et si le jeu pathologique affectait aussi les seniors ? » *Alcoologie et addictologie*, 2009, vol. 31, n° 1 : p.51-56.
- [6] Guillou-Landreat M., Grall-Bronnec M., Venisse J.-L. « Usage des substances psychoactives chez les personnes âgées : abus et dépendance ». *Revue de Gériatrie*, juin 2011, vol. 36, n° 6 : p. 369-379.
- [7] Beck F., Guignard R., Richard J.B., Wilquin J.-L., Peretti-Watel P. « Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé 2010 ». *BEH*, 31 mai 2011, n° 20-21 : p. 230-233. En ligne : www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-20-21-2011 [18/11/2013]
- [8] Bush K., Kivlahan D.R., McDonell M.B., Fihn S.D., Bradley K.A. "The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C) : an effective brief screening test for problem drinking". *Bradley Archives of Internal Medicine*, 1998, vol. 158, n°16 : p. 1789-1795.
- [9] Ferris J., Wynne H. *L'indice canadien du jeu excessif : rapport final*. Ottawa : Centre Canadien de Lutte Contre l'Alcoolisme et les Toxicomanies, 2001 : 72 p. En ligne : www.ccsa.ca/2003%20and%20earlier%20CCSA%20Documents/ccsa-010082-2001.pdf [29/01/2013]
- [10] Nubukpo P., Laot L., Clément J.-P. « Les conduites addictives de la personne âgée ». *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, Septembre 2012, vol. 10, n° 3 : p. 315-324. En ligne : www.jle.com/fr/revues/medecine/gpn/e-docs/00/04/79/90/article.phtml [18/11/2013]
- [11] Hill C., Jouglu E., Beck F. « Le point sur l'épidémie de cancers du poumon dus au tabagisme ». *BEH*, 25 mai 2010, n° 19-20 : p. 210-213. En ligne : www.invs.sante.fr/beh/2010/19_20/index.htm [18/11/2013]
- [12] Fink A., Lecalier D. « Un questionnaire de repérage du risque alcool adapté au senior ». *Alcoologie et addictologie*, 2009, vol. 31, n°3 : p. 225-234.
- [13] Cambois E., Robine J. « Pour qui la retraite sonnera ? Les inégalités d'espérance de vie en bonne santé avant et après 65 ans ». *BEH*, 8 mars 2011, n°8-9 : p. 82-86. En ligne : www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-n-08-09-2011 [18/11/2013]
- [14] Bricard D., Jusot F., Tubeuf S. « L'influence à long terme du milieu social d'origine et du tabagisme des parents sur le tabagisme en France : les résultats de l'enquête

santé et protection sociale 2006 ». *BEH*, 8 mars 2011, n° 8-9 : p. 96-98. En ligne : www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-n-08-09-2011 [18/11/2013]

- [15]** Beck F., Legleye S., Maillochon F., de Peretti G. « Femmes influentes sous influence ? Genre, milieu social et usages de substances psychoactives ». *Médecine/science*, janvier 2010, vol. 26, n° 1 : p. 95-97.

- [16]** Kessler R., Berglund P., Demler O., Jin R., Koretz D., Merikangas K., *et al.* "The Epidemiology of Major Depressive Disorder, Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)". *JAMA*, 18 juin 2003, vol. 289, n° 23 : p. 3095-3105. En ligne : <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=196765> [18/11/2013]
-



L'essentiel

Accidents de la vie courante et chutes

Près d'une personne sur dix de 55-85 ans (7,8 %) déclare avoir subi au cours des douze derniers mois au moins un accident suffisamment grave pour avoir entraîné une consultation médicale ou hospitalière, sans différence entre hommes et femmes. Le nombre moyen d'accidents évolue de façon significative avec l'âge. La probabilité d'avoir été victime d'un accident au cours des douze derniers mois est associée à la présence d'une maladie chronique et aux situations de détresse psychologique. Les personnes ayant subi un accident déclarent essentiellement des chutes (56,5 %) et des chocs (14,4 %). Les autres types d'accidents (coupure, brûlure) sont cités nettement plus rarement, par moins d'une personne sur dix.

Un quart (25,1 %) des femmes âgées de 55 à 85 ans et 17,4 % des hommes de la même tranche d'âge déclarent

qu'il leur est arrivé de tomber au cours des douze derniers mois. Parmi les femmes, la fréquence des chutes diminue entre 70 et 74 ans alors qu'elle reste globalement stable chez les hommes. Enfin, parmi les personnes qui sont tombées, une sur deux (51,3 %) a chuté plus d'une fois au cours de l'année. Pour tous, le risque de chuter est plus important chez les personnes possédant un niveau élevé de diplôme ; pour les hommes, la consommation d'alcool augmente également le risque de chuter ; pour les femmes, la présence d'une maladie chronique et le surpoids sont également significativement associés à un risque plus élevé de chuter. Le fait d'avoir chuté au cours des douze derniers mois est significativement associé à de moins bons scores de qualité de vie mesurés avec le profil de santé de Duke. Par ailleurs, le fait d'avoir chuté est

significativement lié à la présence d'au moins une incapacité dans les actes de la vie quotidienne, et à l'aide reçue de la part d'un membre de la famille, d'amis ou de voisins. Environ un tiers (30,3 %) des personnes déclarant être tombées au cours des douze derniers mois (32,4 % parmi les femmes et 26,6 % parmi les hommes) déclarent avoir consulté un médecin suite à leur chute, et ces fréquences augmentent avec l'avancée en âge. Près d'un cinquième (19,5 %) des personnes de 55 à 85 ans déclarent avoir limité leurs déplacements par peur de retomber. Les déclarations de troubles de l'équilibre augmentent avec l'âge : 10,0 % des 55-64 ans vs 21,5 % des 75-85 ans déclarent souffrir de troubles de l'équilibre ou de vertige.

Accidents de la vie courante et chutes

STÉPHANIE PIN
ANNE VUILLEMIN

INTRODUCTION

Les accidents de la vie courante (AcVC) se définissent comme les traumatismes non intentionnels autres que les accidents de la circulation routière et les accidents du travail [1]. En 2008, on a comptabilisé en France 19 703 décès par AcVC, tous âges confondus [2]. Les décès par AcVC ont compté pour 3,7 % de la mortalité totale. Deux tranches d'âge sont particulièrement concernées : les jeunes enfants et les personnes âgées. En France, les AcVC ne constituent pas un sujet inquiétant pour le grand public, malgré leurs conséquences graves en termes de morbidité et de mortalité [1].

La fréquence et les conséquences des AcVC deviennent particulièrement fortes avec l'avancée en âge. Parmi les différents accidents, c'est la chute qui constitue l'événement le plus fréquent et le plus dramatique. Les conséquences de la chute sont nombreuses et graves, tant pour la santé physique et fonctionnelle que pour la santé mentale. La chute constitue ainsi la première

cause de décès par accident chez les 65 ans et plus [2] : en 2008, 7 696 décès par chute sont survenus chez des personnes de plus de 75 ans. Elle est aussi source de fractures, d'hospitalisations, de perte d'autonomie, voire d'institutionnalisation [3, 4] ; selon l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac), 4,5 % des personnes de 65 ans et plus (entre 430 000 et 470 000 personnes) ont été victimes d'une chute accidentelle suivie d'un recours aux urgences hospitalières ; ces chutes ont donné lieu à une hospitalisation après passage aux urgences dans 37 % des cas [5]. Cela explique que la chute ait fait l'objet d'une attention toute particulière dans la dernière loi de santé publique qui fixait l'objectif de « réduire de 25 % le nombre annuel de chutes des personnes âgées » entre 2003 et 2008 [5].

Les AcVC sont causés par une multitude de facteurs. Pour ce qui concerne plus spécifiquement la chute, qui est l'accident le mieux documenté pour cette tranche d'âge,

les facteurs de risque peuvent être intrinsèques à la personne (âge, sexe, pathologies chroniques, degré d'incapacité, comportements de santé) ou extrinsèques (caractéristiques du logement, caractéristiques de l'environnement extérieur) ; ces différents facteurs – une étude en identifiait plus de 400 – se cumulent les uns aux autres et augmentent d'autant le risque de chuter [4].

Si la chute est un véritable problème de santé publique chez les plus âgés, il existe un consensus autour de l'efficacité et de l'efficience de certaines interventions de prévention des chutes. Les interventions ayant démontré leur efficacité sont multifactorielles (autrement dit, elles intègrent plusieurs dimensions en même temps) et ciblent les personnes présentant le risque de chute le plus élevé [4, 6, 7]. Il existe également un consensus autour de l'efficacité de l'activité physique pour prévenir les chutes, y compris comme stratégie isolée [6].

Dans le cadre de ce chapitre et sur la base des données du Baromètre santé 2010, qui comporte une batterie de questions sur

les AcVC et plus spécifiquement sur le fait d'être tombé au cours des douze derniers mois, nous vérifierons si les associations identifiées à l'étranger ou dans d'autres enquêtes se retrouvent dans nos résultats. Tout d'abord, nous regarderons si la prévalence des AcVC augmente avec l'âge et est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Nous postulons que les facteurs associés au risque d'accidents sont similaires à ceux associés à la chute. Pour cette dernière, nous nous attendons, comme lors de l'analyse des données du Baromètre santé 2005 [8], à trouver deux profils de chuteurs fortement différenciés selon le genre : le premier comprend des hommes, plutôt jeunes, possédant un haut niveau socioéconomique, un haut niveau de mobilité et une faible peur de chuter ; le second concerne des femmes plus âgées, avec une mobilité restreinte et une peur de chuter élevée. Nous explorerons enfin les associations entre la chute et la présence d'incapacités – notamment les incapacités liées à la mobilité – ainsi qu'entre la chute et la qualité de vie.

RÉSULTATS

LES ACCIDENTS APRÈS 55 ANS : PRÉDOMINANCE DES CHUTES

La fréquence et le type d'accidents

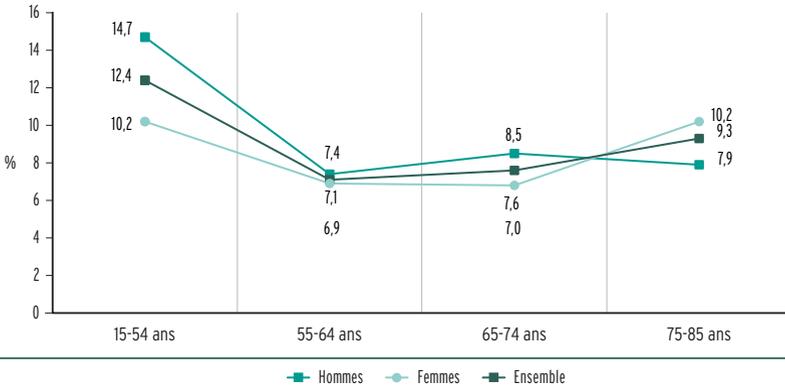
Parmi les personnes de 55-85 ans interrogées, près d'une personne sur dix (7,8 %) rapporte avoir été victime d'un accident ayant entraîné une consultation chez un médecin ou dans un hôpital au cours des douze derniers mois, sans différence entre les hommes et les femmes et quelle que soit la tranche d'âge considérée. Ce pourcentage est nettement moins élevé que parmi les 15-54 ans (12,4 % ; $p < 0,001$) [figure 1]. Une grande majorité des victimes de

55-85 ans déclare un seul accident (81,5 %) ; 11,8 % déclarent deux accidents et 6,7 % en rapportent trois ou plus au cours de l'année écoulée. Le nombre moyen d'accidents est de 1,3, sans différence entre hommes et femmes, et comparable à celui des 15-54 ans ; chez les 55-85 ans, le nombre moyen d'accidents évolue légèrement avec l'âge, étant significativement plus élevé chez les 75-85 ans que chez les 55-74 ans (1,5 vs 1,2 ; $p < 0,05$).

Parmi les 55-85 ans, la probabilité d'être victime d'un accident au cours des douze derniers mois est corrélée à la présence d'une maladie chronique et à une situation de détresse psychologique [tableau 1].

FIGURE 1

Prévalence des déclarations d'AcVC au cours des douze derniers mois selon le sexe et l'âge parmi les 15-85 ans en 2010



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Les variables sociodémographiques et les comportements de santé n'influencent pas la survenue d'un accident dans notre enquête.

Les circonstances du dernier AcVC

Interrogées sur les circonstances de leur dernier AcVC, 56,5 % des personnes de 55 à 85 ans mentionnent qu'il était dû à une chute (vs 36,7 % chez les 15-54 ans ; $p < 0,001$) ; 14,4 % à un choc (vs 31,6 % des 15-54 ans ; $p < 0,001$) et 9,2 % à une coupure ou une piqûre (pourcentage comparable à celui des 15-54 ans). Les femmes sont plus nombreuses à déclarer comme mécanisme accidentel la chute que les hommes (64,0 % vs 46,7 %, $p < 0,05$), qui citent plus fréquemment les chocs ou les coupures que les femmes [figure 2]. Les autres types de mécanismes accidentels explorés (pincement, noyade, brûlure...) ne concernent qu'environ 1 % des personnes âgées de 55 à 85 ans. Dans plus de quatre cas sur dix (45,0 %), l'accident a eu lieu à l'intérieur du domicile. Quand le mécanisme

accidentel cité est la chute, 48,7 % ont lieu à l'intérieur du domicile et 41,7 % à l'extérieur (lieu public, rue ou route, nature). Parmi les victimes, huit personnes sur dix ont été limitées dans leurs activités dans les 48 heures ayant suivi l'accident.

LES CHUTES ENTRE 55 ET 85 ANS

La fréquence des chutes

En plus des questions sur les accidents et le mécanisme accidentel du dernier accident, le Baromètre santé 2010, comme le Baromètre santé 2005, comporte une batterie de questions spécifiques sur les chutes, le nombre de chutes, la consultation suite à la chute, la limitation des déplacements par peur de retomber et la présence de troubles de l'équilibre, vertiges ou instabilité.

Plus d'une personne de 55-85 ans sur cinq (21,6 %) déclare qu'il lui est arrivé de tomber au cours des douze derniers mois. La fréquence varie selon le sexe, les femmes déclarant être tombées plus fréquemment que les hommes (25,1 % vs 17,4 %, $p < 0,001$),

TABLEAU I

Régressions logistiques sur la survenue d'un accident au cours des douze derniers mois parmi les 55-85 ans en 2010 (n = 3 237)

	N	%	OR	IC à 95%
Sexe				
Homme (réf.)	1 303	7,8	1	
Femme	1 955	7,8	0,9	[0,7 ; 1,3]
Âge				
55-64 ans (réf.)	1 675	7,1	1	
65-74 ans	965	7,6	1,0	[0,7 ; 1,5]
75-85 ans	618	9,3	1,2	[0,8 ; 1,8]
Perception financière				
À l'aise/ça va (réf.)	2 005	7,8	1	
C'est juste	887	8,4	1,0	[0,7 ; 1,4]
Difficile/dettes	348	7,0	0,7	[0,4 ; 1,2]
Diplôme				
Inférieur au bac (réf.)	2 081	7,9	1	
Bac	470	7,9	1,1	[0,7 ; 1,6]
Supérieur au bac	707	7,5	1,0	[0,7 ; 1,4]
Vit seul				
Non (réf.)	1 944	7,6	1	
Oui	1 314	8,4	1,0	[0,8 ; 1,4]
Maladie chronique ***				
Non (réf.)	1 883	6,3	1	
Oui	1 373	9,8	1,5**	[1,1 ; 2,1]
Détresse psychologique				
Score MH5 (par unité)	3 237		0,99*	[0,98 ; 1,00]
Pratique d'un sport de façon hebdomadaire				
Non (réf.)	1 457	8,8	1	
Oui	1 801	6,9	0,9	[0,6 ; 1,2]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

et selon l'âge, les plus âgés présentant les taux de chute les plus élevés **[figure 3]**.

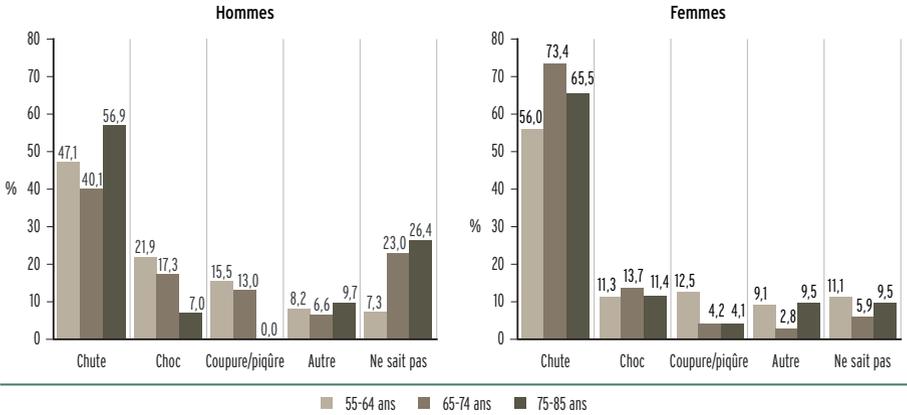
Un chuteur de 55-85 ans sur deux (48,7 %) a fait une seule chute au cours de l'année écoulée, 29,1 % déclarent deux chutes et 22,2 % trois chutes ou plus. Le nombre de chutes est plus élevé chez les plus âgés (2,3 chutes en moyenne au cours des douze mois écoulés chez les 75-85 ans vs 1,7 chez les 65-74 ans, p<0,01), mais on ne constate aucune différence significative dans le nombre de chutes entre hommes et femmes.

Les chutes sont suivies d'une consultation dans 30,3 % des cas **[tableau II]**, avec une

tendance accrue au recours au médecin pour les femmes (32,4 % vs 26,6 % des hommes ; p<0,001) et pour les plus âgés des répondants (37,6 % des 75-85 ans vs 22,7 % des 55-64 ans, p<0,01). Près d'un cinquième (19,5 %) des personnes de 55 à 85 ans ayant chuté déclarent avoir limité leurs déplacements par peur de retomber. Enfin, une personne sur dix (13,1 %) déclare souffrir de vertiges ou de troubles de l'équilibre suite à la dernière chute, les femmes plus fréquemment que les hommes (15,9 % vs 9,7 %, p<0,001) et les plus âgés deux fois plus souvent que les plus jeunes (21,5 % parmi les 75-85 ans vs 10,0 % parmi

FIGURE 2

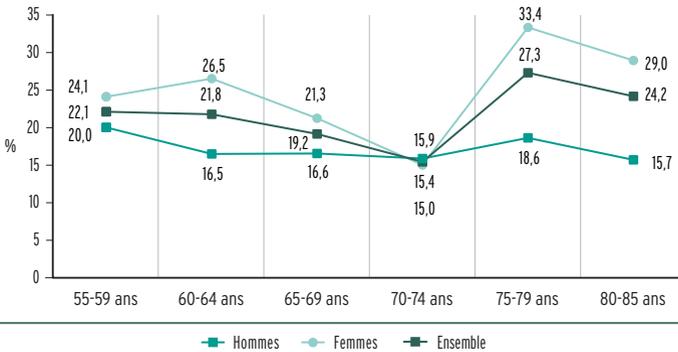
Principaux mécanismes accidentels déclarés parmi les 55-85 ans lors du dernier accident selon le sexe et l'âge en 2010 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 3

Prévalence des chutes au cours des douze derniers mois parmi les 55-85 ans selon le sexe et l'âge en 2010



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

les 55-64 ans ; $p < 0,001$). Le fait d'être tombé au cours des douze derniers mois est significativement associé à la présence de troubles de l'équilibre : 39,1 % des personnes déclarant souffrir de vertiges ou de troubles de l'équilibre ont chuté durant l'année écoulée vs 18,9 % des personnes ne présentant pas ces symptômes ($p < 0,001$).

Le profil des victimes de chutes

Les données du Baromètre santé 2010 permettent d'identifier les caractéristiques, en termes sociodémographiques et en termes de comportements de santé, des personnes déclarant être tombées au cours des douze derniers mois. Étant donné

TABLEAU II

Prévalence des consultations, de la limitation des activités par peur de retomber et des troubles de l'équilibre suite à la dernière chute, parmi les personnes âgées de 55 à 85 ans selon le sexe et l'âge en 2010

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	N	%	N	%	N	%
Consultation suite à la dernière chute						
55-64 ans	63	22,7	17	15,7	46	27,4
65-74 ans	54	34,3	26	38,9	28	30,9
75-85 ans	76	37,6**	18	33,8*	58	39,0
Limitation des déplacements ou des activités quotidiennes après la chute, par peur de retomber						
55-64 ans	43	15,3	11	9,8	32	18,9
65-74 ans	27	16,6	10	14,2	17	18,4
75-85 ans	55	27,8**	7	13,7	48	32,9*
Troubles de l'équilibre parmi les chuteurs						
55-64 ans	128	10,0	40	6,5	88	13,3
65-74 ans	95	10,3	38	8,9	57	11,6
75-85 ans	165	21,5***	52	17,5***	113	24,0***

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

LA CHUTE EST-ELLE CONSIDÉRÉE COMME UN ACCIDENT ?

Le Baromètre santé propose deux manières d'appréhender la chute. Dans un premier temps, les personnes interrogées sont invitées à se prononcer sur les accidents survenus au cours des douze derniers mois puis sur le dernier accident. Concernant ce dernier accident, elles doivent préciser les circonstances et le mécanisme de l'accident et peuvent déjà mentionner une chute (qui figure parmi les réponses proposées). Dans un second temps, le Baromètre santé comporte une série de questions portant spécifiquement sur la chute, avec une question précise correspondant aux standards actuels en matière de définition de la chute [9].

Il est intéressant de comparer les réponses fournies par les personnes interrogées dans les deux parties du questionnaire afin d'approcher la manière dont la chute est perçue par les personnes âgées. Certes, les questions incluses dans la partie « Accidents » concernent le

dernier accident et il se peut, d'une part, que le dernier accident ne soit pas une chute ou, d'autre part, que d'autres accidents aient pu survenir au cours de l'année qui auraient été définis comme des chutes. Sur les 46 personnes ayant mentionné la chute comme circonstance du dernier accident, 31 (67,4 %) rapportent également être tombées au cours des douze derniers mois, mais 14 (30,4 %) ne le font pas. De la même manière, 136 personnes citent la chute comme mécanisme accidentel, dont 90 (66,2 %) rapportent être tombées au cours des douze derniers mois et 38 (27,9 %) disent ne pas avoir chuté^a. Enfin, parmi les 694 personnes déclarant, dans la partie portant sur les chutes, être tombées dans l'année écoulée, 589 (84,9 %) n'ont pas rapporté d'accident et donc n'ont pas eu à se prononcer sur les mécanismes accidentels et les circonstances du dernier accident.

le poids connu du genre dans la survenue des chutes, des analyses ont été réalisées séparément pour les hommes et pour les femmes [tableau III].

Pour les hommes, un niveau élevé d'éducation est associé à un risque plus élevé de chuter ; une consommation quotidienne d'alcool augmente également le risque d'avoir été victime d'une chute au cours

des douze derniers mois. En revanche, ni l'âge, ni la pratique d'une activité sportive, ni la présence d'une maladie chronique ne sont associés au fait d'être tombé. Chez les femmes, la présence d'une maladie chronique est significativement associée à un risque plus élevé d'avoir chuté durant l'année écoulée, tout comme le surpoids. Comme chez les hommes, les femmes

TABLEAU III

Régressions logistiques sur le fait d'être tombé au cours des douze derniers mois en fonction du sexe parmi les 55 à 85 ans en 2010

	N	Ensemble n = 3 029			Hommes n = 1 217			Femmes n = 1 812		
		%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Sexe		***			***			***		
Homme (réf.)	1 234	17,4	1		—	—	—	—	—	—
Femme	1 871	25,1	1,7***	[1,4 ; 2,1]	—	—	—	—	—	—
Âge		***						***		
55-64 ans (réf.)	1 521	21,9	1		18,2	1		25,4	1	
65-74 ans	965	17,4	0,7**	[0,6 ; 0,9]	16,2	0,9	[0,6 ; 1,3]	18,5	0,6**	[0,5 ; 0,9]
75-85 ans	619	26,1	1,1	[0,9 ; 1,5]	17,6	0,8	[0,5 ; 1,3]	31,5	1,3	[0,9 ; 1,8]
Perception financière		*								
À l'aise/ça va (réf.)	1 899	19,9	1		15,7	1		23,9	1	
C'est juste	859	24,5	1,3*	[1,0 ; 1,6]	20,3	1,4	[1,0 ; 2,1]	27,4	1,2	[0,9 ; 1,6]
Difficile/dettes	332	23,7	1,1	[0,8 ; 1,6]	20,9	1,4	[0,8 ; 2,7]	25,7	1,0	[0,6 ; 1,5]
Diplôme		*								
Inférieur au bac (réf.)	1 991	21,0	1		16,4	1		24,5	1	
Bac	442	22,6	1,1	[0,9 ; 1,5]	19,9	1,4	[0,9 ; 2,3]	24,4	1,1	[0,7 ; 1,5]
Supérieur au bac	672	24,1	1,4**	[1,1 ; 1,8]	20,2	1,5*	[1,0 ; 2,2]	29,3	1,5*	[1,1 ; 2,0]
Vit seul		***								
Non (réf.)	1 832	20,1	1		16,9	1		23,5	1	
Oui	1 273	25,6	1,2	[0,9 ; 1,5]	19,9	1,3	[0,9 ; 1,8]	27,8	1,1	[0,8 ; 1,4]
Maladie chronique		***								
Non (réf.)	1 778	19,4	1		16,2	1		22,0	1	
Oui	1 325	24,4	1,3**	[1,1 ; 1,6]	19,0	1,2	[0,9 ; 1,7]	29,2	1,4**	[1,1 ; 1,8]
IMC										
Normal (réf.)	1 475	20,4	1		16,4	1		22,8	1	
Surpoids	1 141	22,8	1,3*	[1,0 ; 1,6]	18,2	1,1	[0,8 ; 1,7]	28,7	1,4*	[1,0 ; 1,8]
Obésité	430	22,3	1,2	[0,9 ; 1,6]	17,6	1,1	[0,7 ; 1,8]	26,6	1,2	[0,8 ; 1,7]
Alcool quotidien										
Non (réf.)	2 375	21,8	1		15,6	1		25,3	1	
Oui	730	21,2	1,2	[0,9 ; 1,5]	20,2	1,5*	[1,1 ; 2,1]	23,7	0,9	[0,6 ; 1,3]
Pratique d'un sport de façon hebdomadaire										
Non (réf.)	1 388	23,3	1		18,0	1		27,5	1	
Oui	1 717	20,1	0,9	[0,7 ; 1,1]	17,0	1,0	[0,7 ; 1,4]	22,8	0,8	[0,6 ; 1,1]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

possédant un niveau de diplôme supérieur au bac ont un risque plus élevé d'être tombées au cours des douze derniers mois. Enfin, et de façon contre-intuitive, les femmes entre 65 et 74 ans ont un risque d'avoir chuté moindre que les femmes plus jeunes (55-64 ans) et plus âgées (75-85 ans).

Afin d'explorer plus finement les différences dans la survenue des chutes en fonction de l'âge, nous avons réalisé des analyses de régression logistique séparées selon trois

classes d'âge (55-64 ans, 65-74 ans, 75-85 ans) [tableau IV]. Les résultats ne permettent pas d'identifier des facteurs expliquant la diminution de la fréquence déclarée des chutes entre 65 et 74 ans. On constate toutefois que le genre distingue uniquement les chuteurs les plus âgés. Par contre, un score faible de santé mentale augmente le risque de chuter chez les plus jeunes. Enfin, à chaque classe d'âge, le risque de chuter est fortement corrélé avec le fait d'avoir été victime d'un accident au

TABLEAU IV

Régressions logistiques sur le fait d'être tombé au cours des douze derniers mois parmi les 55-85 ans en fonction de l'âge en 2010

	55-64 ans n = 1512			65-74 ans n = 962			75-85 ans n = 611		
	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Sexe	**						**		
Homme (réf.)	18,2	1		16,2	1		17,6	1	
Femme	25,4	1,3	[1,0; 1,8]	18,5	1,1	[0,7; 1,6]	31,5	2,2**	[1,2; 3,8]
Perception financière									
À l'aise/ça va (réf.)	20,5	1		16,5	1		23,7	1	
C'est juste	22,5	1,2	[0,8; 1,6]	20,8	1,1	[0,7; 1,7]	31,6	1,4	[0,9; 2,3]
Difficile/dettes	28,3	1,3	[0,8; 2,1]	13,7	0,6	[0,3; 1,3]	24,6	0,9	[0,4; 1,9]
Diplôme									
Inférieur au bac (réf.)	21,3	1		16,5	1		25,5	1	
Bac	22,2	1,2	[0,8; 1,8]	17,9	1,2	[0,7; 2,2]	28,4	1,2	[0,7; 2,1]
Supérieur au bac	24,0	1,4*	[1,0; 2,0]	22,3	1,5	[1,0; 2,4]	28,5	1,8	[1,0; 3,4]
Vit seul	*			*			*		
Non (réf.)	21,3	1		16,3	1		23,0	1	
Oui	24,5	0,9	[0,7; 1,3]	20,6	1,2	[0,8; 1,7]	29,9	1,1	[0,7; 1,9]
Détresse psychologique									
Score MH5 (par unité)		0,99***	[0,98; 0,99]		0,99*	[0,97; 1,00]		0,99	[0,97; 1,00]
Alcool quotidien									
Non (réf.)	22,7	1		17,4	1		25,6	1	
Oui	18,9	1,0	[0,7; 1,4]	17,6	1,0	[0,7; 1,6]	27,1	1,5	[0,9; 2,4]
Avoir eu un accident au cours des douze derniers mois	***			***			***		
Non (réf.)	20,0	1		15,2	1		22,9	1	
Oui	51,5	4,0***	[2,4; 6,6]	43,8	4,3***	[2,3; 7,8]	57,5	4,7***	[2,4; 9,1]
Trouble de l'équilibre ou vertiges	***			***			***		
Non (réf.)	19,8	1		15,9	1		21,6	1	
Oui	40,5	2,0**	[1,3; 3,2]	31,0	2,0**	[1,2; 3,4]	42,6	2,6***	[1,6; 4,3]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

cours des douze derniers mois, ainsi qu'avec la présence de troubles de l'équilibre ou de vertiges.

Les relations entre les chutes, la qualité de vie et les incapacités

La qualité de vie est associée, en analyse univariée, à la survenue d'une chute, les chuteurs montrant des niveaux significativement moins bons de qualité de vie dans toutes les dimensions considérées par l'échelle de Duke¹ [figure 4].

Après ajustement par les variables sociodémographiques et la présence d'une maladie chronique, on constate une association significative entre le fait d'être tombé au cours des douze derniers mois et le score de détresse psychologique (selon le MH5, voir p. 54), ainsi qu'avec le score de santé physique de l'échelle de qualité de vie de Duke [tableau V].

