



La santé au grand âge

Si les pathologies augmentent avec l'âge, il serait faux d'assimiler grand âge et maladie. Nombreuses personnes âgées souffrant de maladie chronique s'estiment en bonne santé même quand elles sont atteintes d'incapacité. La santé au grand âge doit donc s'appréhender à travers une approche plus globale que la seule absence de maladie.

Apprécier la santé au grand âge, comme à tout âge, n'a pas de sens en soi. En effet, son appréciation dépend des objectifs que l'on poursuit. Veut-on préserver ou améliorer la santé des personnes du grand âge en optimisant l'allocation des ressources et les interventions des services, juger de l'éligibilité pour telle ou telle prestation (santé publique, domaine d'action) ou veut-on améliorer la connaissance (santé publique, champ de recherche) en estimant l'évolution des phénomènes morbides, identifiant des facteurs étiologiques de telle ou telle maladie précisant les différences entre les effets du vieillissement normal et les vieillissements pathologiques ? On perçoit bien qu'il faut utiliser, pour apprécier la santé, des méthodes et instruments différents.

En pratique, le vieillissement biologique (sénescence) peut donner lieu à plusieurs types d'effet qui interfèrent de façon variable avec la santé (bonne ou mauvaise). Globalement, il se traduit par un déclin des capacités de l'organisme à maintenir ses fonctions internes face à des agressions physiologiques extérieures telles que les maladies ou les accidents pouvant alors entraîner la mort. Il est en outre respon-

sable d'altérations structurales et fonctionnelles qui surajoutent leurs effets aux maladies dégénératives. Enfin, certains changements physiologiques liés au vieillissement ont un impact clinique direct tels par exemple, la ménopause génératrice de certaines formes d'ostéoporose, les modifications des protéines du cristallin responsables de cataracte, l'artériosclérose responsable d'une augmentation de la tension artérielle systolique. On parle alors de pathologies associées au vieillissement. Inversement on ne doit pas prendre pour effets du vieillissement des phénomènes morbides liés à l'âge tels que l'hypoacousie aux sons aigus (elle ne s'observe pas dans certaines ethnies), l'hypertension artérielle (liée à une prédisposition génétique et à un régime riche en sel), l'ostéoporose vertébrale.

Le grand âge est celui où la proportion* d'individus atteints d'incapacités fonctionnelles pouvant retentir sur la vie quotidienne et nécessiter l'aide de l'entourage ou de la collectivité, est la plus élevée. La définition de la

* Mais pas forcément le nombre, du fait du relatif faible nombre de survivants aux âges avancés

santé la plus opérationnelle pour cet âge est donc l'adaptation au milieu et la capacité d'y fonctionner au mieux, compte-tenu des incapacités. Dans ce modèle médico-social, la mauvaise santé s'exprime par la perte des rôles sociaux et par les conséquences fonctionnelles et sociales des maladies et des déficiences. Cette vision de la maladie, centrée sur les conséquences, est également bien adaptée aux maladies chroniques (*voir figure*) dont la fréquence augmente avec l'avance en âge. Cette conception s'appuie sur les concepts d'incapacité fonctionnelle et de désavantage social. Le concept d'incapacité a pour avantage de s'appliquer à tous les problèmes de santé, car il est indépendant du diagnostic et de l'étiologie. Il peut se quantifier, ce qui permet de définir différents niveaux de santé correspondant à différents degrés de gravité et d'intensité de soins nécessaires. Les désavantages sociaux dépendent du vécu, des ressources personnelles et de l'environnement du sujet qui sont alors des déterminants de la santé, notamment au grand âge.

La présence de maladies et même d'incapacités n'est pas synonyme pour les personnes du grand âge de mauvaise santé. Le sentiment d'utilité sociale, les échanges avec l'entourage semblent essentiels pour conserver un sentiment de bonne santé (santé perçue) et une bonne qualité de vie et même en cas d'incapacités parfois sévères.

▶ J.-C. Henrard. Problèmes conceptuels posés par l'étude de la santé des personnes âgées. *Gérontologie et Société*, 1979, n° 9, p. 15.

▶ World Health Organisation (WHO) : *International classification of impairments, disabilities and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease*. Genève : OMS, 1980.

Centre d'études des revenus et des coûts (Cerc) *Revenus et conditions d'existence des personnes de plus de 60 ans : les revenus*. Paris : La Documentation française, 1993, 90 p.

dicaps, gênes ou difficultés dans la vie quotidienne ». Elles augmentent régulièrement à partir de 50 ans chez les hommes et de 55 ans chez les femmes pour atteindre près de 50 % des sujets des deux sexes âgés de 80 ans ou plus, ce qui ne signifie pas qu'ils aient besoin d'aide.

