

Les personnes dépendantes représentent 2,7 % des personnes de 60 à 79 ans. 90 % ont des limitations fonctionnelles physiques qui les empêchent de réaliser au moins une des activités instrumentales courantes. Les problèmes cognitifs sont également très fréquents dans ce groupe puisqu'ils touchent 60 % des personnes. Un tiers d'entre elles sont de plus dans l'incapacité d'assurer des actes quotidiens essentiels comme faire sa toilette.

Enfin, 0,6 % sont fortement dépendantes et souffrent conjointement de limitations motrices absolues et d'au moins une restriction d'activité absolue. La moitié d'entre elles sont confinées au lit ou au fauteuil et 80 % présentent des problèmes cognitifs graves [18].

Conclusions

Ce rapide panorama de l'état de santé des personnes âgées en France montre que s'il existe effectivement de

nombreuses données, elles sont en revanche dispersées, provenant de sources variées telles que des enquêtes en population générale, des enquêtes épidémiologiques spécifiques, des données médico-administratives issues de l'assurance maladie ou de l'hôpital, et diffusées sur des supports, eux aussi très différents, dont la temporalité est parfois régulière, parfois seulement ponctuelle. Par ailleurs, la diffusion de résultats ciblant les classes d'âge les plus élevées n'est pas non plus systématique, rendant nécessaire des traitements spécifiques pour se restreindre à la population des personnes âgées.

Il semble donc utile d'améliorer l'organisation et la diffusion des données sur l'état de santé des personnes âgées, en mettant en place un système d'information dédié qui regrouperait en un même emplacement les données de provenance diverses, tout en proposant une réflexion sur des indicateurs pertinents et adaptés aux problématiques sur le vieillissement. 📌

Épidémiologie et parcours de vie : « Pour faire un vieux, il faut toute une vie »

Jamais les démographes n'avaient imaginé que la longévité des personnes âgées puisse augmenter suffisamment pour avoir un impact aussi significatif sur le nombre des personnes âgées actuelles et en devenir. Et pourtant c'est bien là la raison essentielle du bouleversement de la pyramide des âges que nous observons et qui place le vieillissement au centre d'une transition épidémiologique où les maladies chroniques prennent une place majeure [5]. Promotion de la santé, prévention, traitements expliquent certainement une part de cette évolution démographique, se traduisant par une réduction majeure de la mortalité due aux tumeurs malignes et aux maladies cardiovasculaires.

Le vieillissement est la période de la vie où les pathologies et surtout les pathologies chroniques dominent le tableau (cf. article page 20). La proportion de personnes déclarant avoir des maladies chroniques passe de 15 % pour les 15-24 ans à 76 % pour les personnes âgées de 85 ans ou plus. La fréquence des maladies chroniques augmente avec l'âge et l'absence de pathologies devient plus l'exception, amenant à définir différents concepts du vieillissement réussi au vieillissement exceptionnel en passant par le vieillissement en santé qui nécessitent des approches novatrices pour mieux les étudier. Avec le vieillissement, il faut aussi rappeler ce qui peut sembler une évidence, le risque de mourir augmente. Retarder l'âge de début d'une maladie dont l'incidence augmente avec l'âge, c'est aussi réduire son incidence. Cet effet peut être très important dans une pathologie comme la démence dont l'incidence augmente exponentiellement avec l'âge. Identifier les

facteurs de risque qui agissent tout au long de la vie, en diminuer ou retarder les effets est un enjeu majeur.

Les différences entre individus s'accroissent au cours du vieillissement et il serait faux de considérer les personnes âgées comme un groupe homogène. Comprendre le vieillissement ce n'est pas uniquement comprendre quels sont les facteurs qui sont associés au développement des maladies chroniques, qui souvent l'accompagnent, mais c'est surtout modifier notre approche temporelle en considérant que le parcours de vie est déterminant dans le vieillissement des individus et dans l'âge d'apparition de certaines maladies, âge qui s'est aussi certainement modifié dans les dernières décennies, dans un sens favorable ou défavorable selon l'évolution des facteurs de risque qui leur sont associés.

Mais ce positionnement théorique butte sur la difficulté de définition de ce vieillissement réussi et sur la complexité de reconstitution de ce que l'on nomme le parcours de vie (*life time course*) dont l'étude est devenue en soi un domaine de l'épidémiologie.

Un outil à privilégier : les études de cohorte

Une cohorte est la réunion d'un groupe de sujets partageant un certain nombre de caractéristiques suivis longitudinalement à l'échelle individuelle selon un protocole préétabli [57]. En France, plusieurs études de cohorte ont, ou ont eu, pour objectif principal l'étude du vieillissement. Elles sont principalement axées sur certaines pathologies comme la démence, l'ostéoporose, les pathologies oculaires mais les objectifs sont, ou deviennent rapidement, plus généralistes et elles recueillent aussi

Claudine Berr

Inserm Unité 1061 ; présidente de la Commission Maladies chroniques, HCSP

Marie Zins

Inserm Unité 1018

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 52.



des informations nombreuses permettant de travailler sur des indicateurs différents du vieillissement, plus fonctionnels comme la vitesse de marche, la force musculaire. Elles ont généralement débuté chez des sujets au mieux âgés de plus de 60 ans (EVA), le plus souvent de plus de 65 ans (Paquid, Étude des 3 Cités, Eurgia), voire de plus de 75 ans (Étude Epidos) [2].

