

L'espérance de vie à la naissance a considérablement augmenté en France au cours du XX^e siècle, passant de 50 ans environ en 1920 à 74,9 ans pour les hommes et 82,3 ans pour les femmes en 1999.¹ L'espérance de vie globale, c'est-à-dire à tout âge, a également progressé et actuellement à 70 ans, un homme peut espérer vivre encore 12,5 ans et une femme 16 ans. Une femme sur trois atteignant aujourd'hui 80 ans sera centenaire. Le gain en espérance de vie augmente avec l'âge : les hommes et les femmes ayant atteint 95 ans ont encore une espérance de vie de presque trois ans c'est-à-dire qu'ils ont doublé l'espérance de vie qu'ils avaient en naissant au début du siècle... Les facteurs ayant favorisé cette augmentation exceptionnelle de l'espérance de vie sont avant tout liés au développement socio-économique et à l'amélioration de la qualité de la vie (meilleure conservation des aliments, meilleure nutrition, amélioration des conditions de travail et des conditions sanitaires, etc.). Les vaccinations, les antibiotiques et les progrès les plus spectaculaires de la médecine ont certes contribué à la diminution de la mortalité à tous âges mais cet effet est contrebalancé par la morbidité accrue liée aux toxiques comme le tabac. Cet accroissement de l'espérance de vie est un phénomène mondial, exponentiel et des estimations récentes prévoient que l'espérance de vie à la naissance en 2050 atteindra 87,5 ans en France et 91 ans au Japon.² Les conséquences démographiques de cet allongement de l'espérance de vie sont un vieillissement de la population et une difficulté grandissante au financement des retraites.³ Dans certaines régions françaises comme la Creuse ou la Dordogne où l'on assiste à un exode des jeunes et une immigration de retraités, la proportion de personnes de plus de 65 ans dépasse 20% et celle de plus de 80 ans 8%. On estime qu'en 2050, 40% de la population française aura plus de 60 ans avec une répartition égale entre les 60-75 ans et les plus de 75 ans. En 1995, le rapport entre les personnes de 20-59 ans et les plus de 60 ans était de 2,7 ce qui veut dire que la « charge » économique de dix personnes âgées était répartie sur vingt-sept adultes (supposés tous actifs). En 2050, le rapport diminuera vraisemblablement de 50% et sans modification de notre système de financement des retraites, la « charge » de dix personnes âgées incomberait alors à 11-15 adultes, ce qui est impensable. Plusieurs solutions ont été proposées par les économistes pour alléger le poids des retraités sur la population active en particulier l'élévation progressive de l'âge de la retraite pour certaines professions ou l'allongement de la période d'affiliation à un régime de retraite.

Quelles peuvent être les retombées de ce vieillissement inattendu de la population sur son état de santé ? Dans les années 80, on pensait avec Kramer⁴ que l'on allait assister à une augmentation considérable des maladies chroniques et des incapacités du fait de l'absence de changement de la date d'apparition des maladies et de l'augmentation de la longévité. On s'est rendu compte dix ans plus tard avec Fries⁵ que les progrès considérables de la prévention cardiovasculaire avaient permis un

recul de l'âge d'apparition des maladies cardio- et cérébro-vasculaires, entraînant un phénomène de compression de la morbidité et des incapacités qui en sont la conséquence, dans les âges les plus avancés.

Il faut rappeler que la mesure exacte de la morbidité dans une population est impossible.⁶ Elle se heurte en effet aux difficultés de définition précise des maladies et du champ étudié : morbidité déclarée par les sujets ou morbidité diagnostiquée par les médecins ? La morbidité déclarée est mesurée lors des enquêtes décennales auprès des ménages. Elle varie en fonction de la prévalence des maladies dans la population et des modifications des déclarations des patients qui sont de mieux en mieux informés et de l'expérience des enquêteurs. Ceci explique que les hausses de déclaration sont plus difficiles à interpréter que les baisses. La morbidité diagnostiquée est rapportée dans la littérature médicale. Elle est plus exacte mais est mesurée sur des populations limitées, des recrutements biaisés car souvent hospitaliers et il y a peu d'études en médecine générale.

Les pathologies les plus fréquentes après 65 ans sont les maladies cardio- et cérébro-vasculaires, les maladies neurodégénératives et les cancers.⁶ En ce qui concerne les maladies cardiovasculaires (HTA, maladies circulatoires, maladies vasculaires cérébrales), leur prévalence est en constante augmentation dans les déclarations des sujets de plus de 65 ans : 122 pour 100 hommes, 151 pour 100 femmes en 1991. Cependant, les données de la littérature montrent que, après 65 ans, la prévalence des AVC est stable chez les hommes et plus basse chez les femmes et que leur mortalité diminue régulièrement. On constate également une diminution de l'incidence de l'infarctus du myocarde et de la mort par cardiopathie ischémique. L'HTA, par contre augmente régulièrement avec l'âge mais sa prévalence est très variable suivant les études. Ceci illustre le fait que la prévalence des maladies cardiovasculaires augmente mais que leurs complications graves et la mortalité qui en découle diminue.