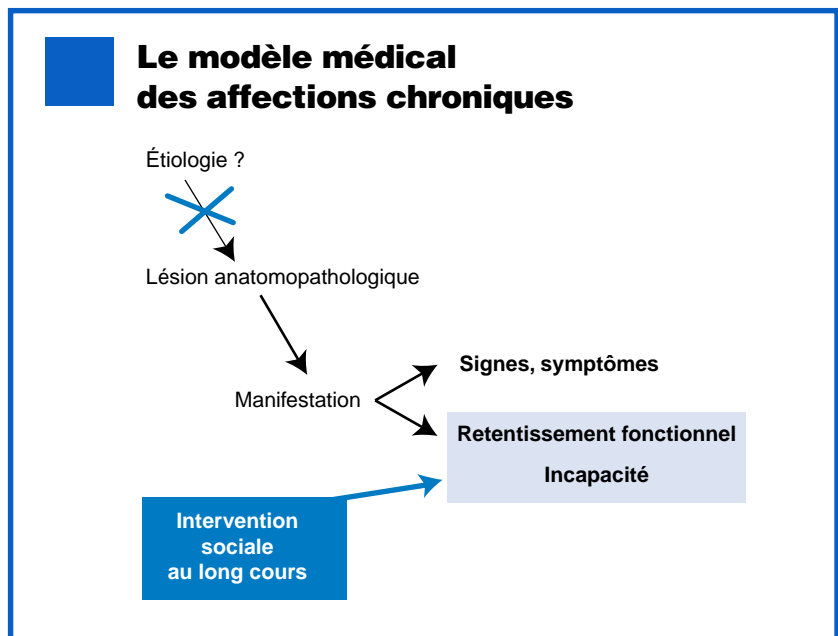
La dernière enquête « Santé » est plus riche que les précédentes. Elle renseigne sur les déficiences déclarées. Plus de 40 % des personnes âgées de 75 ans et plus déclarent une déficience contre moins de 25 % pour le groupe âgé de 65-74 ans et moins de 7 % pour les personnes âgées de 21 à 59 ans.

En terme d'*aptitude* au déplacement, cette enquête trouve 7 % de la population âgée de 65 ans et plus déclarant ne pouvoir sortir du domicile et moins de 1 % ne pouvant sortir du lit ou du fauteuil. Mais à une question explorant la *performance* habituelle, 14,2 % des personnes âgées de 65 ans et plus déclarent être confinées au domicile et 2,7 % au lit et au fauteuil. La fréquence du confinement augmente avec l'âge : à 80 ans et plus, 15 % des hommes et 30 % des femmes déclarent être dans cette situation. Dans une autre enquête portant sur les ressources et les conditions d'existence des personnes âgées près de 40 % des personnes de 80 ans et plus déclarent ne pas sortir de chez elles. Ces différences soulignent la difficulté du

La santé à travers les enquêtes en population

On manque d'études sur la santé au grand âge en France et les principales données dont on dispose reposent sur des enquêtes très générales où cette population est peu représentée, ou sur des enquêtes locales ciblées sur la population de 75 ans et plus mais dont les objectifs sont souvent mal précisés.

Il n'y a pas d'enquête nationale recherchant la fréquence des incapacités et des désavantages. Les enquêtes nationales décennales auprès des ménages, sur leur santé et leur consommation de soins médicaux, n'estiment que grossièrement la présence d'incapacité : les deux dernières renseignent sur la présence de « han-



recueil de ces notions et la nécessité de préciser ce que l'on veut mesurer (aptitude ou performance) et sur quelle période de référence (7 jours). Les légères réductions dans les déclarations de gêne permanente observées dans le temps, d'une enquête à l'autre, doivent être interprétées avec prudence.

Plusieurs enquêtes régionales portant sur la santé et les conditions de vie des personnes âgées ont été effectuées entre 1978 et 1986. La synthèse de cinq d'entre elles, effectuée par Gauthier et Colvez, classe les sujets en : confinés au lit ou au fauteuil (ayant besoin d'aide en général pour tous les gestes de la vie quotidienne) ; ayant besoin d'aide pour les soins de la toilette et de l'habillement ; ayant besoin d'aide pour sortir du domicile. En appliquant les pourcentages observés aux 8,5 millions de personnes âgées de 65 ans et plus estimées par l'Insee en 1994, on observe qu'environ 205 000 (2,4 %), 264 000 (3,1 %) et 1 057 000 (12,4 %) personnes seraient confinées au lit ou au fauteuil, auraient respectivement besoin de l'aide d'un tiers pour la toilette et l'habillement et de l'aide d'un tiers pour sortir du domicile. Les incapacités physiques et mentales sont associées à l'avance en âge. Les enquêtes régionales ont montré qu'à 85 ans et plus, 15 à 20 % des hommes et 25 % des femmes sont confinés au domicile et 15 % des personnes sont atteintes de démence. Ce sont ces derniers groupes à capacités réduites et atteints de démence qui nécessitent le plus souvent une intervention de l'entourage, d'employés rémunérés et/ou du dispositif professionnel d'aide et de soins. C'est pour cette population que se posent les problèmes d'optimisation des interventions des services, de l'allocation des ressources, d'éligibilité de la prestation spécifique dépendance créée par la loi du 24 janvier 1997.

Les critères d'attribution des aides

Peu de travaux se sont penchés sur l'évaluation des services d'aide et de soins. L'étude de l'octroi de l'aide ménagère au début des années quatre-vingt dans deux régions et une grande ville montre que moins de 50 % des bénéficiaires sont correctement ciblés (c'est-à-dire vivent seuls et ont un besoin d'aide pour des activités motrices et/ou pour une tâche domestique). Quelques quinze ans plus tard une analyse des facteurs liés au bénéfice de l'aide ménagère

Indice de santé perçue de Nottingham

Il comprend 38 items portant sur la présence de troubles de la mobilité physique (8 items), l'impression d'isolement social (5 items), la présence de douleur (8 items), de réaction émotionnelle (9 items), le tonus (3 items), la présence de troubles du sommeil (5 items).

▶ A. Gauthier, A. Colvez. Les enquêtes régionales sur l'état de santé des personnes âgées réalisées en France entre 1978 et 1986. In *Solidarité santé, Cahiers Statistiques*, 1989, n° 16, p. 37-50.

M.-O. Simon, F. Martin. La prestation dépendance : expérimentations. Rapport final du programme d'évaluation de l'expérimentation d'une prestation dépendance. Paris : Credoc, 1996.