Depuis une dizaine d'années, de nouveaux projets se développent à partir de cohortes existantes qui ont été mises en place pour certaines dans les années 1990 dans des populations d'âge moyen, par exemple dans Suvimax, Gazel ou E3N. C'est grâce à ces cohortes que peuvent être développés des travaux sur les facteurs dits « *midlife* » documentés vers 40-50 ans et dont l'influence doit être prise en compte pour une meilleure compréhension des phénomènes de vieillissement.

Une approche pluridimensionnelle et temporelle

Si l'on envisage l'étude du vieillissement dans la perspective d'une vie entière, on s'aperçoit qu'il existe une grande diversité individuelle qui tend à augmenter avec l'âge, quel que soit le sexe. Les explications sont multiples. Outre l'existence de différences génétiques qui ne s'expriment qu'à un âge avancé, on retrouve la multiplicité des phénomènes acquis depuis la naissance tels que l'éducation, la pratique d'exercices physiques, les événements sociaux et les pathologies chroniques. Le vieillissement, qu'il soit physiologique ou pathologique, est ainsi un processus qui va modifier l'état de santé d'un individu avec une grande diversité et qui va aboutir à l'échelle d'une population à la formation d'un groupe hétérogène du point de vue médical.

Le vieillissement est un processus qui s'engage très tôt dans la vie et a la particularité d'affecter l'ensemble de l'individu. Il va s'accompagner d'un déclin de toutes les fonctions physiologiques, mais n'a de conséquences cliniquement perceptibles qu'à partir d'un certain seuil avec une importante variabilité intra- et inter-individuelle. Le concept de vieillissement réussi implique une faible probabilité de survenue de maladies chroniques, de bonnes capacités intellectuelles et physiques, un engagement social actif, et comporte des dimensions physiques, psychiques et sociales. Le parcours de vie de chaque sujet (*life course approach*) intègre les différentes composantes biologiques, sociales, comportementales, cliniques, psychologiques et environnementales qui interagissent tout au long de sa vie pour promouvoir un vieillissement en bonne santé et retarder l'émergence de la fragilité et des maladies chroniques.

Mais comment aborder à l'échelle d'un programme de recherche, ou encore pire d'une équipe de recherche en CDD, la composante « *lifetime* » ? Toutes les propositions sont les bienvenues : combiner les connaissances issues des travaux menés chez l'adulte à celles qui commencent à devenir de plus en plus développées dans les cohortes de naissance est ainsi un nouveau challenge pour les chercheurs qui travaillent dans le domaine du vieillissement.

Les développements du présent-futur : l'utilisation de bases de données médico-administratives, les e-données

Mener des cohortes de grande taille (plusieurs dizaines, voire centaines de milliers de sujets) de très longue durée qui s'étendent sur des décennies, présente de très nombreuses difficultés de tous ordres : scientifiques, méthodologiques, techniques et organisationnelles, sans compter le caractère inadapté de notre système de recherche publique qui privilégie les projets à court terme, avec des emplois précaires et des financements ponctuels [29].

Une des approches qui peut permettre de diminuer certaines difficultés est le recours aux bases de données administratives et médico-administratives nationales. En effet, la France dispose d'un atout presque unique au monde : des systèmes d'information gérés par des organismes de protection médico-sociale ou de gestion hospitalière extrêmement puissants, dont peu de pays disposent à l'échelle nationale.

- Le PMSI (Programme de médicalisation du système d'information) recueille des informations pour chaque séjour hospitalier (essentiellement diagnostic principal, diagnostics associés et actes pratiqués).

- Le Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (Sniiram) centralise des données très détaillées sur les consommations de soins remboursés (médicaments, consultations de professionnels de santé, etc.), des informations médicales sur les affections de longue durée (ALD), les accidents du travail (AT) et les maladies professionnelles (MP). Les données du Sniiram incluent tous les régimes de l'assurance maladie : CnamTS, MSA, RSI et les 16 autres régimes spéciaux, et concernent aussi bien la médecine de ville que les hospitalisations.

- Le Système national de gestion des carrières (SNGC) de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) collecte les données sur les professions et prestations sociales pour chaque individu dès l'âge de 16 ans et jusqu'à la liquidation de ses droits à la retraite : périodes d'activité professionnelle ou assimilées (chômage, maladie, maternité ou congés parentaux...), incluant les employeurs et la catégorie socioprofessionnelle.

Ces bases de données nationales offrent de nombreux avantages pour le suivi de cohortes, qu'il est possible d'enrichir par appariement : exhaustivité de la population, absence de perdus de vue pendant le suivi, données souvent fiables. Des problèmes de validité des données médicales se posent cependant, et nécessitent un important travail de réflexion méthodologique, de contrôle et de validation de données. Il reste également de nombreux problèmes légaux et techniques à résoudre [28]. Pour étudier et mieux comprendre l'épidémiologie du vieillissement qu'il soit normal ou pathologique, il est donc nécessaire de prendre en compte tant notre environnement, au sens large du terme, que son évolution et de maintenir des travaux dans la durée et le long terme. 🐛