Lorsque les associations sont considérées de façon isolée [figure 5], on constate une association significative entre la chute et des difficultés liées à la mobilité (s'habiller et se déshabiller, monter un étage à pied, courir

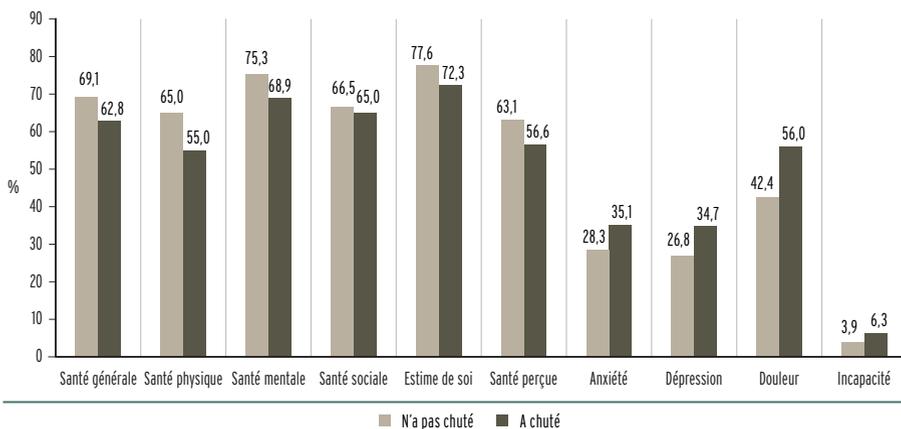
100 mètres, sortir de son domicile), ainsi qu'avec des difficultés d'ordre cognitif. La présence d'au moins une incapacité dans les actes de la vie quotidienne, ainsi que le fait de recevoir une aide d'un membre de la famille, d'amis ou de voisins augmentent la probabilité d'être tombé au cours des douze derniers mois parmi l'ensemble des répondants [tableau VI].

Concernant les vertiges et les troubles de l'équilibre, les résultats d'une régression logistique ajustée par les variables socio-démographiques [tableau VII] révèlent des associations significatives entre la présence de vertiges ou de troubles de l'équilibre et les dimensions physiques et mentales de la qualité de vie mesurée par l'échelle de Duke :

1. Les Baromètres santé utilisent depuis 1996 le profil de santé de Duke pour l'évaluation de la qualité de vie. Cet instrument comporte 17 questions combinées entre elles pour former différentes échelles correspondant aux dimensions suivantes : physique, mentale, sociale, santé perçue, anxiété, douleur, estime de soi, incapacité et dépression. Les scores obtenus après l'association des questions sont normalisés de 0 (le score le plus bas) à 100 (sauf pour les scores d'anxiété, de dépression, d'incapacité et de douleur qui sont évalués en sens inverse). Le score de santé générale est calculé en additionnant les dimensions physique, mentale et sociale.

FIGURE 4

Score moyen de qualité de vie selon le profil de santé de Duke en fonction de la survenue ou non d'une chute au cours des douze derniers mois parmi les 55-85 ans en 2010



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU V

Régression logistique où la variable dépendante est la survenue d'une chute au cours des douze derniers mois et les variables indépendantes des indicateurs de qualité de vie parmi les 55-85 ans en 2010 (N=3054)

	N	OR	IC à 95 %
Score de détresse psychologique (MH5)			
Par unité	3 054	0,99**	[0,98 ; 1,00]
Score de santé mentale (Duke)			
Par unité	3 054	1,0	[0,99 ; 1,01]
Score de santé physique (Duke)			
Par unité	3 054	0,99***	[0,98 ; 0,99]

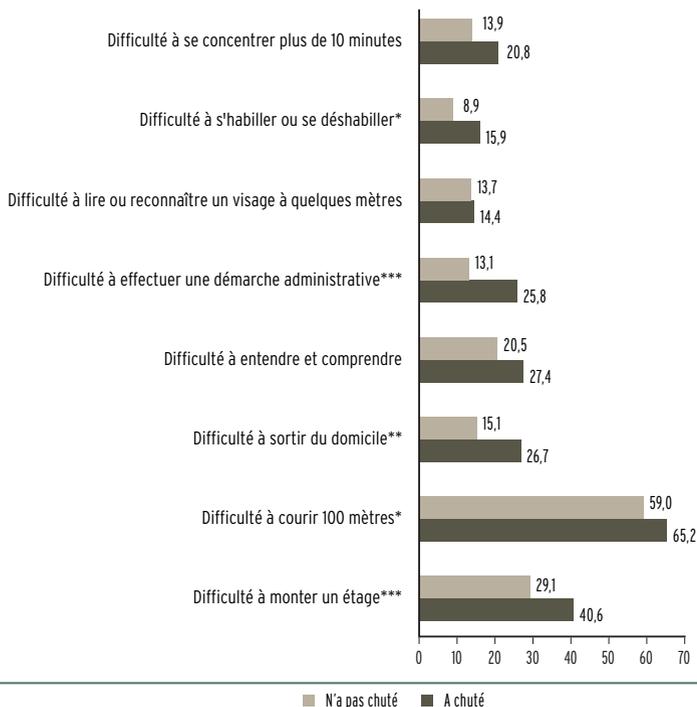
* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Les variables de contrôle étaient l'âge, le sexe, la perception de sa situation financière, le diplôme, la situation de vie et la présence d'une maladie chronique.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 5

Fréquence de la présence de difficultés à accomplir des actes de la vie quotidienne parmi les 55-85 ans en fonction de la survenue ou non d'une chute au cours des douze derniers mois, en 2010



* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU VI

Régression logistique où la variable dépendante est la survenue d'une chute au cours des douze derniers mois et les variables indépendantes des indicateurs d'incapacité parmi les 55-85 ans en 2010 (N=3 083)

	N	%	OR	IC à 95%
Perception subjective du handicap				

Non (réf.)	2 494	19,0	1	
Oui	606	31,8	1,4*	[1,1 ; 1,9]
Aide reçue dans la vie quotidienne				

Non (réf.)	3 015	20,7	1	
Oui	90	54,0	2,0*	[1,2 ; 3,4]
Incapacité liée à la mobilité (monter un étage/courir 100 m/sortir du domicile)				

Non (réf.)	1 128	16,6	1	
Oui	1 977	24,2	1,3	[1,0 ; 1,6]
Présente au moins une incapacité				

Non (réf.)	2 760	19,3	1	
Oui	345	39,0	1,9***	[1,4 ; 2,6]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Les variables de contrôle étaient l'âge, le sexe, la perception de sa situation financière, le diplôme, la situation de vie et la présence d'une maladie chronique.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

un score élevé de santé mentale et physique diminue la probabilité de souffrir de vertiges ou de troubles de l'équilibre durant l'année écoulée. Au contraire, présenter une incapacité ou déclarer spontanément souffrir d'un handicap est significativement associé à la présence de vertiges ou de troubles de l'équilibre chez les personnes de 55 à 85 ans.

La limitation des déplacements par crainte de retomber est également liée significativement à des indicateurs de qualité de vie mentale ou physique [tableau VIII]. Par ailleurs, les personnes qui déclarent avoir été victimes d'un accident dans les douze derniers mois sont significativement plus nombreuses à limiter leurs déplacements suite à une chute.

Les évolutions

En 2005, le Baromètre santé portait sur les personnes âgées de 18 à 75 ans. Les comparaisons possibles concernent donc unique-

ment les 55-75 ans, sur les AcVC et la survenue d'une chute. En 2000, la fréquence des AcVC chez les 55-75 ans s'élevait à 6,4 %, vs 5,9 % en 2005 et 7,3 % en 2010; la légère augmentation entre 2005 et 2010 n'est pas significative.

Concernant les chutes, 23,1 % des personnes âgées de 55 à 75 ans déclaraient être tombées en 2005 vs 20,6 % en 2010 (p<0,05). Si cette baisse est significative pour l'ensemble de l'échantillon, elle ne l'est pas par genre [figure 6].

On n'observe pas non plus de différence significative sur le fait de consulter après une chute entre 2005 et 2010. En revanche, la baisse de la prévalence des troubles de l'équilibre et des vertiges est importante : en 2005, près d'un cinquième des personnes âgées de 55 à 75 ans signalaient souffrir de troubles de l'équilibre ou de vertiges quand elles ne sont plus qu'une sur dix en 2010 (10,7 % ; p<0,001). Ces évolutions sont notables tant pour les hommes que pour les femmes (p<0,001) [figure 7].

TABLEAU VII

Régression logistique où la variable dépendante est le fait de déclarer des vertiges ou des troubles de l'équilibre et les variables indépendantes des indicateurs de qualité de vie et d'incapacité parmi les 55-85 ans en 2010 (N=3 051)

	N	%	OR	IC à 95 %
Score de santé mentale (Duke)				
Par unité	3 051		0,98***	[0,98 ; 0,99]
Score de santé physique (Duke)				
Par unité	3 051		0,98***	[0,97 ; 0,99]
Présente au moins une incapacité				

Non (réf.)	2 760	10,2	1	
Oui	344	34,8	1,6**	[1,1 ; 2,3]
Perception subjective du handicap				

Non (réf.)	2 494	9,3	1	
Oui	605	28,0	1,6**	[1,2 ; 2,2]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Les variables de contrôle étaient le sexe, l'âge, la perception de sa situation financière, le diplôme, la situation de vie.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU VIII

Régression logistique où la variable dépendante est le fait de limiter ses déplacements par crainte de retomber et les variables indépendantes des indicateurs de qualité de vie et d'incapacité parmi les 55-85 ans en 2010 (N=3 226)

	N	%	OR	IC à 95%
Score de détresse psychologique (MH5)				
Par unité	3 226		0,98***	[0,97 ; 0,99]
Score de santé physique (Duke)				
Par unité	3 226		0,97***	[0,96 ; 0,98]
Avoir eu un accident au cours des douze derniers mois				

Non (réf.)	3 001	2,9	1	
Oui	257	17,2	6,1***	[3,5 ; 10,5]

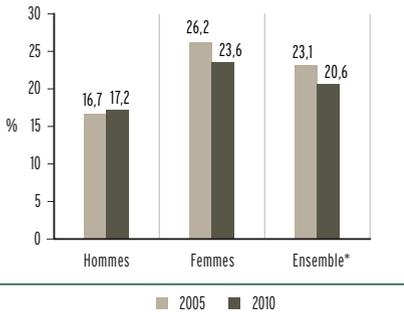
* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Note. Les variables de contrôle étaient le sexe, l'âge, la perception de sa situation financière, le diplôme, la situation de vie.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 6

Fréquence d'une chute au cours des douze derniers mois selon le sexe parmi les 55-75 ans en 2005 et en 2010

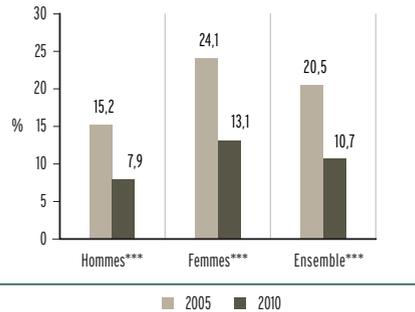


* : p<0,05.

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010, Inpes.

FIGURE 7

Fréquence des troubles de l'équilibre ou des vertiges au cours des douze derniers mois, selon le sexe parmi les 55-75 ans en 2005 et en 2010



*** : p<0,001.

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010, Inpes.

DISCUSSION

Près d'un dixième des personnes âgées de 55 à 85 ans ont été victimes d'un accident au cours de l'année écoulée, et un cinquième ont chuté durant la même période. Si, pour les accidents, le pourcentage de victimes est resté stable entre les trois dernières vagues du Baromètre santé (2000, 2005 et 2010), on constate au contraire une légère baisse de la prévalence des chutes pour l'ensemble des personnes de 55 à 75 ans ayant répondu à l'enquête entre 2005 et 2010, et surtout une baisse notable des troubles de l'équilibre et des vertiges. Ces évolutions peuvent s'expliquer de multiples manières : par une amélioration générale de la santé des personnes âgées, par la diffusion des messages de prévention et notamment la promotion de l'activité physique, qui est une stratégie efficace de prévention des chutes. Les résultats exposés dans le chapitre sur l'alimentation et l'activité physique (voir page 143) sont assez encourageants quant à la pratique d'une activité physique

au-delà de 55 ans, qui demeure relativement stable malgré l'avancée en âge. Les stratégies de promotion de l'activité physique sont à poursuivre et à renforcer en direction des personnes âgées elles-mêmes, et en cherchant à modifier l'environnement global pour favoriser les déplacements ou encourager le plus grand nombre à pratiquer une activité physique plus fréquemment ou sur une durée plus longue [6].

Concernant plus spécifiquement les AcVC et les chutes, nous posons en début de chapitre quatre hypothèses, qui ne sont pas toutes vérifiées. Tout d'abord, si la prévalence des AcVC augmente significativement avec l'âge, on ne constate aucune différence entre hommes et femmes. Cette situation diffère de celle des chutes, dont la fréquence est nettement plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Cet écart de genre se retrouve dans plusieurs études portant sur la chute [10-14] ; il s'inverse par contre si l'on considère le taux de mortalité résul-

tant des chutes, qui est plus élevé pour les hommes que pour les femmes [2].

À l'exception de la présence d'une maladie chronique, les facteurs associés aux accidents ne sont pas similaires à ceux associés aux chutes : la probabilité d'être victime d'un accident dans les douze derniers mois n'est pas liée à des variables sociodémographiques ou à des comportements de santé, alors que le niveau de diplôme et l'indice de masse corporelle sont associés au fait d'être tombé. Notre deuxième hypothèse n'est donc pas validée.

Lors de l'édition 2005 du Baromètre santé, sur un échantillon de personnes de 40 à 75 ans, nous avons identifié deux profils de chuteurs, différenciés fortement par le genre, mais également par d'autres variables sociodémographiques, en particulier le niveau socioéconomique (niveau de diplôme), par certains comportements de santé (prise de médicaments psychotropes, consommation d'alcool) et par l'état de santé [8]. En 2010, des différences nettes subsistent entre hommes et femmes : les femmes étant tombées sont plus susceptibles de déclarer souffrir d'une maladie chronique et de présenter un surpoids. Pour les hommes comme pour les femmes, un niveau de diplôme élevé est associé à une fréquence plus élevée d'être tombé au cours de l'année écoulée. Notre troisième hypothèse n'est donc que partiellement vérifiée ; elle mériterait, pour être infirmée ou validée, des analyses approfondies pour identifier des profils de chuteurs en fonction de variables sociodémographiques, socioéconomiques, de comportements de santé et d'indices d'état de santé physique et mental. L'augmentation linéaire de la fréquence d'une chute avec l'âge est une constante de la littérature [10, 14-16], que nos résultats contredisent quelque peu en indiquant une baisse de la prévalence de la chute entre 65 et 74 ans, sans qu'une explication claire ne se dessine. La revue de littérature

réalisée par Chris Todd et ses collègues [14] pointe des résultats divergents concernant le lien entre la chute et le niveau socioéconomique, et cite en particulier plusieurs études indiquant une association significative entre le risque de chuter et un haut niveau de diplôme ou de revenu [17-20].

Quant à notre dernière supposition, elle concernait la relation entre la chute, la présence d'incapacités et la qualité de vie. Les relations entre la santé physique et fonctionnelle (perte d'autonomie) et les chutes sont bien documentées [10, 20-22] ; il existe une littérature de plus en plus abondante faisant état de liens avec la qualité de vie et, de manière plus globale, avec les facteurs psychosociaux (santé autoévaluée, dépression, sentiment de maîtrise...) [16, 21-23]. Nos résultats identifient un lien significatif entre la chute et le score de détresse psychologique (MH5), ainsi qu'avec le score de santé physique (Duke) ; par contre, ni la santé subjective, ni la dimension « *santé mentale* » du score de Duke ne sont significativement associées au fait d'être tombé au cours des douze derniers mois. Par ailleurs, le fait de recevoir une aide et la présence d'au moins une incapacité dans les actes de la vie quotidienne augmentent significativement la probabilité d'avoir chuté. Ce résultat est conforme à ce que l'on trouve dans la littérature, mais il n'est pas possible de déterminer un lien de causalité entre la chute et l'incapacité. On peut toutefois supposer que la chute, notamment quand elle intervient chez des personnes fragiles, est un accélérateur du déclin fonctionnel. Des analyses sur des données longitudinales permettraient d'approfondir les relations entre la chute et la santé fonctionnelle, notamment en examinant si la chute intervient plutôt comme facteur de risque ou comme conséquence des incapacités.

Nos résultats plaident pour une meilleure connaissance des profils de chuteurs afin d'être en mesure de personnaliser davantage

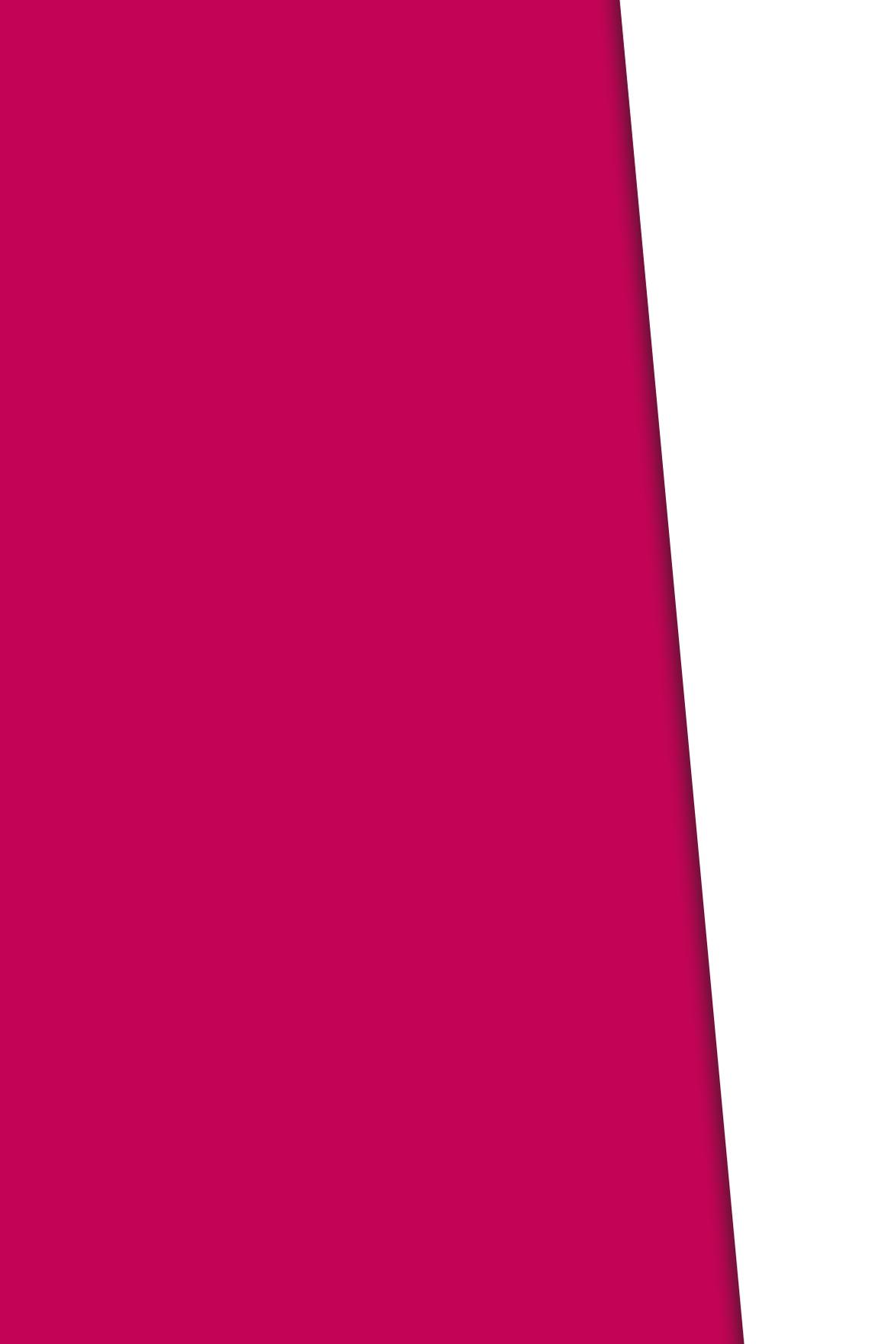
les interventions proposées. Ils vont notamment dans le sens d'une approche différenciée en fonction du genre, qui constitue une variable discriminante importante. Hommes et femmes ne sont pas égaux face au risque de chuter ; ils ne possèdent pas la même perception du risque de chuter et n'ont pas recours aux mêmes stratégies d'ajustement au risque [24]. Notre analyse pointe également des divergences dans l'appréhension de la chute, vécue ou non comme un accident selon les personnes. Les études portant sur la

perception de la chute montrent que celle-ci est rarement perçue comme un risque de santé mais plutôt comme un événement normal du vieillissement, peu digne d'être rapporté, voire dangereux pour son image et son identité [26-27]. Un travail de débanalisation de la chute, notamment auprès des professionnels de santé, mériterait d'être entrepris afin de pouvoir détecter au plus vite ces événements, la première chute étant déjà en elle-même un facteur de risque de récurrence et de complications.

Bibliographie

- [1] Thélot B. « Les accidents de la vie courante : un problème majeur de santé publique ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2004, n°19-20 : p. 74-5. En ligne : www.invs.sante.fr/beh/2004/19_20/BEH_19_20_2004.pdf [dernière consultation : 20/05/2013]
- [2] Barry Y., Lasbeur L., Thélot B. « Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine 2000-2008 ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2011, n°29-30 : p.328-332. En ligne : www.invs.sante.fr/content/download/12822/76933/version/5/file/beh_29_30_2011.pdf [30/10/2013]
- [3] Boyd R., Stevens J.A. "Falls and fear of falling : burden, beliefs and behaviours". *Age and Ageing*, 2009, vol. 38, n°4 : p. 423-428.
- [4] Bourdessol H., Pin S. dir. *Référentiel de bonnes pratiques : prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*. Saint-Denis : Éditions Inpes, coll. Référentiels, 2005 : 156 p. En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf [20/05/2013]
- [5] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. « Objectif 99 : Chutes des personnes âgées ». In : Danet S. dir. *L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011*. Paris : DREES, 2011, p.332-333. En ligne : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011.pdf [30/10/2013]
- [6] Gillespie L., Robertson M., Gillespie W., Sherrington C., Gates S., Clemson L.M., Lamb S.E. "Interventions for preventing falls in older people living in the community". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, n°9 : 257 p.
- [7] Société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG). *Recommandations pour la pratique clinique : prévention des chutes accidentelles des personnes âgées*. Saint-Denis : Haute autorité de santé, 2005 : 11 p. En ligne : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf [20/05/2013]
- [8] Bourdessol H., Thélot B. « Accidents : les plus fréquents sont ceux de la vie courante ». In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. dir. *Baromètre Santé 2005 : attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres Santé, 2006 : p.379-412.
- [9] Hauer K., Lamb S.E., Jorstad E.C., Todd C., Becker C., ProFaNE-Group. "Systematic review of definitions and methods of measuring falls in randomized controlled fall prevention trials". *Age and Ageing*, 2006, vol. 35, n°1 : p. 5-10.
- [10] Ricard C., Thélot B. « Plusieurs centaines de milliers de chutes chez les personnes âgées chaque année en France ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2007, n°37-38 : p. 322-324. En ligne : www.invs.sante.fr/beh/2007/37_38/beh_37_38_2007.pdf [30/10/2013]
- [11] King M.B., Tinetti M.E. "Falls in community-dwelling older persons". *Journal of the American Geriatric Society*, 1995, vol. 43, n°10 : p. 1146-1154.
- [12] Luukinen H., Koski K., Kivela S.L., Laipala P. "Social status, life changes, housing conditions, health, functional abilities and life-style as risk factors for recurrent falls among the home-dwelling elderly". *Public health*, 1996, vol. 110, n°2 : p.115-118.
- [13] Painter J.A., Elliott S.J. "Influence of gender on falls". *Physical and occupational therapy in geriatrics*, 2009, vol. 27, n°6 : p.387-404.
- [14] Todd C., Ballinger C., Whitehead S. *Reviews of socio-demographic factors related to falls and environmental interventions to prevention falls amongst older people living in the community*. Copenhague : OMS, 2007 : 35 p. En ligne : www.who.int/ageing/projects/3.Environmental%20and%20socioeconomic%20risk%20factors%20on%20falls.pdf [20/05/2013]
- [15] Stevens J.A., Soglow E.D. "Gender differences for non-fatal unintentional fall related injuries among older adults". *Injury Prevention*, 2005, vol. 11, n°2 : p. 115-119. En ligne : www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1730193/pdf/v011p00115.pdf [30/10/2013]

- [16] Cwikel J., Kaplan G., Barell V. "Falls and subjective health rating among the elderly : evidence from two Israeli samples". *Social sciences and medicine*, 1990, vol. 31, n° 4 : p.485-490.
- [17] Hanlon J.T, Landerman L.R, Fillenbaum G.G., Studenski S. "Falls in African American and white community-dwelling elderly residents". *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 2002, vol.57, n°7 : M473-M478.
- [18] Stel V.S., Pluijm S.M.F., Deeg D.J.H., Smit J.H., Bouter L.M., Lips P. "A classification tree for predicting recurrent falling in community-dwelling older persons". *Journal of the American Geriatrics Society*, 2003, vol. 51, n°10 : p.1356-1364.
- [19] Pluijm S.M.F., Smit J.H., Tromp E.A.M., Stel V.S., Deeg D.J.H., Bouter L.M., Lips P. "A risk profile for identifying community-dwelling elderly with a high risk of recurrent falling : results of a 3-year prospective study". *Osteoporosis International*, 2006, vol. 17, n°3 : p.417-425.
- [20] Stel V.S., Smit J.H., Pluijm S.M.F., Lips P. "Consequences of falling in older men and women and risk factors for health services use and functional decline". *Age and Ageing*, 2004, vol. 33, n°1 : p. 58-65.
- [21] Harthold K., Van Beeck E.F., Polider S., Van der Velde N., Van Lieshout E., Panneman M.J.M., Van der Cammen T.J.M., Patka P. "Societal consequences of falls in the older population : injuries, healthcare costs and long-term reduced quality of life". *Journal of Trauma, Injury, Infection and Critical Care*, 2011, vol. 71, n°3 : p.748-753.
- [22] Boyé N., Van Lieshout E., Van Beeck E., Hartholt K., Van der Cammen, T., Patka P. "The impact of falls in the elderly". *Trauma*, 2013, vol. 15, n°1 : p. 29-35.
- [23] Vaapio S., Salminen M., Vahlberg T., Sjosten N., Isoaho R., Aarnio P., Kivel S.-L. "Effects of risk-based multifactorial fall prevention on health-related quality of life among the community-dwelling aged : a randomized controlled trial". *Health and Quality of Life Outcomes*, 2007, vol. 5 : p. 20. En ligne : www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868017/ [20/05/2013]
- [24] Horton K. "Gender and the risk of falling : a sociological approach". *Journal of Advanced Nursing*, 2007, vol. 57, n°1 : p.69-76.
- [25] Nyman S.R. "Psychosocial issues in engaging older people with physical activity interventions for the prevention of falls". *Canadian Journal of Aging*, vol.30, n° 1 : p.45-55.
- [26] McMahon S., Talley K.M., Wyman J.F. "Older people's perspective on fall risk and fall prevention programs : a literature review". *International Journal of Older People Nursing*, 2011, vol. 6, n°4 : p.289-298.
- [27] McInnes, E., Seers K., Tutton L. "Older people's views in relation to risk of falling and need for intervention : a meta-ethnography". *Journal of Advanced Nursing*, 2011, vol. 67, n°12 : p. 2525-2536.



L'essentiel

Consommation de soins et prévention

Ce chapitre du Baromètre santé 2010 aborde la consommation de soins des 55-85 ans, avec une attention portée sur les personnes déclarant avoir une maladie chronique, en lien avec des mesures de prévention. D'après le Baromètre santé 2010, 42,9 % des 55-85 ans déclarent avoir une maladie chronique, c'est-à-dire une maladie qui dure longtemps (au moins six mois) et qui peut nécessiter des soins réguliers. La proportion de personnes se considérant comme malades chroniques évolue fortement avec l'avancée en âge.

Les 55-85 ans interrogés portent une appréciation plutôt positive sur leur état de santé : 86,7 % d'entre eux s'estiment « *plutôt bien comme ils sont* », 84,9 % se disent « *bien portants* » ; des jugements partagés respectivement par 79,0 % et 73,0 % des personnes se déclarant malades chroniques, malgré des limitations fonctionnelles et des plaintes plus importantes.

Au cours des douze derniers mois, 92,4 % des 55-85 ans ont consulté « *au moins une fois* » un médecin généraliste, 56,8 % un dentiste,

10,1 % un professionnel des médecines douces (homéopathe, mésothérapeute ou acupuncteur) et 4,3 % un psychologue, psychiatre, psychanalyste ou psychothérapeute. La fréquentation des professionnels de santé varie sensiblement selon l'âge, le sexe et la catégorie sociale.

Les patients se déclarant atteints d'une maladie chronique ont plus fréquemment recours aux médecins généralistes et aux professionnels de santé mentale que les autres. Ils déclarent également une consommation plus élevée de psychotropes. Concernant l'accès aux soins, 8,2 % des 55-85 ans déclarent avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois ; une situation plus fréquente chez les personnes déclarant avoir une maladie chronique (11,3 %) que chez les autres (5,9 %).

En termes de prévention cardiovasculaire, 83,8 % des 55-85 ans ont déjà réalisé un dosage de leur cholestérol, et plus de deux tiers des dosages ont été réalisés il y a moins d'un an. Parmi les personnes ayant effectué un dosage, 39,2 % se sont

vu signifier par leur médecin avoir trop de cholestérol. Environ une personne interrogée sur cinq suit un régime particulier ou prend un traitement hypocholestérolémiant. La prise d'un traitement augmente de façon linéaire suivant l'avancée en âge.

En ce qui concerne le suivi gynécologique, plus d'un tiers des femmes de 55-85 ans déclarent avoir consulté un médecin ou un gynécologue il y a moins d'un an. Le suivi gynécologique est néanmoins de plus en plus espacé avec l'avancée en âge.

En matière de dépistage, 90,2 % des femmes de 55-85 ans déclarent avoir déjà effectué un frottis cervico-utérin. Toutefois, un quart des 75-85 ans n'en ont jamais fait. Parmi les consultantes de 55-64 ans, huit femmes sur dix ont, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), effectué leur dernier frottis il y a moins de trois ans. Enfin, 92,9 % des femmes de 55-85 ans déclarent avoir déjà effectué une mammographie et, pour trois quarts d'entre elles, la dernière mammographie date de moins de deux ans.

Consommation de soins et prévention

COLETTE MÉNARD
CARMEN KREFT-JAÏS
CHRISTOPHE LÉON

INTRODUCTION

En France, on estime que 28 millions de personnes suivent un traitement au long cours et que 15 millions sont atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques, soit près de 20 % de la population [1, 2]. Ce pourcentage est significativement plus important chez les personnes plus âgées. Dans la population bénéficiant du régime général de sécurité sociale, au 31 décembre 2011, plus de 9 millions de patients sont déclarés en affections de longue durée (ALD), dont 50 % ont entre 55 et 84 ans [1-3]. Avec l'allongement de l'espérance de vie, de plus en plus de personnes seront concernées par ces maladies, et de nouveaux enjeux de santé publique risquent de se poser, en raison des interactions entre les multiples pathologies et les altérations fonctionnelles liées à l'âge [4]. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a fait de l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique une priorité [5]. La loi de santé publique du 9 août 2004 a pris en compte

cette nécessité et prévu la mise en place d'un plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique. La prévention, la surveillance médicale et l'implication des patients dans la gestion de leur maladie sont des éléments indispensables de l'amélioration des soins et de la qualité de vie des personnes âgées [1, 2].