▶ L. Letenneur, L. Dequae, H. Jacqmin, J. Nuissier, A. Decamps *et al.* Prévalence de la démence en Gironde (France). *Rev Epidem et Santé Publ*, 1993, vol. 41, n° 2, p. 139-145.

La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Situation au 31 décembre 1994. *Documents statistiques*, 1996, n° 250, 170 p.

▶ S. Curtis, D. Bucquet. Characteristics of elderly people receiving homehelp in three regions of France. *Rev Epidem et Santé Publ*, 1987, vol. 35, n° 3-4, p. 318-322.

professionnelle montre que l'incapacité lourde (pour les actes corporels) ne constitue toujours pas le premier critère d'attribution et que les éléments subjectifs (expression de la mobilité à travers l'indice de santé perçue de Nottingham) ont une forte influence.

L'optimisation de l'allocation des ressources dépend théoriquement des schémas gérontologiques départementaux. Ils sont, lors des premiers schémas, souvent réduits à un modèle statistico-administratif prenant en compte le recensement de la population et son évolution à venir et le recensement des services et équipements, la confrontation des deux tenant lieu d'analyse dite des besoins. La prospective se réduit à une prévision démographique et une extrapolation de tendance. Elle se limite aux compétences du Conseil général et parfois aussi à celles de l'État déconcentré. Lors des schémas suivants, l'analyse systémique intégrant des indicateurs d'incapacité (ou de dépendance) et les mécanismes de concertation des autres acteurs commencent à se développer.

L'éligibilité pour la prestation spécifique dépendance est appréciée par la grille Aggir (autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources) appliquée à domicile par une équipe médico-sociale. Elle a été utilisée lors de l'expérimentation de la prestation dépendance dans douze départements. Les principales difficultés rencontrées lors de son utilisation sont en partie dues à une non-prise en compte des différentes stimulations pouvant renforcer ou diminuer l'autonomie fonctionnelle des personnes pour lesquelles elle est demandée et l'absence de prise en compte d'un temps d'observation. En outre elle n'envisage pas les ressources familiales, sociales et environnementales de la personne signalée et doit être complétée par une analyse des conditions de vie. Il en résulte des non-concordances entre les renseignements obtenus et le plan mis en place.

En 1994, l'étude de la clientèle des établissements d'hébergement et de soins pour personnes âgées, y compris les foyers-logements, montrait que 45 % des résidents sont âgés de 85 ans et plus, contre 38 % en 1990. 17 % des résidents sont confinés au lit ou au fauteuil, 32 % ont besoin d'aide pour la toilette et/ou l'habillement, 14 % ont besoin d'aide pour sortir de l'institution. 40 % ont un déficit intellectuel et parmi eux, 34 % sont confinés au lit ou au fauteuil, 51 % ont besoin d'aide pour la toilette et/ou l'habillement. La proportion de ceux

ayant un déficit intellectuel croît avec l'âge : de 32,5 % avant 75 ans, à 47 % au-delà de 84 ans. Enfin 42 % des résidants sont incontinents.

L'évolution de la mortalité et de la morbidité

Parmi les 520 000 décès survenus en 1994, 77 % concernent les personnes âgées de plus de 65 ans. Entre 1960 et 1990 l'espérance de vie à 60 ans s'est accrue de 21 % chez les hommes et de 24 % chez les femmes. L'espérance de vie à 80 ans a augmenté quant à elle de 30 % chez les hommes et de 33 % chez les femmes durant la même période. Les gains sont dus essentiellement à la baisse de moitié de la mortalité par maladie circulatoire qui reste néan-

A. Nizard, N. Bourgoin. Sur l'évolution de la mortalité au troisième âge et aux âges antérieurs. *Gérontologie et Société*, 1994, n° 71, p. 42-65.

G. Desplanques. L'inégalité sociale devant la mort. *In La Société Française. Données sociales 1993*, Paris : Insee, 1993, p. 251-258.

Haut Comité de la santé publique. *La santé en France 1996*. Paris : La Documentation française, 1996.

moins et de loin la première cause de décès. Cette baisse a plus profité au sexe féminin, qui a en outre moins de cancers liés aux facteurs de risque classique tabac et alcool, d'où une augmentation de la surmortalité masculine. Les inégalités sociales face à la mort se maintiennent après l'âge de la retraite. Le risque de décès entre 75 et 90 ans est maximal chez les personnes qui ont occupé les emplois les plus modestes : salariés agricoles, manœuvres et personnels de service. Les cadres et les professions libérales connaissent la mortalité la plus faible.

En 1991, l'espérance de vie à 65 ans était respectivement de 15,7 ans pour les hommes et de 20 ans pour les femmes et à 85 ans de 5,0 ans et de 6,2 ans. Comme ces indicateurs ne

suite page VII

Paquid étude de la perte d'autonomie fonctionnelle

Paquid (personnes âgées Quid) est une enquête épidémiologique qui a pour objectifs principaux l'étude du vieillissement cérébral normal et pathologique, et de la perte d'autonomie fonctionnelle après 65 ans. Elle est conduite à l'unité Inserm 330 à Bordeaux, sous la direction de J.-F. Dartigues et P. Barberger-Gateau.

Méthodologie générale

Un échantillon représentatif a été constitué par le tirage au hasard de 5 555 personnes âgées de 65 ans et plus, vivant à leur domicile, sur les listes électorales de 75 communes de Gironde et Dordogne ; 3 777 (68 %) ont accepté de participer. Les données recueillies lors de la visite initiale à domicile en 1987 et 1988 comportaient des informations socio-démographiques, médicales (symptômes, déficiences, médicaments, symptomatologie dépressive, santé subjective) et des tests neuropsychologiques, à l'issue desquels un diagnostic de démence était porté selon les critères du DSM III (troisième version de la classifi-

cation internationale des maladies mentales). L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle était réalisée avec les échelles ADL (*activities of daily life*) de Katz, IADL (*instrumental activities of daily life*, voir encadré sur l'évaluation de la dépendance) de Lawton, de Rosow-Breslau et une échelle de mobilité.

