

La santé des personnes de 65 à 70 ans : un profil instantané

Rev Med Suisse 2007 ; 3 : 2546-51

B. Santos-Eggimann

Pr Brigitte Santos-Eggimann
Unité des services de santé
Institut universitaire de médecine
sociale et préventive
Département de médecine et de santé
communautaires
CHUV, 1005 Lausanne
Brigitte.Santos-Eggimann@chuv.ch

Population health profile at the age of 65-70

Despite the promise of a large number of baby-boomers soon reaching the age of 65, little is known regarding the population health in the 65-70 years age group. Baseline data from the Lausanne cohort Lc65+, representative of the community-dwelling population born before the first world war, indicate that most individuals aged 65-70 have medical diagnoses of chronic diseases; many present comorbidities and geriatric syndromes are already present in a sizable proportion. However, the prevalence of dependence in basic activities of daily living is still low. This health profile points to the appropriateness of geriatric assessments from the age of 65 and to a potential for prevention of unfavourable outcomes in later life.

Malgré l'arrivée programmée d'un grand nombre de *baby boomers* à l'âge de 65 ans, les connaissances sur la santé de la population des 65-70 ans sont limitées. Les données de l'étude Lausanne cohorte Lc65+, représentative de la population non institutionnalisée née dans les cinq ans précédant la seconde guerre mondiale, indiquent que la majorité des personnes de 65-70 ans ont un diagnostic médical de pathologie chronique ; beaucoup d'entre elles présentent des comorbidités et les syndromes gériatriques sont observés dans une proportion non négligeable. Cependant, la prévalence d'une dépendance fonctionnelle dans les activités de base de la vie quotidienne est encore basse. Ce profil met en évidence la pertinence d'évaluations gériatriques dès l'âge de 65 ans ainsi qu'un potentiel de prévention des évolutions défavorables à l'âge avancé.

INTRODUCTION

L'augmentation de la longévité génère des craintes quant à son effet sur le système de santé, en raison de la fréquence élevée des maladies chroniques et de leurs effets invalidants dans la vieillesse. L'émergence d'un quatrième âge a ainsi déclenché de nombreux travaux décrivant les besoins spécifiques des personnes âgées dépendantes dans leurs activités quotidiennes. La variété de ces besoins est aujourd'hui reconnue et il est établi qu'une évaluation gériatrique multidimensionnelle est nécessaire au suivi médical et médico-social de sujets âgés présentant de multiples problèmes de santé chroniques.

Cependant, alors que les pays d'Europe s'apprêtent à voir arriver à l'âge de la retraite la génération du *baby boom*, la santé des «jeunes vieux» reste paradoxalement une donnée mal connue. L'allongement de la durée de la vie a produit une modification de la représentation que l'on se fait de la population âgée. Dans les discours des médias et des cercles politiques, les retraités de 65-70 ans sont aujourd'hui souvent évoqués comme un groupe de personnes jouissant d'une bonne santé, actives dans leurs loisirs et dont on devrait envisager le maintien dans une activité professionnelle. Dans le monde scientifique, les théories de J. Fries,¹ qui prévoient notamment une compression de la morbidité sur les dernières années d'une vie devenue longue pour tous, renforcent cette attente d'une phase prolongée de vieillesse sans maladie.

Si les données historiques manquent pour examiner de façon satisfaisante l'hypothèse d'une évolution favorable de l'état de santé à 65-70 ans à travers les générations, il est utile de se pencher sur ce que l'on peut observer aujourd'hui de la morbidité des personnes de cet âge que désormais presque toutes et tous atteignent, sachant que leur nombre est appelé à se développer très rapidement en Suisse au cours des vingt prochaines années.² Se comportent-elles essentiellement comme une population jeune, marquée avant tout par des épisodes de maladie aiguë ou d'accident ? Ou leur état de santé relève-t-il davantage d'une approche gériatrique justifiée par un certain degré de complexité ?

DE LA MESURE DE LA PATHOLOGIE À CELLE DU SYNDROME GÉRIATRIQUE

La caractéristique principale des populations âgées est de présenter une prévalence élevée de pathologies chroniques, physiques et mentales, dont l'expression requiert une certaine durée de vie. L'accumulation de ces dernières chez un même individu (présence de comorbidités) est fréquente et constitue un facteur de mauvais pronostic sur le plan de la qualité de vie, des capacités fonctionnelles et de la mortalité. Dès lors, quantifier isolément dans une population âgée certaines maladies chroniques d'intérêt est une démarche utile mais qui ne rend compte qu'imparfaitement du niveau de morbidité, car les effets de plusieurs pathologies concomitantes ne sont pas identiques à une simple addition des effets de chacune.