Face à une population vieillissante, vulnérable aux problèmes de santé, ce chapitre du Baromètre santé 2010 aborde la consommation de soins des personnes de 55-85 ans avec un accent porté sur celles déclarant avoir une maladie chronique (définie dans le questionnaire de l'enquête comme « une maladie qui dure au moins six mois et qui peut nécessiter des soins réguliers ».)

Nous porterons une attention particulière sur les points suivants : la perception de l'état de santé des personnes âgées de 55 à 85 ans, l'impact des maladies chroniques déclarées sur la qualité de vie des personnes atteintes, la consommation de soins (qu'elle

soit à but curatif ou préventif), le renoncement aux soins et la comparaison des données au sein de la population des 55-85 ans entre personnes avec ou sans pathologie au long cours.

Ce chapitre traite aussi de certains aspects

de prévention tels que la surveillance lipidique des patients, l'interrogatoire des patients sur leur consommation d'alcool, la surveillance gynécologique des femmes, le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus.

RÉSULTATS

PRÉVALENCE DÉCLARÉE D'UNE MALADIE CHRONIQUE ET DES FACTEURS ASSOCIÉS

Dans la mesure où le fait de déclarer avoir une maladie chronique est utilisé comme variable d'ajustement de différents modèles dans plusieurs chapitres, il nous a semblé utile de décrire le profil des personnes qui se déclaraient malades chroniques.

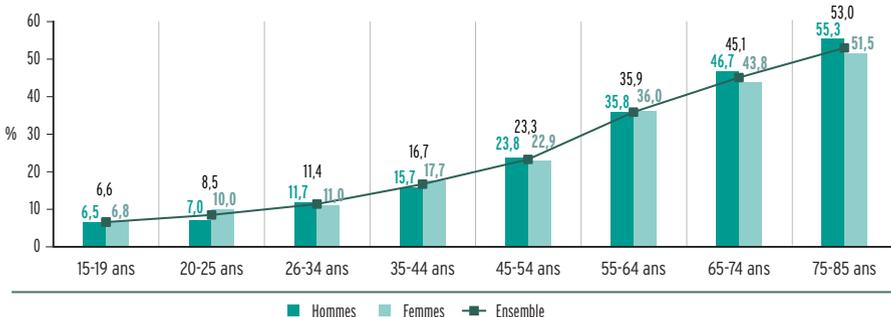
Selon le Baromètre santé 2010, 24,5 % des personnes âgées de 15 à 85 ans déclarent avoir une maladie chronique, c'est-à-dire une maladie qui dure longtemps (au moins six mois) et qui peut nécessiter des soins réguliers. La proportion de personnes se considérant comme malades chroniques évolue fortement avec l'avancée

en âge ($p < 0,001$) et représente 42,9 % des personnes de 55 à 85 ans : 35,9 % des 55-64 ans, 45,1 % des 65-74 ans et 53,0 % des 75-85 ans [figure 1].

Après ajustement, il apparaît que la proportion d'hommes déclarant avoir une maladie chronique est plus élevée que celle des femmes (OR=1,2; $p < 0,05$). L'avancée en âge (OR=1,4 pour les 64-75 ans et OR=1,7 pour les 75-85 ans; $p < 0,001$), le surpoids, l'obésité et la limitation fonctionnelle apparaissent comme des facteurs discriminants ($p < 0,001$). Le fait de déclarer une maladie chronique semble également plus élevé parmi les personnes déclarant une situation financière difficile (OR=1,5; $p < 0,001$) et parmi celles vivant dans l'agglomération parisienne (OR=1,2; $p < 0,05$) [tableau I].

FIGURE 1

Prévalence des personnes se considérant malades chroniques suivant le sexe et l'âge parmi les 15-85 ans en 2010



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU I

Facteurs associés au fait de déclarer avoir une maladie chronique parmi les 55-85 ans en 2010 (n=9 661)

		%	OR	IC à 95%
Sexe				
Homme	4 001	43,2	1,2*	[1,0 ; 1,3]
Femme (réf.)	5 916	42,6	1	
Âge				

55-64 ans (réf.)	5 040	35,9	1	
65-74 ans	2 955	45,1	1,4***	[1,2 ; 1,5]
75-85 ans	1 922	53,0	1,7***	[1,4 ; 2,0]
Catégorie socioprofessionnelle				
Agriculteurs exploitants	430	42,0	0,9	[0,7 ; 1,1]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	771	40,3	0,8	[0,7 ; 1,1]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	2 014	44,8	1,2	[1,0 ; 1,4]
Professions intermédiaires	2 611	42,5	1,1	[0,9 ; 1,3]
Employés	2 447	42,9	1,0	[0,9 ; 1,2]
Ouvriers (réf.)	1 511	43,0	1	
Situation professionnelle				

Travail (réf.)	1 959	30,3	1	
Retraite	6 940	45,7	1,4***	[1,2 ; 1,6]
Autre situation	1 018	44,7	1,4***	[1,2 ; 1,8]
Type d'agglomération				
*				
Rural (réf.)	2 884	41,5	1	
Urbain	5 843	42,6	1,0	[0,9 ; 1,1]
Agglomération parisienne	1 190	46,4	1,2*	[1,0 ; 1,4]
Vit seul				

Non (réf.)	5 974	41,5	1	
Oui	3 943	46,6	1,1	[1,0 ; 1,2]
Perception financière				

À l'aise/ça va (réf.)	6 073	40,5	1	
C'est juste	2 688	43,8	1,1	[1,0 ; 1,2]
Difficile/dettes	1 100	53,1	1,5***	[1,2 ; 1,8]
Tabagisme régulier				
*				
Non (réf.)	8 668	43,5	1	
Oui	1 249	38,2	0,9	[0,8 ; 1,1]
Consommation d'alcool (Audit-C)				
**				
Sans risque (réf.)	7 473	44,1	1	
A risque ponctuel	1 495	38,3	0,9*	[0,7 ; 1,0]
A risque chronique	895	40,3	0,9	[0,8 ; 1,1]
IMC				

Normal (réf.)	4 730	38,5	1	
Surpoids	3 666	44,5	1,3***	[1,1 ; 1,4]
Obésité	1 521	51,1	1,5***	[1,3 ; 1,7]
Limité depuis au moins 6 mois				

Non (réf.)	7 497	34,3	1	
Oui	2 399	70,1	4,1***	[3,7 ; 4,6]

*: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

QUALITÉ DE VIE, INSOMNIES ET DOULEURS CHEZ LES 55-85 ANS

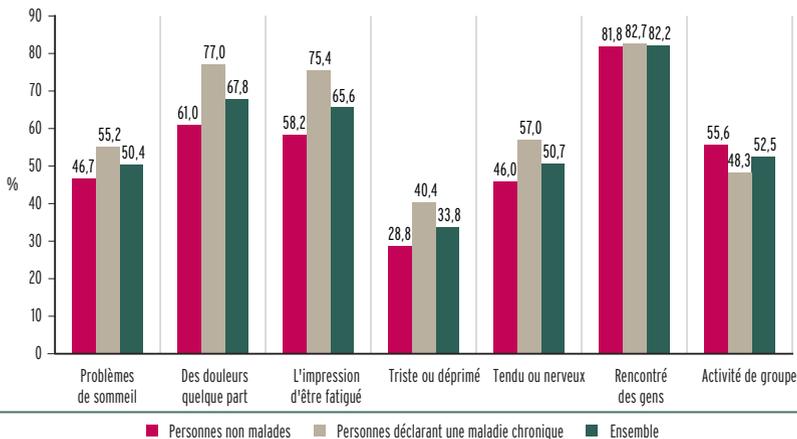
La majorité des 55-85 ans interrogés ont une appréciation plutôt bonne de leur santé : 86,7 % d'entre eux s'estiment « *bien comme ils sont* » (vs 90,2 % des 15-54 ans ; $p < 0,001$), 84,9 % se disent « *bien portants* » (vs 86,4 % des 15-54 ans ; $p < 0,01$). Malgré cela, une proportion non négligeable de personnes déclarent certaines limitations dans leur vie quotidienne. Ces jugements positifs sur leur santé sont également partagés par respectivement 79,0 % et 73,0 % des personnes déclarant avoir une maladie chronique, malgré des limitations plus importantes : 41,2 % déclarent avoir du mal à monter un étage à pied (vs 22,8 % des personnes ne déclarant pas souffrir d'une maladie chronique ; $p < 0,001$) et 66,7 % éprouvent des difficultés à courir une centaine de mètres (vs 52,1 % ; $p < 0,001$).

Parmi les 55-85 ans, 50,4 % disent avoir eu, au cours des huit derniers jours, des problèmes de sommeil (vs 46,6 % des 15-54 ans ; $p < 0,001$), 67,8 % des douleurs quelque part (vs 54,8 % des 15-54 ans ; $p < 0,001$), 65,6 % l'impression d'être fatigués (vs 72,1 % des 15-54 ans ; $p < 0,001$), 33,8 % ont été tristes ou déprimés (vs 31,0 % des 15-54 ans ; $p < 0,001$), 50,7 % ont été tendus ou nerveux (vs 63,2 % des 15-54 ans ; $p < 0,001$). Même si elles pratiquent moins que les 15-54 ans des activités de groupe (52,5 % vs 66,1 % ; $p < 0,001$), les 55-85 ans déclarent une vie sociale comparable à celle des plus jeunes (82,2 % déclarent avoir rencontré des gens de leur famille ou des amis au cours des huit derniers jours) [figure 2].

Quels que soient les registres, les personnes déclarant avoir une maladie chronique au moment de l'enquête expriment davantage de plaintes que les autres. Les femmes semblent plus concernées que les hommes et, avec l'avancée en âge, les

FIGURE 2

Plaintes exprimées et vie sociale au cours des huit derniers jours chez les 55-85 ans, selon qu'ils déclarent ou non une maladie chronique en 2010 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

limitations et la notion de fatigue s'accroissent. En revanche, les problèmes de sommeil et de tension nerveuse sont moins fréquemment déclarés.

Par ailleurs, l'analyse des plaintes exprimées sur les douze derniers mois montre que les personnes déclarant avoir une maladie chronique sont, en proportion, plus nombreuses à avoir souffert d'insomnies (18,7 % vs 13,2 % ; $p < 0,001$) et à avoir souffert d'une douleur physique difficile à supporter (41,3 % vs 20,3 % ; $p < 0,001$). Pour 88,8 % d'entre elles, cette douleur présentait un caractère persistant ou récurrent, comparé à 77,5 % pour le reste de la population ($p < 0,001$).

En termes de qualité de vie, selon le profil de santé de Duke [6], les personnes déclarant avoir une maladie chronique présentent des scores de santé générale, santé physique et santé mentale, significativement moins bons que les personnes ne déclarant pas souffrir d'une maladie chronique [figure 3].

LA CONSOMMATION DE SOINS

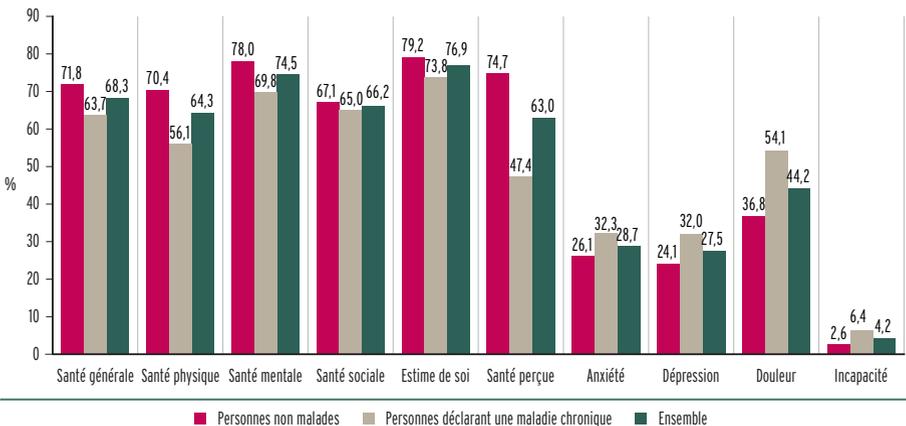
Recours aux professionnels de santé

Au cours des douze derniers mois, 92,4 % des personnes de 55 à 85 ans (vs 82,8 % des 15-54 ans ; $p < 0,001$) ont consulté « au moins une fois » un médecin généraliste, 56,8 % un dentiste (vs 54,7 % chez les 15-54 ans), 10,1 % un professionnel des médecines douces (homéopathe, mésothérapeute ou acupuncteur) (vs 8,4 % des 15-54 ans ; $p < 0,05$) et 4,3 % un professionnel de santé mentale (psychologue, psychiatre, psychanalyste ou psychothérapeute) (vs 8,4 % chez les 15-54 ans ; $p < 0,001$). Quel que soit le praticien, les femmes consultent plus fréquemment que les hommes ($p < 0,001$) [figure 4].

La fréquentation des professionnels varie également différemment suivant l'âge [figure 5] : alors que le médecin généraliste est plus fréquemment consulté avec l'avancée en âge ($p < 0,001$), le recours au

FIGURE 3

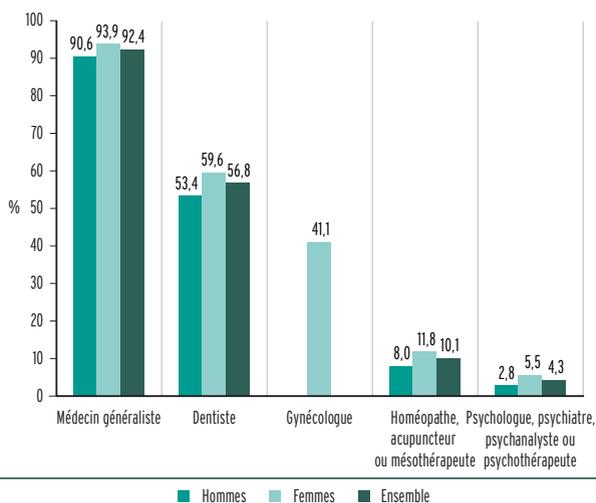
Scores de qualité de vie selon le profil de santé de Duke chez les 55-85 ans selon qu'ils déclarent ou non une maladie chronique en 2010



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 4

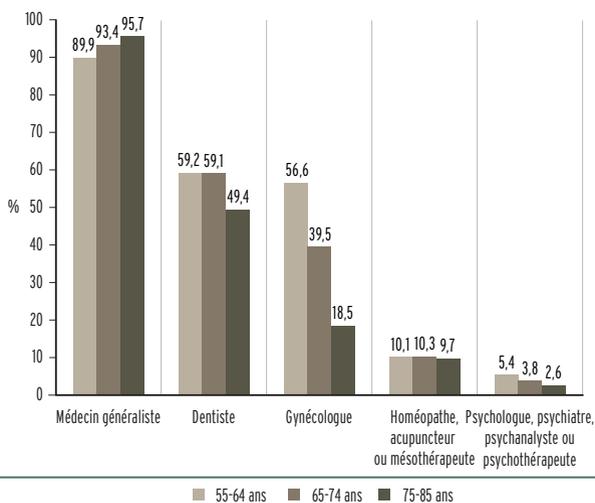
Consultations des différents professionnels de santé au cours des douze derniers mois chez les 55-85 ans suivant le sexe en 2010 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 5

Consultations des différents professionnels de santé au cours des douze derniers mois chez les 55-85 ans suivant l'âge en 2010 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

gynécologue ($p < 0,001$) et aux professionnels de santé mentale ($p < 0,05$) diminue. La consultation d'un dentiste au cours des douze derniers mois diminue sensiblement chez les 75-85 ans (49,4 % vs 59,2 % chez les 55-74 ans ; $p < 0,001$) ; la consultation des professionnels des médecines douces reste stable au cours des âges.

Après ajustement, il apparaît que certains facteurs sociodémographiques influent sur les consultations de professionnels de santé [tableau II]. De façon générale, les ouvriers¹ de 55-85 ans sont ceux qui font le moins appel aux différents praticiens. En référence à cette catégorie socioprofessionnelle, on observe que :

- le recours à un dentiste au moins une fois dans l'année est significativement plus fréquent parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures (OR=2,1 ; $p < 0,001$), les artisans, commerçants ou chefs d'entreprise (OR=1,9 ; $p < 0,001$), les professions intermédiaires (OR=1,7 ; $p < 0,001$) et les employés (OR=1,5 ; $p < 0,01$) ;
- les femmes de professions intellectuelles supérieures ou intermédiaires et les femmes artisans ou chefs d'entreprise consultent plus fréquemment un gynécologue (OR=1,8 ; $p < 0,05$) ;
- les professions intermédiaires sont celles qui consultent le plus fréquemment les professionnels des médecines douces (OR=1,7 ; $p < 0,05$).

L'accès au moins une fois dans l'année aux différents professionnels de santé s'avère indépendant du lieu d'habitation, hormis pour le recours au gynécologue, plus fréquent selon l'importance des agglomérations (de 37,3 % en milieu rural à 41,2 % en milieu urbain et 47,1 % dans l'agglomération parisienne ; $p < 0,05$).

Les analyses bivariées indiquent un moindre recours annuel au dentiste et au gynécologue des personnes évoquant des difficultés financières, qui renoncent également plus souvent aux soins ($p < 0,001$). Paradoxalement, la

prévalence des consultations de professionnels de santé mentale est plus élevée parmi les personnes déclarant avoir dû renoncer à des soins (sans précision sur leur nature) au cours de l'année ($p < 0,001$). Toutefois, il apparaît, après ajustement sur l'ensemble des variables que l'accès « au moins une fois dans l'année » à un professionnel de santé, quel que soit le professionnel consulté, n'est guère pénalisé par le fait d'avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois.

Recours aux soins ambulatoires des personnes déclarant avoir une maladie chronique

Les personnes déclarant avoir une maladie chronique ne se différencient pas des autres dans leurs consultations d'un dentiste. En revanche, elles font nettement plus appel au médecin généraliste (OR=4,1 ; $p < 0,001$) et aux professionnels de santé mentale (OR=1,5 ; $p < 0,05$) [tableau II]. Ces malades chroniques déclarent par ailleurs avoir un recours fréquent à des médecins spécialistes (74,7 % déclarent en avoir consulté dans l'année) et à des professionnels paramédicaux : 36,4 % ont fait appel au cours des douze derniers mois à une infirmière (30,3 % chez les 55-64 ans, 38,2 % chez les 65-74 ans, 42,4 % chez les 75-85 ans ; $p < 0,01$), 29,5 % à un kinésithérapeute (34,2 % des femmes vs 24,2 % des hommes ; $p < 0,001$) et 4,5 % à une diététicienne (8,2 % chez les 55-64 ans).

Renoncement aux soins

Au cours des douze derniers mois, 8,2 % des 55-85 ans déclarent avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières (vs 10,2 % des 15-54 ans ; $p < 0,001$), davantage les femmes que les hommes (10,2 %

1. Cette catégorie comprend les retraités et les chômeurs dont la dernière profession était celle d'ouvrier.

TABLEAU II

Facteurs sociodémographiques et de santé associés au fait d'avoir consulté au moins une fois divers professionnels de santé au cours des douze derniers mois chez les 55-85 ans en 2010

	Médecin généraliste (n=3 217)		Dentiste (n=3 230)		Gynécologue (n=1 239)		
	%	OR	%	OR	%	OR	
Sexe	**		**				
Homme (réf.)	90,6	1	53,4	1	–	–	
Femme	93,8	1,6**	59,6	1,4***	–	–	
Âge	***		***		***		
55-64 ans (réf.)	89,9	1	59,2	1	56,6	1	
65-74 ans	93,4	1,5*	59,1	0,9	39,5	0,5***	
75-85 ans	95,6	2,0**	49,4	0,6***	18,5	0,2***	
Catégorie socioprofessionnelle			***		***		
Agriculteurs exploitants	92,3	0,8	50,1	1,4	28,3	1,2	
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	90,7	0,8	59,0	1,8***	41,5	1,8*	
Cadres, professions intellectuelles supérieures	90,5	0,7	64,6	2,1***	53,3	1,8*	
Professions intermédiaires	93,7	1,1	60,6	1,7***	43,6	1,2	
Employés	93,1	0,8	58,1	1,5**	40,7	1,3	
Ouvriers (réf.)	92,8	1	44,9	1	33,9	1	
Sans activité professionnelle	85,8	0,3*	26,5	0,5	15,8	0,7	
Perception financière			***		***		
À l'aise/ça va (réf.)	91,5	1	59,1	1	46,3	1	
C'est juste	93,1	1,2	54,6	0,9	33,5	0,7**	
Difficile/dettes	95,3	1,5	49,9	0,8	36,0	0,7	
Type d'agglomération			*				
Rural (réf.)	91,5	1	53,2	1	37,3	1	
Urbain	92,8	1,1	57,4	1,1	41,2	1,3	
Agglomération parisienne	92,6	1,1	61,1	1,2	47,1	1,5*	
Renoncement à des soins de santé au cours des 12 derniers mois					*		
Non (réf.)	92,2	1	57,1	1	41,7	1	
Oui	94,0	0,8	52,5	0,9	35,9	0,7	
Maladie chronique	***						
Non (réf.)	88,6	1	56,3	1	41,4	1	
Oui	97,3	4,1***	57,3	1,1	40,6	1,2	
Limité depuis au moins 6 mois	***						
Non (réf.)	91,1	1	56,2	1	41,7	1	
Oui	97,2	2,2**	58,5	1,1	38,3	1,0	

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

vs 5,8 % ; p<0,001). Le renoncement aux soins touche davantage les 55-64 ans et diminue avec l'âge (p<0,001). Il est fortement associé à la perception des ressources financières du ménage : de 2,0 % chez les

personnes se sentant à l'aise financièrement à 12,2 % chez les personnes se déclarant « justes » financièrement et à 29,5 % parmi celles déclarant avoir des difficultés financières ou ne pas pouvoir y arriver sans faire

Psychologue, psychiatre, psychanalyste ou psychothérapeute (n=3 230)		Homéopathe, acupuncteur ou mésothérapeute (n=3 187)	
%	OR	%	OR

2,8	1	8,0	1
5,5	1,9**	11,8	1,7***
**			
5,4	1	10,1	1
3,8	0,7	10,3	1,0
2,6	0,4**	9,7	0,9

2,4	1,1	3,6	0,4
3,1	0,9	11,9	1,6
3,3	1,1	10,6	1,4
5,4	1,6	13,7	1,7*
5,5	1,3	8,7	0,9
3,1	1	8,0	1
1,7	0,8	0,0	-
*			
3,9	1	10,7	1
5,0	1,2	9,2	0,9
3,9	0,7	8,8	0,8
3,2	1	8,8	1
4,5	1,4	10,9	1,1
5,5	1,7	9,1	0,8

3,9	1	9,9	1
8,0	1,6	11,7	1,2

3,2	1	9,8	1
5,6	1,5*	10,4	1,1

3,0	1	9,6	1
8,9	2,8***	11,9	1,2

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

de dettes ($p < 0,001$). Les 55-85 ans déclarant une maladie chronique présentent un renoncement aux soins pour raison financière plus fréquent (11,3 % vs 5,9 % pour les autres ; $OR=1,9$; $p < 0,001$) [tableau III, p. 130].

Hospitalisation

Au cours des douze derniers mois, 16,1 % des 55-85 ans (vs 12,2 % des 15-54 ans ; $p < 0,001$) déclarent avoir été hospitalisés pour au moins une nuit. La proportion de personnes hospitalisées est significativement plus importante avec l'avancée en âge : 13,7 % parmi les 55-64 ans, 16,0 % parmi les 65-74 ans et 20,4 % parmi les 75-85 ans ($p < 0,05$).

Les personnes déclarant avoir une maladie chronique ont davantage été hospitalisées que les autres (22,6 % vs 11,1 % ; $OR=2,2$; $p < 0,001$) : 23,5 % au moins une nuit, 47,0 % entre un et trois jours, 20,7 % entre quatre et sept jours et 32,3 % plus de huit jours.

Consommation de médicaments

Consommation de médicaments psychotropes

Au cours des douze derniers mois, près d'un quart des personnes de 55 à 85 ans (23,1 % vs 15,1 % parmi les 15-54 ans ; $p < 0,001$) ont eu recours à des médicaments psychotropes (tranquillisants, somnifères ou antidépresseurs). Plus précisément, 13,0 % ont déclaré avoir consommé un anxiolytique, 8,0 % un hypnotique et 7,7 % un antidépresseur. Quelles que soient les classes thérapeutiques, les femmes ($OR=2,1$; $p < 0,001$) et les personnes déclarant une maladie chronique ($OR=1,5$; $p < 0,01$) recourent plus fréquemment aux psychotropes que les autres [tableau IV, p. 131]. La détresse psychologique ou les insomnies sont également des facteurs associés à la prise de médicaments psychotropes parmi les 55-85 ans (respectivement, $OR=3,5$; $p < 0,001$ et $OR=2,2$; $p < 0,001$).

Consommation de médicaments en rapport avec la ménopause

Parmi les femmes de 55-85 ans, 10,9 % déclarent prendre des médicaments en

TABLEAU III

Facteurs sociodémographiques et de santé associés au renoncement aux soins pour raison financière dans les douze derniers mois chez les 55-85 ans en 2010 (n=9730)

	N	%	OR	IC à 95%
Sexe ***				
Homme (réf.)	4 000	5,8	1	
Femme	5 911	10,2	1,8***	[1,4; 2,2]
Âge ***				
55-64 ans (réf.)	5 041	9,5	1	
65-74 ans	2 954	7,1	0,8	[0,6; 1,0]
75-85 ans	1 916	7,0	0,7**	[0,5; 0,9]
Situation professionnelle ***				
Travail (réf.)	1 959	8,1	1	
Retraite	6 936	7,3	0,8	[0,6; 1,1]
Autre situation	1 016	13,9	1,0	[0,7; 1,4]
Catégorie socioprofessionnelle ***				
Agriculteurs exploitants	430	5,3	0,6	[0,3; 1,0]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	771	7,9	1,0	[0,7; 1,5]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	2 012	4,1	0,9	[0,6; 1,3]
Professions intermédiaires	2 611	7,1	1,1	[0,8; 1,5]
Employés	2 444	10,8	1,0	[0,7; 1,3]
Ouvriers (réf.)	1 511	10,9	1	
Perception financière ***				
À l'aise/ça va (réf.)	6 076	2,0	1	
C'est juste	2 688	12,2	6,6***	[5,2; 8,5]
Difficile/dettes	1 100	29,5	18,4***	[14,0; 24,3]
Maladie chronique ***				
Non (réf.)	5 722	5,9	1	
Oui	4 185	11,3	1,9***	[1,6; 2,3]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

rapport avec la ménopause (homéopathie, phytothérapie, traitement hormonal...) : 16,4 % des 55-64 ans, 7,6 % des 65-74 ans et 5,8 % des 75-85 ans ($p<0,001$). Dans 70,1 % des cas, le traitement mentionné est hormonal. Il est à noter que 15,9 % ne connaissent pas précisément leur traitement et que 14,0 % ont recours à un traitement homéopathique ou phytothérapique.

Consommation de médicaments contre la douleur

Parmi les personnes qui, au cours des douze derniers mois, ont souffert d'une douleur physique difficile à supporter

(29,7 % des 55-85 ans) et qui ont consulté un médecin ou ont été hospitalisées, 77,5 % se déclarent « très » ou « plutôt » satisfaites du traitement reçu pour soulager cette douleur.

SURVEILLANCE DES PATIENTS ET PRÉVENTION

Nous présentons ici des éléments concernant la fréquence des visites de routine (incluant les renouvellements de médicaments), le questionnement des patients sur leur consommation d'alcool, la surveillance lipidique, les consultations pour

TABLEAU IV

Facteurs associés à la prise de médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois chez les 55-85 ans en 2010 (n=1599)

		%	OR	IC à 95 %
Sexe ***				
Homme (réf.)	667	14,3	1	
Femme	960	30,6	2,1***	[1,5; 2,8]
Âge				
55-64 ans (réf.)	806	23,9	1	
65-74 ans	490	23,8	1,1	[0,8; 1,5]
75-85 ans	331	20,9	0,8	[0,6; 1,2]
Détresse psychologique^a ***				
Non (réf.)	1 357	17,5	1	
Oui	270	54,3	3,5***	[2,5; 4,9]
Avoir des insomnies ***				
Non (réf.)	1 331	18,7	1	
Oui	269	47,3	2,2***	[1,6; 3,1]
Maladie chronique ***				
Non (réf.)	954	19,6	1	
Oui	672	28,2	1,5**	[1,1; 2,0]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Voir définition p. 54.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

suivi gynécologique, dont le dépistage des cancers du col de l’utérus (frottis) et du sein (mammographie).

Visite de routine

En dehors des visites pour motifs de santé (maladie, problème de santé, traumatisme), trois quarts (76,4 %) des personnes de 55-85 ans (vs 52,1 % des 15-54 ans; p<0,001) déclarent avoir consulté un médecin généraliste pour un contrôle de routine depuis moins d’un an, les femmes plus fréquemment que les hommes (78,5 % vs 73,9 %; p<0,01) et les 75-85 ans davantage que les autres (83,9 % vs 74,0 % pour les 55-74 ans; p<0,001). Les personnes déclarant souffrir d’une maladie chronique ne se distinguent pas des autres dans le recours aux consultations de routine au cours des douze derniers mois.

Évocation des problèmes d’alcool avec son médecin généraliste

Lors de leur dernière visite chez un généraliste, 4,5 % des 55-85 ans (7,7 % des hommes vs 1,8 % des femmes; p<0,001 et sans différence significative avec les 15-54 ans) ont évoqué leur consommation d’alcool avec leur médecin. Ce dialogue, chez les hommes comme chez les femmes, était à leur initiative dans 58,1 % des cas. Quels que soient le sexe et l’âge, l’abord de ces problèmes est significativement plus élevé lorsqu’il existe une consommation d’alcool à risque (OR=4,1; p<0,001) **[tableau V]**.

La surveillance lipidique

Parmi les 55-85 ans, 83,8 % (vs 46,2 % des 15-54 ans; p<0,001) déclarent avoir déjà eu un dosage de cholestérol. La fréquence des cholestérolémies effectuées est plus

TABLEAU V

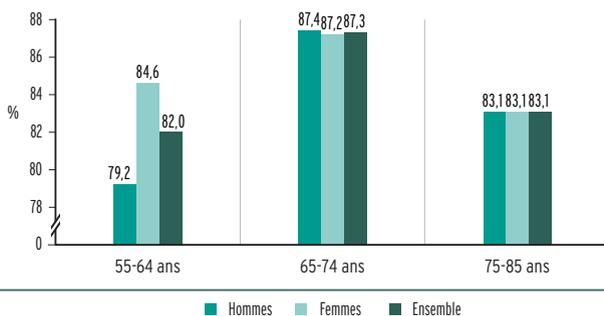
Facteurs associés à l'évocation des problèmes d'alcool avec le généraliste lors d'une visite de routine chez les 55-85 ans en 2010 (n=3 243)

		%	OR	IC à 95 %
Sexe ***				
Homme (réf.)	1 303	7,7	1	
Femme	1 957	1,8	0,3***	[0,2 ; 0,5]
Âge				
55-64 ans (réf.)	1 675	5,6	1	
65-74 ans	966	3,9	0,7	[0,5 ; 1,2]
75-85 ans	619	3,1	0,7	[0,4 ; 1,2]
Consommation d'alcool (Audit-C) ***				
Sans risque (réf.)	2 427	2,7	1	
À risque ponctuel	524	6,2	1,6	[0,9 ; 2,7]
À risque chronique	292	15,6	4,1***	[2,4 ; 7,0]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 6

Proportion de personnes de 55-85 ans ayant déjà eu un dosage de cholestérol suivant l'âge et le sexe en 2010


Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

importante chez les 65-74 ans (87,3 % vs 82,0 % pour les 55-64 ans et 83,1 % pour les 75-85 ans) [figure 6].