Les sujets ont été suivis à domicile de la même façon à 1 an puis à 3, 5 et 8 ans après la visite initiale.

Principaux résultats sur l'autonomie fonctionnelle

Ils peuvent être trouvés dans les rapports et thèses disponibles auprès de l'unité 330, et dans les principales publications citées en fin de dossier :

- Description de la dépendance pour chaque item
- La dépendance est très corrélée à l'âge, la dyspnée, les déficiences visuelles, les fonctions cognitives et une symptomatologie dépressive. Huit items ont une liaison spécifique et hiérarchisée avec l'échelle de dyspnée.

- À partir de quatre items de l'échelle IADL (utilisation du téléphone, des moyens de transport, responsabilité pour la prise de médicaments et la gestion du budget) un score très prédictif du risque de démence a été construit.

- Les facteurs de risque d'apparition de la dépendance et les facteurs pronostiques du retour à l'autonomie ont été étudiés à un an.

- La santé subjective est très liée à la dépendance, et elle n'est plus prédictive du risque de décès si l'on ajuste ce facteur chez les femmes.

- Les facteurs prédictifs d'entrée en institution à 5 ans sont, outre l'âge, l'absence de téléphone, la baisse des performances cognitives, le besoin d'aide pour faire les courses, un contact social restreint avec la famille.

Les recherches en cours portent sur la modélisation de l'évolution de la dépendance en fonction du temps, et de ses facteurs pronostiques.

Pascale Barberger-Gateau

cherche à utiliser la dépendance des personnes pour définir le « besoin d'aide », la référence est circulaire.

- *Utiliser un instrument de mesure bien construit et adapté à l'usage prévu*

On n'utilise pas le même instrument pour mesurer une bactérie ou une vache.

- *Définir les conditions de la mesure*

Qui mesure ? quoi ? comment ? pour qui ? pour quoi ?

Principes de la construction d'un outil de mesure²

- *Nommer la réalité à mesurer*
Pour nommer l'objet observé on utilise des échelles nominales : on définit des *dimensions* (état cognitif, état fonctionnel...) que l'on explore par des *rubriques* (les questions à poser : sur la mémoire, la locomotion par exemple) à partir de *points de vue* (fréquence, compensation, rapidité, élégance...).

- *Classer ou mesurer*
Pour classer on utilise des échelles ordinales hiérarchisées ou non. Pour passer des concepts au chiffrage on a recours à des échelles cardinales (chiffres ou codes alphanumériques, codes de la classification OMS...) qui seront ordonnées ou non.

Par exemple : la « locomotion » sera mesurée selon le périmètre, la fréquence, l'aide (humaine ou matérielle), le moyen de transport... et hiérarchisée selon 3, 4, 5 niveaux ou plus.

L'observation de règles métrologiques — comme par exemple : la valeur de l'intervalle, la surreprésentation explicite ou occulte de certaines dimensions — est souvent absente

des instruments utilisés pour « mesurer » la dépendance.

Validation d'un instrument de mesure

Valider un instrument, c'est vérifier ses qualités métrologiques, par des méthodes appropriées². La large utilisation d'un outil ne constitue pas une méthode de validation en soi. Cette étape majeure mais ingrate est souvent négligée bien qu'elle conditionne la qualité (donc l'utilité) des informations collectées. On se contente souvent de validation circulaire d'un instrument sur un autre.

On cherchera à évaluer la pertinence (validité ; mesurer ce que l'on cherche à mesurer), la fiabilité (confiance), la reproductibilité (entre observateurs, dans le temps...), la sensibilité (aux variations de la dimension observée), sans oublier l'applicabilité (adaptation à la qualification des utilisateurs, disponibilité des moyens de recueil et de traitement de l'information). Valider un instrument, c'est faire le bilan de ses qualités et de ses limites. Ce bilan se fait toujours en relation avec l'objectif visé par l'utilisateur. Il n'y a pas d'instrument validé dans l'absolu.

Béatrice Beauflis

1. H. Gardent, P. Roussel, S. Bonaiuto, F. Marcellini. *Utilisation de la classification des déficiences, incapacités et désavantages (CIH) chez les personnes âgées*. Édition du conseil de l'Europe, 1992, 80 p.

2. A. Colvez, H. Gardent. *Les indicateurs d'incapacité fonctionnelle en gérontologie. Information, Validation, Utilisation*. Ed. CTNERHI-PUF, 1990, 112 p.

J.-M. Robine, P. Mormiche, E. Cambois. L'évolution de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans. *Données sociales et économiques sur la vieillesse. Gérontologie et société*, 1994, n° 71, p. 66-84.

ESVI

C'est un indicateur issu de la combinaison des estimations de mortalité et des incapacités : on calcule le total des années vécues par la population entre deux âges donnés à partir de tables de mortalité et le nombre d'années sans incapacité à partir des résultats d'enquêtes transversales donnant la fréquence des incapacités.

suite de la page V

renseignent pas sur la qualité de vie de ces années gagnées, plusieurs auteurs ont proposé (et calculé) l'espérance de vie sans incapacité (ESVI). En 1991, les femmes ont à 65 ans une ESVI de 12 ans contre 10 ans pour les hommes. À 85 ans la durée de vie sans incapacité est égale dans les deux sexes. La comparaison de cet index, entre 1981 et 1991, montre l'augmentation plus rapide de l'espérance de vie sans incapacité que l'espérance de vie elle-même tant à 65 qu'à 85 ans.