Un regard sur la fréquence de pathologies multiples est plus instructif, de même que les mesures de prévalence de problèmes tels que les chutes à répétition ou les vertiges qui sont considérés comme des syndromes gériatriques.³ Contrairement à la définition usuelle du syndrome en médecine – qui réfère à une variété de signes et symptômes partageant une origine commune – les syndromes gériatriques sont des entités résultant d'une diversité de facteurs de risque, notamment de la coexistence de plusieurs maladies chroniques. Ils sont souvent observés chez les sujets âgés et plus particulièrement parmi les plus fragiles d'entre eux. Enfin, ils ont un impact négatif sur la qualité de vie et le statut fonctionnel.⁴⁻⁶ En font partie les «géants gériatriques» (chutes, immobilité, incontinence, détérioration mentale) identifiés comme des facteurs prédisant une évolution défavorable.^{7,8}

Plus avant encore dans le processus de fragilisation, les difficultés dans l'accomplissement d'activités de la vie quotidienne, voire la dépendance de l'aide d'autrui, constituent l'un des aboutissements des syndromes gériatriques, et l'état de santé des populations âgées s'évalue également par leur fréquence.

Décrire la santé entre 65 et 70 ans, c'est examiner dans quelle mesure cet âge est réellement concerné par ce qui fait la spécificité des populations âgées. Il s'agit de déterminer quelles proportions se situent à chaque niveau de la séquence *maladie chronique isolée* → *comorbidités* → *syndromes gériatriques* → *perturbations fonctionnelles* dont chaque étape constitue un risque majeur d'évolution vers les suivantes. L'étude Lausanne cohorte Lc65+ fournit des données permettant de quantifier ces états.

PROFIL DE SANTÉ DE LA POPULATION DE 65-70 ANS

L'étude Lausanne cohorte Lc65+ a été mise en place en 2004 dans le but de mieux comprendre le phénomène de fragilisation lié au vieillissement.⁹ Il s'agit d'une recherche longitudinale réalisée dans un échantillon aléatoire des résidents de la ville de Lausanne nés entre 1934 et 1938, vivant à domicile (selon les données du Service cantonal de recherche et d'information statistiques, moins de 1% des Vaudois de cet âge se trouve en milieu institutionnel).

Le recueil de données initial, réalisé en 2004-2005, a porté sur plus de 1500 sujets âgés de 65 à 70 ans. Il com-

prenait une déclaration des maladies chroniques diagnostiquées par un médecin, des types de médicaments consommés ainsi que des symptômes dérangeant depuis au moins six mois, des questions de dépistage de la dépression et une évaluation objective des performances cognitives incluant, notamment, un test *Mini-mental state examination de Folstein* (MMSE).

Prévalence des maladies chroniques à 65-70 ans

Le **tableau 1** résume la fréquence observée des maladies chroniques dans la cohorte Lc65+. La pathologie rapportée avec la plus grande fréquence est l'arthrose/arthritis, qui affecte plus de quatre femmes sur dix ainsi qu'un quart des hommes. A l'opposé, la maladie de Parkinson concerne seulement 1% des sujets. La prévalence de la dépression est globalement estimée à 20%, avec une asymétrie entre hommes et femmes. La plupart des autres pathologies atteignent une prévalence de l'ordre de 10%, avec des différences de genre significatives pour les diagnostics de maladie coronarienne, de diabète et d'ostéoporose.

Au total, une majorité des personnes âgées de 65 à 70 ans déclare une ou plusieurs maladies chroniques (**figure 1**). La population masculine se partage en un tiers sans pathologie connue, un tiers déclarant une maladie, et un dernier tiers présentant deux comorbidités ou davantage. Les femmes sont moins nombreuses à ne rapporter aucune maladie chronique (un quart), alors que les réponses de plus de

Tableau 1. Prévalence de maladies chroniques* dans la population non institutionnalisée de 65-70 ans, selon le genre