Environ les deux tiers (69,8 %) des dosages ont été réalisés il y a moins d'un an, 16,3 % entre un et deux ans, 6,4 % entre deux et trois ans et 7,5 % il y a plus de trois ans.

Chez les personnes ayant effectué un dosage, 39,2 % se sont vu signifier par leur

médecin avoir trop de cholestérol. Parmi elles, 58,9 % déclarent suivre un régime particulier pour abaisser leur cholestérol, plus particulièrement les 65-74 ans (66,2 % vs 56,7 % des 55-64 ans et 53,0 % des 75-85 ans; p<0,05), et 70,1 % déclarent prendre des médicaments (73,6 % des hommes vs 67,2 % des femmes; p<0,05). La prise de médicaments augmente de façon linéaire suivant l'avancée en âge : 59,7 %

pour les 55-64 ans, 74,6 % pour les 65-74 ans et 81,6 % pour les 75-85 ans ($p < 0,001$).

Chez les personnes déclarant avoir une maladie chronique, les dosages de cholestérol sont plus fréquents que chez les autres patients (88,4 % vs 79,5 % ; OR=1,8 ; $p < 0,001$), et les trois quarts attestent d'un dosage de cholestérol datant de moins d'un an (76,0 % vs 63,9 % ; $p < 0,001$). La proportion de taux élevés de cholestérol signalés par le médecin généraliste est du même ordre que pour les autres patients (41,4 %). En revanche, les personnes se déclarant malades chroniques sont plus nombreuses à suivre un régime particulier (67,0 % vs 51,2 % ; $p < 0,001$) et un traitement médicamenteux (78,4 % vs 62,3 % ; $p < 0,001$).

Suivi gynécologique des femmes et dépistage

Seules 2,3 % des femmes de 55-85 ans déclarent n'avoir jamais consulté de gynécologue ou de médecin pour raison gynécologique au cours de leur vie. Plus du tiers (36,5 %) ont consulté il y a moins d'un an, 22,0 % entre un et deux ans, 16,1 % entre deux et cinq ans, et 23,1 %, il y a plus de

cinq ans. Plus des trois quarts des femmes (78,1 %) ont consulté un gynécologue, 18,2 % un médecin généraliste et 3,7 % un autre spécialiste. Avec l'âge, le suivi gynécologique des femmes est de plus en plus espacé ($p < 0,001$) [figure 7].

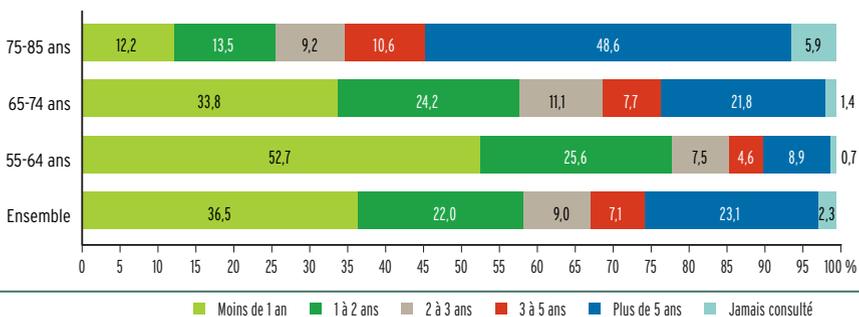
En matière de dépistage, 90,2 % des femmes de 55 à 85 ans déclarent avoir déjà effectué un frottis cervico-utérin. L'absence de réalisation d'un frottis est très fortement marquée en fonction des générations : 2,9 % parmi les 55-64 ans, 7,1 % parmi les 65-74 ans et 23,4 % parmi les 75-85 ans ($p < 0,001$). Parmi les consultantes, 80,6 % des femmes de 55-64 ans ont effectué leur dernier frottis il y a moins de trois ans (62,8 % parmi les 65-74 ans et 27,3 % parmi les 75-85 ans ; $p < 0,001$).

En matière de mammographie, ce sont neuf femmes sur dix (92,9 %) de 55 à 85 ans qui déclarent avoir déjà effectué une mammographie : 94,8 % des 55-64 ans, 95,6 % des 65-74 ans et 87,2 % des 75-85 ans ($p < 0,001$).

D'une façon générale, pour trois quart des consultantes (76,1 %), la dernière mammographie date de moins de deux ans : 88,8 % des 55-64 ans, 84,3 % des 65-74 ans, 44,3 % des 75-85 ans ($p < 0,001$).

FIGURE 7

Délais de la dernière consultation gynécologique suivant l'âge chez les femmes de 55-85 ans en 2010 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

DISCUSSION

Il convient de rappeler que les résultats du Baromètre santé sont issus de données déclaratives et ne peuvent aucunement être confrontés à des données épidémiologiques ou émanant d'examens médicaux. Le plan « *Maladies chroniques* » a souligné l'importance d'associer les malades à leur(s) maladie(s) [21]. Dans la mesure où la question du Baromètre santé « *Avez-vous une maladie chronique, c'est-à-dire une maladie qui dure longtemps (au moins six mois) et qui peut nécessiter des soins réguliers ?* » est utilisée comme covariable de différents modèles, il nous a semblé utile de décrire le profil des personnes qui se considéraient malades chroniques, selon les recommandations du plan. Toutefois, si nous pouvons estimer que la prévalence générale de malades chroniques déclarés dans le Baromètre santé 2010 (24,5 % sur l'ensemble des 15-85 ans) semble relativement conforme aux estimations données dans le plan, il est vraisemblable que le déclaratif spécifique de la désignation de chacune des maladies offre une concordance médiocre avec la situation réelle ; cette différence tient à l'ignorance de certains malades de leur affection, à la complexité des maladies et à leurs facteurs de comorbidité, ainsi qu'aux modalités de recueil des données. Ainsi nous n'avons pas analysé le déclaratif des maladies ; l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) permet plus de précision dans les réponses, grâce à l'interrogation en face-à-face et à la visualisation d'une liste détaillée de maladies [7].

Une qualité de vie à préserver

En premier lieu, ce qui retient l'attention, c'est qu'une grande majorité des personnes de 55-85 ans gardent une vision positive de leur santé, en dépit d'une détérioration

de leur état de santé physique avec l'âge et les limitations fonctionnelles que cela entraîne. Il faut cependant noter que le Baromètre santé s'adresse à des personnes âgées demeurant à leur domicile, capables de répondre au téléphone, excluant ainsi les personnes âgées dépendantes et/ou en institution. De fait, les trois quarts des personnes déclarant avoir une maladie chronique s'estiment plutôt bien portantes et déclarent continuer d'avoir une vie sociale à l'image de leurs homologues non malades. Les indicateurs du profil de santé de Duke [6] confirment toutefois des scores de santé générale, santé physique et santé mentale significativement moins bons dans cette population. Au-delà du reflet de ces indicateurs en population générale, les mesures de qualité de vie des patients prennent progressivement de l'importance dans la pratique médicale, tant en termes de diagnostic que de pronostic [8].

Consommation de soins

Globalement, la consommation des soins, qu'elle concerne les consultations chez un professionnel de santé, les médicaments ou les hospitalisations, augmente avec l'âge et est plus importante chez les femmes et les personnes déclarant avoir une maladie chronique. En ce qui concerne les consommations de médicaments, le Baromètre santé 2010 confirme les données de prévalence de la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées de l'enquête HAS de 2007 [9, 10]. Il souligne également l'importance de la consommation de psychotropes chez les personnes déclarant une maladie chronique. Plus généralement, la consommation pharmaceutique des personnes âgées est, selon l'enquête ESPS, dominée par les médicaments à visée cardiovasculaire (51 % des personnes

de plus de 65 ans), suivis par les médicaments du système nerveux central (antalgiques principalement), les médicaments de l'appareil digestif, de l'appareil locomoteur et les psychotropes [11]. La recherche médicale devrait à l'avenir conduire à limiter les prises médicamenteuses des personnes âgées (grâce notamment à la disponibilité de nouveaux médicaments à doses minimales plus efficaces) et à développer des démarches spécifiques de prévention en fonction de l'âge (à 60, 70, 80 ans) ; l'objectif étant que, d'ici 2025, les progrès dans la prévention et le traitement des complications à long terme des maladies chroniques contribuent à préserver la qualité de la vie des personnes ayant atteint un très grand âge [4].

Inégalités de recours au soin : la triple peine pour les moins aisés et les malades chroniques

Les résultats du Baromètre santé 2010 confirment un moindre recours aux soins parmi les personnes d'origine modeste et un renoncement aux soins significativement associé aux ressources financières des ménages : cette situation touche notamment les 55-64 ans, les femmes et les personnes se déclarant malades chroniques. Ces éléments sont particulièrement inquiétants dans un contexte où la crise économique creuse les inégalités, où le recul de l'âge de la retraite risque de peser encore plus lourdement sur la santé des plus de 55 ans, notamment des plus vulnérables [12], et où la fragilisation de la santé à ces âges, notamment en cas de maladie chronique, pénalise prioritairement les parcours professionnels et le maintien dans l'emploi des personnes les moins qualifiées [13], achevant par là même leur exclusion et leur précarisation sociale [13, 14]. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a pointé la nécessité de faire évoluer la protection financière et la protection sociale des malades chroniques [15] ; d'autres politiques publiques doivent

viser à réinsérer dans l'emploi les personnes malades [13-16].

La prévention buccodentaire, un exemple d'inégalité

Si les personnes âgées connaissent aujourd'hui un meilleur état de santé dentaire que par le passé, il n'en demeure pas moins que les études portant sur l'état buccodentaire des personnes de plus de 60 ans confirment la prévalence élevée de pathologies dentaires [17]. La surveillance buccodentaire est un élément central de la prévention et du suivi médical des personnes vieillissantes. Les données de la littérature démontrent en effet les liens et comorbidités associées entre certaines maladies (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, polyarthrite rhumatoïde), la prise de médicaments (chimiothérapies, corticothérapies) et les pathologies buccodentaires [17, 18]. Afin de limiter les complications générales et d'améliorer la qualité de vie des patients, les recommandations visent à promouvoir chez les personnes âgées un dépistage systématique et un suivi odontologique régulier, si possible annuel [17-19]. Or les données du Baromètre santé 2010 indiquent que la fréquentation d'un dentiste dans l'année est relativement faible chez les personnes âgées : près de 60 % parmi les 55-74 ans et 49 % chez les 75-85 ans. Le recours annuel à un dentiste demeure fortement différencié suivant le gradient social, et nos résultats montrent un moindre recours au dentiste en cas de précarité financière. Les données de l'enquête ESPS de l'Irdes indiquent de fait que les renoncements aux soins les plus fréquents concernent les soins dentaires [19]. La prise en charge des actes prothétiques et des traitements d'orthopédie dentofaciale est très partielle (30 à 50 %), augmentant les inégalités d'accès aux soins [20]. Au-delà des aspects financiers, les enquêtes montrent que la diminution avec

l'âge du recours aux soins dentaires va de pair avec l'absence de besoin ressenti (surtout en cas d'édentation, de fatigue, de difficulté de mobilité et d'accès aux structures) [17, 21].

L'importance de la prévention

La surveillance lipidique

D'après certaines publications, les sujets âgés constituent un groupe à haut risque cardiovasculaire qui pourrait bénéficier d'une thérapie hypolipémiante pour réduire la morbidité et la mortalité cardiovasculaire [22].

Selon le Baromètre santé 2010, une large majorité des 55-85 ans (83,8 %) déclarent avoir eu un dosage de cholestérol, et un tiers ont été informés par leur médecin de l'existence d'une hypercholestérolémie, conduisant à un régime et/ou à un traitement médicamenteux. Le suivi d'un régime augmente entre 55-74 ans pour décliner ensuite, tandis que la prise des hypolipémiants continue d'augmenter avec l'âge. Les données sur la pertinence d'un traitement parmi les sujets âgés restent très limitées [22]. Cette augmentation du traitement médicamenteux avec l'âge – alors que nous ne disposons pas d'essais cliniques dans des populations très âgées – est liée à la poursuite d'un traitement initié plusieurs années auparavant chez des sujets à haut risque cardiovasculaire, voire des patients. Elle pourrait aussi être liée à des traitements débutés chez des patients dépistés récemment. Des données issues des trois principaux régimes d'assurance maladie – Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), Régime social des indépendants (RSI) et Mutualité sociale agricole (MSA) –, montrent que la proportion d'adultes ayant bénéficié d'au moins un remboursement d'hypolipémiant en 2009 était de 17,2 %, avec une forte augmentation avec l'âge, pour arriver à près de 45 % à partir de 65 ans [23].

Le dépistage des cancers chez les femmes

La Haute Autorité de santé recommande la pratique d'une mammographie tous les deux ans chez les femmes de 50 à 74 ans. Le dépistage organisé consiste notamment en un rappel à la population cible par un courrier l'invitant à effectuer l'examen gratuitement dans les centres agréés. Les données indiquent un taux de participation de l'ordre de 50 % de la population cible du régime général. Le pourcentage de dépistage individuel chez les femmes de 50-74 ans pouvait être, pour sa part, estimé à 10 % d'après l'analyse des bases de données de l'Assurance maladie [24]. Le Baromètre santé 2010 rapporte un taux élevé de participation au dépistage, avec 92,9 % de femmes de 55-85 ans déclarant avoir déjà effectué une mammographie. Ce résultat est cohérent avec les résultats du Baromètre cancer 2010 [25], qui rapporte que 87,5 % des femmes de 50-74 ans déclarent avoir eu une mammographie au cours des deux dernières années ; toutefois, il est connu que les enquêtes déclaratives surestiment la pratique des dépistages des cancers du sein [26, 27], certaines femmes échappant au dépistage organisé. Compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie, il convient de souligner qu'une proportion non négligeable (44,3 %) des femmes au-delà de 75 ans déclare avoir effectué un examen récent. Ce taux de participation est toutefois plus élevé chez les femmes plus diplômées et parmi celles déclarant des revenus plus importants.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est une démarche de prévention secondaire jugée efficace et recommandée dans la plupart des pays développés. Il repose sur le frottis cervico-utérin (FCU). En France, il est recommandé de réaliser un FCU à partir de 25 ans, tous les trois ans après deux FCU normaux réalisés à un an d'intervalle, et ce jusqu'à 65 ans. Les enquêtes déclara-

tives surestiment également la pratique des frottis cervico-utérins [28]. Les résultats du Baromètre cancer 2010 [29] évoquent une couverture des dépistages cervico-utérins à trois ans très supérieure (respectivement 80,6 % et 70,6 % de FCU chez les 55-64 ans) aux données de l'Assurance maladie [30]. Celles-ci, publiées dans un rapport de 2011 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) [31] et issues de l'échantillon généraliste de bénéficiaires pour la période 2007-2009, indiquent un taux de couverture du FCU triennal estimé à 58,5 % chez les femmes de 25-65 ans, avec un taux de dépistage qui chute en dessous de 50 % après 55 ans.

Selon le bilan effectué par la HAS [32], 17,5 millions de femmes étaient concernées par ce dépistage, avec plus de 6 millions de frottis par an. Néanmoins, il est estimé que la couverture est sous-optimale, avec 51,6 % des femmes en situation de sous-dépistage (absence de dépistage ou rythme supérieur à trois ans) et 40,6 % des femmes en situation de surdépistage (délai entre deux frottis cervico-utérins inférieur à deux ans et demi). Dans le Baromètre santé 2010, il est toutefois important de noter que le taux de couverture des 55-65 ans reste élevé (80,6 %) et comparable à celui des populations plus jeunes concernées par les recommandations. Il est aussi intéressant de constater que, bien qu'on observe une baisse des dépistages chez les femmes âgées de plus de 65 ans, 62,8 % des femmes engagées dans une pratique des frottis dans la tranche d'âge 65-74 ans et 27,3 % dans la tranche 75-85 ans continuent à bénéficier d'un FCU.

Qu'il s'agisse du dépistage du cancer du sein ou du cancer du col de l'utérus, un pourcentage conséquent de femmes plus âgées que la cible des recommandations est toujours bénéficiaire de ces examens. Ces résultats peuvent être mis en regard de ceux issus de l'enquête barométrique INCa/ BVA

(Institut national du cancer et société de sondage BVA) de 2010 portant sur les dépistages des cancers par les médecins généralistes, qui montrent que 53 % de ces derniers continuent de préconiser un FCU après 65 ans et que 23 % préconisent une mammographie au-delà de 75 ans [32, 33].

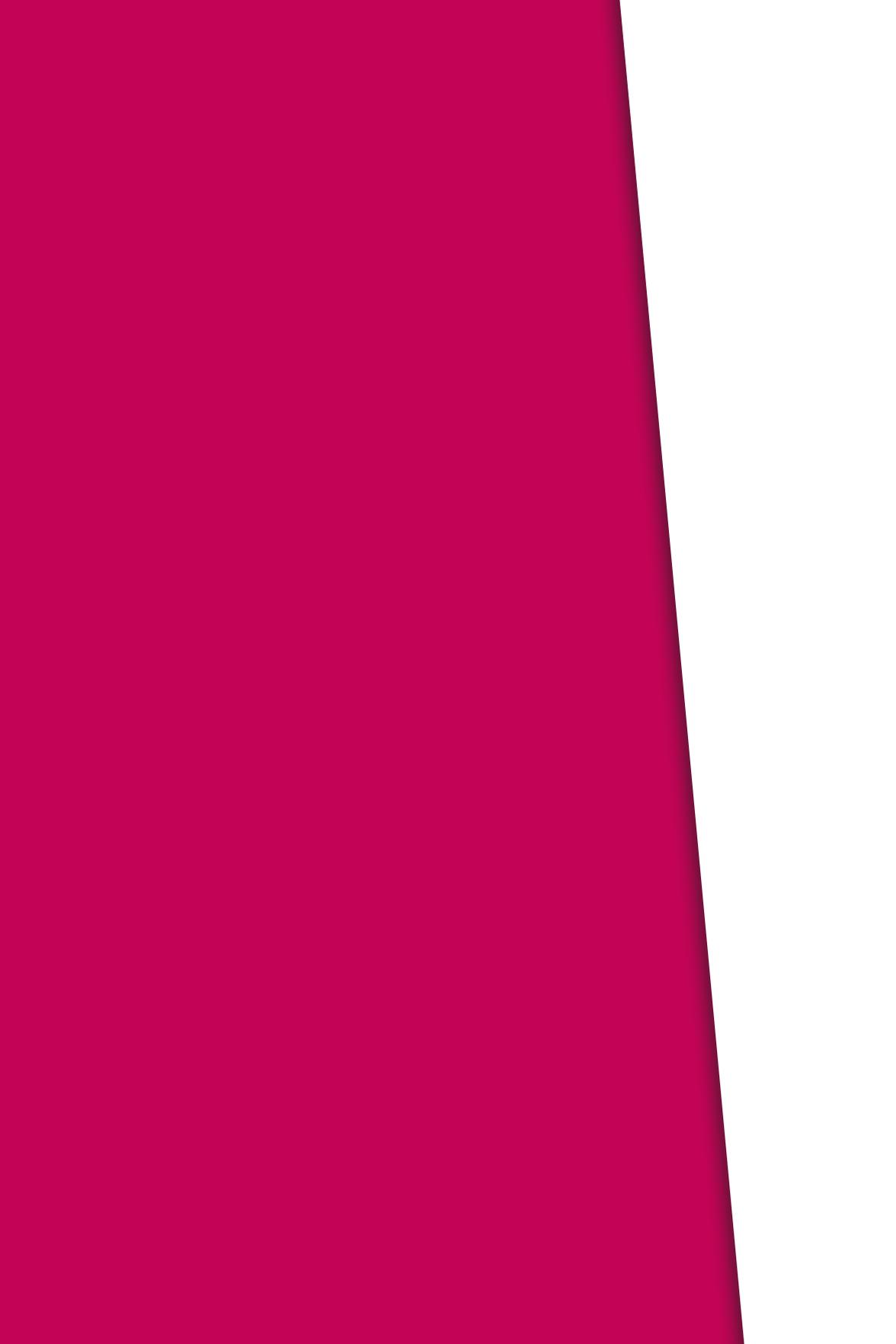
Conclusion

Les résultats du Baromètre santé 2010 mettent au cœur du débat le rôle central de la prévention et des soins de santé primaire. L'Inpes [34, 35], l'INCa [36], la HAS [37-39] et l'Assurance maladie (programme Sophia) [40] déploient des efforts coordonnés pour une plus grande information, tant auprès des patients que des médecins, sur les recommandations de bonnes pratiques. Celles-ci semblent de mieux en mieux partagées ; toutefois, des insuffisances demeurent. L'amélioration du repérage et de la prise en charge des maladies chroniques auprès des personnes âgées passe, comme le rappellent le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) [15, 41] et plusieurs auteurs, par la facilité d'accès physique et économique aux soins, par le rôle pivot des médecins généralistes comme régulateurs du système de soins, par la diversité des soins et des professionnels proposés sur un même site (prévention, soins de santé mentale, soins obstétricaux...), par l'association des patients à leur prise en charge (éducation pour la santé, éducation thérapeutique) et par les dispositifs de « *disease management* » (en cas de pathologie unique) ou de « *case-management* » (pour les pathologies multiples) [42-44]. Préserver la qualité de vie des personnes âgées et limiter le plus longtemps possible l'aggravation de leurs maladies est un enjeu essentiel des années à venir. Les maladies chroniques et les parcours de santé occupent aujourd'hui une place prioritaire dans les projets régionaux des agences régionales de santé (ARS) [45-46].

Bibliographie

- [1] Briançon S., Guérin G., Sandrin-Berthon B., coord. « Maladies chroniques ». *Actualité et dossier en santé publique*, 2010/09, n° 72 : p. 11-53.
- [2] Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. *Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Quinze mesures*. Paris : Ministère de la santé, 2007 : 32 p.
- [3] Assurance maladie. *Fréquence des ALD au 31 décembre 2012* [page internet]. En ligne : <http://www.ameli.fr/assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/> [dernière consultation : 16/12/2013]
- [4] Alpevitch A. *Maladies chroniques et vieillissement*. Fiche « Enjeux médicaux » mise en ligne en janvier 2010 sur le site « Santé 2025 » : www.sante-2025.org/?page_id=88 [16/12/2013]
- [5] Organisation mondiale de la santé. *Former les personnels de santé du XXIe siècle : le défi des maladies chroniques*. Genève : OMS, 2005 : 80 p. En ligne : www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report_fre.pdf [16/12/2013]
- [6] Guillemin F., Paul-Dauphin A., Virion J.-M., Bouchet C., Briançon S. « Le profil de santé de Duke : un instrument générique de mesure de qualité de vie liée à la santé ». *Santé publique*, 1997/03, n° 1 : p. 35-44.
- [7] Dourgnon P., Guillaume S., Rochereau T. *Enquête sur la santé et la protection sociale 2010*. Paris : Irdes, coll. les rapports de L'Irdes n° 1886, 2012 : 227 p. En ligne : www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1886.pdf [16/12/2013]
- [8] Baumann C., Briançon S. « Maladie chronique et qualité de vie : enjeux, définition et mesure ». In : Briançon S., Guérin G., Sandrin-Berthon B., coord. « Maladies chroniques » [dossier]. *Actualité et dossier en santé publique*, septembre 2010, n° 72 : p. 19-20.
- [9] Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances*. Paris : Inserm, coll. Expertises collectives, 2012 : 601 p.
- [10] Haute Autorité de santé. *Démarche participative de la HAS. Améliorer la prescription de psychotropes chez le sujet âgé. Propositions d'actions concertées*. St-Denis, HAS, 2007 : 155 p. En ligne : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_psychotropes_version_longue_190208.pdf [16/12/2013]
- [11] Auvray L., Sermet C. « Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées. Un état des lieux ». *Gérontologie et Société*, décembre 2002, n° 103 : p.13-27.
- [12] Blake H., Garrouste C. "Collateral effects of a pension reform in France". Paris : Paris School of Economics, coll. Working paper n°2012-25, 2012 : 58 p. En ligne : <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/71/36/58/PDF/wp201225.pdf> [16/12/2013]
- [13] Duguet E., Le Clairche C. « L'impact d'évènements de santé non liés au travail sur le devenir professionnel ». *Connaissance de l'emploi*, avril 2012, n° 91 : 4 p. En ligne : www.cee-recherche.fr/sites/default/files/webfm/publications/connaissance_emploi/91-impact-evenements-sante-travail-professionnel.pdf [16/12/2013]
- [14] Société française de santé publique. *Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques* [actes du colloque du 18 octobre 2012]. Paris : Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2012 : 196 p. En ligne : www.sfsp.fr/img/produits/web_01_96_Sante_Societe_17.pdf [16/12/2013]
- [15] Haut Conseil de la santé publique. *La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique*. Paris : HCSP, 2009 : 72 p. En ligne : www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp2009112_prisprotchronique.pdf [16/12/2013]
- [16] Avril C., Pradines D. « Maladies chroniques et qualité de vie "sociale" ». In : Briançon S., Guérin G., Sandrin-Berthon B., coord. « Maladies chroniques » [dossier]. *Actualité et dossier en santé publique*, septembre 2010, n° 72 : p. 22-24.
- [17] Folliguet M. *Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées*. Paris : Direction Générale de la Santé, 2006 : 47 p.
- [18] Vergnes J.-N., Nabet C. « Quelle relation entre santé bucco-dentaire et santé générale ? ». *La Santé de l'Homme*, janvier-février 2012, n° 417 : 7-8. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-417.pdf [16/12/2013]
- [19] Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. *Enquête sur la santé et la protection sociale 2008*. Paris : Irdes, rapport n° 1800, 2010 : 254 p.
- [20] Azogui-Lévy S., Rochereau T. « Pourquoi s'intéresser à la santé bucco-dentaire ? Repères épidémiologiques et économiques ». *La Santé de l'Homme*, janvier-février 2012, n° 417 : 5-6. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-417.pdf [16/12/2013]
- [21] Chiappelli F., Bauer J., Spackman S., Prolo P., Edgerton M., Armenian C., et al. "Dental needs of the elderly in the 21st century". *General Dentistry*, 2002, n° 50 : 358-363.
- [22] Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration : Baigent C., Blackwell L., Emberson J., Holland L.E., Reith C., et al. "Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol : a meta-analysis of data from 170 000 participants in 26 randomised trials". *Lancet*, 2010, n° 376 : p. 1670-1681.
- [23] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). *L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. Objectif 70 : hypercholestérolémie*. Paris : Drees, 2011 : p 286-287. En ligne : www.drees.sante.gouv.fr/01-l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2011,9985.html [29/12/2013]
- [24] Haute Autorité de Santé. *La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France. Situation actuelle et perspectives d'évolution*. [Page internet], 2012. En ligne : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1194998/fr/la-participation-au-depistage

- du-cancer-du-sein-des-femmes-de-50-a-74-ans-en-france?xtmc=&xtcr=1 [29/12/2013]
- [25] Eisinger F, Beck F, Léon C, Garnier A, Viguier J. « Les pratiques du dépistage du cancer du sein en France ». In : Beck F, Gautier A, dir. *Baromètre cancer 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2012 : p. 209-214.
- [26] Degnan D, Harris R, Ranney J, Quade D, Earp J.A., Gonzalez J. "Measuring the use of mammography : two methods compared". *American Journal of Public Health*, 1992, vol. 82, n°10 : p. 1386-1388.
- [27] Cronin K. A., Miglioretti D. L., Krapcho M., Yu B., Geller B.M., Carney P. A., et al. "Bias associated with self-report of prior screening mammography". *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention*, 2009, vol. 18, n°6 : p.1699-1705.
- [28] Redman S., Dickinson J.A., Gibberd R., Sanson-Fisher R.W. "The accuracy of Pap smear utilization self-report : a methodological consideration in cervical screening research". *Health Services Research*, 1991, vol.26, n°1 : p. 97-107.
- [29] Eisinger F, Beck F, Léon C, Garnier A, Viguier J. « Les pratiques du dépistage du cancer du col de l'utérus en France ». In : Beck F., Gautier A., dir. *Baromètre cancer 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2012 : pp. 215-222.
- [30] Rousseau A., Bohet P., Merliere J., Treppo H., Heules-Bernin B., Ancelle-Park R. « Évaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'Assurance Maladie ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 7 mai 2002, n°19 : p.81-83. En ligne : www.invs.sante.fr/beh/2002/19/beh_19_2002.pdf [16/12/2013]
- [31] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). *L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. Objectif 48 : tumeurs malignes. Cancer du col de l'utérus*. Paris : Drees, 2011 : p 246-249. En ligne : www.drees.sante.gouv.fr/01-l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2011,9985.html [29/12/2013]
- [32] Haute Autorité de santé. *État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Synthèse et recommandations*. Saint-Denis : HAS, 2010 : 53 p. En ligne : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/synthese_recommandations_depistage_cancer_col_de_l_uterus.pdf [29/12/2013]
- [33] Institut national du cancer. *Médecins généralistes et dépistage des cancers. Synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa / BVA septembre 2010*. Boulogne-Billancourt : INCa, coll. Enquêtes et sondages, 2011 : 20 p. En ligne : www.e-cancer.fr/publications/90-depistage-et-detection-precoce/389-medecins-generalistes-et-depistage-des-cancers [29/12/2013]
- [34] Inpes. *Outils d'information pour le praticien*. [Page internet]. 2011. En ligne : www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/outils/outils-information.asp [29/12/2013]
- [35] Inpes. *Outils d'intervention pour le praticien et ses patients*. [Page internet]. 2009. En ligne : www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/outils/outils-intervention.asp [29/12/2013]
- [36] Institut national du cancer. *Outils de bonnes pratiques*. [Page internet]. 2013. En ligne : www.e-cancer.fr/publications/78-outils-de-bonnes-pratiques#outils-medecins-traitants [29/12/2013]
- [37] Haute Autorité de Santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. [Page internet]. 2007. En ligne : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/fr/structuration-dun-programme-deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques [29/12/2013]
- [38] Haute Autorité de Santé. Prise en charge des maladies chroniques. [Page internet]. 2013. En ligne : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241701/fr/prise-en-charge-des-maladies-chroniques [29/12/2013]
- [39] Haute Autorité de Santé. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. [Page internet]. 2013. En ligne : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1022476/fr/strategie-medicamenteuse-du-contrrole-glycemique-du-diabete-de-type-2 [29/12/2013]
- [40] Assurance Maladie. *Présentation du programme Sophia* [page internet], octobre 2013. En ligne : www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/sophia-le-service-pour-les-malades-chroniques/le-service-sophia.php [16/12/2013]
- [41] Haut Conseil de la Santé Publique. *L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours*. Paris : HCSP, 2009 : 36 p. En ligne : www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr2009iii2_edthsoprrr.pdf [16/12/2013]
- [42] Guérin G. « Prise en charge et protection sociale, éducation thérapeutique des personnes atteintes de maladies chroniques : deux rapports du HCSP ». In : Briançon S., Guérin G., Sandrin-Berthon B., coord. « Maladies chroniques » [dossier]. *Actualité et dossier en santé publique*, septembre 2010, n° 72 : p. 45-47.
- [43] Mattias B., Chevreuil K. « Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux ». *Santé Publique*, janvier-février 2013, vol 25, n°1 : p. 87-94.
- [44] Saint-Jean O. « Quelles marges d'innovations pour les systèmes de soins et d'aide aux malades âgés ? » *Gérontologie et société*, septembre 2008, n° 128 : 64-76.
- [45] Baudier F. « La loi HPST et la nouvelle donne des agences régionales de santé ». In : Briançon S., Guérin G., Sandrin-Berthon B., coord. « Maladies chroniques » [dossier]. *Actualité et dossier en santé publique*, septembre 2010, n° 72 : p. 43-44.
- [46] Horizons et santé. *Qualité de vie et maladies chroniques. Une initiative Bristol-Myers Squibb en régions Alsace, Aquitaine, Bourgogne, Centre, Franche-Comté, Haute-Normandie, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes*. [Dossier]. Rueil-Malmaison : Bristol-Myers Squibb, 2012.