En terme de *morbidity par cause*, les principales sources sont les pathologies déclarées à partir des enquêtes décennales de santé et les enquêtes de morbidité hospitalière dans les services de soins de courte durée.

Les enquêtes santé appréhendant la morbidité prévalente de la population âgée montrent l'augmentation de la pluripathologie d'une enquête à l'autre notamment aux âges élevés. Cette augmentation est plus celle des déclarations de maladie qu'une croissance de la morbidité réelle. En 1991, les femmes déclarent en moyenne 8,2 affections contre 6,8 pour les hommes. La morbidité progresse régulièrement à partir de 40 ans chez les hommes et à partir de 50 ans chez les femmes avec un tassement vers 80 ans.

Les maladies cardio-vasculaires occupent la première place, touchant plus de trois personnes sur quatre du fait de la présence d'hypertension artérielle (44 % des personnes), de pathologie veineuse (31 % des personnes). Leur fréquence augmente après 80 ans, les personnes de ce groupe d'âge cumulant 187 maladies pour 100 personnes.

Avec les troubles de la réfraction (presbytie) et les prothèses dentaires, les affections ophtalmologiques et celles de la bouche et des dents occupent la deuxième et la troisième place. Les maladies ostéo-articulaires (81 pour 100 personnes) constituent le quatrième groupe comprenant la présence d'arthroses non rachidiennes, de rhumatismes, de douleurs articulaires (intéressant 46 % des femmes et 32 % des hommes) et la pathologie rachidienne. Ce groupe n'augmente pas de fréquence après 80 ans.

Les infections de la sphère respiratoire notamment ORL constituent une part importante de la morbidité incidente aiguë touchant près de trois personnes sur quatre dans l'année.

À l'hôpital, les maladies de l'appareil circulatoire (maladies cérébrovasculaires et

cardiaques) sont responsables de près de 20 % des séjours pour le sexe masculin et 18 % pour le sexe féminin, ceci dans la population âgée de 65 ans et plus.

Quatre autres groupes de pathologies apparaissent avec des fréquences relatives élevées chez les hommes : les tumeurs malignes (13 % des séjours), les symptômes et états morbides mal définis (10,5 %), la surveillance après traitement (10,6 %), les maladies digestives (10,1 %). Chez les femmes, les maladies du système nerveux (incluant les démences séniles dont la maladie d'Alzheimer) et des organes des sens (12,1 %), celles de l'appareil digestif (10,4 %) et le groupe des lésions traumatiques (incluant les fractures notamment du col fémoral) et empoisonnement (9,7 %) représentent des causes de séjour relativement fréquentes.

Perceptions de la santé chez les personnes âgées

L'étude de la santé perçue montre que 70 % des personnes âgées de 70 ans et plus perçoivent leur santé comme satisfaisante par rapport aux gens de même âge (contre 88 % chez les personnes de moins de 60 ans). Les personnes de plus de 60 ans ont un système de perception assez voisin de celui de l'ensemble de la population quant à leur propre santé, la santé en général et les facteurs qui y contribuent... Si les réponses sont communes et témoignent peut-être d'une réponse « sociétale », l'ampleur des réponses peut être différente dans la population âgée en fonction de leur vécu du moment (place du sport par exemple) et des phénomènes générationnels : place de l'environnement, du logement, valeur du travail.

Longévité et état de santé : des avis divergents

Le déclin de mortalité des générations âgées est responsable du considérable accroissement du nombre des personnes âgées de 80/85 ans et plus. L'augmentation avec l'âge de la propor-

► M.-C. Mouquet. Les pathologies traitées en 1993 dans les services de soins de courte durée. In *Informations rapides*, 1996, n° 78.

J.-F. Fries. Ageing, natural death and the compression of morbidity. *New England J Med*, 1980, vol. 303, n° 3, p. 130-.

S. J. Olshansky. The practical implication of increasing human life expectancy. *European J Publ Hlth*, 1995, n° 5, 35-39.

► À partir d'un sondage réalisé par le Crédoc en 1992 à la demande du Haut Comité de la santé publique sur un échantillon représentatif de la population française.
• P. Croutte, M. Legros. *La perception de la santé en France. Tome 1 : le sondage national*. Paris : Crédoc, 1993, 103 p.

J. S. House, J. M. Lepkowski, A. M. Kinney, R. P. Mero, R. C. Kessler, A. R. Herzog. The social stratification of Aging and Health. *J Hlth Soc Behav*, 1994, vol. 35, n° 3, p. 213-234.

tion de personnes handicapées soulève la question de l'état de santé de la population âgée dans le futur. L'augmentation de longévité s'accompagnera-t-elle parallèlement de celle de la morbidité et des handicaps. Les réponses ne sont pas concordantes.

◀ Pour certains, compte-tenu d'une longévité moyenne maximale de 85 ans et d'une longévité maximale de 115/120 ans, les améliorations continues de la santé s'accompagneront, notamment en cas de retard dans l'apparition des maladies chroniques, d'une compression croissante de la morbidité et de l'incapacité vers les âges très élevés.