	Hommes (N = 644)	Femmes (N = 916)	p-valeur
Arthrose, arthrite	24,7%	42,0%	< 0,001
Dépression**	14,4%	24,3%	< 0,001
Cancer	9,5%	13,8%	0,01
Ostéoporose	2,5%	16,8%	< 0,001
Diabète	15,2%	7,2%	< 0,001
Maladie coronarienne	15,7%	6,0%	< 0,001
Maladie pulmonaire chronique	7,5%	10,2%	0,07
Insuffisance cardiaque, autres maladies cardiaques	7,8%	6,9%	0,5
Ulcère gastro-duodénal	6,2%	6,3%	0,9
Maladie cérébro-vasculaire	3,0%	2,7%	0,8
Maladie de Parkinson	1,1%	0,8%	0,5
Autres maladies chroniques :			0,002
0 mentionnée	90,6%	85,2%	
1 mentionnée	9,3%	13,0%	
2 mentionnées	0,1%	1,5%	
3 mentionnées	0,0%	0,3%	

Lausanne cohorte Lc65+

* Diagnostiquées par un médecin (rapportées), à l'exception de la dépression.

** Réponses positives à deux questions de dépistage et/ou prise de médicaments anxiolytiques ou antidépresseurs.

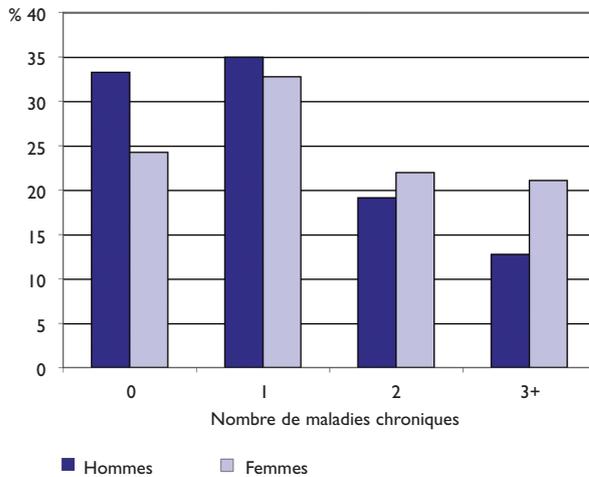


Figure 1. Distribution du nombre de maladies chroniques à l'âge de 65-70 ans, selon le genre
Lausanne cohorte Lc65+

quatre sur dix indiquent la présence de comorbidités. Les résultats illustrés par la **figure 1** donnent cependant une image un peu trop optimiste du profil de morbidités chroniques des personnes de 65 à 70 ans, car ils ne prennent pas en considération les diagnostics médicaux relatifs à l'hypertension artérielle et à l'hypercholestérolémie, qui peuvent être comprises à la fois comme des maladies et comme des facteurs de risque pour d'autres pathologies. Comme le montre la **figure 2**, toutes deux sont particuliè-

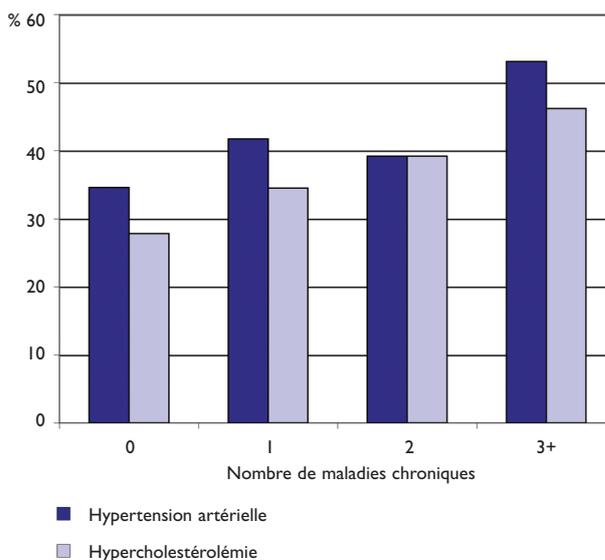


Figure 2. Fréquence des diagnostics d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie à l'âge de 65-70 ans, selon le nombre de maladies chroniques déclarées
Lausanne cohorte Lc65+

rement fréquentes. Parmi les personnes ne rapportant aucun diagnostic de pathologie chronique, la prévalence d'hypertension artérielle connue est de 35% et celle d'hypercholestérolémie connue de 28%. La fréquence de ces deux affections augmente significativement avec le nombre de pathologies chroniques pour atteindre 53% (hypertension artérielle), respectivement 46% (hypercholestérolémie) parmi les personnes comptant trois maladies chroniques ou plus.