L'essentiel

Alimentation et activité physique : pratiques, perceptions et connaissances des recommandations

Il est aujourd'hui établi qu'une alimentation saine et la pratique d'une activité physique régulière contribuent à un vieillissement réussi. De plus, les années autour de la retraite ont été identifiées par les pouvoirs publics comme une période propice à la promotion de ces comportements favorables à la santé. En 2008, l'Inpes a mené le troisième exercice du Baromètre santé nutrition, enquête dont l'objectif est d'analyser et suivre les perceptions, connaissances et comportements en matière d'alimentation et d'activité physique.

Ce chapitre présente les spécificités des 55-75 ans relatives à ces deux dimensions. Les résultats révèlent une représentation de l'alimentation intégrant une dimension sanitaire plus fréquente chez les 55-75 ans que chez les plus jeunes, des connaissances des recommandations moins bonnes pour les fruits et légumes, les produits laitiers et le groupe des « viandes, produits de la pêche et œufs » (VPO) mais meilleures pour le poisson et l'activité

physique. Les 55-75 ans affichent par ailleurs une diversité alimentaire plus importante que les adultes plus jeunes. Leurs consommations alimentaires apparaissent également plus favorables à la santé pour les fruits et légumes, le poisson et les féculents. En outre, on note une augmentation entre 1996 et 2008 de la proportion de 55-75 ans consommant des fruits et légumes et du poisson à la fréquence recommandée par le Programme national nutrition santé (PNNS).

On observe donc globalement des attitudes orientées vers une alimentation saine et plus favorable à la santé que celles des plus jeunes, positionnant ainsi les seniors comme des vecteurs potentiels de promotion d'une alimentation saine, à travers notamment le transfert intergénérationnel d'habitudes nutritionnelles ou de pratiques culinaires. Faire la cuisine est néanmoins fortement lié à la présence ou non d'autres personnes à table. L'accroissement avec l'âge de la part de la population qui vit seule est dans ce sens suscep-

tible de conduire à des modifications des habitudes alimentaires, modifications qui apparaissent souvent moins favorables à l'alimentation des hommes, qui ont tendance à préparer des repas moins diversifiés. En revanche, parmi les personnes qui ne vivent pas seules, les 55-75 ans sont plus nombreux que leurs cadets à manger en compagnie au petit-déjeuner et au déjeuner, occasions de convivialité susceptible de favoriser des préparations culinaires plus diversifiées.

La pratique d'activité physique des 55-75 ans ne s'avère pas si différente de celle des adultes plus jeunes. Celle-ci, faiblement liée à la connaissance des recommandations, montre l'intérêt d'agir sur l'environnement pour promouvoir l'activité physique des seniors.

Ces résultats apparaissent dans l'ensemble plutôt encourageants mais sont susceptibles de se modifier au-delà de 75 ans, période qui nécessiterait des recherches complémentaires.

Alimentation et activité physique : pratiques, perceptions et connaissances des recommandations

HÉLÈNE ESCALON
ANNE VUILLEMIN
FRANÇOIS BECK

INTRODUCTION

L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées, le maintien de l'autonomie et le vieillissement sans maladie chronique ni handicap sont des objectifs majeurs de santé publique dans notre société, où l'allongement de la durée de vie s'amplifie [1, 2] et le pourcentage de personnes âgées augmente. D'après les dernières données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)¹, en 2010, les personnes âgées de 60 ans ou plus représentent 22,9 % de la population française et, d'après les projections [3], ils seront près d'un habitant sur trois (31,9 %) en 2050.

L'accroissement de la longévité est associé à une augmentation de la prévalence de la plupart des maladies chroniques et parfois à des incapacités fonctionnelles impliquant la nécessité d'être aidé dans les tâches de la vie quotidienne.

La pratique régulière d'activité physique peut permettre de retarder ou de ralentir

certains processus délétères liés au vieillissement [4, 5]. Elle contribue à maintenir la masse musculaire, favorisant le maintien de la mobilité chez les personnes âgées. Elle a un rôle positif dans la préservation de l'équilibre et la prévention des chutes ; elle ralentit la diminution de densité minérale osseuse associée à l'âge, contribuant à réduire les fractures ostéoporotiques, et a un effet bénéfique sur la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie.

En parallèle, des apports alimentaires diversifiés et « optimisés » (en qualité et en quantité) sont aussi l'un des facteurs modifiables les plus accessibles pour prévenir le vieillissement avec pathologies et déficits fonctionnels, voire incapacité [6]. Une alimentation adaptée permet en effet de prévenir l'apparition d'un

1. Les données de l'Insee sont en ligne sur : www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnono2150 [dernière consultation : 16/12/ 2013].

mauvais état nutritionnel (l'un des paramètres qui contribuent à la survenue de la chute et de la fracture du col du fémur) [7]. Elle pourrait aussi ralentir le vieillissement cérébral et être associée à un moindre risque de déclin cognitif et de survenue d'une maladie d'Alzheimer [8].

En France, une politique de santé publique spécifique aux personnes âgées a été mise en place depuis 2003 à travers le plan national « *Bien vieillir* » [9]. Ce plan, fondé sur une approche globale du vieillissement, est articulé avec plusieurs autres plans de santé publique, dont le Programme national nutrition santé (PNNS) [10, 11]. La promotion d'une alimentation saine et d'une pratique régulière d'activité physique est ainsi un objectif intégré dans les deux plans.

La population ciblée est celle des 55 ans et plus. Le plan « *Bien vieillir* » considère en effet qu'autour de l'âge de la retraite, entre 50 et 70 ans, il est possible d'organiser une prévention ciblée, visant à promouvoir pour cette population « *une vie active et adaptée pour maintenir au plus haut niveau ses performances et ainsi prévenir ou retarder l'apparition de pathologies ou d'incapacités* ». Il préconise ainsi « *à tout âge et plus encore entre 55 et 75 ans d'adopter des conduites favorables au*

“bien-vieillir” » et en particulier une alimentation et une activité physique conformes aux principes du PNNS.

Dans ce cadre, l'Inpes a édité trois guides d'information et de recommandations à destination du grand public [12], des aidants des personnes âgées [13] et des professionnels de santé [14]. Par ailleurs, afin de promouvoir les initiatives des collectivités locales dans le domaine du bien vieillir, un label « *Bien vieillir - Vivre ensemble* »² a été créé.

L'objectif de ce chapitre est d'analyser, lors de ces années charnières autour de la retraite identifiées par les plans, différentes dimensions relatives à l'alimentation et à l'activité physique (perceptions, connaissances, comportements, statut pondéral), afin de voir comment se positionnent les personnes de 55 à 75 ans par rapport à celles de 18-54 ans (et occasionnellement à celles de 12-17 ans). Il présentera des résultats issus du Baromètre santé nutrition 2008 [15-17] et certaines évolutions observées sur une période de douze ans, depuis la conduite du premier Baromètre santé nutrition en 1996 [18-19].

2. www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-auto-nomie,776/dossiers,758/label-bien-vieillir,1914/ [16/12/ 2013]

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Population et méthode d'échantillonnage

L'enquête constitue la troisième vague du Baromètre santé nutrition, enquête en population générale menée par l'Inpes depuis 1996. Elle a été réalisée en 2008 auprès d'un échantillon aléatoire de 4 714 personnes francophones âgées de 12 à 75 ans, représentatif de la population résidant en France métropolitaine. Elle n'inclut pas les personnes résidant en institution qui, d'après les données de l'enquête Handicap-Santé de 2008-2009, sont minori-

taires dans les tranches d'âge étudiées dans ce chapitre. La résidence en institution concerne une personne sur cent soixante de 60 à 64 ans, et une personne sur quarante de 75 à 79 ans, ce phénomène étant plus fréquent aux grands âges : un quart des personnes de plus de 90 ans vivent en institution, et la moitié des plus de 97 ans [20].

Le terrain, confié à l'Institut de sondage Lavalie (ISL), a eu lieu du 11 février 2008 au 19 mai 2008, tous les jours de la semaine afin de tenir compte des différences de consommation alimentaire entre la semaine et le week-end.

La méthode d'échantillonnage a tenu compte de l'évolution du paysage téléphonique observée ces dernières années afin d'améliorer la représentativité de l'enquête. En 2008 ont ainsi été interrogées non seulement les personnes ayant un téléphone fixe inscrites en listes blanche, orange³ et rouge, mais aussi celles appartenant à des ménages équipés uniquement d'un téléphone portable (17 %) et celles étant en dégroupage total⁴ (3 %) [21]. Les individus ont été sélectionnés par la méthode de Kish (tirage aléatoire de l'individu au sein de la liste des résidents au sein du foyer).

Mode de recueil et catégorisation des aliments

Les consommations alimentaires ont principalement été recueillies à partir d'un rappel

des 24 heures sans recueil des quantités⁵. Certains aliments consommés peu fréquemment ont été recueillis par le biais d'un questionnaire fréquentiel sur les quinze derniers jours. Pour l'analyse, les aliments recueillis (plus de 700 aliments différents) ont été classés selon les grands groupes alimentaires pris en compte par les repères du PNNS pour lesquels il existe un objectif quantifié [tableau I].

Les quantités n'ayant pas été relevées dans le cadre du rappel des 24 heures, les consom-

3. Leurs coordonnées ne figurent pas dans les fichiers extraits des annuaires d'Orange (ex-France Télécom) commercialisés à des fins de marketing.

4. Le dégroupage total désigne les abonnés à une ligne fixe qui ont abandonné l'opérateur historique pour les nouveaux opérateurs.

5. Le choix de rester fidèle au mode de recueil utilisé lors du premier exercice de l'enquête a été privilégié afin de pouvoir suivre les évolutions des consommations ainsi mesurées.

TABLEAU I

Classification des aliments du Baromètre santé nutrition 2008 selon les groupes d'aliments utilisés pour l'analyse

Groupes d'aliments Repères du PNNS correspondants	Sous-groupes d'aliments
Fruits et légumes <i>Au moins 5 par jour</i>	Fruits (sans les jus de fruits)
	Légumes
Produits laitiers <i>Adultes : 3 par jour</i> <i>Jeunes et seniors : 3 ou 4 par jour</i>	Boissons lactées
	Lait bu avec céréales prêtes à consommer
	Yaourts
	Petits-suisses
	Fromage blanc
	Fromage
Féculeux <i>À chaque repas et selon l'appétit</i>	Pain
	Céréales prêtes à consommer
	Riz, pâtes, semoule
	Légumes secs
	Pommes de terre
	Autres féculents, féculents sans précision
Viandes et volailles-produits de la pêche-œufs (VPO) <i>1 à 2 fois par jour</i>	Viandes
	Poissons
	Fruits de mer, escargots, grenouilles
	Œufs
	Jambon blanc

Source : Baromètre santé nutrition 2008, Inpes.

mations sont exprimées en nombre de fois qu'un type d'aliment a été consommé la veille.

Indice de diversité alimentaire

Un indice de diversité alimentaire a par ailleurs été utilisé pour illustrer les comportements alimentaires sous un angle plus global. Afin d'appréhender l'alimentation de façon plus globale que par groupes alimentaires, nous avons créé un indice de diversité alimentaire (IDA) [22]. Celui-ci correspond au nombre de groupes alimentaires consommés la veille, parmi cinq groupes : fruits, légumes, VPO, féculents et produits laitiers. Une personne a ainsi un IDA maximum si elle a consommé au cours de la journée de la veille des aliments des cinq groupes.

Mode de recueil et catégorisation de la pratique d'activité physique

Le « *Global Physical Activity Questionnaire* » (GPAQ), développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la surveillance épidémiologique de l'activité physique [23] et dont la validité a été démontrée [24], a été utilisé pour mesurer l'activité physique au cours d'une semaine habituelle. La fréquence et la durée des activités physiques, d'intensité élevée et d'intensité modérée, ont été recueillies en distinguant trois situations (ou contextes) : activités au travail, rémunérées ou non (activités occupationnelles)⁶; déplacements d'un endroit à un autre; activités de loisirs. Un score combinant ces différentes dimensions a permis de classer les individus dans trois niveaux d'activité physique : limité, moyen et élevé [23].

Mesure de la connaissance des recommandations sur l'activité physique

Selon le PNNS, il est recommandé aux adultes de pratiquer « *au moins l'équiva-*

lent d'une demi-heure de marche rapide par jour ». Afin d'évaluer la connaissance de ces recommandations, il a été demandé aux personnes enquêtées quelle durée d'activité physique (par jour, par semaine, par mois) pratiquer pour être en bonne santé⁷. Nous avons considéré que connaissent les recommandations les personnes citant une fréquence d'au moins 30 minutes par jour mais aussi celles citant au moins 3 h 30 d'activité physique par semaine (soit au moins 210 minutes au total sur sept jours).

Estimation de la taille et du poids des personnes

Notre enquête étant menée par téléphone, les données relatives au poids et à la taille reposent sur les déclarations des individus.

Analyses statistiques

Des analyses descriptives ont été effectuées principalement en fonction de l'âge et du sexe des individus. Elles ont été complétées, pour la majorité d'entre elles, par des analyses multivariées (régressions logistiques). Les analyses multivariées qui intègrent le niveau de diplôme parmi les variables indépendantes sont réalisées parmi les 26-75 ans, ceci dans la mesure où le niveau de diplôme n'a pas le même sens pour les individus encore en études (et donc susceptibles d'atteindre dans les années qui suivent un niveau de diplôme plus élevé, ce qui est le cas d'une grande majorité des 12-25 ans) et pour les individus ayant terminé leurs études. Les

6. Les personnes retraitées sont concernées par ces activités occupationnelles dans la mesure où le travail non rémunéré inclut par exemple les activités de bénévolat et le travail ménager et d'entretien à la maison.

7. Le choix de la période de référence était laissé à l'enquête. Cette question permet d'évaluer les connaissances des individus sur la fréquence et la durée d'activité physique recommandée mais elle n'intègre pas d'élément relatif à l'intensité de celle-ci.

données ont été pondérées par le nombre de personnes éligibles du ménage et redressées sur la structure par âge (croisée avec le sexe, la région, la taille d'agglomération

et le diplôme) de l'enquête Emploi 2007 de l'Insee, référence la plus récente au moment de notre enquête.

RÉSULTATS

DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

La majorité des 55-75 ans sont à la retraite (66,7 %) mais près d'un sur quatre travaille encore. Ils sont plus nombreux à vivre seuls que les 18-54 ans, ont un niveau de diplôme moins élevé et un niveau de revenu légèrement plus élevé (niveau qu'ils sont plus nombreux à ne pas avoir renseigné lors de notre enquête) [tableau II].

ALIMENTATION DES 55-75 ANS

État nutritionnel

Statut pondéral

D'après les déclarations des personnes enquêtées, près de 40 % des individus âgés de 55 à 75 ans sont en surpoids (*vs* 27 % des 18-54 ans; $p < 0,001$) et 14 % sont obèses (*vs* 8 % des 18-54 ans; $p < 0,001$). La maigreur

TABLEAU II

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon selon l'âge

	18-54 ans	55-75 ans	Khi-deux
Sexe			
Homme	49,6	47,6	
Femme	50,4	52,4	
Diplôme			***
Inférieur au bac	52,3	73,3	
Bac	20,7	12,1	
Bac + 2 et plus	27,0	14,7	
Revenu par UC			***
Inférieur à 900 €	26,7	20,4	
De 900 à moins de 1500 €	30,4	32,0	
Au moins 1500 €	35,9	33,9	
Manquant	7,0	13,7	
Situation professionnelle			***
Travail	75,7	22,6	
Chômage	6,3	2,2	
Études	10,3	0,0	
Retraite	0,4	66,7	
Autres inactifs	7,2	8,4	
Vit seul			**
Oui	15,8	19,8	
Non	84,2	80,2	

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

– définie selon l’OMS par un indice de masse corporelle inférieur à 18,5 – touche quant à elle 1,5 % des 55-75 ans, vs 3,9 % des 18-54 ans ($p < 0,001$).

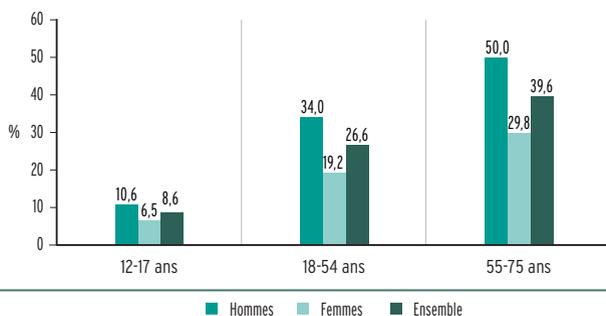
Les prévalences du surpoids et de l’obésité augmentent avec l’âge [figures 1 et 2]. Des différences par sexe sont observées, en particulier pour le surpoids, l’avancée en âge accentuant les écarts. La moitié des hommes âgés de 55 à 75 ans est ainsi en surpoids, contre 30 % des femmes ($p < 0,001$).

Régimes menés pour raisons de santé

Le suivi de régimes est un indicateur indirect de l’état nutritionnel des individus ; il fournit également une information sur la proportion des individus qui entreprennent un régime en lien avec certaines pathologies. Ainsi, parmi les personnes âgées de 55 à 75 ans qui déclarent suivre un régime pour raisons de santé (17,8 %), 59 % suivent un régime contre le cholestérol, 34 % contre l’hypertension et 34 % contre le diabète, sans diffé-

FIGURE 1

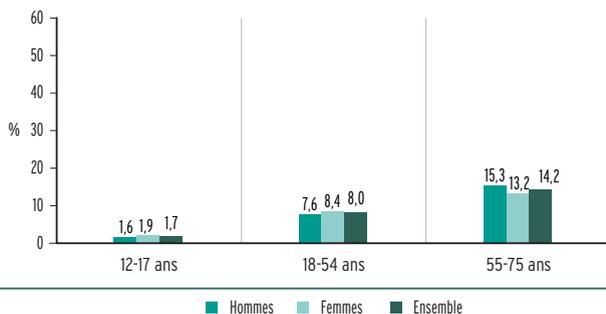
Prévalence du surpoids déclaré selon le sexe et l’âge parmi les 12-75 ans en 2008



Source : Baromètre santé nutrition 2008, Inpes.

FIGURE 2

Prévalence de l’obésité déclarée selon le sexe et l’âge parmi les 12-75 ans en 2008



Source : Baromètre santé nutrition 2008, Inpes.

rence significative entre les 55-64 ans et les 65-75 ans.

Représentations et perceptions de son alimentation

Représentations

Manger, faire la cuisine, composer ses menus sont plus ou moins associés selon l'âge à des dimensions différentes, mêlant plaisir gustatif, convivialité, santé ou contrainte. Les 55-75 ans sont plus nombreux que les 18-54 ans à associer l'acte alimentaire à « un moyen de conserver sa santé » (27,1 % vs 20,3 % ; $p < 0,001$) alors qu'ils citent beaucoup moins le plaisir gustatif (18,6 % vs 26,2 % ; $p < 0,001$). Le plaisir convivial est en revanche cité de façon identique selon l'âge par près d'une personne sur cinq [figure 3].

Parallèlement, les seniors sont plus nombreux que les adultes plus jeunes à considérer que « faire la cuisine est une façon de manger sain » (96,3 % vs 90,9 % des 18-54 ans ; $p < 0,001$), cette repré-

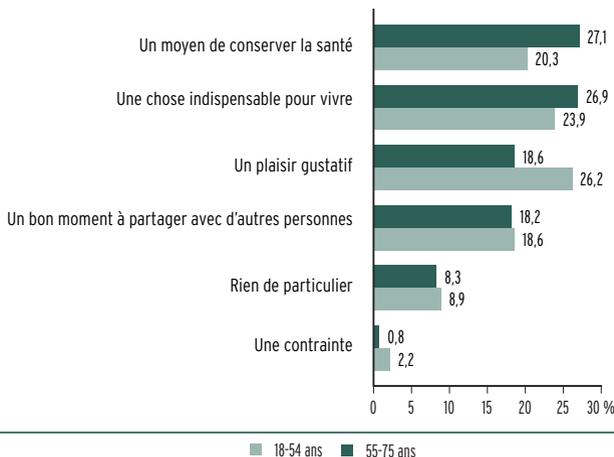
sentation étant largement partagée par l'ensemble de la population. Ils sont aussi plus nombreux à associer l'acte culinaire à une obligation (56,0 % vs 49,0 % ; $p < 0,01$) mais sont en revanche autant à considérer que faire la cuisine « est convivial » (93 %), « est un plaisir » (83 %) ou au contraire « une contrainte » (24 %) ⁸. Ces tendances observées pour l'acte alimentaire et l'acte culinaire se maintiennent en analyses multivariées après ajustement sur le sexe, le revenu et le niveau d'éducation.

Interrogés sur différents critères susceptibles de les influencer quand ils composent leurs menus, les seniors sont plus nombreux que les plus jeunes à citer la santé. Ils apparaissent par contre moins sensibles au temps de préparation des repas. Les autres critères sont cités sans différence significa-

8. Ici, contrairement à la question sur la représentation de l'acte alimentaire (où une seule réponse à différentes modalités était possible), une question en oui/non était posée pour chaque représentation de l'acte alimentaire, d'où les pourcentages très élevés obtenus pour certaines questions.

FIGURE 3

Représentations de l'acte alimentaire selon l'âge parmi les 18-75 ans en 2008 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé nutrition 2008, Inpes.

tive selon l'âge, que ce soient les habitudes du foyer, les préférences personnelles ou le budget [tableau III].

Perceptions de son alimentation

La perception de son propre équilibre alimentaire varie avec l'âge : parmi les adultes, ce sont les individus âgés de 55 à 75 ans qui sont les plus nombreux à considérer manger de manière équilibrée (86,5 % vs 74,1 % des 18-54 ans ; $p < 0,001$), cette tendance étant confirmée après ajustement sur le sexe, le revenu et le niveau d'éducation. Dans le même sens, la perception d'avoir une consommation suffisante de légumes, de fruits et de poisson augmente avec l'âge dès 45 ans, tendance concordante avec la consommation effective.

Connaissances des repères nutritionnels du PNNS

Les seniors suivent globalement les mêmes tendances que l'ensemble de la population concernant la connaissance des repères du PNNS : ils sont nombreux à connaître ceux relatifs aux fruits et légumes, aux aliments du groupe des VPO et au poisson, et nettement moins nombreux à connaître ceux relatifs aux produits laitiers et aux féculents.

Quelques différences selon l'âge apparaissent néanmoins. Les 55-75 ans connaissent moins bien que les plus jeunes les repères du PNNS relatifs aux fruits et légumes et au groupe des VPO. En revanche, ils sont plus nombreux à connaître le repère concernant le poisson [figure 4].

TABLEAU III

Facteurs associés au fait d'être influencé par certains critères dans la composition des repas parmi les 26-75 ans en 2008

	Les habitudes du foyer (n=2 059)	La santé (n=2 736)	Le budget (n=2 729)	Le temps de préparation (n=2 734)	Les préférences personnelles (n=2 730)
Sexe					
Homme (réf.)	1	1	1	1	1
Femme	1,5***	2,3***	1,9***	1,8***	1,1
Âge					
26-34ans (réf.)	1	1	1	1	1
35-44ans	1,1	1,1	0,8	1,1	0,9
45-54ans	1,2	1,6*	0,9	0,8	0,8
55-64ans	0,8	2,0***	0,9	0,7*	1,1
65-75ans	1,0	3,0***	0,8	0,5***	0,9
Revenu par unité de consommation					
Inférieur à 900 euros (réf.)	1	1	1	1	1
De 900 à moins de 1500 €	1,3	1,7**	1,1	1,00	1,1
Au moins 1500 €	1,8***	2,2***	0,5***	1,3	1,8***
Manquant	0,8	1,3	0,5**	1,2	1,4
Diplôme					
Inférieur au bac (réf.)	1	1	1	1	1
Bac et plus	2,0**	1,7***	0,9	1,2*	1,9***

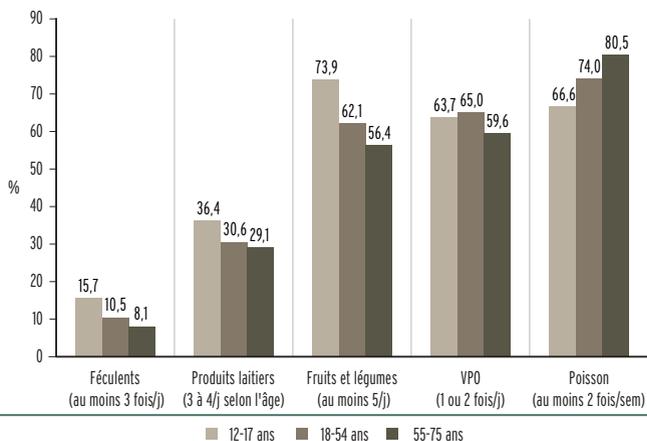
* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

Lecture : Comparés aux 26-34 ans, les 65-75 ans déclarent avoir « trois fois plus de chances » (OR=3,0) d'être influencés par la santé dans la composition de leurs menus, alors qu'ils déclarent avoir « deux fois moins de chances » d'être influencés par le temps de préparation des repas (OR=0,5).

Source : Baromètre santé nutrition 2008, Inpes.

FIGURE 4

Pourcentage des 12-75 ans citant correctement les repères recommandés selon l'âge en 2008



Source : Baromètre santé nutrition 2008, Inpes.

Fréquence de consommation alimentaire

Fruits et légumes

D'après les déclarations des individus sur ce qu'ils ont mangé la veille de l'entretien, les 55-75 ans sont, en proportion, nettement plus nombreux que leurs cadets à avoir mangé au moins cinq fois des fruits ou des légumes (soupes incluses mais jus de fruits exclus⁹ : 22,5 % vs 8,2 % des 18-54 ans et 7,9 % des 12-17 ans ; $p < 0,001$). Ce résultat se trouve confirmé après ajustement¹⁰.

Produits laitiers

Les recommandations en matière de nombre de produits laitiers à consommer par jour varient selon l'âge. Il est ainsi recommandé aux adultes d'en consommer trois par jour, tandis que la recommandation est de trois ou quatre par jour pour les 55 ans et plus [12] ainsi que pour les enfants et les jeunes [25], dont les besoins en calcium sont plus importants.

Un peu moins d'un tiers des seniors (31,4 %) ont consommé le nombre de produits

laitiers recommandé la veille de l'entretien. Ils sont ainsi plus nombreux que les 18-54 ans à suivre les recommandations (seuls 18,3 % des 18-54 ans ont consommé la veille trois produits laitiers). Cependant, dans les deux tranches d'âge, plus de deux tiers des individus ont consommé moins de trois produits laitiers dans la journée.

Féculeux

La recommandation du PNNS est de consommer des féculents « à chaque repas et selon l'appétit ». Le nombre de prises de féculents au sein d'un repas n'étant pas

9. Les jus de fruits ont été exclus dans la mesure où les types de jus de fruits (et en particulier les jus « sans sucre ajouté ») ne sont pas distingués dans le rappel des 24 heures. Dans les recommandations, un verre (pour les adultes) et un demi-verre (pour les enfants) de jus sans sucre ajouté peut contribuer à un des cinq fruits et légumes par jour. Néanmoins, tous les consommateurs ne connaissant pas forcément le type de jus de fruits qu'ils achètent, la distinction aurait nécessité le recueil des marques, ce qui aurait nettement allongé le temps du questionnaire, au détriment d'autres dimensions étudiées.

10. Il s'agit d'une régression logistique dont les variables indépendantes sont le sexe, l'âge, la région, la taille d'agglomération, le niveau de revenu par unité de consommation, le niveau de diplôme et la connaissance du repère sur les fruits et légumes.

limité dans la formulation de ce repère, nous avons considéré qu'il correspondait à la consommation de féculents au moins trois fois par jour. Celle-ci varie avec l'âge selon une courbe en U où les plus âgés et les plus jeunes sont les plus gros consommateurs : 79,3 % des 55-75 ans, 65,5 % des 18-54 ans et 74,6 % des 12-17 ans ($p < 0,001$) en ont mangé au moins trois fois la veille.

Viandes et volailles, produits de la pêche, œufs

Plus de quatre seniors sur cinq (84,6 %) déclarent avoir mangé la veille une ou deux fois des aliments du groupe « *Viandes et volailles, produits de la pêche, œufs* » (VPO), tel que cela est recommandé. Aucune différence selon l'âge n'est observée pour ce groupe d'aliments. En revanche, les 55-75 ans apparaissent nettement plus nombreux que leurs cadets à consommer du poisson au moins deux fois par semaine, tel que cela est recommandé (57,0 % vs 41,0 % des 18-54 ans et 40,4 % des 12-17 ans ; $p < 0,001$). Cette tendance se maintient après ajustement sur le sexe, la région, la taille d'agglomération,

le niveau de revenu par unité de consommation, le niveau de diplôme et la connaissance du repère sur les VPO.

Diversité alimentaire

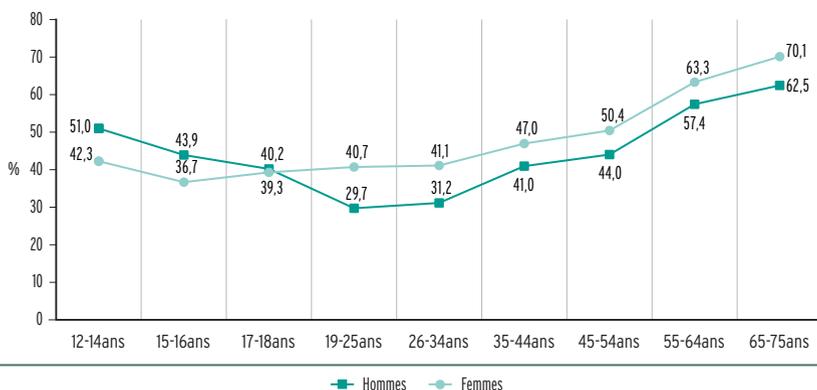
Chez les 12-75 ans, l'indice de diversité alimentaire (IDA) moyen est de 4,3. Plus de la moitié de la population (47,4 %) a un indice de diversité alimentaire maximal (égal à 5), les femmes étant plus nombreuses que les hommes à se trouver dans ce cas (50,6 % vs 44,1 % ; $p < 0,001$). La distribution des personnes ayant un IDA maximal varie avec l'âge selon une courbe en U, les seniors étant les plus nombreux à être dans ce cas parmi les adultes [figure 5]. En analyse multivariée menée parmi les adultes, la tendance d'un IDA croissant avec l'âge se maintient après ajustement sur les variables citées précédemment.