◀ Pour d'autres, si l'on n'est pas capable de retarder les processus de sénescence et leurs conséquences, la baisse des taux de mortalité aux âges avancés signifie qu'il sera de plus en plus difficile d'influer sur les conséquences de l'accumulation, tout au long de la vie, des événements endogènes et exogènes endommageant le niveau moléculaire, caractéristiques du vieillissement biologique. Si les théories de l'évolution sont justes et si la sénescence est un processus multigénique, la prolongation de la durée de vie pour un plus grand nombre de personnes s'accompagnera inévitablement d'une augmentation de l'hétérogénéité de la cohorte des survivants aux âges avancés. Il est alors probable que des états pathologiques apparaissant comme rares aujourd'hui parmi les personnes âgées, deviendront plus fréquents et il est possible que de nouvelles maladies de la sénescence commencent à émerger. Le fait que de nombreuses maladies ou états morbides d'apparition tardive aient une composante génétique (telle la maladie d'Alzheimer par exemple) est en faveur de telles conclusions.

Sans clore le débat, il est important de souligner que les processus conditionnant les changements de la santé avec l'avance en âge sont largement stratifiés selon le statut *socio-économique*. Des travaux montrent que les écarts de santé augmentent avec l'âge selon les revenus et le niveau d'éducation, et ce jusqu'à un âge avancé. La réduction des écarts à un âge avancé peut être due à un phénomène de sélection, les personnes les plus fragiles des groupes socio-économiques les plus bas mourant avant de devenir vieux et/ou à une plus grande égalisation des risques de mauvaise santé du fait d'une plus grande fragilité universelle d'ordre biologique.

Si les femmes vivent plus longtemps elles ne sont pas en meilleure santé que les hommes

de même âge comme le montrent les différentes données de morbidité.

De nombreuses personnes ayant connu des conditions d'existence pénibles et ayant eu des comportements nocifs pour la santé atteignent un âge avancé ce qui indique que d'autres déterminants commandent les liens entre âge et santé. Une forte constitution peut prévenir l'apparition de certaines maladies létales mais est peut-être insuffisante à un âge très avancé pour contrebalancer les effets négatifs de l'addition de désavantages socio-économiques aux déficiences liées au vieillissement biologique.

Le type de personnalité, « la robustesse », « l'endurance » influencent le processus de « coping » (faire face) aux événements de vie stressants potentiellement redoutables pour les personnes âgées. Les personnes ayant de telles ressources psychologiques sont capables d'appréhender les situations menaçantes et, se sentant mises au défi et pleines de confiance en elles-mêmes, feront appel activement à leur support social. De nombreux travaux ont souligné son importance pour le maintien de la santé et du bien-être par le soutien affectif, l'aide informative et matérielle qu'il est susceptible d'apporter.

Les déterminants sociaux de la santé au grand âge

Les déterminants de la santé au grand âge sont mieux compris si l'on utilise la séquence développée par l'Organisation mondiale de la santé pour mesurer les conséquences des maladies chroniques. Les déficiences liées aux maladies et troubles pathologiques et à la sénescence ont pour conséquences des incapacités fonctionnelles. Les conditions de vie liées à l'environnement individuel (logement, support social) et/ou collectif (habitat), jouent un rôle majeur en corrigeant ou, au contraire, en aggravant les incapacités, générant plus ou moins de désavantages sociaux. L'histoire de la vie, le capital culturel et économique, la plus ou moins grande intégration au milieu environnant, sont également des facteurs essentiels du

► • S. C. Kobasa, S. R. Maddi, S. Kahn. Hardiness and health : a prospective study. *J Personality Social Psycho*. 1982, n° 42, p. 168-.

► • E. J. Colerick. Stamina in later life. *Soc Sci Med* 1985 n° 21, p. 997-.

► C. Sheldon, S. L. Syme. *Social Support and Health*. Orlando Florida : Academic Press, Inc., 1985.

► J.-M. Hourriez, B. Legris. Le niveau de vie relatif des personnes âgées *Économie et Statistique*, 1995, n° 283-284, p. 137-158

► N. Elias. *La solitude des mourants*. Paris : Christian Bourgeois édit., 1987.

maintien de l'autonomie, c'est-à-dire de la liberté de choisir son mode de vie. Tout cet ensemble de déterminants est fonction de caractéristiques socio-démographiques tels que l'âge, l'appartenance à une génération*, le genre, la catégorie socioprofessionnelle.

Les représentations collectives de la vieillesse contribuent à augmenter, diminuer voire supprimer le désavantage social conféré par les incapacités et le grand âge. La représentation dominante du grand âge étant celle de la dépendance**, de la maladie incurable et de la mort (encore que la mort soit niée par un refus de prise de conscience de la finitude de la vie en particulier par les adultes vieillissants) contribue à sa médicalisation.

Les revenus et les conditions de vie qui leur sont liées (confort et équipement du logement, habitat), le support social sont des déterminants, sociaux essentiels pour faire face (coping) aux incapacités liées au grand âge.

Des revenus hétérogènes

En matière de revenus, lorsque l'on s'intéresse aux politiques d'action sociale, un point mérite plus spécialement d'être examiné : l'identification de la population pauvre et l'appréciation de son importance.

Lorsque l'on compare la distribution des revenus fiscaux des différents ménages et des individus âgés, on voit une dispersion des revenus qui témoigne de l'existence d'une poche de pauvreté persistante dans la population âgée. Les titulaires des revenus inférieurs à 50 % du revenu médian, définissant la population pauvre, représentent environ 15 % des ménages de personnes âgées de 75 ans et

* L'hétérogénéité des générations se traduit par des différences d'histoire culturelle et économique engendrant des comportements différents mais aussi des conditions d'existence différentes pour faire face aux problèmes liés à l'âge. Aussi ne peut-on inférer des problèmes rencontrés par les personnes du grand âge d'aujourd'hui à la façon dont y feront face celles qui atteindront le grand âge dans une vingtaine d'année.