Prévalence des syndromes gériatriques à 65-70 ans

La prévalence de cinq syndromes gériatriques a été estimée dans la cohorte Lc65+. La plus élevée (20%) est celle de la détérioration mentale (**tableau 2**) telle que définie par la déclaration de troubles de la mémoire, de la concentration ou de la capacité à prendre des décisions dans la vie quotidienne depuis au moins six mois et/ou par un score de MMSE inférieur à 24. L'expérience de chutes multiples (au cours des douze derniers mois, en dehors d'activités sportives) et/ou accompagnée d'une peur de chuter est également fréquente, particulièrement chez les femmes, qui sont aussi davantage concernées que les hommes par l'incontinence urinaire et par des problèmes de vertiges ou étourdissements: ces problématiques sont relevées chez plus de 10 à 15% des femmes contre 5 à 7% chez les hommes. Un faible niveau d'activité physique concerne quelque 8% des sujets.

Si pour une majorité des personnes de 65 à 70 ans, on ne relève aucun de ces cinq syndromes gériatriques (**figure 3**), il faut cependant noter que près d'un tiers des hommes et plus de quatre femmes sur dix en présentent au moins un. Pour quelque 13% des sujets, plusieurs syndromes gériatriques coexistent.

Tableau 2. Prévalence de syndromes gériatriques dans la population non institutionnalisée de 65-70 ans, selon le genre
Lausanne cohorte Lc65+

	Hommes	Femmes	p-valeur
Détérioration mentale*	19,5%	20,6%	0,6
Chutes/peur de chuter**	6,6%	14,6%	< 0,001
Incontinence urinaire***	6,4%	13,5%	< 0,001
Vertiges, étourdissements***	5,3%	11,2%	< 0,001
Activité physique faible****	6,3%	8,6%	0,1

* Score inférieur à 24 au Mini-mental state examination de Folstein et/ou existence de problèmes de mémoire, de concentration ou de capacité à prendre des décisions dans la vie quotidienne déclarés comme gênants depuis au moins six mois.

** Deux chutes ou plus rapportées en dehors d'activités sportives au cours des douze derniers mois, ou chute unique assortie d'une peur de chuter.

*** Problèmes déclarés comme gênants depuis au moins six mois.

**** Ne remplissant aucune des trois conditions suivantes: marche de plus de trente minutes trois fois par semaine ou plus, et/ou activité quotidienne avec effort physique important, port de charges, marche fréquente, utilisation d'escaliers, et/ou activité sportive d'au moins vingt minutes une fois par semaine ou plus.

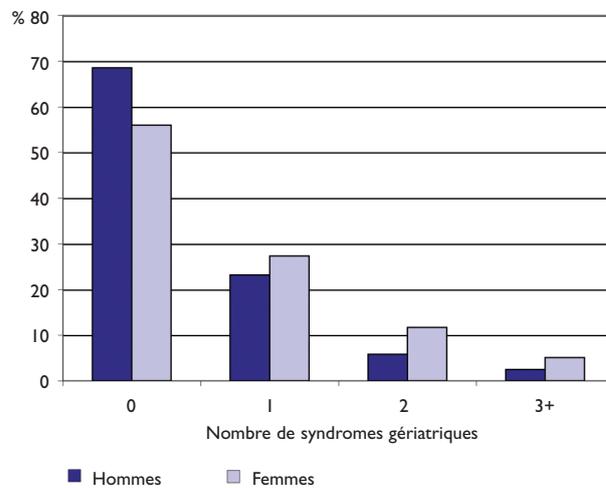


Figure 3. Distribution du nombre de syndromes gériatriques* à l'âge de 65-70 ans, selon le genre

Lausanne cohorte Lc65+

* Détérioration mentale, vertiges/étourdissements, chutes/peur de chuter, activité physique faible, incontinence urinaire.

Lorsque le nombre de pathologies chroniques (sans l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie) est mis en relation avec celui des syndromes gériatriques comptés dans la cohorte Lc65+, il ressort que 23% seulement des personnes âgées de 65-70 ans ne présentent aucun problème. Une même fraction de 23% se caractérise par l'existence d'une seule pathologie chronique, sans signe de syndrome gériatrique. Mais on relève dans plus de la moitié (54%) de la population de cet âge la coexistence de plusieurs maladies chroniques et/ou la présence de l'un ou plusieurs des syndromes gériatriques considérés.

Prévalence de la dépendance fonctionnelle à 65-70 ans

Sur le plan de la réalisation des activités de base de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se transférer, manger, utiliser les toilettes), 8,4% des sujets rapportent avoir connu des difficultés, voire s'être fait aider, au cours des quatre dernières semaines. Cette proportion ne diffère pas de façon significative entre les hommes et les femmes.