Évolution de la consommation alimentaire des seniors entre 1996 et 2008

La répétition tous les six ans de l'enquête a permis de suivre l'évolution de la consom-

FIGURE 5

Pourcentage des individus ayant un indice de diversité alimentaire maximal parmi les 12-75 ans selon l'âge et le sexe en 2008



Source : Baromètre santé nutrition 2008, Inpes.

mation des seniors sur une période de douze ans. Entre 1996 et 2008, on observe une augmentation significative du pourcentage de ceux qui ont déclaré une fréquence de consommation conforme aux recommandations pour les fruits et légumes et pour le poisson, alors qu'aucune différence n'est observée chez les adultes plus jeunes. Pour les autres groupes alimentaires, la tendance est à la stabilité [tableau IV].

Nombre de repas

Les 55-75 ans prennent en grande majorité les trois repas principaux de la journée et sont nettement plus nombreux à le faire que leurs cadets : 93,6 % contre 84,6 % des 18-54 ans et 84,7 % des 12-17 ans ($p < 0,001$).

Ils sont moins nombreux que les plus jeunes à ne pas prendre le petit-déjeuner (1,6 % contre 6,4 % des 18-54 ans et 11,6 % des 12-17 ans ; $p < 0,001$) et sautent moins le repas de midi (2,5 % contre 7,1 % des 18-54 ans et 2,8 % des 12-17 ans ; $p < 0,001$). Aucune différence significative par âge n'est en revanche observée pour le saut du repas

du soir, qui concerne 3,0 % de l'ensemble de la population.

Structure des repas

La prise de trois ou quatre plats au déjeuner est une pratique particulièrement spécifique des 55-75 ans (mais aussi des adolescents) par rapport aux adultes plus jeunes. Elle concerne plus de trois cinquièmes d'entre eux alors qu'elle est nettement moins fréquente dans les classes d'âge intermédiaire, qui privilégient une organisation du repas en un ou deux plats (plus de la moitié des 19-44 ans prennent des repas constitués de moins de trois plats) [figure 6]. Une telle tendance n'est en revanche pas observée au dîner.

Repas et environnement social

Les 55-75 ans sont peu nombreux à prendre leur repas à l'extérieur de chez eux. Les prises des repas se font principalement à domicile, davantage que pour le reste de la population adulte. Ainsi, 96,7 % des seniors prennent leur petit-déjeuner à domicile vs 91,0 % des 18-54 ans ($p < 0,001$). Pour le déjeuner, c'est le cas de 83,5 % d'entre eux

TABEAU IV

Évolution du taux de consommateurs respectant les recommandations alimentaires parmi les 55-75 ans de 1996 à 2008

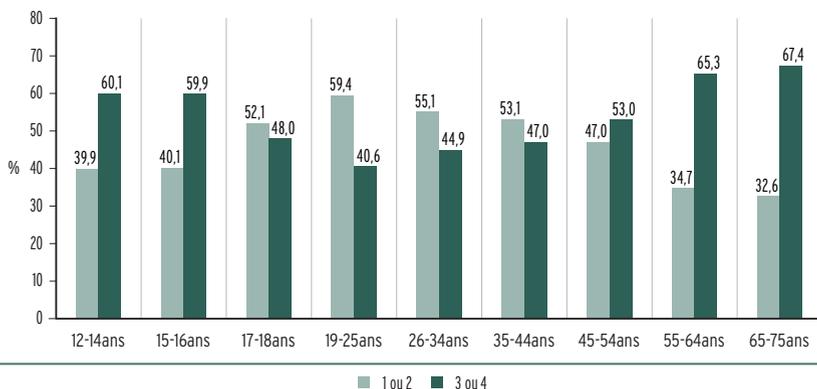
	1996	2002	2008	Évolution 1996-2002	Évolution 2002-2008	Évolution 1996-2008
Fruits et légumes (≥ 5 fois par jour)	15,8	19,2	23,2	ns	↗ *	↗ ***
Produits laitiers (3 ou 4 fois par jour)	33,8	32,7	34,1	ns	ns	ns
Féculents (≥ 3 fois par jour)	78,4	79,9	79,3	ns	ns	ns
VPO (1 ou 2 fois par jour)	86,2	80,0	83,2	↘ **	ns	ns
Poisson (≥ 2 fois/semaine)	47,5	47,0	60,1	ns	↗ ***	↗ ***

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

Source : Baromètres santé nutrition 1996, 2002, 2008, Inpes.

FIGURE 6

Nombre de plats pris au déjeuner parmi les 12-75 ans selon l'âge en 2008 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé nutrition 2008, Inpes.

(vs 66,0 % des 18-54 ans ; $p < 0,001$) et, pour le dîner, de 93,2 % vs 84,0 % ($p < 0,001$).

Vivre seul est nettement plus souvent associé à manger seul dans cette tranche d'âge que dans celle des 18-54 ans. Parmi les adultes qui vivent seuls, les 55-75 ans sont en proportion les plus nombreux à manger seuls au petit-déjeuner (92,1 % vs 83,1 % des 18-54 ans ; $p < 0,001$), au déjeuner (73,0 % vs 50,0 % ; $p < 0,001$) et au dîner (83,8 % vs 57,3 % ; $p < 0,001$). En revanche, parmi ceux qui ne vivent pas seuls, les 55-75 ans sont significativement moins nombreux que les 18-54 ans à manger seuls au petit-déjeuner (40,7 % vs 54,2 % ; $p < 0,001$) et au déjeuner (12,5 % vs 21,2 % ; $p < 0,001$).

ACTIVITÉ PHYSIQUE DES PERSONNES ÂGÉES DE 55 À 75 ANS

Niveaux de pratique

Parmi les 55-75 ans, 40,2 % pratiquent un niveau élevé¹¹ d'activité physique ; 28,1 % un niveau modéré et 31,7 % un niveau limité. Cette répartition diffère légèrement de celle des adultes âgés de 18 à 54 ans (respecti-

vement 42,7 %, 22,7 %, 34,6 % ; $p < 0,05$). Comme pour les adultes plus jeunes, les femmes de 55-75 ans apparaissent moins nombreuses que leurs homologues masculins à pratiquer un niveau élevé d'activité physique ($p < 0,05$) [figure 7].

Lorsqu'on s'intéresse spécifiquement aux niveaux extrêmes (limité et élevé), les différences entre adultes et seniors ne sont pas significatives. Néanmoins, l'analyse différenciée selon le sexe de la pratique d'activité physique à un niveau élevé révèle une

11. On distingue trois niveaux d'activité physique :

- **élevé** : activité physique intense au moins 3 jours par semaine, entraînant une dépense énergétique d'au moins 1500 METs-minutes par semaine, OU au moins 7 jours de marche à pied et d'activité physique modérée ou intense jusqu'à parvenir à un minimum de 3000 METs-minutes par semaine ;
- **moyen** : au moins 20 minutes d'activité physique intense par jour pendant 3 jours ou plus par semaine, OU au moins 30 minutes d'activité physique modérée ou de marche à pied par jour pendant 5 jours ou plus par semaine, OU au moins 5 jours de marche à pied et d'activité physique modérée ou intense, jusqu'à parvenir à un minimum de 600 METs-minutes par semaine ;
- **limité** : sont classées dans cette catégorie les personnes qui ne répondent à aucun des critères mentionnés ci-dessus.

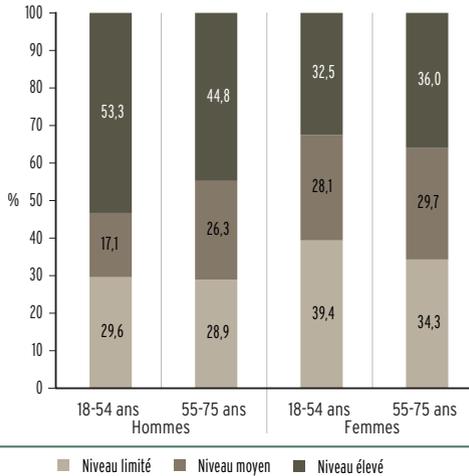
Le MET (*Metabolic Equivalent Task*) est le rapport du coût énergétique d'une activité à la dépense énergétique de repos. Par exemple, une activité de 4 METs correspond à une dépense équivalant à 4 fois la dépense de repos. Un indicateur en METs-minutes par semaine reflète la dépense énergétique (METs) en fonction de la durée (en minutes) et de la période (semaine) de pratique.

prévalence des hommes de 55-75 ans significativement inférieure à celle des hommes de 18-54 ans (44,8 % vs 53,3 % ; $p < 0,05$) alors qu'aucune différence significative

n'est observée pour les femmes [figure 8]. L'analyse par sexe et par tranches d'âge plus fines montre que la proportion d'hommes pratiquant un niveau d'activité physique

FIGURE 7

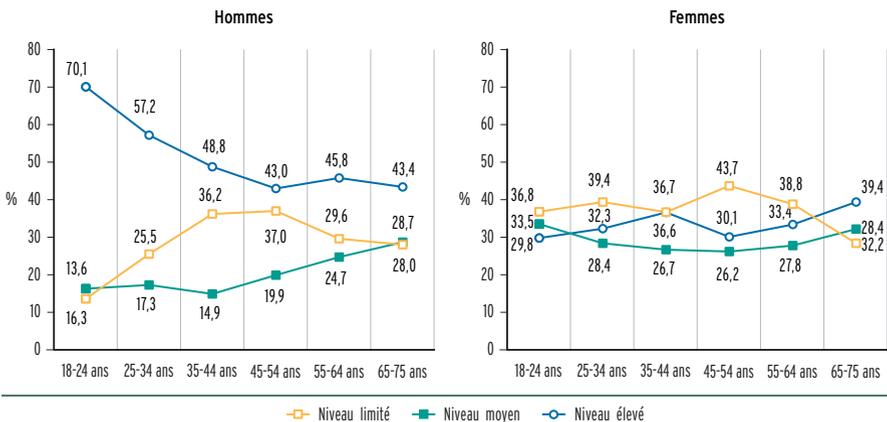
Répartition des niveaux d'activité physique parmi les 18-75 ans selon le sexe et l'âge en 2008 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé nutrition 2008, Inpes.

FIGURE 8

Répartition des niveaux d'activité physique parmi les 18-75 ans selon le sexe et des tranches d'âge fines en 2008 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé nutrition 2008, Inpes.

élevé diminue nettement jusqu'à la classe d'âge des 45-54 ans puis se stabilise, alors que celle des femmes est assez stable avec l'âge. En parallèle, chez les femmes, on observe à partir de cette même classe d'âge une diminution de la proportion de celles qui pratiquent un niveau d'activité physique limité : elles sont 28,4 % dans ce cas parmi les 65-75 ans ; 38,8 % parmi les 55-64 ans et 43,7 %, parmi les 45-54 ans ; $p < 0,01$) [figure 8].

Contextes de pratique

Le contexte de pratique de l'activité physique (tous niveaux confondus) varie également selon le sexe et l'âge. Si le temps total d'activité physique journalier diminue avec l'âge (de 2 h 27 parmi les 18-54 ans à 2 h 07 parmi les 55-75 ans ; $p < 0,05$), des tendances opposées sont observées selon les contextes. Ainsi, le temps d'activité pratiqué dans le cadre du travail (au sens large d'activité occupationnelle) diminue nettement

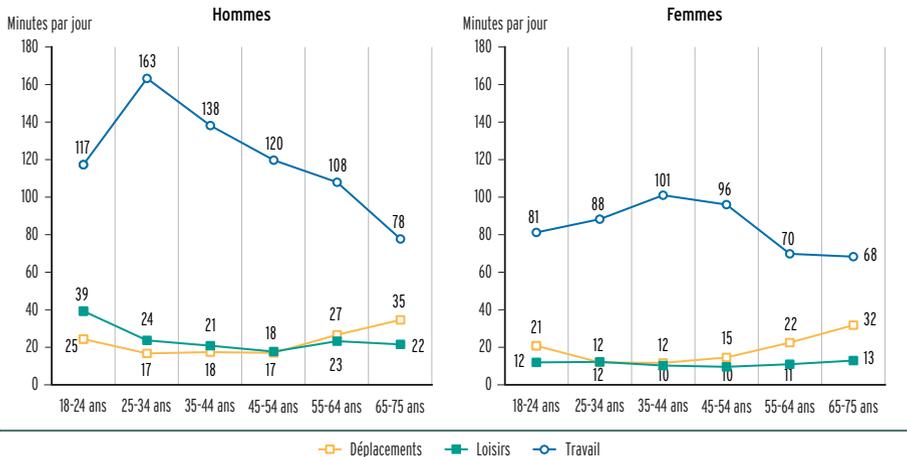
avec l'âge (de 1 h 54 chez les 18-54 ans à 1 h 21 chez les 55-75 ans ; $p < 0,001$) alors que celui pratiqué dans le cadre des déplacements se révèle légèrement supérieur chez les seniors (de respectivement 16 minutes à 28 minutes ; $p < 0,001$). Ces tendances s'observent aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Les temps d'activité physique pratiqués dans chaque contexte, et en particulier pour les activités physiques occupationnelles, deviennent très proches pour les deux sexes à partir de la soixantaine [figure 9].

Perceptions de la pratique d'activité physique et comportements

Les 55-75 ans s'avèrent plus nombreux que les adultes plus jeunes à penser faire suffisamment d'activité physique (48,2 % vs 40,0 % des 18-54 ans ; $p < 0,001$). Néanmoins, comme nous l'avons montré précédemment, les prévalences d'une pratique

FIGURE 9

Temps moyen d'activité physique par jour parmi les 18-75 ans selon le sexe, le contexte et l'âge en 2008 (en minutes par jour)



Source : Baromètre santé nutrition 2008, Inpes.

limitée ou élevée d'activité physique ne se révèlent pas significativement différentes entre les 18-54 ans et les seniors, ce qui pourrait laisser supposer une « mauvaise » perception de leur activité physique par ces derniers. Les résultats diffèrent en réalité selon le niveau de pratique. Parmi les 55-75 ans qui ont un niveau limité d'activité physique, 27,1 % surestiment leur niveau de pratique en considérant qu'ils en font suffisamment [tableau V]. C'est le cas de 21,4 %

des 18-54 ans mais la différence entre les deux groupes d'âge n'est pas significative.

Une discordance inverse (sous-estimation de la pratique) est observée parmi l'ensemble des adultes pratiquant un niveau plus élevé d'activité physique et diffère selon l'âge. Ainsi, parmi les individus ayant un niveau de pratique moyen à élevé, 41,8 % des seniors considèrent qu'ils ne font pas assez d'activité physique, et cette sous-estimation est encore plus marquée chez les 18-54 ans (51,1 %; $p < 0,001$).

TABLEAU V

Niveau d'activité physique perçu selon le niveau d'activité physique déclaré parmi les 18-75 ans selon l'âge en 2008 (en pourcentage)

	Pense faire suffisamment d'activité physique			
	18-54 ans		55-75 ans	
	oui	non	oui	non
Niveau élevé	59,3	40,7	64,0	36,0
Niveau moyen	29,5	70,5	50,0	50,0
Niveau limité	21,4	78,6	27,1	72,9

Source : Baromètre santé nutrition 2008, Inpes.

Connaissances des recommandations du PNNS et pratique d'activité physique

Parmi les adultes, les 55-75 ans se révèlent nettement plus nombreux que leurs cadets à citer une durée et une fréquence d'activité physique correspondant aux recommandations (74,3 % vs 57,4 %; $p < 0,001$). Or, comme pour la perception, la confrontation de ces résultats à ceux de la pratique (prévalences similaires d'activité physique limitée à élevée observées parmi les seniors et leurs cadets) conduit à émettre l'hypothèse d'une discordance entre connaissance et pratique plus marquée chez les seniors. En effet,

22,1 % des 55-75 ans citent correctement les recommandations, tout en ayant un niveau limité d'activité physique, contre 16,9 % des 18-54 ans ($p < 0,01$).

Temps passé assis

Les 55-75 ans déclarent un temps passé assis par jour inférieur au temps déclaré par les 18-54 ans (3 h 37 contre 4 h 51; $p < 0,001$). Cette différence n'est cependant plus significative lorsqu'on compare le temps passé assis entre les 18-54 ans et les 55-75 ans qui travaillent (4 h 40). Le temps passé assis des retraités âgés de 55 à 75 ans (3 h 21) est quant à lui inférieur à celui des personnes ayant un emploi, quel que soit leur âge.

DISCUSSION

Les résultats du Baromètre santé nutrition 2008 offrent une image contrastée des pratiques, connaissances et perceptions relatives à l'alimentation et à l'activité physique des personnes âgées de 55 à 75 ans. Concernant l'alimentation, les tendances ne sont pas univoques. Selon les groupes alimentaires considérés, les connaissances et les pratiques alimentaires des seniors peuvent être considérées comme plus favorables à la santé que celles des plus jeunes ou au contraire moins propices.

Ainsi, s'ils sont moins nombreux que leurs cadets à connaître les repères de consommation relatifs aux fruits et légumes et au groupe des VPO, c'est l'inverse en ce qui concerne le poisson. Concernant la consommation de fruits et légumes, ils sont presque trois fois plus nombreux que les 18-54 ans à déclarer en avoir mangé au moins cinq fois la veille de l'enquête. De plus, cette prévalence a augmenté dans cette tranche d'âge entre 1996 et 2008, alors que ce n'est pas le cas pour les adultes plus jeunes. Cette consommation de fruits et légumes plus élevée chez les seniors a également été observée dans l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) réalisée en 2006-2007 [26].

Deux éléments mis en évidence dans nos résultats sont susceptibles de contribuer à cette plus grande consommation de fruits et légumes. La spécificité de la composition de leur déjeuner, organisée majoritairement en trois ou quatre plats, augmente la probabilité que le repas comporte une entrée et un dessert, potentiellement riches en fruits et légumes. Par ailleurs, les seniors se déclarent moins sensibles que les plus jeunes adultes au temps de préparation dans la composition de leurs menus. Le temps d'épluchage et de préparation des fruits et légumes étant souvent avancé comme un obstacle à leur consommation, cette plus grande « *disponibilité* » en temps peut être un élément favori-

sant l'intégration de ces aliments dans les repas.

Les seniors sont aussi nettement plus nombreux que leurs cadets à déclarer une consommation de poisson au moins deux fois par semaine, cette prévalence ayant également augmenté entre 2002 et 2008, uniquement dans cette tranche d'âge.

Concernant les féculents, le pourcentage de ceux qui en ont mangé selon les recommandations est légèrement supérieur à celui des 18-54 ans, mais équivalent à celui des 12-17 ans.

Pour les produits laitiers, ils sont un peu moins d'un tiers à en manger selon la fréquence recommandée à leur âge mais sont néanmoins plus nombreux que les autres adultes à en consommer selon le repère du PNNS.

Au final, les 55-75 ans affichent une diversité alimentaire plus importante que les adultes plus jeunes, le niveau de leur indice de diversité alimentaire (IDA) étant assez élevé puisque supérieur à 4 sur une échelle de 5. Une tendance similaire avait été observée jusqu'à la classe d'âge des 55-64 ans dans l'enquête ASPCC (Association sucre/produits sucrés, communication, consommation) menée à domicile¹² en 1993-94 auprès de 1500 personnes âgées de 2 à 75 ans. Celle-ci montrait néanmoins une baisse de la diversité alimentaire au-delà de 65 ans [22]. Nos résultats n'ont pas montré une telle diminution après 65 ans mais plutôt, à la limite de la significativité, une légère tendance à la hausse. Les deux enquêtes ayant eu lieu à près de quinze ans d'intervalle, on peut émettre l'hypothèse que cette différence reflète en partie un effet de génération. Nos résultats plutôt positifs sur

12. La méthode d'enquête était basée sur l'enregistrement par écrit de l'ensemble des prises alimentaires à domicile et hors foyer.

l'accroissement chez les adultes de la diversité alimentaire avec l'âge s'avèrent encourageants par rapport à l'importance, soulignée par le PNNS, de maintenir à partir de 55 ans une alimentation variée afin de réduire les risques futurs de dénutrition.

Les perceptions des seniors relatives à l'acte alimentaire et à l'acte culinaire sont dans l'ensemble plus tournées vers la santé que celles des jeunes. De même, pour la composition des menus, c'est un critère auquel ils attachent plus d'importance que leurs cadets. Cette tendance, probablement liée en partie à un état de santé plus fragile avec l'avancée en âge, présente l'avantage d'une plus grande prise de conscience de l'importance d'une alimentation saine à cet âge de la vie où il est particulièrement bénéfique d'adopter des comportements favorables au « *bien vieillir* ». Cette prise en compte du facteur santé va de pair avec un attachement au plaisir, associé pour certains au fait de faire la cuisine.

Faire la cuisine est néanmoins fortement lié à la présence ou non d'autres personnes à table. L'accroissement avec l'âge de la part de la population qui vit seule (19,8 % des 55-75 ans contre 15,8 % des 18-54 ans; $p < 0,01$) est dans ce sens susceptible de conduire à des modifications des habitudes alimentaires, comme le montre une analyse sociologique sur les répercussions du veuvage en termes d'alimentation [27]. Ces modifications apparaissent moins favorables à la santé des hommes, qui « *considèrent généralement ne pas savoir cuisiner, [...] ont plus facilement recours aux produits en conserve, surgelés ou sous vide et délèguent plus facilement la préparation des repas à un tiers, ce qui va de pair avec une simplification des repas et une moindre diversité dans le panier alimentaire comparativement aux veuves* ». Ces comportements alimentaires moins favorables à la santé des hommes, parmi les personnes vivant seules, ne sont cependant pas spécifiques aux veufs mais sont aussi observés dans l'ensemble de la population adulte [28].

L'avancée en âge peut à l'inverse s'avérer propice à une meilleure alimentation. Par exemple, parmi les personnes qui ne vivent pas seules, les 55-75 ans sont plus nombreux que leurs cadets à manger en compagnie au petit-déjeuner et au déjeuner, élément de convivialité susceptible de favoriser des préparations culinaires plus diversifiées.

Dans l'ensemble, nos résultats sur l'alimentation mettent en évidence des attitudes orientées vers une alimentation saine et – pour certains groupes alimentaires (fruits et légumes, poisson, féculents) – une consommation plus favorable à la santé que celles des plus jeunes. Ils mettent en avant la place potentielle des seniors comme vecteurs dans la promotion d'une alimentation saine, à travers notamment le transfert intergénérationnel de certains éléments de leurs pratiques culinaires.

Les résultats du Baromètre santé nutrition 2008 offrent par ailleurs une image assez positive des pratiques d'activité physique des seniors. Leur répartition dans les trois niveaux de pratique apparaît très proche de celle des adultes plus jeunes. Comparés à l'ensemble des 18-54 ans, ils ne sont pas plus nombreux à déclarer un niveau limité d'activité physique et autant à déclarer un niveau élevé. Le temps quotidien passé assis des retraités de 55 à 75 ans est inférieur à celui des adultes qui travaillent.

Des changements de comportement apparaissent de façon différenciée selon le sexe autour de la cinquantaine. On observe ainsi, à partir de ce moment, à la fois une stabilisation de la proportion d'hommes ayant un niveau d'activité physique élevé et une baisse de la proportion de femmes pratiquant à un niveau limité. La proportion de seniors masculins pratiquant un niveau élevé d'activité physique devient plus faible que celle de leurs cadets, alors que ce n'est pas le cas pour les femmes, dont le niveau de pratique est plus constant tout au long de la vie.

Cette tendance mise en évidence dans notre enquête d'un fort pourcentage de jeunes hommes pratiquant une activité physique élevée (70,1 % des 18-24 ans) et qui diminue ensuite nettement avec l'âge a également été observée en 2006-2007 dans l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) entre les 18-29 ans et hommes plus âgés [26].

L'accroissement en temps disponible lié à la cessation de l'activité professionnelle est susceptible d'être à l'origine de la reprise de certaines formes d'activité physique. Ainsi, nos résultats montrent une augmentation, à partir de 55 ans, du temps d'activité physique pratiquée dans le cadre des déplacements.

La promotion de la mobilité douce, visant à développer notamment la pratique de la marche et du vélo en aménageant l'environnement urbain, apparaît ainsi comme une stratégie de promotion de l'activité physique particulièrement adaptée à la tranche d'âge des seniors. Elle semble en effet susceptible d'accroître encore davantage leur pratique d'activité physique dans le cadre des déplacements, qu'ils tendent visiblement à développer dans les années charnières du passage à la retraite. Dans ce sens, un groupe de travail sur « *les transports actifs et les mobilités douces* » (composé de différentes directions ministérielles, agences sous tutelle ministérielle, élus et associations) élabore actuellement un programme d'actions à mettre en œuvre pour promouvoir ce type de déplacements.

Par ailleurs, l'Inpes a expérimenté en 2010 un programme de promotion de l'activité physique dans le cadre des déplacements urbains intitulé « *Bouger 30 minutes par jour, c'est facile!* ». Une signalétique piétonne a été installée dans neuf villes de France (Paris, Lyon, Bordeaux, Marseille, Lille, Nice, Nantes, Nancy et Meaux), consistant en un fléchage d'itinéraires avec les temps de trajets moyens à pied pour se rendre à un endroit. L'objectif était d'amener les personnes à prendre conscience des

distances parfois courtes qu'il est possible de parcourir en milieu urbain et ainsi à reconsidérer et intégrer la marche et le vélo dans leurs pratiques quotidiennes. Face aux retombées plutôt positives de l'expérience, l'Inpes propose aujourd'hui aux collectivités locales de les aider et de les conseiller afin qu'elles puissent mettre en place cette signalétique piétonne ou améliorer celle qui existe déjà [29].

Les résultats de notre enquête relatifs au temps d'activité physique pratiquée dans le cadre des loisirs ne montrent pas de différence significative entre les seniors et les adultes plus jeunes alors que l'on aurait pu supposer, comme pour l'activité physique dans le cadre des déplacements, que le gain de temps associé au passage à la retraite favoriserait la pratique d'activité physique de loisirs. La mise en place d'activités physiques et sportives adaptées aux seniors et l'information de ces derniers de l'existence de telles activités dans leur environnement proche constituent un autre axe stratégique à développer pour promouvoir l'activité physique chez les seniors.

La perception par les 55-75 ans de leur propre activité physique varie selon leur niveau de pratique. Ainsi, parmi ceux ayant un niveau d'activité physique limité, un peu moins d'un tiers ont tendance à surestimer leur niveau de pratique et pensent en faire suffisamment. Ce résultat est néanmoins contrebalancé par une discordance « *positive* » entre perception et pratique parmi ceux qui ont un niveau d'activité physique plus élevé : ils sont 40 % à la juger – à tort – insuffisante et 60 % à en avoir une perception en adéquation avec leur pratique.

Le repère sur l'activité physique est largement connu parmi les seniors puisque les trois quarts d'entre eux citent au moins trente minutes par jour ou l'équivalent par semaine, proportion largement supérieure à celle de leurs cadets. Néanmoins, cette connaissance ne s'avère pas liée à la pratique

d'activité physique : 70 % des seniors qui n'exercent pas suffisamment d'activité physique connaissent les recommandations. Ce décalage est à interpréter avec précaution dans la mesure où la mesure de la pratique est basée sur les déclarations des individus. Le volet « éducationnel » de la promotion de l'activité physique semble être acquis pour la majorité des 55-75 ans mais l'absence d'association significative entre la connaissance et la pratique renforce l'idée qu'il ne faut pas agir uniquement sur les connaissances : des stratégies multiniveaux permettront sans doute d'augmenter davantage le niveau d'activité physique dans cette population.

Certaines limites méthodologiques de cette étude peuvent être enfin mentionnées. L'utilisation d'un questionnaire développé pour la population adulte dans son ensemble et non spécifique aux seniors est à souligner, mais il permet une comparaison simple avec les plus jeunes, ce qui est un avantage. De plus, le GPAQ, questionnaire conçu par l'OMS, a été validé parmi les 18-75 ans. On peut signaler la création récente du « *Questionnaire d'activité physique pour les personnes âgées* » (QAPPA), en cours de validation auprès de personnes de 56 à 87 ans [30]. Celui-ci est très proche du

GPAQ, à la différence qu'il interroge les personnes sur le temps d'activité physique exercée chaque jour et non lors d'un jour d'une semaine habituelle.

Une autre limite de ces résultats tient à la tranche d'âge étudiée dans le Baromètre santé nutrition, qui ne permet pas d'analyser les comportements en matière d'alimentation et d'activité physique au-delà de 75 ans. Nos résultats relatifs aux 55-75 ans mettent en évidence des comportements assez favorables par rapport à ceux des adultes plus jeunes. Néanmoins, les situations de vie et l'état de santé des personnes plus âgées s'avèrent bien souvent moins faciles [31]. Les pratiques alimentaires et la pratique d'activité physique peuvent parfois être altérées par des situations psychosociales difficiles et des troubles physiologiques. Les plus âgés se trouvent ainsi souvent malnutris ou dénutris et limités dans leurs capacités fonctionnelles (plus du tiers des 65-85 ans déclarent être limités dans leurs activités habituelles) [32].

Des recherches complémentaires seraient aussi nécessaires pour analyser la situation des personnes vivant en institution, dont la proportion augmente nettement à partir de 75 ans (12,2 %) et encore davantage à partir de 80 ans (19,2 %) [33].

Relectrice

Lucette Barthélémy

Bibliographie

- [1] Cambois E., Blachier A., Robine J. M. "Aging and health in France : an unexpected expansion of disability in mid-adulthood over recent years". *European Journal of Public Health*, 2013, vol. 23, n°4 : p. 575-581.
- [2] Ferry M., Daveau P., Rozenkier A. « Nutrition et vieillissement ». *Retraite et société*, 2005, vol. 45, n° 2 : p.188-192.
- [3] Robert-Bobée I. « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 : la population continue de croître et le vieillissement se poursuit ». *Insee Première*, juillet 2006, n° 1089 : 4 p. En ligne : www.insee.fr/fr/tfc/ipweb/ip1089/ip1089.pdf [dernière consultation : 30/10/2013]
- [4] Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Activité physique : contexte et effets sur la santé. Synthèse et recommandations*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2008 : 147 p. En ligne : www.inserm.fr/mediatheque/infr-grand-public/fichiers/thematiques/sante-publique/expertises-collectives/synthese-activite-physique [30/10/2013]
- [5] Blain H., Vuillemin A., Blain A., Jeandel C. « Les effets préventifs de l'activité physique chez les personnes âgées : Médecine préventive chez les personnes âgées ». *La presse médicale*, 2000, vol. 29, n° 22 : p. 1240-1248.