** Cette représentation réductrice, portée en avant par les médecins gériatres, se limite aux besoins d'aides pour les activités de la vie quotidienne et néglige toutes les dimensions (affective, économique, sociale) qui nous rendent tous interdépendants les uns des autres. L'interdépendance entre les hommes est, pour certains, essentielle pour la continuation des sociétés humaines. C'est pourquoi nous n'usons guère de ce terme stigmatisant les personnes âgées et préférons l'expression plus neutre des personnes âgées fragiles.

plus. Ils disposent d'un revenu voisin de celui garanti par le minimum vieillesse (son montant est de 3 433 francs par mois pour une personne seule et de 6 159 francs pour deux personnes au 1^{er} juillet 1997). Il s'agit principalement de femmes vivant seules et d'anciens exploitants agricoles.

Environnement physique et social

Le confort du logement est un déterminant important de la qualité de vie et de l'autonomie des personnes du grand âge notamment lorsqu'elles sont atteintes d'incapacités. Il est lié au fait d'être propriétaire et à l'ancienneté du logement. Les logements anciens, fréquents en zone rurale et dans les centres villes, restent majoritairement occupés par des ménages âgés.

En 1990, environ 30 % des logements des ménages âgés de 75 ans et plus sont dépourvus de chauffage central ce qui peut poser un problème pour le maintien à domicile en période hivernale ; 20 % des logements sont dépourvus de toute installation sanitaire à la seule exception d'une arrivée d'eau. Le manque de confort atteint surtout les générations les plus anciennes. Dans l'avenir, les générations du grand âge devraient bénéficier d'un parc de logements plus confortable et mieux adapté en cas de perte d'autonomie physique.

L'habitat est aussi un déterminant de la santé au grand âge notamment en cas de capacités réduites. Dans les villes se posent les problèmes de rénovation et d'expropriation des logements pouvant être sources d'entrée en institution. L'inadaptation de l'environnement urbain (par exemple les problèmes d'accessibilité et de transports) pour les vieux, notamment ceux à capacités réduites, peut être responsable de confinement à domicile. L'absence de proximité de commerces et l'existence de grandes surfaces, l'insécurité réelle ou supposée rendent difficile la vie à domicile. Dans les campagnes, l'isolement croissant et la diminution des adultes actifs et des jeunes posent problème notamment pour les achats.

Le manque de soutien affectif, le fait de vivre seul et le manque d'activités sociales sont associés à des taux de mortalité plus élevés pour toutes les causes de mortalité. Le maintien d'une relative autonomie de vie face à un événement stressant dépend, notamment chez les personnes âgées, de la façon dont elles mobili-

C. I. Cohen, J. Teresi, D. Holmes. Social networks and adaptation. *The Gerontologist*, 1985, n° 25, p. 297-304.

D. Prangère. Les bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du FNS. *Gérontologie et Société*, 1994, n° 71, p. 147-150.

L. Roussel avec la collaboration de O. Bourguignon. La famille après le mariage des enfants. Étude des relations entre générations. *Cahiers de l'Ined*, 1976, n° 78.

Centre d'études des revenus et des coûts. *ibidem*

D. Bouget, R. Tartarin. Aide informelle aux personnes âgées dépendantes en France. *Retraite et société*, 1993, n° 3, p. 7.

L. Berkman, S. L. Syme. Social networks, host resistance, and mortality : a nine years of follow up study of Alameda County residents. *Am. J. Epidemiol.* 1979, n° 109, p. 186-204.

sent leur réseau social. Chez les personnes à capacités réduites la qualité du support social familial et de voisinage, les plus ou moins grandes possibilités d'intégration sociale sont des déterminants des désavantages sociaux.

Si le fait de vivre seul s'accroît dans la population âgée cela n'en signifie pas pour autant que les personnes âgées désirent cohabiter avec leurs enfants ni qu'elles n'ont pas de réseau et de support social. Deux tiers des personnes retraitées ayant des enfants ont l'un d'entre eux qui vit dans un rayon de moins de vingt kilomètres. La proximité augmente avec l'âge et en cas de veuvage.

Le mythe de l'abandon des familles persiste, bien qu'aujourd'hui, en France comme dans la plupart des pays occidentaux, les enfants adultes procurent plus d'aides et des aides plus difficiles à plus de parents âgés pendant des périodes de temps plus longues que par le passé.

Il existe d'importantes différences dans le niveau de support disponible selon la génération et le genre. La descendance diminue avec les générations.

Les hommes âgés ont plus de chance d'avoir accès à des aides que les femmes d'âge avancé. Les hommes atteints d'incapacité sont, dans deux tiers des cas en moyenne, aidés pour les tâches domestiques et les soins personnels par leur femme alors que les femmes âgées fragiles ne reçoivent de l'aide de leur mari pour les soins personnels que dans un peu plus du quart des cas. Les hommes âgés fragiles vivant seuls, s'ils ont plus de ressources financières que les femmes leur permettant de payer des intervenants extérieurs, sont plus isolés de leur famille après le décès de leur conjoint. Recevant moins d'aide pour les soins personnels de leur famille ou de leurs amis que les femmes, ils ont du fait de leur manque d'expérience pour les tâches domestiques plus de difficulté pour s'adapter au fait de vivre seul et constituent un groupe particulièrement vulnérable.