Les maladies neurodégénératives sont beaucoup plus fréquentes après 65 ans. L'étude épidémiologique longitudinale PAQUID⁷ a permis d'en mesurer la prévalence et l'incidence. Elle a inclus près de 3000 personnes de plus de 65 ans, tirées au sort sur listes électorales, population stratifiée pour constituer échantillon représentatif de la population âgée vivant en Gironde et en Dordogne. Les données ont été recueillies à un an, trois ans, cinq ans, dix ans soit par visite à domicile soit par questionnaire. Cette étude a permis de montrer que l'incidence des démences (dont la maladie d'Alzheimer représente 80%) triple tous les dix ans après 65 ans pour atteindre 1% entre 65 et 74 ans, 10% après 85 ans et 37% après 95 ans. Ces chiffres qui sont retrouvés dans plusieurs études épidémiologiques internationales⁸ font de cette maladie un problème de santé publique de par le coût de la dépendance qu'elle entraîne⁹ après quelques années d'évolution. La prévalence des syndromes parkinsoniens augmente régulièrement également pour atteindre 2,5% de la population

de plus de 90 ans vivant à domicile et 13% de la population du même âge institutionnalisée.

Le taux de mortalité par cancer augmente avec l'âge pour toutes les localisations sauf les voies aéro-digestives supérieures chez l'homme et pour toutes les localisations y compris le poumon chez la femme. Ainsi, le taux de mortalité par cancer de l'intestin et du rectum est multiplié par 4,5 après 75 ans dans les deux sexes et celui du cancer du poumon par 1,6 chez l'homme et par 2,2 chez la femme (par rapport aux sujets de 55-74 ans).

En ce qui concerne les incapacités, on assiste à leur diminution et à leur compression dans le grand âge puisque pour une augmentation de l'espérance de vie de 2,5 ans entre 1980 et 1990 on a constaté une augmentation supérieure de l'espérance de vie sans incapacité (2,7 ans pour les femmes et 3 ans pour les hommes). Les enquêtes de 1991 rapportaient que 25% des femmes de 65-79 ans et 53% des femmes de plus de 80 ans avaient un handicap physique quelconque (25% et 51% des hommes). En résumé, l'état de santé de la majorité des Français est actuellement bon, voire excellent, jusqu'à 70 ans environ, âge à partir duquel la fréquence des maladies cardio- et cérébro-vasculaires, des cancers et de divers maladies neuro-dégénératives augmente d'une manière importante, la plupart des décès survenant actuellement chez les octogénaires. Les incapacités sont la conséquence directe des divers états morbides souvent associés qui atteignent les personnes âgées en particulier les maladies cardio-respiratoires et neurologiques. Ceci explique que la grande majorité des personnes âgées vit à domicile, avec ou sans aide, et que les maisons de retraite et établissements de long séjour accueillent une population de plus en plus âgée, malade et dépendante, ce qui pose des problèmes d'adaptation des structures existantes à cette population et des problèmes de prise en charge financière, la dépendance n'étant actuellement que peu et inégalement financée.

Adresse de correspondance :

Dr M. Rainfray
Centre de gériatrie Henri Choussat
Université de Bordeaux 2
?????????????
F-????????????????



Références

1. Rapport INSEE n° 698, Février 2000.
2. Tuljapurkar S, Li N, Boe C. A universal pattern of mortality decline in the G7 countries. *Nature* 2000; 405: 789-92.
3. Bursaux E. Retraite et longévité. *Médecine/Sciences* 1996;12: 677-80.
4. Kramer M. The raising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psy Scand* 1980; 62:282-97.
5. Fries JF. Compression of morbidity: near or far? *The Milbank Quarterly* 1989; 67: 208-32.
6. C.Sermet. Evolution de l'état de santé des personnes âgées en France 1970-1996. Rapport CREDES n° 12; juin 1998.
7. Barberger-Gateau P, Dartigues JF, Commenges D, *et al.* PAQUID: An interdisciplinary epidemiologic study of cerebral and functional aging. *Ann Gerontol* 1992 volume????? 383-92.
8. Letenneur L, Dartigues JF. Maladie d'Alzheimer: bilan des études épidémiologiques. *Facts and Research in Gerontology* 1994; 8: 227-34.
9. K. Ritchie, JM. Robine. La démence sénile en France: une estimation de la charge actuelle et projection des tendances futures. *Médecine/Sciences* 1994; 10: 680-6.