CONCLUSION

Les données de l'étude Lausanne cohorte Lc65+ illustrent l'hétérogénéité considérable de la population âgée de 65-70 ans. Les personnes apparemment en bonne santé (absence de pathologie chronique et de syndrome gériatrique) sont minoritaires, et parmi elles une fraction non négligeable est concernée par des facteurs de risque tels que l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie faisant généralement l'objet de traitements médicamenteux. A l'autre extrémité, la proportion de personnes affectées dans les activités de base de la vie quotidienne, si elle est non négligeable, reste inférieure à 10%; en outre, dans la plu-

part des cas, seules des difficultés ont été rapportées et l'aide d'autrui semble n'être qu'exceptionnelle.

Entre ces deux réalités marginales se situe la majorité des personnes âgées de 65 à 70 ans qui présente un profil de morbidité chronique où les comorbidités sont déjà fréquentes, accompagné ou non de syndromes gériatriques qui ne sont pas une rareté. Cette majorité à risque d'évolution défavorable ne connaît cependant pas encore de limitation des capacités fonctionnelles. On peut en déduire que le potentiel de prévention de la dépendance fonctionnelle dans cette tranche d'âge est probablement considérable. Le profil de santé à 65-70 ans, observé à travers l'échantillon représentatif de la cohorte Lc65+ dans la population générale non institutionnalisée, justifie un suivi médical dont les composantes d'évaluation gériatrique doivent être présentes, afin de reconnaître précocement les besoins spécifiques de chacun et de préserver des capacités fonctionnelles encore intactes dans la plupart des cas.

Remerciements

L'étude Lausanne cohorte Lc65+ est soutenue par la Loterie romande, la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne, le Service de la santé publique du canton de Vaud, la ville de Lausanne, la Fondation médecine sociale et préventive de Lausanne, ainsi que par des contributions spécifiques du Service des hospices - CHUV et de ses Département universitaire de médecine et de santé communautaires, Polyclinique médicale universitaire, Institut universitaire de médecine sociale et préventive et Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique.

Implications pratiques

- > La majorité des personnes de 65-70 ans présente au moins une pathologie chronique, et la présence de comorbidités concerne plus d'un tiers de la population générale de cet âge. Cette situation doit être reconnue en raison de ce qu'elle implique comme besoins en dépistages et contrôles réguliers
- > Les syndromes gériatriques ne sont pas une rareté et doivent être activement recherchés dans cette tranche d'âge qui ne connaît encore que rarement des problèmes de dépendance fonctionnelle
- > Seule une personne sur cinq ne rapporte à 65-70 ans ni diagnostic de pathologie chronique ni indication de la présence d'un syndrome gériatrique; ce constat, ainsi que celui de la prévalence élevée d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie y compris parmi ces personnes apparemment sans problème, doit amener à corriger l'image idéale d'un état de santé similaire à celui des jeunes adultes
- > L'évaluation gériatrique devrait en conséquence être la règle dès l'âge de 65 ans afin de reconnaître précocement les risques d'un déclin fonctionnel



Bibliographie

- 1 Fries JF. The compression of morbidity. *Milbank Q* 2005;83:801-23.
- 2 Office fédéral de la statistique. Scénarios de l'évolution de la population des cantons 2005-2030. Neuchâtel: OFS, 2007.
- 3 * Cigole CT, Langa KM, Kabeto MU, Tian Z, Blaum CS. Geriatric conditions and disability: The health and retirement study. *Ann Intern Med* 2007;147:156-64.
- 4 * Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: Clinical, research, and political implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:780-91.
- 5 Olde Rikkert MGM, Rigaud A-S, van Hoeyweghen RJ, de Graf J. Geriatric syndromes: Medical misnomer or progress in geriatrics? *Neth J Med* 2003;61:83-7.
- 6 Flacker JM. What is a geriatric syndrome anyway? [Letter]. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:574-6.
- 7 Puxty JA, Andrews K. The role of chest radiography in the evaluation of the «geriatric giants». *Age Ageing* 1986;15:174-6.
- 8 Campbell SE, Seymour DG, Primrose WR, et al. A multi-centre European study of factors affecting the discharge destination in non-elective patients admitted to hospital: Analysis of in-hospital data from the ACMEplus project. *Age Ageing* 2005;34:467-75.
- 9 Santos-Eggimann B. Maladies cardiovasculaires et indicateurs de fragilité lors du recrutement de la 1^{ère} vague de la cohorte Lc65+. Rapport au Service de la santé publique du canton de Vaud. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2005 (disponible sur www.iumsp.ch, rubrique Unité des services de santé).

* à lire

** à lire absolument