La moitié des femmes ayant des incapacités vit seule et dépend de l'aide gratuite de leur famille ou de services professionnels dont l'apport est plus incertain. Ce contexte les prive de leur indépendance et de leur identité puisque de nombreuses femmes très âgées ont limité leurs activités à la sphère domestique. Cependant les femmes ont un meilleur réseau social aux âges avancés du fait de différences dans la sociabilité et l'amitié qui peuvent être source

de support informel. Dans un nombre non négligeable de cas, les personnes les plus âgées seront amenées à déménager chez un de leurs enfants, ce qui témoigne de l'importance de l'aide familiale.

La prise en charge d'un conjoint ou d'un parent dépendant génère, pour l'aidant, des contraintes plus ou moins lourdes, fonction du niveau d'incapacité de la personne aidée. La prise en charge implique donc nécessairement pour l'aidant des arbitrages entre l'aide apportée et les activités de loisirs, l'activité professionnelle éventuelle et les relations de couple, le plus souvent l'aidant étant une fille mariée.

Les solidarités entre les générations sont fonction des ressources matérielles et sociales mais elles dépendent aussi de normes variables selon les milieux sociaux. Ainsi, les aides domestiques aux personnes du grand âge s'observent plutôt dans les milieux modestes, les échanges relationnels réciproques dans l'ensemble des classes sociales et les aides financières vers les plus jeunes dans les classes aisées.

Emploi du temps, activités et sociabilité

L'étude de l'intégration sociale des personnes âgées est le plus souvent réalisée à partir d'une conception déficitaire qui transpose au champ social l'idée de détérioration, de perte associée au vieillissement biologique. La mise à la retraite vient renforcer cette vision déficitaire et d'inutilité sociale. Depuis 1962 en effet, l'âge de cessation d'activité professionnelle est en moyenne de plus en plus précoce avec une accélération de ce phénomène depuis 1975 contredisant l'objectif d'intégration sociale par l'emploi des personnes âgées, avancé par le rapport Laroque.

Mais l'intégration sociale des personnes âgées ne s'effectue pas dans un vide culturel. Par exemple la participation à des associations ou à défaut l'existence de relations amicales répond au besoin d'estime de soi et l'étude de la capacité des personnes très âgées à faire face à un événement en témoigne.

À partir de 60 ans, les relations de travail se réduisent fortement, celles d'amitié s'amenuisent tandis qu'augmente la part des relations de voisinage et de parenté. La proximité des enfants est un facteur essentiel pour ex-

F. Heran. Trouver à qui parler : le sexe et l'âge de nos interlocuteurs. In *Données Sociales 1990*, Paris : Insee, 1990, p. 364

S. Clément, A. Grand, A. Grand-Filaire. Aide aux personnes vieillissantes. In J.-C. Henrard, S. Clément, F. Derriennic (eds) : *Vieillesse et Société*. Paris : Les Éditions Inserm, 1996, p. 163-190.

F. Heran. Les relations de voisinage. In *Données Sociales 1987*. Paris : Insee, 1987, p. 326-337.

Insee. *ibidem*

C. Attias-Donfut. Les solidarités entre générations. In *Données sociales 1996 La société française*. Paris : Insee, 1996, p. 317-323.

C. Balier. Étude clinique. *Cahiers de la Fondation nationale de gérontologie*, 1976, n° 4, p. 59-125.

Haut Comité consultatif de la population et de la famille. Politique de la vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par P. Laroque. Paris : La Documentation française, 1962, 438 p.

Simons R. L. Specificity and substitution in the social networks of the elderly. *Int. J. Aging human develop.*, 1983-1984, 18, p. 121-139.

D. Le Désert, J.-C. Henrard. Une population très âgée : rôle du support social dans la capacité à faire face aux événements de vie. *Handicaps et Inadaptations. Les cahiers du CTNERHI*, 1990, n° 51-52, p. 77-101.

pliquer la plus ou moins grande fréquence des contacts.

Les réceptions familiales, les jeux de cartes ou de société, la pratique religieuse régulière, l'adhésion à une association ou à un club du troisième âge sont les principales activités sociales des ménages âgés. Leur fréquence diminue avec l'avance en âge.

En ce qui concerne les relations de voisinage, les classes sociales supérieures et moyennes salariées tirent parti de la retraite pour les développer fortement. Les agriculteurs et les petits patrons en revanche ont une chute brutale de ces relations qui se révèlent ainsi liées à l'exercice de leur métier.

Les activités autres que le travail apparaissent à travers l'étude de temps sociaux. L'emploi du temps hebdomadaire, exprimé à travers les différents temps sociaux ramenés à la journée, se modifie avec l'avance en âge (enquête emploi du temps) témoignant des effets de l'avance en âge.

Le temps physiologique consacré au sommeil, au repos et à la toilette augmente avec l'âge. Le temps domestique consacré aux tâches domestiques et aux courses, au jardinage et aux soins aux animaux domestiques, à la couture et au bricolage, aux soins et à l'éducation des enfants, aux soins aux adultes, etc. plus important chez les femmes que chez les hommes, décroît avec l'âge. Le temps libre comprend les activités pratiquées seul chez soi (télévision, disques, radio, lecture, courrier, penser), les activités physiques pratiquées à l'extérieur de chez soi (promenade, pêche, chasse, sport), les activités sociales (visite, réception, jeu, pratique associative), les spectacles et sorties culturelles. Ces dernières, lorsqu'elles s'accompagnent de déplacement, diminuent à partir de 75 ans.

Pour conclure il faut souligner la faiblesse des travaux sur les relations entre déterminants sociaux et santé au grand âge. Si globalement les conditions de vie des personnes âgées se sont beaucoup améliorées, une minorité en règle féminine et très âgée cumule les facteurs sociaux défavorables et vit dans des conditions précaires exposant au placement en institution à la moindre défaillance d'une de ses ressources (santé ou environnement).

Jean-Claude Henrard