- [6] Ferry M. « Nutrition, vieillissement et santé ». *Gérontologie et société*, 2010, n° 3 : p. 123-132.
- [7] Alonso E., Krypciak S., Paillaud E. « Rôle de la nutrition dans les chutes et les fractures des sujets âgés ». *Gérontologie et société*, 2010, n° 3 : p. 171-187.
- [8] Barberger-Gateau P., Rullier L., Féart C., Bouisson J. « Alimentation et vieillissement cérébral : une relation complexe ». *Gérontologie et société*, 2010, n° 134 : p. 107-121.
- [9] Ministère de la Santé et des Solidarités ; Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille ; Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. *Plan national « Bien vieillir » 2007-2009*. Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités ; Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille ; Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, 2007 : 32 p. En ligne : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf [30/10/2013]
- [10] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la Santé. *Programme national nutrition-santé 2001-2005*. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001 : 40 p. En ligne : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ln1.pdf [30/10/2013]
- [11] Ministère de la Santé et des Solidarités. *Deuxième Programme national nutrition-santé 2006-2010 : actions et mesures*. Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités., 2006 : 51 p. En ligne : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan.pdf [30/10/2013]
- [12] Ministère de la Santé et des Solidarités, Assurance maladie, Inpes, Afssa, InVS. *La santé en mangeant et en bougeant : le guide nutrition à partir de 55 ans.* Saint-Denis : Inpes, 2006 : 62 p. En ligne : www.inpes.fr/CFESBases/catalogue/pdf/932.pdf [30/10/2013]
- [13] Ministère de la Santé et des Solidarités, Assurance maladie, Inpes, Afssa, InVS. *La santé en mangeant et en bougeant : le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées*. Saint-Denis : Inpes, 2006 : 67 p. En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/941.pdf [30/10/2013]
- [14] Ministère de la Santé et des Solidarités, Assurance maladie, INPES, Afssa, InVS. *Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé des « Guide nutrition à partir de 55 ans » et « Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées »*. Saint-Denis : Inpes, 2006 : 67 p. En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/959.pdf [30/10/2013]
- [15] Escalon H., Beck F., Bossard C. dir. *Baromètre santé nutrition 2008*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2009 : 424 p. En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1270.pdf [30/10/2013]
- [16] Escalon H., Beck F., Vuillemin A. « Activité physique des personnes âgées de 55 à 75 ans : analyse ». *Soins Gérontologie*, 2012, n° 95 : p. 38-41.
- [17] Escalon H., Beck F. « Perceptions, connaissances et comportements en matière d'alimentation : les spécificités des séniors ». *Gérontologie et société*, 2010, n° 134 : p. 13-29.
- [18] Baudier F., Rotily M., Le Bihan G., Janvrin M.-P., Michaud C. *Baromètre santé nutrition 1996*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1997 : 179 p.
- [19] Guilbert P., Perrin-Escalon H. *Baromètre santé nutrition 2002*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres, 2004 : 259 p. En ligne : www.inpes.fr/CFESBases/catalogue/pdf/718.pdf [30/10/2013]
- [20] Bouvier G., Lincot L., Rebiscou C. « Vivre à domicile ou en institution : effets d'âge, de santé, mais aussi d'entourage familial ». In : Insee. *France, portrait social*. Paris : Insee, 2011 : p. 125-133. En ligne : www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/FPORSOCI1k_VE43Insti.pdf [30/10/2013]
- [21] Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J.-B. « Une méthode de prise en compte du dégroupage total dans le plan de sondage des enquêtes téléphoniques auprès des ménages ». In Tremblay M.-E., Lavallée P., El Hadj Tirari M., dir. *Pratiques et méthodes de sondage*. Paris : Dunod, collection « Sciences Sup », 2011 : pp. 310-314. En ligne : www.inpes.sante.fr/Barometres/pdf/methode-degroupage.pdf [16/12/2013]
- [22] Chambole M., Borely A., Dufour A., Breton S., Verger P., Volatier J. « Étude de la diversité alimentaire en France ». *Cahiers de Nutrition et de diététique*, 1999, vol. 34, n° 6 : p. 362-368.
- [23] Organisation mondiale de la santé. *Questionnaire mondial sur la pratique d'activités physiques (GPAQ). Guide pour l'analyse*. Genève, 2005 : 26 p. En ligne : www.who.int/chp/Steps/GPAQ_Analysis_FR.pdf [30/10/2013]
- [24] Bull F.C., Maslin T.S., Armstrong T. "Global physical activity questionnaire (GPAQ) : nine country reliability and validity study". *Journal of Physical Activity and Health*, 2009, vol. 6, n°6 : p. 790-804.
- [25] Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Afssa, InVS, Assurance maladie, Inpes. *J'aime manger, j'aime bouger : le guide nutrition pour les ados*. Saint-Denis : INPES, 2004 : 27 p. En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/747.pdf [30/10/2013]
- [26] Institut de Veille Sanitaire. *Étude nationale nutrition santé 2006. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition-santé (PNNS)*. Colloque 2007 du Programme national nutrition-santé (PNNS), Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire, 2007 : 74 p. En ligne : www.invs.sante.fr/pmb/invs/%28id%29/PMB_3793 [30/10/2013]
- [27] Cardon P. « "Manger" en vieillissant pose-t-il problème ? Veuvage et transformations de l'alimentation de personnes âgées ». *Lien social et Politiques*, 2009, n° 62 : p. 85-95. En ligne : www.erudit.org/revue/lsp/2009/v/n62/039316ar.pdf [30/10/2013]
- [28] De Saint Pol T. « La consommation alimentaire des hommes et des femmes vivant seuls ». *Insee Première*, 2008, n° 1194 : 4 p. En ligne : www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ipi194/ipi194.pdf [30/10/2013]
- [29] *Comment mettre en place une signalétique piétonne pour favoriser la marche ? Kit d'accompagnement des*

collectivités locales. [Dépliant]. Paris / Saint-Denis : Ministère chargé de la Santé / Inpes / Association des Maires de France, 2011 : 18 p. En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1378.pdf [15/01/2013]

[30] De Souto Barreto P., Ferrandez A.M., Saliba-Serre B.

« Questionnaire d'activité physique pour les personnes âgées (QAPPA) : validation d'un nouvel instrument de mesure en langue française ». *Science & Sports*, 2011, vol. 26, n° 1 : p. 11-18. En ligne : <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00589303/en/> [30/10/2013]

[31] Coudin G., Paicheler G. *Santé et vieillissement : approche psychosociale*. Paris : Armand Colin, coll. Coursus, 2002 : 176 p.

[32] Danet S. dir. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. *L'état de santé de la population en France : rapport 2009-2010 : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique*. Paris : DREES, 2010 : 314 p.

[33] Courson J.-P., Madinier C. « Recensement de la population 1999 : la France continue de vieillir. Le Nord-Pas-de-Calais reste la région la plus jeune ». *Insee Première*, 2000, n° 746 : 4 p. En ligne : www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip746.pdf [30/10/2013]



Postface

La santé des personnes âgées : quels enjeux, quelle prévention ?

Les plus de 60 ans sont nombreux (23,3 % de la population française) et vivent longtemps. La retraite et le grand âge ne sont plus réservés à une minorité de la population. En 2011, l'espérance de vie à 60 ans était en France de 22,5 ans chez les hommes et de 27,3 ans chez les femmes¹. Cet allongement de la longévité a des conséquences dans de nombreux domaines, notamment social, économique et culturel.

Le vieillissement a aussi un impact sur l'état de santé des personnes et des populations. Certains experts, constatant l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques avec l'âge, craignent une expansion de la morbidité. D'autres soulignent au contraire la progression régulière de l'espérance de vie en bonne santé après 60 ans. Les personnes âgées, de leur côté, oscillent aussi entre deux sentiments : l'un caractérisé par une vision catastrophique du vieillissement et de la vieillesse, par peur de voir leur santé se dégrader progressivement ; l'autre caractérisé par une vision angélique, par l'espoir d'arriver au bout de leur vie sans déficience ni incapacité en ayant pu accomplir leurs projets. Les représentations sociales commandent en grande partie les pratiques de santé².

1. Insee. « Espérance de vie. Mortalité. » In : Jean-Luc Tavernier, dir. *Tableaux de l'économie française. Édition 2013*. Paris : Insee, 2013 : p. 35. En ligne : www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T13F036 [dernière consultation le 14/11/2013]

2. Caradec V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris : Armand, coll. « 128 », 2008 : 127 p.

La santé est une préoccupation majeure des personnes âgées car elle est l'un des déterminants de la qualité de vie. Comment perçoivent-elles leur état de santé ? Quels sont les enjeux sanitaires de cette population ? Quelles actions peut-on envisager pour améliorer, maintenir ou restaurer la santé ? Le Baromètre santé - qui évalue les croyances, attitudes et comportements des 15-85 ans dans le domaine de la santé - fournit des données qui permettent d'aborder ces questions.

Si chaque chapitre de cet ouvrage étudie un thème important concernant la santé et la prévention, pour ma part, après avoir présenté ce que m'a appris le Baromètre santé, j'aborderai deux sujets qui conditionnent la réalisation de l'objectif des pouvoirs publics et de nombreuses institutions internationales, à savoir : « ajouter de la vie aux années ». Pour cela, il importe d'abord de définir les différents enjeux sanitaires des groupes d'âge qui constituent l'ensemble des personnes âgées ; en effet, on a trop tendance à considérer ces dernières comme un bloc homogène. Il est nécessaire ensuite d'envisager les bénéfices, mais aussi les limites, des actions de prévention dans ce groupe d'âge. La fascination de la population pour les progrès médicaux érousse le sens critique face aux promesses des médecins concernant un vieillissement réussi.

QUE NOUS APPREND LE BAROMÈTRE SANTÉ SUR LES PLUS DE 55 ANS ?

Le Baromètre santé recueille, par téléphone, les perceptions des personnes sur une vingtaine de thèmes concernant la santé et la maladie. Son principal objectif est de fournir aux acteurs de santé et en particulier aux pouvoirs publics des données qui permettront d'orienter les politiques de prévention. Ces données s'inscrivent dans le domaine de la santé perçue et viennent compléter les autres observations de la santé des populations, qui utilisent pour leur part d'autres indicateurs comme l'espérance de vie, la mortalité, la morbidité diagnostiquée ou la consommation de soins.

Les chapitres du présent ouvrage concernent uniquement les 55-85 ans. Ils abordent plusieurs questions de santé et sont riches d'enseignement. Trois apports de cet ouvrage méritent selon moi d'être plus particulièrement mis en exergue.

Le premier concerne la façon de concevoir la population des personnes âgées. Les acteurs de santé publique ont l'habitude de parler d'elles comme d'un groupe homogène. Or, quel que soit le thème présenté dans cet ouvrage, la prévalence des problèmes de santé diffère selon le sexe, les générations, les catégories sociales et le mode

de vie (vivre seul ou non notamment). Toute personne est en définitive une personne âgée puisqu'elle a un âge qui définit le temps passé depuis sa naissance. Que veut-on signifier en distinguant les personnes âgées (comprendre les plus de 60 ou 65 ans) des autres personnes, notamment des adultes plus jeunes ? En attirant l'attention sur les différences entre ces deux groupes de personnes, ne risque-t-on pas de les amplifier ? Ne risque-t-on pas aussi de masquer les inégalités, notamment sociales, de santé à l'intérieur de chacun de ces groupes ? Les différences de santé constatées entre les personnes âgées et les adultes jeunes sont trop facilement rapportées au processus de vieillissement. Les mesures d'hygiène et de prévention prennent trop souvent le pas sur d'autres mesures économiques et sociales. Les données du Baromètre santé invitent à envisager la prévention dans deux directions : celle des individus (changements de comportement) et celle de la collectivité (lutte contre la montée de la pauvreté dans cette population, aménagement de l'environnement). Mais le Baromètre santé est une enquête transversale qui ne permet pas l'étude des parcours de santé et de soins. La connaissance de ces parcours serait utile pour comprendre les interactions des déterminants à l'origine de la situation de la personne au moment de l'enquête et pour mieux cibler d'éventuelles recommandations.

Le deuxième apport du Baromètre santé est de fournir des données concernant des thèmes de santé qui ont un impact important dans la vie des personnes âgées : les pratiques addictives, les chutes et la dépression. Ces thèmes ont moins retenu l'attention des pouvoirs publics que ceux concernant les maladies chroniques, comme le cancer ou les maladies cardiovasculaires. Outre ces informations, le Baromètre santé nous apprend que les personnes interrogées ont de bonnes connaissances des mesures préventives dans le domaine alimentaire et dans celui de l'activité physique. Près de 20 % des personnes interrogées ont dit avoir utilisé Internet pour chercher des informations sur leur santé. Néanmoins, on sait qu'il y a un écart important entre le fait de s'informer, de connaître des mesures et celui de les appliquer.

Ainsi, la pratique d'une activité physique régulière est reconnue par la majorité des personnes - notamment suite aux campagnes de l'Inpes « Mangez mieux, bougez plus » - comme l'une des mesures pour « bien vieillir ». Mais peu nombreuses sont les personnes âgées qui passent à l'acte et qui maintiennent cette activité physique durant toute leur retraite. Cela incite à diriger des recherches non seulement sur l'efficacité des mesures préventives dans des populations sélectionnées mais aussi des recherches concernant la translation des résultats de ces études en population générale et leurs coûts et bénéfices dans cette population.

Troisième apport : les données du Baromètre santé contredisent le stéréotype habituellement rencontré lorsque l'on aborde la santé des personnes âgées, à savoir : le vieillissement est un naufrage. Ainsi, seulement 4,4 % des 55-85 ans déclarent avoir vécu un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois. De plus, c'est dans la classe d'âge la plus jeune des 55-64 ans que la prévalence est la plus élevée (reflet d'une fin de vie professionnelle ou d'un passage à la retraite difficiles ?). Enfin, cette prévalence a diminué pour les 65-75 ans entre 2005 et 2010. Autre donnée intéressante : 43 % des 55-85 ans se déclarent porteurs d'une maladie chronique. Ce qui peut être lu à l'envers : 57 % d'entre eux n'ont pas de maladie chronique (et 47 % des 75-85 ans). Ces chiffres interrogent sur ce que l'on entend par « maladie chronique » lorsque l'on étudie les personnes âgées et sur les spécificités de la mesure de la santé dans ce groupe d'âge. Dans l'approche traditionnelle, la santé est conçue comme l'absence de déficience, de maladie et d'infirmité.

Dans cette perspective, on est soit en bonne santé soit malade. Il n'y a pas de place pour le vieillissement, c'est-à-dire pour les changements biologiques qui accompagnent l'avancée en âge (sénescence) et qui modifient les capacités physiques sans que l'on puisse parler de maladie. Certes, un certain nombre de maladies chroniques, cardiovasculaires et rhumatismales (notamment) surviennent plus fréquemment après 60 ans, mais il est souvent difficile de distinguer ces maladies des manifestations de la sénescence, qui s'expriment le plus souvent avec les mêmes symptômes. Ces considérations conduisent la plupart des professionnels de la santé à assimiler vieillissement et maladie et, en définitive, à médicaliser la vieillesse.

Les perceptions de la santé évoluent également avec l'avancée en âge, ce qui peut expliquer le paradoxe pointé dans le Baromètre santé, à savoir que des personnes avec des déficiences et des incapacités jugent plutôt bonne leur santé. Les représentations de la santé - plus généralement le référentiel qui permet de juger de sa santé - et les priorités de santé ne sont pas les mêmes dans les différents groupes d'âge. De nombreux travaux ont montré que la présence de maladies ou d'incapacités chez des personnes âgées de plus de 60 ans n'implique pas obligatoirement qu'elles se considèrent en mauvaise santé³. Ceci suggère qu'il importe de porter attention à la façon dont les plus de 60 ans, et particulièrement les plus de 80 ans, perçoivent le fonctionnement de leur corps et leur bien-être. Le danger est de projeter dans les études d'observation

3. Kelley-Moore J.A., Schumacher J.G., Kahana E., Kahana B. «When do older adults become 'disabled'? Social and health antecedents of perceived disability in a panel study of the oldest old». *Journal of health and social behavior*, 2006, vol. 47, n° 2 : p. 126-141.

de la santé de ces classes d'âge des représentations de la santé qui ont un sens chez des adultes jeunes. Quel point de vue souhaite-t-on privilégier ? Celui des professionnels de santé (le concept de maladie est opérationnel) ou celui des personnes âgées (le concept de qualité de vie devrait lui être préféré) ?

Évidemment, les résultats du Baromètre santé doivent être rapportés aux caractéristiques de la population enquêtée. D'une part, le taux de refus de participer est de 39 % et, d'autre part, la population est constituée de personnes vivant à leur domicile, en France métropolitaine et parlant le français. Ce choix, dont on comprend les raisons méthodologiques, ne permet pas d'avoir des données qui seraient utiles concernant des populations de personnes âgées en situation de précarité, que ce soit dans les départements d'outre-mer ou parmi la population vieillissante des immigrés, ainsi que dans les hébergements collectifs pour personnes âgées ou handicapées. De même, les plus de 85 ans, qui représentent 1,5 million de personnes, sont exclus de l'enquête alors que nous aurions besoin de données concernant ces personnes qui vont devenir de plus en plus nombreuses.

UN GROUPE D'ÂGE AUX MULTIPLES ENJEUX SANITAIRES

Il est habituel de catégoriser les populations selon leur âge. On a l'habitude de parler de personnes âgées lorsque celles-ci ont atteint ou dépassé 60 ans. Cet âge fait plus ou moins référence à l'âge légal de la prise de la retraite, âge qui évolue au gré des réformes des régimes de retraite. Le choix du critère d'âge pour définir une population n'est en réalité pas neutre. En choisissant 55 ans comme critère d'entrée dans l'étude de la santé des personnes âgées, les responsables du Baromètre santé suggèrent que les dernières années de la vie professionnelle ont une influence sur la suite de l'évolution de la santé. Lorsque l'on aborde la santé des personnes âgées, le danger est de considérer ce groupe de façon univoque et de ne pas distinguer les différentes générations qui le composent, et donc les différents enjeux sanitaires. Trois enjeux nous paraissent importants :

- *arriver à l'âge de la retraite en bonne santé ;*
- *rester en bonne santé le plus longtemps possible ;*
- *garder une qualité de vie satisfaisante malgré les conséquences du vieillissement et des maladies.*

Les 55-65 ans doivent faire face à la fin de leur vie professionnelle et au passage à la retraite, moment délicat pour certains dans le domaine de la santé physique et psychique. Les disparités sociales face à la retraite ne sont pas suffisamment prises en compte, tout

comme les conséquences de conditions de travail pénibles durant toute la vie professionnelle et en particulier en fin de vie professionnelle. Pour un nombre important de personnes, les ouvriers et les employés notamment, les déficiences, maladies et incapacités sont présentes dès le début de la retraite. Les montants des retraites sont évidemment différents selon les catégories socioprofessionnelles mais aussi l'espérance de vie en bonne santé à 60 ans. Ainsi, si la France affiche une espérance de vie dans le peloton de tête des pays européens, surtout pour les femmes, elle occupe par contre une moins bonne place lorsque l'on considère l'espérance de vie en bonne santé; depuis 25 ans, les inégalités sociales face à la mort se maintiennent⁴, en dépit des très nombreuses actions de prévention mises en place en population générale.

Pour ceux qui sont arrivés à 65 ans en bonne santé, l'objectif est d'y rester le plus longtemps possible. Aux États-Unis, John W. Rowe et Robert L. Kahn⁵ ont proposé le concept de « successful ageing », combinaison de trois éléments : l'absence de maladie et de facteurs de risque de maladies chroniques, le maintien des capacités physiques et cognitives, et l'engagement dans des occupations. En France, c'est le concept de « bien vieillir » qui a été introduit. Il suggère que les déficiences, maladies et incapacités, habituellement associées à l'avancée en âge, peuvent être retardées, voire supprimées, par une hygiène de vie et par le dépistage précoce des déficiences. Il insiste également sur le fait de rester actif comme critère principal du « bien vieillir ». Mais, à y regarder de plus près, cette expression est un oxymore, comme l'a fait remarquer le psychologue Baltes⁶ puisque « vieillir avec succès » (ou dans l'approche française « bien vieillir ») implique en fait de ne pas vieillir. Cela fait penser aux paroles de Pierre Desproges⁷ : « Mourir, la belle affaire, mais vieillir ! Certes il est pénible de vieillir, mais il est important de vieillir bien, c'est-à-dire sans emmerder les autres. C'est une simple question de bonne éducation. » Sous couvert de s'intéresser à la santé des personnes âgées, c'est en fait la diminution des dépenses de santé de ce groupe d'âge que l'on vise. Et après tout pourquoi pas ?

Mais si nous souhaitons rester le plus longtemps possible en bonne santé, nous souhaitons également, lorsqu'une maladie survient, être capables de réduire ses effets dans notre vie quotidienne (préven-

4. Blanpain N. « L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent ». *Insee Première*, octobre 2011, n° 1372 : 4 p. En ligne : www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1372/ip1372.pdf [14/11/2013]

5. Rowe J., Kahn R. « Successful aging ». *The Gerontologist*, 1997, vol.37, n° 4 : p. 433-440.

6. Baltes M.M. « Successful ageing ». In : Ebrahim S., Kalache A. dir. *Epidemiology in old age*. Londres : BMJ Publishing Group, 2006 : p.162-168.

7. Desproges P. *Manuel de savoir-vivre à l'usage des rustres et des malpolis*. Paris : Éditions du Seuil, 1981 : 151 p.

tion tertiaire). Cela implique un système de soins centré sur la prise en charge des personnes souffrant de maladies chroniques invalidantes, ce qui n'est pas suffisamment le cas actuellement. Aussi est-il nécessaire de réorganiser le système de soins et de lui permettre de faire face à de multiples défis⁸. Par exemple, comment passer d'un système de soins centré sur la prise en charge des maladies aiguës à un système qui se préoccupe des maladies chroniques et invalidantes ? Un tel système garantirait la continuité des soins et mettrait au centre de ses préoccupations le maintien de la qualité de vie des personnes âgées. Pour cela, comment favoriser le fonctionnement en réseaux des professionnels de santé et sociaux ainsi que celui des établissements sanitaires et sociaux ? Comment rompre avec le modèle actuel d'un professionnel (le plus souvent un médecin) au centre du système et faire coopérer plusieurs professionnels de santé ? Comment permettre aux personnes âgées ainsi qu'aux aidants proches d'être impliqués dans les choix qui les concernent ? Ces changements seront difficiles à mettre en place car le système de soins et l'hôpital font face à une crise (notamment financière).

Pour les personnes les plus âgées, de 75 ans et plus, outre les enjeux précédents, il importe de pouvoir rester chez soi, de mener la vie que l'on souhaite, en dépit de la baisse de certaines capacités physiques et psychiques, et de mourir dans la dignité. Aider une personne à vivre avec ses déficiences et ses incapacités peut nécessiter des aménagements de son logement, l'utilisation de la domotique et un environnement physique et social adapté. Rien de spécifique aux personnes âgées dans ces mesures, mais le grand âge nécessite une attention particulière et la dépendance ne devrait pas être considérée comme une maladie. La dépendance n'est-elle pas en définitive le propre de l'être humain, qui a besoin d'autrui pour vivre⁹ ? De plus, la dépendance n'est pas un état mais une fonction qui varie selon des facteurs personnels (capacités physiques, cognitives et psychologiques) et aussi selon des facteurs culturels, sociaux et économiques (réseau social, logement, revenus, transports, environnement physique, politique de la ville, etc.). Il est plus juste de parler de personnes âgées en situation de dépendance que de personnes âgées dépendantes. C'est pourquoi, selon le regard que nous portons sur le grand âge, les possibilités et les stratégies pour apporter des solutions à ses problèmes se multiplient ou se réduisent.

8. Cassou B. « Réorganiser l'offre de soins aux personnes âgées ». In : *Voyage au pays de Gérousie*. Paris : Musée de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 2007 : p. 194-197.

9. Memmi A. *La Dépendance, esquisse pour un portrait du dépendant*. Paris : Gallimard, 1979 : 216 p.

QUE FAIRE POUR VIEILLIR EN BONNE SANTÉ APRÈS 55 ANS ?

Les stratégies, multiples, ont déjà été présentées et discutées dans plusieurs articles¹⁰, dont un numéro de la revue Gériologie et société. On peut distinguer trois objectifs : freiner le processus de vieillissement, diminuer l'incidence des maladies chroniques et invalidantes, et promouvoir les capacités physiques et psychiques. Chaque objectif peut être atteint par plusieurs stratégies.

Il faut donc se demander en premier lieu s'il est possible d'agir sur le processus de vieillissement biologique. Il s'agit d'un vieux rêve de l'humanité, qui semble se concrétiser si l'on croit les protagonistes d'un nouveau domaine de la médecine : l'« anti-aging ». Lucian Boia, dans son ouvrage¹¹, décrit toutes les tentatives pour repousser les effets du vieillissement. Les propositions sont multiples : injections d'extraits testiculaires, de cellules embryonnaires, de procaine, ou bien absorption en grande quantité de yaourts bulgares, de gelée royale d'abeille ou de substances végétales comme le ginseng. Aucune de ces mesures ne repose sur des données scientifiques validées. De nos jours, les hormones sont sur le devant de la scène - déhydroépiandrostérone (DHEA), hormones sexuelles, hormone de croissance, mélatonine - tout comme les antioxydants. Certes, les taux sanguins des hormones diminuent avec l'âge, mais leur intérêt n'a de sens que chez les personnes qui ont un déficit et après avoir pris en compte les risques d'un tel traitement. Leur efficacité sur le processus de vieillissement est loin d'être démontrée, en dehors des effets des hormones sexuelles sur quelques manifestations du vieillissement. Les médecins et chercheurs aimant annoncer régulièrement des lendemains qui chantent ne jurent plus que par la nanomédecine ou l'utilisation des cellules souches pluripotentes induites dans le cadre d'une médecine régénérative pour faire reculer le vieillissement.

Il serait plus raisonnable de se donner comme objectif d'arriver à 55 ans avec la meilleure santé possible. Le mode de vie de la première moitié de la vie et les conditions du travail durant la vie professionnelle sont deux leviers sur lesquels on peut agir. Les messages préventifs concernant le tabagisme, la consommation d'alcool, les

10. Cassou B. Samour A.-M. « Prévenir le vieillissement pathologique ». Documents CLEIRPPA, octobre 2005, n° 20 : p 8-9.

Cassou B. « Prévenir les maladies et promouvoir la santé ». *Gériologie et société*, février 2008, n° 125 : p. 11-22. En ligne : www.cairn.info/revue-geriologie-et-societe-2008-2-page-11.htm [14/11/2013]

Cassou B. « La prévention est-elle un moyen de réduire les dépenses de santé et d'améliorer la qualité de vie ? » Documents CLEIRPPA, mai 2011, n° 42 : p 8-11.

11. Bola L. *Pour vivre deux cents ans*. Paris : In Press Éditions, 1998.

activités physiques et la nutrition sont bien connus : il s'agit d'actions préventives qui visent les comportements des personnes. Ce n'est pas le cas des actions préventives concernant l'organisation et les conditions de travail qui ne s'adressent pas directement au salarié mais au chef d'entreprise. Pourtant, un grand nombre de pathologies et de déficiences qui apparaissent après la retraite ont pour origine, entre autres, le milieu de travail : cancers, pathologies cardiovasculaires, pathologies pulmonaires, surdité, affections rhumatismales. Les effets à long terme des conditions de travail n'ont jusqu'à présent pas suffisamment retenu l'attention des gouvernements et des professionnels de la santé publique.

Les conditions du passage à la retraite et plus généralement les dernières années de travail vont influencer les années de retraite d'autant plus qu'elles auront été pénibles physiquement et psychologiquement. Pour de nombreuses personnes, le passage à la retraite est un moment critique qui va nécessiter de réorganiser son rythme de vie, sa vie conjugale, ses centres d'intérêt et ses projets. C'est aussi le moment où commencent à apparaître les dysfonctionnements organiques liés aux processus de vieillissement, où peuvent émerger des maladies chroniques et où se modifie l'environnement affectif, social et financier. Cet environnement va en grande partie déterminer l'intensité des conséquences des désordres physiques. Les séminaires de préparation à la retraite sont l'occasion de s'informer sur les changements de santé à venir et sur les moyens d'y faire face¹². Il ne s'agit pas d'énoncer une série de recettes pour réussir sa retraite mais plutôt de favoriser une réflexion des participants autour des enjeux sanitaires de cette nouvelle phase de leur vie. Cela implique d'aider les participants à changer leur regard sur ce que sont le vieillissement et la vieillesse, de passer d'une vision déficitaire du vieillissement à une vision plus équilibrée du devenir, fait de pertes et de gains.

Promouvoir et entretenir les capacités de l'organisme sont évidemment des mesures valables à tous les âges. Deux mesures sont particulièrement intéressantes et de nombreuses études scientifiques ont démontré leur efficacité dans des populations sélectionnées : la pratique régulière d'une activité physique et le respect d'une alimentation variée et équilibrée. La première contribue à maintenir le plus longtemps possible les capacités d'endurance, la souplesse articulaire, l'équilibre, les fonctions musculaires et de coordination. Cette activité doit être adaptée à l'âge, aux capacités physiques et aux désirs de la personne. La seconde repose sur des liens mis en

12. Bourdessol H., Dupont O., Pin S. et al. *Les sessions de préparation à la retraite : un enjeu citoyen*. Saint-Denis : Inpes, Coll. Santé en action, 2011 : 146 p.

évidence entre certains nutriments et des pathologies ou des manifestations du vieillissement. Des aliments sont à privilégier : les légumes et les fruits pour leur apport en vitamines et sels minéraux, le poisson pour l'apport en acides gras polyinsaturés, les produits laitiers pour leur apport en calcium, les sucres lents (pâtes, riz, légumes secs, pain) pour permettre un apport énergétique suffisant, l'eau (au moins 1,5 l de boisson par jour). En revanche, la consommation de sel et de sucre rapide est à réduire. L'adhésion à ces deux mesures en population générale est variable selon l'âge, le sexe, la catégorie sociale, le lieu de vie, car elle repose sur une combinaison complexe de facteurs physiques, psychiques et sociaux. La mise en place par l'Inpes d'une « fabrique à menus » [www.mangerbouger.fr] va probablement faciliter l'adhésion aux recommandations nutritionnelles.

La réduction de l'incidence des maladies chroniques et invalidantes passe par des actions sur les facteurs de risque pouvant conduire à ces maladies. Le traitement d'une hypertension artérielle ou d'un trouble lipidique, l'équilibre d'un diabète, l'arrêt du tabagisme, la modération des consommations d'alcool peuvent avoir des conséquences bénéfiques sur l'état de santé, en particulier si la personne présente plusieurs facteurs de risque. Le contrôle de ces facteurs, qui ne repose pas uniquement sur la prescription de traitements médicamenteux, peut réduire l'incidence des maladies cardiovasculaires, cérébrovasculaires et cancéreuses au grand âge. En revanche, au-delà de 80 ans, la communauté scientifique s'interroge sur l'intérêt d'agir sur les facteurs précédents. Nous manquons d'études concordantes spécifiques à ce groupe d'âge. La décision doit être réfléchie pour chaque personne. Face à une anomalie biologique ou à un comportement à risque, la personne devra arbitrer avec l'aide de son médecin entre deux attitudes : « en faire trop » et risquer d'altérer son bien-être présent ou, au contraire, « ne pas en faire assez » et prendre le risque que survienne dans un avenir plus ou moins lointain une maladie, notamment cardiorespiratoire.

La prévention secondaire est plébiscitée par les médecins. Plusieurs études ont montré que certaines déficiences et affections sont diagnostiquées avec retard chez les personnes âgées. L'une des mesures proposée par le plan national « Bien vieillir » concerne la réalisation de bilans réguliers de prévention après 65 ans. Ils devraient permettre de dépister précocement des anomalies ou des facteurs de risque susceptibles de bénéficier d'une intervention. C'est le cas pour les troubles sensoriels (vision et audition) et dentaires, les anomalies podologiques, l'incontinence urinaire, la dénutrition, la dépression, certains cancers (sein, col, côlon, peau). Après 75 ans, les mesures visant à diminuer la fréquence et les conséquences des chutes sont nécessaires.

*Mais ce bilan ne doit pas se réduire à une approche médicale de la santé de la personne. Deux objectifs sont importants : augmenter la capacité d'agir pour prendre soin de son corps, et augmenter le pouvoir de faire des choix personnels en matière de santé. Pour cela, il importe d'évaluer la capacité à faire face aux difficultés liées à l'avancée en âge, notamment en appréciant l'estime de soi, le vécu de la vieillesse, l'état psychoaffectif et ce qui détermine pour chacun sa qualité de vie. C'est pourquoi la santé ne devrait pas être conçue uniquement comme un « capital » à préserver, à restaurer, mais devrait être aussi conçue comme un ensemble de potentialités et de ressources en perpétuelle construction. Il y a cinquante ans, Georges Canguilhem, philosophe et médecin, a souligné dans son ouvrage *Le Normal et le Pathologique*¹³ que ce qui caractérise les êtres vivants est leur aptitude à définir et à faire varier leurs normes de fonctionnement. C'est tout l'enjeu du vieillissement de chacun d'entre nous. Promouvoir la santé des personnes âgées consiste à accroître le bien-être personnel en développant les facteurs de robustesse, les conditions de vie favorables à la santé mais aussi les capacités à changer. Il s'agit de donner aux personnes âgées les moyens d'exercer un meilleur contrôle de leur santé en s'appuyant sur leurs ressources, c'est la définition de la promotion de la santé. Comme le soulignait il y a plus de vingt-cinq ans le philosophe et gériatologue Michel Philibert¹⁴, « la tâche n'est pas de combattre le vieillissement, ni de le nier, ni de le fuir. Elle n'est pas davantage de le subir dans la résignation ou l'amertume, le regret ou la révolte. Elle est de le regarder en face, de discerner ce qu'il nous apporte et ce qu'il nous enlève ; elle est de l'accueillir, de l'interpréter et de le conduire, de chercher à saisir et à exploiter les chances qu'il nous offre, autant qu'à parer les coups qu'il nous porte et à compenser ceux que nous ne pouvons éviter ; elle est de continuer à projeter, à espérer, à entreprendre. » De ce point de vue, il s'agit moins de faire consommer des actes de prévention aux personnes âgées, comme le propose (notamment) la prévention médicale, mais plutôt de produire de la santé et donc de la vie.*

LES LIMITES DES ACTIONS DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ APRÈS 60 ANS

Comprendre les avantages, les limites et les effets néfastes des conseils de santé et du suivi médical est indispensable si l'on veut être acteur de sa santé. La prévention est trop souvent abordée sans regard critique comme une activité ne pouvant apporter que des bienfaits aux individus et à la société. Les problèmes sont de

13. Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF, 1966.

14. Philibert M. Faut-il lutter contre le vieillissement ? *Gérontologie*, 1977, n°26 : p. 5-6.

trois ordres : la conception de la santé et du vieillissement véhiculée par les actions de prévention, les preuves scientifiques de l'efficacité et de l'utilité des mesures en population générale, et la place des personnes âgées dans cette pratique sociale.

La prévention est construite sur l'idée qu'il est possible d'éviter des déficiences et des maladies ou du moins de retarder ou d'atténuer leurs effets. Les actions ont le plus souvent pour cible l'individu hors de tout contexte de vie. Or la santé se construit dans un environnement culturel et social¹⁵. Des choix concernant la collectivité sont donc importants pour le bien-être, comme le maintien des revenus à un niveau suffisant, l'accès à des soins de qualité et adaptés à ce groupe d'âge, une politique de la ville et des transports adaptée aux troubles locomoteurs et aux déficiences sensorielles. Selon le modèle de santé que privilégient les acteurs de santé publique, les stratégies diffèrent. Par exemple, concernant la prévention des fractures ostéoporotiques, l'approche biomédicale, soutenue par l'industrie pharmaceutique (qui produit les médicaments anti-ostéoporotiques) et par la plupart des médecins, se développe plus facilement que l'approche psychosociale (notamment les ateliers « équilibre ») proposée par d'autres acteurs de la prévention comme les mutuelles, les caisses de retraite complémentaire ou les municipalités.

Les stratégies mises en place pour les personnes âgées devraient faire la preuve de leur efficacité dans ce groupe d'âge. De même que l'on cherche à développer une pratique médicale fondée sur des preuves scientifiques (« evidence-based medicine »), les mesures de prévention devraient également être fondées sur des données scientifiques (« evidence-based prevention »). L'efficacité devrait être, lorsque cela est possible, recueillie à partir d'essais randomisés contrôlés. L'utilité des mesures en population générale devrait également être évaluée et, pour cela, les études devraient concerner des populations moins artificielles que celles des essais. Leurs effets indésirables (physiques ou psychiques) sont à prendre en compte, tout comme les coûts directs et indirects dans des études coûts/bénéfices. Il y a peu de travaux scientifiques rigoureusement menés concernant des populations de plus de 75 ans avec lesquels on puisse construire des stratégies préventives.

15. Lang T. « La santé se construit dans un environnement social ». *Questions de santé publique*, décembre 2009, n° 7 : 4 p. En ligne : www.iresp.net/iresp/files/2013/04/091204152034_95pn-7-determinants-.pdf [14/11/2013]

Richard L., Barthélémy L., Tremblay M.-C., Pin S., Gauvin L. *Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique : guide d'aide à l'action franco-québécois*. Saint-Denis : Inpes, 2013 : 112 p. En ligne : www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1417.pdf [14/11/2013]

Par ailleurs, ce qui paraît souhaitable à 60 ans l'est-il toujours après 80 ? Le contenu d'un bilan de santé réalisé au moment du départ à la retraite n'est pas forcément adapté aux objectifs d'un bilan de santé après 80 ans. De plus, les frontières entre vieillissement et maladie, entre vieillissement physiologique (sénescence) et vieillissement pathologique sont difficiles à distinguer au fur et à mesure que la personne vieillit. Le risque est de mal interpréter des manifestations physiologiques en rapport avec les processus du vieillissement. On conçoit les conséquences, notamment psychologiques, qui peuvent en résulter. C'est la porte d'entrée à la médicalisation de la vieillesse, avec ses succès (opération de la cataracte, prothèse de hanche, antibiothérapie, etc.) et ses dangers (examens complémentaires et traitements inutiles, polymédication et chutes, pathologies iatrogènes). Par exemple, en France, il est fréquent de proposer aux hommes de plus de 50 ans, dans un bilan de santé ou un suivi médical, le dosage sanguin de l'enzyme spécifique de prostate (PSA). En effet, à un âge avancé, de nombreux hommes présentent des cellules cancéreuses dans la prostate. Pour autant, le cancer n'est pas forcément agressif et la question d'un traitement chirurgical radical se pose. Le nombre important de faux positifs avec ce dosage est un autre problème. En effet, la sensibilité de ce dosage est élevée mais sa spécificité est faible. Ainsi de nombreuses personnes sont inquiétées à tort et vont subir des examens médicaux, radiologiques et biopsiques inutiles voire dangereux.

Une autre limite des mesures de prévention chez les personnes âgées et surtout très âgées est le manque de données cliniques et épidémiologiques spécifiques à ce groupe d'âge. C'est par extrapolation des résultats obtenus chez l'adulte jeune que l'on élabore souvent des stratégies thérapeutiques pour la personne âgée. Si les actions visant à réduire les facteurs de risque (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, obésité) sont un axe majeur de la prévention chez l'adulte jeune, ces actions sont discutées chez les personnes de plus de 75 ans car l'effet délétère de ces facteurs ne semble pas être de la même intensité selon les âges. Ces actions génèrent des consultations médicales régulières (jusqu'à la fin de la vie !) ainsi que le renouvellement, souvent sans réflexion, d'ordonnances comprenant de nombreux médicaments dont les interactions peuvent être à l'origine d'effets iatrogènes. Gilbert Welch et ses collaborateurs mettent en garde contre les surdépistages et surdiagnostics. Dans un de leurs travaux¹⁶, ils montrent que les experts de la prévention exagèrent volontiers les bénéfices du dépistage et en minimisent les inconvénients, ce que confirme une méta-analyse récente montrant

16. Welch G., Schwartz L., Woloshin S. *Over-diagnosed : making people sick in the pursuit of health*. Boston : Beacon Press, 2012 : 248 p.

le peu d'intérêt des bilans de santé pour les populations qui en ont bénéficié¹⁷. Soulignons cependant que ce qui ne paraît pas souhaitable aujourd'hui au-delà de 80 ans, comme par exemple le dépistage systématique du cancer de la prostate ou le traitement d'une augmentation du cholestérol, le sera peut-être demain si l'augmentation de la durée de vie se poursuit après 80 ans... Il faut savoir remettre en cause les stratégies préventives au fur et à mesure des avancées biologiques, médicales, épidémiologiques et des modifications de l'espérance de vie.

Enfin, comme toute pratique sociale, la prévention soulève de multiples questions concernant sa dépendance vis-à-vis des intérêts corporatistes et industriels. Les pouvoirs publics font appel, en règle générale, à des experts scientifiques et, dans le domaine du vieillissement, à des médecins, notamment des gériatres. Rien d'étonnant dans ces conditions à ce que la prévention soit principalement conçue dans une approche médicale et individuelle. Comme le suggérait déjà Ivan Illich¹⁸ il y a quarante ans, la prévention est souvent le meilleur moyen pour amener des personnes à se sentir malades et à demander des soins en accord avec les catégories médicales. L'implication croissante de l'industrie agroalimentaire dans la production de messages préventifs avec l'aide de leaders médicaux et de chercheurs scientifiques est un autre exemple de conflits d'intérêts dans la prévention. Il faut constater également que certaines dimensions de la santé sont absentes des rapports et des actions concernant la santé des personnes âgées. Le plan national « Bien vieillir » 2007-2009¹⁹ fait l'impasse sur la sexualité dans le maintien de la santé des personnes âgées. En le lisant, on apprend combien de laitages et de fruits et légumes il est souhaitable de consommer mais quid du nombre de relations sexuelles (et pourquoi pas de partenaires différents) par semaine pour garder la santé et le plaisir de vivre ? La vie sexuelle ne s'arrête pas après 70 ans. Pourquoi les personnes de plus de 70 ans sont-elles absentes des études « Contexte de la sexualité en France » de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et de l'Institut national d'études démographiques (Ined) ?²⁰ Quels sont les intérêts qui empêchent d'en parler ? De quoi a-t-on peur ? Le corps physique, pris en charge par de nombreux professionnels de santé, accapare presque toute l'attention, le corps psychique beaucoup moins et le corps sexué pas du tout. Pour Roger

17. Krogsgaard LT, Jorgensen KJ, Gronhoj Larsen C et al. "General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis". *British Medical Journal*, 2012, 345 : e7191. En ligne : www.bmj.com/content/345/bmj.e7191.pdf%2Bhtml [14/11/2013]

18. Illich I. *La convivialité*. Paris : Éditions du Seuil, Coll. Points essais, 1973 : p 15.

19. www.social-sante.gouv.fr/IMC/pdf/presentation_plan-3.pdf

20. Pellissier J. « À quel âge devient-on vieux ? » *Le Monde diplomatique*, juin 2013, n° 711 : p. 13-14.

Langlet et Marie Grosman²¹, « les intérêts des personnes âgées sont mal défendus car les pouvoirs publics, dont la mission est normalement de défendre l'intérêt général, sont très vulnérables au lobbying des groupes d'intérêts disposant de grands moyens ».

EN CONCLUSION

Permettre à la majorité d'entre nous de vivre longtemps et en bonne santé est devenu un objectif majeur de santé publique dans notre pays. L'augmentation de l'espérance de vie constatée depuis plusieurs décennies en France est principalement liée à des mesures collectives améliorant le milieu de vie, de travail, et à la protection sociale. Les progrès médicaux ont aussi leur part. À partir des années 1960, ces progrès sont notamment responsables d'une augmentation de la durée de vie des personnes de plus de 60 ans, avec des conséquences plus ou moins heureuses sur la qualité de vie des personnes. Le champ de la santé est vaste. Pour les uns, la santé, c'est ne pas tomber malade, pour d'autres, c'est fonctionner au mieux dans son environnement, pour d'autres encore, c'est profiter de ses capacités physiques et psychiques pour découvrir de nouveaux espaces de vie et prendre plaisir à vivre. La santé, tout comme le vieillissement, est en définitive un processus qu'il importe d'aborder dans toutes ses dimensions : biologiques, psychologiques, sociales et spirituelles. C'est le résultat des interactions entre ces différents domaines, eux-mêmes situés dans un contexte socioéconomique et culturel qui influence ces interactions.

Réduire le vieillissement ou la santé à la seule dimension biomédicale renforce les préjugés sur l'avancée en âge et limite les stratégies pour rester en bonne santé dans cette phase de l'existence. Il y a donc deux façons d'envisager la prévention au cours du vieillissement : soit on focalise l'attention des personnes âgées et des professionnels de santé sur les déclin et pertes fonctionnelles qui accompagnent l'avancée en âge et qu'il faut prévenir, soit on met l'accent sur les ressources et les potentialités, toujours présentes chez une personne, et qu'il faut promouvoir pour maintenir une autonomie et une qualité de vie satisfaisante. Ces deux approches ne s'excluent pas. Le danger est d'en privilégier une aux dépens de l'autre.

Pr Bernard Cassou

Professeur émérite en santé publique, Université de Versailles (UVSQ),
laboratoire Santé-Environnement-Vieillessement EA 25-06,
Centre de gérontologie Sainte-Périne (AP-HP)

21. Lenglet R., Grosman M. « Laisser les personnes âgées seules face aux lobbies, c'est programmer notre future impuissance ». Documents CLEIRPPA, 2012, n° 47 : p. 3-7.



ANNEXES

Liste des tableaux et des figures

Sentiment d'information et craintes en matière de santé

- 32 **Tableau I** : Modèles logistiques sur le fait de se sentir bien informé (« *très bien* » ou « *plutôt bien* ») sur les grands thèmes de santé parmi les personnes âgées de 55 à 85 ans en 2010 (n = 3 188)
- 34 **Tableau II** : Profil des personnes de 55-85 ans se déclarant mal informées (« *très mal* » ou « *plutôt mal* ») sur au moins 6 thèmes de santé parmi les 12 thèmes proposés en 2010 (n = 3 230)
- 35 **Tableau III** : Évolution du pourcentage de personnes de 55-75 ans se déclarant bien informées (« *très bien* » ou « *plutôt bien* ») sur différents thèmes de santé publique ou de maladies entre 2000 et 2010
- 40 **Tableau IV** : Modèles logistiques sur le fait de craindre « *pas mal* » ou « *beaucoup* » les risques ou maladies citées pour soi-même parmi les personnes âgées de 55 à 85 ans en 2010
- 42 **Tableau V** : Profil des personnes de 55-85 ans déclarant avoir « *pas mal* » ou « *beaucoup* » de craintes sur au moins 6 thèmes parmi les 10 proposés en 2010 (n=2 993)
- 43 **Tableau VI** : Évolution entre 2000 et 2010 du pourcentage des personnes âgées de 55 à 75 ans déclarant craindre « *pas mal* » ou « *beaucoup* » pour eux-mêmes différents risques ou maladies
- 47 **Tableau VII** : Utilisation d'Internet et facteurs d'incapacité physique et psychique parmi les 55-85 ans en 2010 (en pourcentage)
- 29 **Figure 1** : Perception du sentiment d'information sur les grands thèmes de santé parmi les 55-85 ans en 2010 (en pourcentage)
- 30 **Figure 2** : Personnes de 55-85 ans se déclarant bien informées (« *très bien* » ou « *plutôt bien* ») sur les grands thèmes de santé selon le sexe en 2010 (en pourcentage)
- 31 **Figure 3** : Personnes se déclarant bien

informées (« *très bien* » ou « *plutôt bien* ») sur les grands thèmes de santé parmi les 15-85 ans selon l'âge en 2010 (en pourcentage)

36 **Figure 4** : Craintes en matière de santé chez les personnes âgées de 55 à 85 ans en 2010 (en pourcentage)

37 **Figure 5** : Personnes de 55-85 ans déclarant craindre « *pas mal* » ou « *beaucoup* » les grands risques de santé selon le sexe en 2010 (en pourcentage)

38 **Figure 6** : Personnes de 15-85 ans déclarant craindre « *pas mal* » ou « *beaucoup* » les grands risques de santé selon l'âge en 2010 (en pourcentage)

Dépression, détresse psychologique et pensées suicidaires : prévalences, recours aux soins et facteurs associés

59 **Tableau I** : Prévalence et odds ratios bruts selon le genre et le trouble psychologique associé parmi les 55-85 ans en 2010

59 **Tableau II** : Modèles logistiques sur le fait d'avoir eu un EDC dans l'année parmi les 55-85 ans suivant le sexe en 2010

60 **Tableau III** : Modèles logistiques sur le fait d'être en détresse psychologique (score < 56 au MH5) au cours des quatre dernières semaines suivant le sexe (sans EDC, ni pensées suicidaires au cours des douze derniers mois) parmi les 55-85 ans en 2010

61 **Tableau IV** : Modèles logistiques sur le fait d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois suivant le sexe (y compris les EDC comme facteur) parmi les 55-85 ans en 2010

63 **Tableau V** : Taux de recours aux soins au cours des douze derniers mois de l'ensemble des 55-85 ans selon le sexe et l'âge en 2010

63 **Tableau VI** : Taux de recours aux médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois selon le sexe, l'âge et la nature du trouble parmi les 55-85 ans en 2010

64 **Tableau VII** : Modèles logistiques sur le fait d'avoir consommé des médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois selon les variables sociodémographiques et la nature du trouble parmi les 55-85 ans en 2010

65 **Tableau VIII** : Taux de recours à une psychothérapie selon le sexe, l'âge et la nature du trouble parmi les 55-85 ans en 2010

66 **Tableau IX** : Modèles logistiques sur le fait d'avoir suivi une psychothérapie au cours des douze derniers mois selon les variables sociodémographiques et la nature du trouble parmi les 55-85 ans en 2010

67 **Tableau X** : Évolution des EDC au cours des douze derniers mois parmi les 55-75 ans selon le sexe et l'âge entre 2005 et 2010 (en pourcentage)

68 **Tableau XI** : Évolution entre 2005 et 2010 du recours aux traitements au cours des douze derniers mois parmi les personnes de 55-75 ans ayant déclaré un EDC dans l'année (en pourcentage)

55 **Figure 1** : Prévalence des EDC parmi les 55-85 ans en fonction du sexe et de l'âge en 2010

56 **Figure 2** : Prévalence de la détresse psychologique parmi les 55-85 ans en fonction du sexe et de l'âge en 2010

56 **Figure 3** : Prévalence des pensées suicidaires parmi les 55-85 ans en fonction du sexe et de l'âge en 2010

57 **Figure 4** : Distribution du nombre de personnes de 55-85 ans par indicateur et association d'indicateurs en 2010 (effectifs non pondérés)

Pratiques addictives

86 **Tableau I** : Facteurs sociodémographiques associés au fait d'avoir déjà fumé (fumeurs ou ex-fumeurs) et au tabagisme actuel selon le sexe parmi les 55-85 ans en 2010

86 **Tableau II** : Facteurs sociodémographiques associés à la consommation quotidienne d'alcool et aux consommations d'alcool

- à risque (Audit-C) selon le sexe parmi les 55-85 ans en 2010
- 88 **Tableau III** : Facteurs socioéconomiques associés à l'expérimentation de cannabis selon le sexe parmi les 55-64 ans en 2010
- 89 **Tableau IV** : Facteurs sociodémographiques associés à la pratique active de jeux d'argent parmi les 55-75 ans en 2010 (n=8118)
- 90 **Tableau V** : Facteurs psychologiques et sociaux associés au fait de fumer selon le sexe parmi les 55-85 ans en 2010
- 90 **Tableau VI** : Facteurs psychologiques et sociaux associés à la consommation d'alcool selon le sexe parmi les 55-85 ans en 2010
- 92 **Tableau VII** : Odds-ratios associés à un niveau de diplôme inférieur au bac et à un revenu par unité de consommation situé dans le premier quintile, par sexe et ajustés sur l'âge en continu parmi les 55-75 ans, pour différents comportements d'usage en 2005 et 2010
- 79 **Figure 1** : Statut tabagique par âge chez les hommes de 15 à 85 ans en 2010 (en pourcentage)
- 79 **Figure 2** : Statut tabagique par âge chez les femmes de 15 à 85 ans en 2010 (en pourcentage)
- 80 **Figure 3** : Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool par sexe et par âge parmi les 15-85 ans en 2010
- 80 **Figure 4** : Consommation d'alcool à risque (au sens du test Audit-C) par âge parmi les 15-85 ans en 2010 (en pourcentage)
- 81 **Figure 5** : Consommation hebdomadaire d'alcool par âge et par type d'alcool chez les hommes de 15-85 ans en 2010 (en pourcentage)
- 81 **Figure 6** : Consommation hebdomadaire d'alcool par âge et par type d'alcool chez les femmes de 15-85 ans en 2010 (en pourcentage)
- 82 **Figure 7** : Proportion de consommateurs quotidiens d'alcool selon le sexe, l'année et l'âge en 2010
- 84 **Figure 8** : Prévalence des pratiques de jeux d'argent par âge parmi les 15-75 ans en 2010
- Accidents de la vie courante et chutes**
- 104 **Tableau I** : Régressions logistiques sur la survenue d'un accident au cours des douze derniers mois parmi les 55-85 ans en 2010 (n = 3 237)
- 106 **Tableau II** : Prévalence des consultations, de la limitation des activités par peur de retomber et des troubles de l'équilibre suite à la dernière chute, parmi les personnes âgées de 55 à 85 ans selon le sexe et l'âge en 2010
- 107 **Tableau III** : Régressions logistiques sur le fait d'être tombé au cours des douze derniers mois en fonction du sexe parmi les 55 à 85 ans en 2010
- 108 **Tableau IV** : Régressions logistiques sur le fait d'être tombé au cours des douze derniers mois parmi les 55-85 ans en fonction de l'âge en 2010
- 110 **Tableau V** : Régression logistique où la variable dépendante est la survenue d'une chute au cours des douze derniers mois et les variables indépendantes des indicateurs de qualité de vie parmi les 55-85 ans en 2010 (N=3 054)
- 111 **Tableau VI** : Régression logistique où la variable dépendante est la survenue d'une chute au cours des douze derniers mois et les variables indépendantes des indicateurs d'incapacité parmi les 55-85 ans en 2010 (N=3 083)
- 112 **Tableau VII** : Régression logistique où la variable dépendante est le fait de déclarer des vertiges ou des troubles de l'équilibre et les variables indépendantes des indicateurs de qualité de vie et d'incapacité parmi les 55-85 ans en 2010 (N=3 051)
- 112 **Tableau VIII** : Régression logistique où la variable dépendante est le fait de limiter ses déplacements par crainte de retomber et les variables indépendantes des indica-

teurs de qualité de vie et d'incapacité parmi les 55-85 ans en 2010 (N=3 226)

103 **Figure 1** : Prévalence des déclarations d'AcVC au cours des douze derniers mois selon le sexe et l'âge parmi les 15-85 ans en 2010

105 **Figure 2** : Principaux mécanismes accidentels déclarés parmi les 55-85 ans lors du dernier accident selon le sexe et l'âge en 2010 (en pourcentage)

105 **Figure 3** : Prévalence des chutes au cours des douze derniers mois parmi les 55-85 ans selon le sexe et l'âge en 2010

109 **Figure 4** : Score moyen de qualité de vie selon le profil de santé de Duke en fonction de la survenue ou non d'une chute au cours des douze derniers mois parmi les 55-85 ans en 2010

110 **Figure 5** : Fréquence de la présence de difficultés à accomplir des actes de la vie quotidienne parmi les 55-85 ans en fonction de la survenue ou non d'une chute au cours des douze derniers mois, en 2010

113 **Figure 6** : Fréquence d'une chute au cours des douze derniers mois selon le sexe parmi les 55-75 ans en 2005 et en 2010

113 **Figure 7** : Fréquence des troubles de l'équilibre ou des vertiges au cours des douze derniers mois, selon le sexe parmi les 55-75 ans en 2005 et en 2010

Consommation de soins et prévention

123 **Tableau I** : Facteurs associés au fait de déclarer avoir une maladie chronique parmi les 55-85 ans en 2010 (n=9 661)

128 **Tableau II** : Facteurs sociodémographiques et de santé associés au fait d'avoir consulté au moins une fois divers professionnels de santé au cours des douze derniers mois chez les 55-85 ans en 2010

130 **Tableau III** : Facteurs sociodémographiques et de santé associés au renoncement aux soins pour raison financière dans les douze derniers mois chez les 55-85 ans en 2010 (n=9 730)

131 **Tableau IV** : Facteurs associés à la prise de médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois chez les 55-85 ans en 2010 (n=1 599)

132 **Tableau V** : Facteurs associés à l'évocation des problèmes d'alcool avec le généraliste lors d'une visite de routine chez les 55-85 ans en 2010 (n=3 243)

122 **Figure 1** : Prévalence des personnes se considérant malades chroniques suivant le sexe et l'âge parmi les 15-85 ans en 2010

124 **Figure 2** : Plaintes exprimées et vie sociale au cours des huit derniers jours chez les 55-85 ans, selon qu'ils déclarent ou non une maladie chronique en 2010 (en pourcentage)

125 **Figure 3** : Scores de qualité de vie selon le profil de santé de Duke chez les 55-85 ans selon qu'ils déclarent ou non une maladie chronique en 2010

126 **Figure 4** : Consultations des différents professionnels de santé au cours des douze derniers mois chez les 55-85 ans suivant le sexe en 2010 (en pourcentage)

126 **Figure 5** : Consultations des différents professionnels de santé au cours des douze derniers mois chez les 55-85 ans suivant l'âge en 2010 (en pourcentage)

132 **Figure 6** : Proportion de personnes de 55-85 ans ayant déjà eu un dosage de cholestérol suivant l'âge et le sexe en 2010

133 **Figure 7** : Délais de la dernière consultation gynécologique suivant l'âge chez les femmes de 55-85 ans en 2010 (en pourcentage)

Alimentation et activité physique : pratiques, perceptions et connaissances des recommandations

145 **Tableau I** : Classification des aliments du Baromètre santé nutrition 2008 selon les groupes d'aliments utilisés pour l'analyse

147 **Tableau II** : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon selon l'âge

- 150 Tableau III** : Facteurs associés au fait d'être influencé par certains critères dans la composition des repas parmi les 26-75 ans en 2008
- 153 Tableau IV** : Évolution du taux de consommateurs respectant les recommandations alimentaires parmi les 55-75 ans de 1996 à 2008
- 157 Tableau V** : Niveau d'activité physique perçu selon le niveau d'activité physique déclaré parmi les 18-75 ans selon l'âge en 2008 (en pourcentage)
- 148 Figure 1** : Prévalence du surpoids déclaré selon le sexe et l'âge parmi les 12-75 ans en 2008
- 148 Figure 2** : Prévalence de l'obésité déclarée selon le sexe et l'âge parmi les 12-75 ans en 2008
- 149 Figure 3** : Représentations de l'acte alimentaire selon l'âge parmi les 18-75 ans en 2008 (en pourcentage)
- 151 Figure 4** : Pourcentage des 12-75 ans citant correctement les repères recommandés selon l'âge en 2008
- 152 Figure 5** : Pourcentage des individus ayant un indice de diversité alimentaire maximal parmi les 12-75 ans selon l'âge et le sexe en 2008
- 154 Figure 6** : Nombre de plats pris au déjeuner parmi les 12-75 ans selon l'âge en 2008 (en pourcentage)
- 155 Figure 7** : Répartition des niveaux d'activité physique parmi les 18-75 ans selon le sexe et l'âge en 2008 (en pourcentage)
- 155 Figure 8** : Répartition des niveaux d'activité physique parmi les 18-75 ans selon le sexe et des tranches d'âge fines en 2008 (en pourcentage)
- 156 Figure 9** : Temps moyen d'activité physique par jour parmi les 18-75 ans selon le sexe, le contexte et l'âge en 2008 (en minutes par jour)

Études et enquêtes récemment parues aux éditions de l'Inpes

- F. Beck, S. Legleye, O. Le Nézet, S. Spilka.
Atlas régional des consommations d'alcool 2005. Données Inpes/OFD
2008, 264 p.
- A. Gautier, M. Jauffret-Roustide, C. Jestin
**Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et
comportements face au risque infectieux**
2008, 252 p.
- C. Chan Chee, F. Beck, D. Sapinho, P. Guilbert
La dépression en France. Enquête Anadep 2005
2009, 208 p.
- H. Escalon, C. Bossard, F. Beck (dir.)
Baromètre santé nutrition 2008
2009, 424 p.
- F. Beck, M-F. Brugiroux, N. Cerf (dir)
**Les conduites addictives des adolescents polynésiens.
Enquête Ecaap 2009**
2010, 200 p.
- A. Gautier (dir)
Baromètre santé médecins généralistes 2009
2011, 266 p.
- C. Ménard, G. Demortière, E. Durand, P. Verger, F. Beck (dir)
Médecins du travail/médecins généralistes : regards croisés
2011, 192 p.
- F. Beck, A. Gautier (dir)
Baromètre cancer 2010
2012, 272 p.
- Beck F., Guignard R., Léon C., Richard J.-B.
**Atlas des usages de substances psychoactives 2010.
Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes.**
2013 : 104 p.
- Beck F., Richard J.-B. (dir)
**Les Comportements de santé des jeunes.
Analyses du Baromètre santé 2010**
2013 : 344 p.

Conception graphique originale **Scripta** - Céline Farez, Virginie Rio
Maquette et réalisation **Philippe Ferrero**
75 rue de Lourmel - 75015 Paris - philippeferrero.tel
Photographie de couverture © **Fabrice Guyot**
Impression avril 2014 **Fabrègue**
Bois Joly - BP 10 - 87500 Saint-Yrieix-la-Perche

Dépôt légal avril 2014

Selon les projections de l'Institut national de la statistique et des études économiques, les plus de 65 ans représenteront en 2050 plus de 26 % de la population française, contre 17,5 % actuellement. L'espérance de vie à 60 ans sera par ailleurs sans doute plus longue qu'aujourd'hui. Dans un contexte de forte prévalence des maladies chroniques, ce double phénomène pose un certain nombre de défis à la collectivité : prévenir le risque de perte d'autonomie et maintenir la qualité de vie des personnes, si possible à domicile, afin de permettre à toutes et à tous de vivre le plus longtemps possible en bonne santé.

Dans cette perspective, actualiser et préciser notre connaissance des populations âgées et de leurs comportements de santé apparaît indispensable. C'est l'objectif de cet ouvrage qui analyse les données de l'enquête Baromètre santé 2010 pour faire le point sur les comportements, attitudes et connaissances en santé des 55-85 ans, en explorant diverses thématiques jusque-là peu étudiées pour ces populations. Les résultats, analyses et propositions de cet ouvrage visent à affiner ou à faire évoluer les stratégies de prévention et de promotion de la santé de l'ensemble des acteurs en lien avec les populations âgées (élus, décideurs, professionnels de santé, proches, aidants bénévoles ou professionnels).

**Ouvrage édité et diffusé gratuitement par l'Inpes ou ses partenaires.
Ne peut être vendu.**



Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex - France