

PERSONNES
ÂGÉES

NOVEMBRE 2022

DONNÉES DE SURVEILLANCE

ENJEUX SANITAIRES DE L'AVANCÉE EN ÂGE

Épidémiologie des maladies chroniques
liées à la perte d'autonomie et surveillance
de leurs déterminants à mi-vie

Résumé

Enjeux sanitaires de l'avancée en âge

Épidémiologie des maladies chroniques liées à la perte d'autonomie et surveillance de leurs déterminants à mi-vie

Face au vieillissement de la population, des politiques de prévention efficaces de la perte d'autonomie deviennent un enjeu prioritaire des années à venir.

De nombreuses études au niveau international soulignent l'association entre l'adoption de comportements de santé favorables à mi-vie (40-64 ans) et le vieillissement en santé. Des consensus d'experts plaident pour la mise en place d'actions de prévention plus précoces dès 40 ans, que ce soit pour prévenir les démences ou pour retarder l'apparition des maladies chroniques entraînant une perte d'autonomie à l'âge avancé. Dans ce contexte, Santé publique France a fait le choix de mettre en place un nouveau programme intitulé « Avancer en âge en santé » dans lequel la surveillance des pathologies et des déterminants de santé intégrera les différentes dimensions de la santé (physique, psychique et fonctionnelle) et qui privilégiera l'action de prévention-promotion de la santé à mi-vie.

Dans ce rapport, après un rappel des enjeux sanitaires liés à l'avancée en âge (augmentation du fardeau des maladies chroniques), nous faisons un point épidémiologique sur les différentes pathologies chroniques liées à la perte d'autonomie au cours du vieillissement, que nous complétons par une description des principaux facteurs de risque de ces pathologies, déjà fréquents dès la mi-vie.

Si la dynamique temporelle des différentes pathologies décrites dans ce rapport (maladies cardiovasculaire, diabète, maladies respiratoires chroniques, démences...) sont hétérogènes, le vieillissement de la population contribuera en soi à une augmentation de la prévalence de toutes ces pathologies. L'état des lieux de la santé de la population française entre 40 et 64 ans pointe quant à lui de nombreux indicateurs préoccupants, liés à la survenue d'incapacités à un âge plus avancé. Ceci est particulièrement marqué chez les personnes d'un plus faible niveau socioéconomique.

Alors que les résultats des études d'observation montrent l'effet bénéfique de l'accumulation de comportement de santé protecteur sur le vieillissement, la dynamique de la prévalence des facteurs de risque à mi-vie en France est préoccupante. Ces résultats incitent fortement à la mise en place d'actions globales de prévention multi-déterminants dès la mi-vie, actions qui doivent pour certaines se poursuivre tout au long de la vie.

MOTS CLÉS : MALADIES CHRONIQUES, PERTE D'AUTONOMIE, DÉTERMINANTS ET COMPORTEMENTS DE SANTÉ, MI-VIE

Citation suggérée : Carcaillon-Bentata L, Ha C, Delmas M-C, Deschamps V, Fosse-Edorh S, Olié V, *et al.* Enjeux sanitaires de l'avancée en âge. Épidémiologie des maladies chroniques liées à la perte d'autonomie et surveillance de leurs déterminants à mi-vie. Saint-Maurice : Santé publique France, 2022. 41 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr
Et http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf_internet_recherche/SPF00003828

ISSN : 2534-6539 / ISBN-NET : 979-10-289-0783-9 / RÉALISÉ PAR LA DIRECTION DE LA COMMUNICATION, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / DÉPÔT LÉGAL : NOVEMBRE 2022

Abstract

Health issues of advancing age

Epidemiology of chronic diseases related to loss of autonomy and monitoring of their determinants in mid-life

In view of the ageing population, effective policies to prevent loss of autonomy are becoming a priority issue for the years to come.

Numerous studies at international level highlight associations between adopting positive health behaviours in mid-life (40–64 years) and healthy ageing. There is a consensus among experts calling for the implementation of prevention actions earlier in life, from the age of 40, whether to prevent dementia or to delay the onset of chronic diseases that lead to loss of autonomy in old age. In this context, Santé publique France has decided to set up a new programme entitled “Avancer en âge en santé” [“Age forward in health”] in which the monitoring of pathologies and health determinants will integrate the different dimensions of health (physical, psychological and functional) and which will give priority to health prevention and promotion in mid-life.

In this report, after a reminder of the health issues related to advancing age (increased burden of chronic diseases), we provide an epidemiological review of the various chronic pathologies related to the loss of autonomy during ageing, which we complete with a description of the main risk factors for these pathologies, already frequent in mid-life.

Although the temporal dynamics of the different pathologies described in this report (cardiovascular diseases, diabetes, chronic respiratory diseases, dementia, etc.) are heterogeneous, the ageing of the population will in itself contribute to an increase in the prevalence of all these pathologies. The health status of the French population aged 40 to 64 years points to a number of worrying indicators linked to the onset of disability at a later age. This is particularly pronounced among people of a lower socio-economic status.

While the results of observational studies show that accumulated protective health behaviours have a beneficial effect on ageing, the dynamics of mid-life risk-factor prevalence in France are worrying. These results strongly encourage the implementation of comprehensive multi-determinant prevention actions from mid-life onwards, some of which should continue throughout life.

KEYWORDS: CHRONIC CONDITIONS, LOSS OF AUTONOMY,
HEALTH DETERMINANTS AND BEHAVIOURS, MID-LIFE

Suggested citation: Carcaillon-Bentata L, Ha C, Delmas M-C, Deschamps V, Fosse-Edorh S, Olié V, *et al.* Health issues of advancing age. Epidemiology of chronic diseases related to loss of autonomy and monitoring of their determinants in mid-life Saint-Maurice: Santé publique France, 2022. 41 p. Available at: www.santepubliquefrance.fr and http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf_internet_recherche/SPF00003828

ISSN: 2534-6539 / ISBN-NET: 979-10-289-0783-9 / PRODUCED BY THE COMMUNICATIONS DEPARTMENT, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE - LEGAL DEPOSIT: JULY 2022.

Auteurs

Direction des maladies non transmissibles et traumatismes (DMNTT), Santé publique France

Laure Carcaillon-Bentata, Catherine Ha, Unité Traumatismes, Avancer en âge et maladies neurodégénératives

Marie-Christine Delmas, Valérie Deschamps, Sandrine Fosse-Edorh, Valérie Olié, Charlotte Verdot, Unité Cardio-métabolique et respiratoire

Florence De Maria, Unité Cancer

Direction de la prévention-promotion de la santé (DPPS), Santé publique France

Hélène Escalon, Unité Alimentation et activités physiques

Romain Guignard, Unité Addictions

Christophe Léon, Unité Santé mentale

Agnès Michon, Unité Personnes âgées et populations vulnérables

Coordination

Laure Carcaillon-Bentata

Sommaire

Résumé	2
Abstract.....	3
Auteurs, coordination.....	4
Liste des figures et tableaux.....	6
I. Introduction.....	7
II. Les enjeux sanitaires de l'avancée en âge	8
III. Principales problématiques de santé liées à l'avancée en âge et sources de dépendance ..	10
1. Maladies cardio-neuro-vasculaires.....	11
2. Troubles neurocognitifs	12
3. Maladies respiratoires chroniques.....	14
4. Cancers.....	16
5. Diabète.....	17
6. Pathologies ostéo-articulaires	18
7. Troubles sensoriels.....	19
Atteintes de la vision chez les adultes de 15 ans et plus	19
Atteintes de l'audition.....	19
8. Chutes.....	20
9. Troubles psychiques.....	21
10. Santé bucco-dentaire.....	23
IV. La mi-vie : une fenêtre d'opportunité pour prévenir la perte d'autonomie.....	25
A. Association entre déterminants de santé à mi-vie et risque de perte d'autonomie	25
1. Résultats issus des études d'observations.....	25
2. Résultats des études d'interventions.....	27
B. Comportements de santé et pathologies chroniques des Français entre 40 et 64 ans : état des lieux	28
1. Comportements de santé à mi-vie.....	28
Consommation de tabac et d'alcool parmi les 40-64 ans.....	28
Alimentation	31
Activité physique et sédentarité.....	31
2. Pathologies chroniques prévalentes dès la mi-vie	32
Hypertension artérielle.....	32
Hypercholestérolémie LDL	34
Le diabète	36
Surpoids et obésité	37
Maladies respiratoires chroniques à mi-vie	38
Troubles psychiques.....	39
Sommeil.....	40
V. Conclusion.....	41

Liste des figures et tableaux

Figure 1 Evolution du classement des principales pathologies non transmissibles selon leur impact sur le nombre d'années de vie perdues ou passées en incapacité entre 1990 et en 2017 chez les personnes âgées de plus de 70 ans. Sources : Global Burden of Disease.....	11
Figure 2. Association entre le nombre de comportements favorables à la santé à mi-vie (à l'inclusion) et une bonne santé à l'âge avancé (suivi médian de 16,3 ans) ⁵⁷	26
Figure 3 : Evolution de la prévalence du tabagisme quotidien entre 2000 et 2018 parmi les 35-64 ans, selon le sexe et la classe d'âge, en France métropolitaine. Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et Baromètres de Santé publique France 2017 et 2018, Santé publique France....	29
Figure 4 : Evolution de la prévalence de la consommation quotidienne d'alcool entre 2000 et 2017 et des API mensuelles entre 2005 et 2017 parmi les 35-64 ans, selon le sexe et la classe d'âge, en France métropolitaine. Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014 et Baromètre de Santé publique France 2017, Santé publique France.....	30
Figure 5 : Part des personnes dépassant les repères de consommation d'alcool en France métropolitaine en 2017. Source : Baromètre de Santé publique France 2017.....	30
Figure 6 : Evolution de la prévalence de l'hypercholestérolémie LDL.....	35
Figure 7 : Augmentation annuelle moyenne du taux de patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO, France métropolitaine, 2002-2015.....	38
Figure 8 : Prévalence de traitement par pression positive continue, en fonction de l'âge, 2017.....	39
Tableau 1. Effet protecteur du nombre de comportements favorables à la santé sur les problèmes de santé apparus pendant les 30 années de suivi. Cohorte Caerphilly (2235 hommes de 45 à 59 ans, suivis pendant 30 ans).....	27
Tableau 2. Prévalence, connaissance, traitement et contrôle de l'hypertension artérielle en France en 2015.....	34
Tableau 3. Taux d'incidence standardisés des complications liées au diabète, France entière, 2013. 37	

I. INTRODUCTION

En France, en 2050, les 60 ans et plus représenteront 1/3 de la population contre 1/5 en 2005. Face au vieillissement de la population, des politiques de prévention efficaces de la perte d'autonomie deviennent un enjeu prioritaire des années à venir.

De nombreuses études au niveau international soulignent l'association entre comportements de santé précoces à mi-vie (traduction française du terme « midlife », désignant les individus entre 40 et 64 ans) et le vieillissement en santé. Par ailleurs, de nombreux indicateurs sont aujourd'hui défavorables concernant certains facteurs de risque cardio-neuro-vasculaires à mi-vie^{1,2}. Des consensus d'experts plaident pour la mise en place d'actions de prévention plus précoces dès 40 ans, que ce soit pour prévenir les démences^{3,4} ou pour retarder l'apparition des maladies chroniques entraînant une perte d'autonomie à l'âge avancé⁵.

Ces différents éléments ont conduit à la décision de réorienter le programme « Personnes âgées » de Santé publique France vers un programme « Avancer en âge en santé » dans lequel la surveillance des pathologies et des déterminants de santé intégrera les différentes dimensions de la santé (physique, psychique et fonctionnelle) dès la mi-vie. L'action de prévention-promotion de la santé sera privilégiée à mi-vie pour agir en faveur d'un vieillissement en santé.

Cette réorientation est en phase avec la stratégie Vieillir en bonne santé, une stratégie globale pour prévenir la perte d'autonomie 2020-2022, annoncée par la ministre de la santé en janvier 2020⁶.

Dans ce rapport, après un rappel des enjeux sanitaires liés à l'avancée en âge, nous faisons un point épidémiologique sur les indicateurs de pathologies chroniques liés à la perte d'autonomie au cours du vieillissement puis nous rappelons le rationnel scientifique et faisons un état des lieux des principaux déterminants de santé déjà fréquents dès la mi-vie montrant l'intérêt et la nécessité d'une approche préventive de la perte d'autonomie dès 40 ans.

¹ Perrine AL, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. Bull Epidémiol Hebd. 2018 ;(10):170-9. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/10/2018_10_1.html

² Lecoffre C, Perrine AL, Blacher J, Olié V. Cholestérol LDL chez les adultes en France métropolitaine : concentration moyenne, connaissance et traitement en 2015, évolutions depuis 2006. Bull Epidémiol Hebd. 2018 ; (37): 710-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/37/2018_37_1.htm

https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/docs/spf_internet_revues/26627/spf00000509_PDF.txt

³ Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, HCSP, Avis et rapport, décembre 2017 ; <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=645>

⁴ Dementia, disability and frailty in later life – mid-life approaches to delay or prevent onset NICE guideline [NG16] Published date: 20 October 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng16/resources/dementia-disability-and-frailty-in-later-life-midlife-approaches-to-delay-or-prevent-onset-pdf-1837274790085>.

⁵ Transforming the futur of ageing. Science Advice for Policy by European Academies (SAPEA). Evidence Review Report n° 5, juin 2019. <https://www.sapea.info/wp-content/uploads/tfa-report.pdf>

⁶ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_vieillir_en_bonne_sante_2020-2022.pdf

II. LES ENJEUX SANITAIRES DE L'AVANCÉE EN ÂGE

Dans la mesure où l'incapacité fonctionnelle est difficilement réversible, **la prévention suffisamment en amont de la perte d'autonomie fonctionnelle, avant que les premières incapacités ne se déclarent**, est devenue une priorité de santé publique⁷. Une meilleure connaissance des mécanismes conduisant à la perte d'autonomie fonctionnelle constitue de ce fait un objectif majeur, afin de mettre en œuvre des politiques de prévention efficaces.

L'allongement de l'espérance de vie, accompagné du vieillissement de la génération des baby-boomers, conduit à une augmentation de la part des personnes âgées en France. **En 2050, en supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, un habitant sur trois sera âgé de 60 ans ou plus**, contre un sur cinq en 2005, représentant 22,3 millions de personnes (contre 12,6 millions en 2005, soit une augmentation de 80 % en 45 ans).

L'espérance de vie à la naissance continue de progresser en France. En 2016, elle a atteint 85,3 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes, mais le gain de ces années à vivre n'est pas toujours associé à des années de vie en bonne santé. Ainsi, **en 2016, l'espérance de vie en bonne santé**, également appelée espérance de vie sans incapacité (c'est-à-dire le nombre d'années qu'une personne peut compter vivre sans souffrir d'incapacité dans les gestes de la vie quotidienne), **est stable depuis dix ans** et s'élève à 64,1 ans pour les femmes et à 62,7 pour les hommes⁸. **La part des années vécues sans incapacité au sein de l'espérance de vie est stable globalement** (autour de 80 % pour les hommes et 75 % pour les femmes); néanmoins, il existe des différences en fonction de l'âge. **L'espérance de vie en bonne santé à 65 ans qui s'établit en 2016 à 10,5 ans pour les femmes et 9,4 ans pour les hommes a augmenté au cours des dix dernières années** (respectivement + 0,9 et + 0,8 année). **À l'inverse, avant 55 ans, la part des années de vie restantes en bonne santé diminue depuis 2006, ce qui reflète notamment un allongement de l'espérance de vie pour les personnes ayant des incapacités survenues plus tôt au cours de la vie. Des travaux français semblent en effet indiquer en France une progression des incapacités sévères chez les 50-64 ans**, sans que l'on sache encore si cette tendance affectera les générations suivantes⁹. Si cette inflexion se poursuit, **les plus jeunes des aînés vivront plus longtemps, mais le nombre d'années de vie passées en incapacité sera plus important**.

Que les années de vie gagnées soient des années de vie sans incapacité majeure constitue un objectif fondamental de nos sociétés en raison des conséquences humaines, sanitaires, économiques et sociales de la perte d'autonomie.

La dépendance d'une personne âgée est définie comme un état durable entraînant des incapacités/limitations et requérant des aides humaines, formelles ou informelles, pour réaliser les actes de la vie quotidienne. **En 2015, la France comptait 15,7 millions de personnes âgées de 60 ans et plus, dont 14,5 millions vivaient à domicile. Parmi ces dernières, 5,8 millions de personnes, soit 40 % d'entre elles (28 % chez les moins de 75 ans, et 62 % chez les ≥ 75 ans), souffraient d'au moins une limitation fonctionnelle importante (c'est-**

⁷ « Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées » Éditions Inserm, janvier 2015, 518 pages, Collection Expertise collective ISBN 978-2-85598-920-5

⁸ Moisy M. (Drees), 2018, « Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable », Études et résultats, N° 1046, Drees (https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1046_-_esperance_de_vie.pdf)

⁹ Cambois E, Blachier A, Robine JM. 2012. Aging and health in France : an unexpected expansion of disability in mid-adulthood over recent years. European Journal of Public Health (doi : 10.1093/eurpub/cks136)

à-dire avoir beaucoup de difficultés ou ne pouvant pas du tout faire l'activité)¹⁰. Les limitations physiques étaient les plus déclarées (30 %). Pour les autres limitations, 19 % des seniors (plus de 60 ans) déclaraient au moins des limitations sensorielles et 8 % déclaraient au moins des limitations cognitives. Les restrictions ou limitation d'activités sont mesurées par trois indicateurs : difficultés à réaliser des activités de la vie quotidienne (ALD¹¹), difficultés à réaliser des activités de la vie quotidienne instrumentales (IALD¹²), le GALI¹³ (*Global Activity Limitation Indicator* ou « Indicateur de limitations d'activités générales »). L'enquête Capacités, aides et ressources des seniors (CARE) ménages, menée en 2015 en France métropolitaine chez les **personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile**, permet d'estimer **à 4,5 millions (soit 31 % d'entre elles) leur nombre à déclarer au moins une restriction d'activité (ALD, IALD, GALI). Plus d'1,4 million de personnes d'âge ≥ 60 ans vivant à domicile peuvent être considérées comme dépendantes**, c'est-à-dire présentant au moins une restriction dans les ALD (soit environ 10 %). **Selon l'Insee, le nombre de personnes âgées dépendantes chez les 60 ans et plus passerait, en France métropolitaine, de 1,2 million en 2012 à 2,3 millions d'ici 2060.** Enfin, **une personne âgée dépendante sur 2, soit environ 600 000 personnes, vit actuellement en institution.** Ce nombre augmentera parallèlement à celui du nombre de personnes âgées dépendantes. Tous financeurs confondus, **les dépenses de prise en charge des personnes âgées dépendantes ont représenté 30,0 milliards d'€ en 2014**, soit 1,40 point de PIB (plus des ¾ de ce montant sont financés par les pouvoirs publics). Cette dépense pourrait doubler d'ici 2060 (2,78 points du PIB)¹⁴.

La perte d'autonomie entraîne une diminution de la qualité de vie des personnes atteintes et de leurs aidants (8 à 11 millions d'aidants en France), augmente le risque d'institutionnalisation, d'hospitalisation, de morbidité et diminue l'espérance de vie. L'enjeu majeur de santé publique dans le contexte du vieillissement réside dans la prévention de la perte d'autonomie. **Le principal levier d'action pour infléchir les tendances défavorables concerne la mise en œuvre d'une politique de prévention efficace bien en amont.**

¹⁰ Limitations fonctionnelles : sensorielles (par ex. : beaucoup de difficultés à voir les caractères d'un journal avec lunettes, à voir clairement un visage à 4 mètres avec lunettes (de l'autre côté de la rue), entendre une conversation avec plusieurs personnes), physiques (par ex. : difficultés à marcher 500 m sur un terrain plat, monter et descendre un étage d'escalier, se baisser ou s'agenouiller) ou cognitives (par ex. : trous de mémoire, difficultés à se concentrer, difficultés relationnelles).

¹¹ ALD (*Activity of daily living*) : se laver, s'habiller, couper la nourriture ou se servir à boire, manger et boire, se servir des toilettes, de coucher ou se lever du lit, s'asseoir ou se lever d'un siège.

¹² IALD (*Instrumental activity of daily living*) : par exemple, faire les courses, préparer les repas, faire les tâches ménagères courantes, faire les démarches administratives, prendre les médicaments, sortir du logement, utiliser les transports en commun, se servir du téléphone.

¹³ GALI (*Global Activity Limitation Indicator* ou « Indicateur de limitations d'activité générales », mesuré par la question : « Êtes-vous limité depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ? ». La limitation est retenue quand la réponse est « fortement »).

¹⁴ Romain Roussel (Drees), 2017, « Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 », Études et Résultats, n° 1032, Drees, octobre. (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1032.pdf>)

III. PRINCIPALES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ LIÉES À L'AVANCÉE EN ÂGE ET SOURCES DE DÉPENDANCE

Le déclin fonctionnel résulte de trois phénomènes concourants que sont le **vieillessement biologique (sénescence)**, les **comportements de santé à risque** ainsi que **l'atteinte par une ou plusieurs maladies chroniques**. Les déterminants socio-économiques et les événements de vie moduleront fortement la répercussion de ces phénomènes sur le déclin fonctionnel.

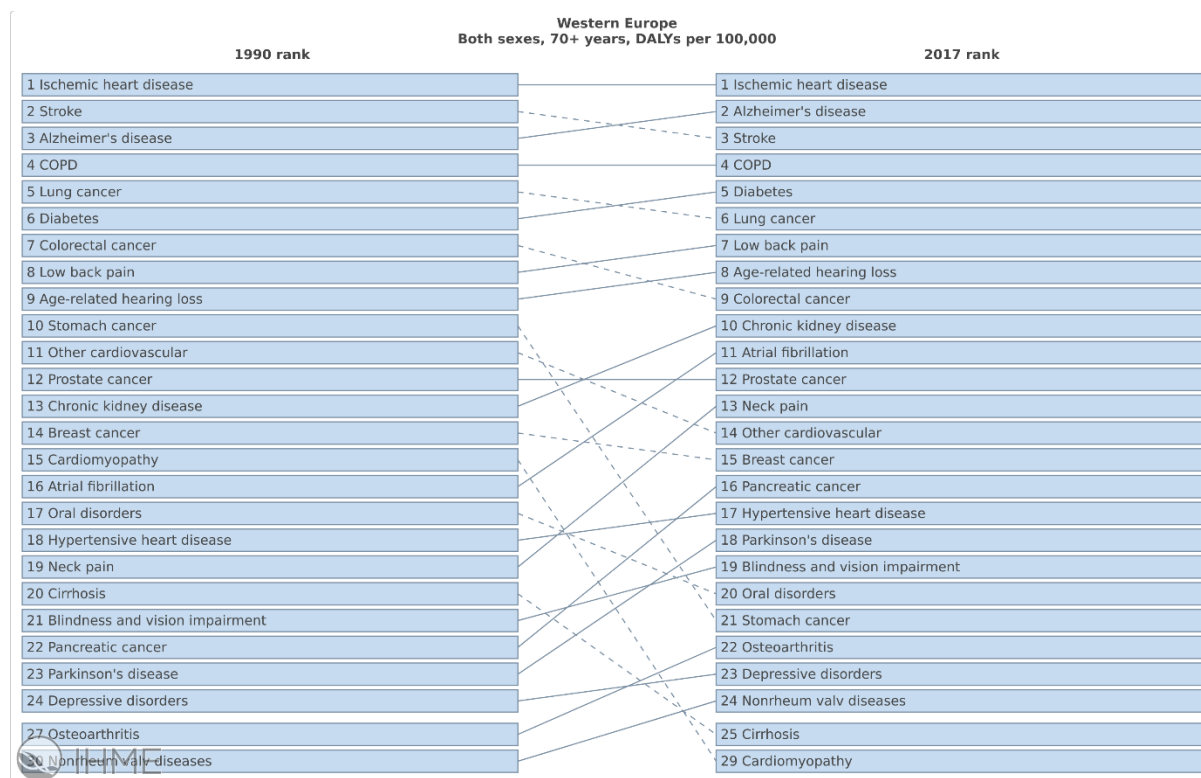
Le vieillissement biologique diminue progressivement les capacités de réserves physiologiques globales de l'adulte. Ce phénomène rend l'individu plus vulnérable au stress et l'expose à un risque de décompensation fonctionnelle de perte d'autonomie, d'institutionnalisation et de décès. **Le concept de fragilité est aujourd'hui largement utilisé pour objectiver ce phénomène de vulnérabilité biologique**. En France, d'après les données de deux enquêtes nationales en population générale - l'Enquête Santé et protection sociale (ESPS) en 2012 et l'enquête Handicap Santé Ménages (HSM) en 2008 -, **la prévalence de la fragilité, selon la définition phénotypique proposée par Fried et al. en 2001¹⁵, est estimée entre 10 % et 13 % parmi les personnes non dépendantes de plus de 55 ans**. Ces résultats sont cohérents avec ceux retrouvés dans les études nationales et internationales sur la fragilité : 12 % (95 % IC : 10-15 %) selon une récente méta-analyse de données internationales¹⁶.

En parallèle du risque de fragilité, **l'accumulation de plusieurs maladies chroniques caractérise la santé de la population âgée** ; conséquence d'une meilleure prise en charge médicale et du vieillissement démographique. Nombre de ces pathologies chroniques sont pourvoyeuses d'incapacités et donc de dépendance. La Figure 1 ordonne, selon la méthodologie utilisée par le *Global Burden of Disease*, les principales pathologies non transmissibles selon leur influence sur le nombre d'années de vie perdues ou passées en incapacité (ou années de vie corrigées de l'incapacité) en 1990 et en 2017 chez les personnes âgées de plus de 70 ans. Ainsi, en 2017, on trouve aux 1^{ers} rangs des pathologies présentant le plus lourd fardeau, les pathologies cardio- et neuro-vasculaires, la maladie d'Alzheimer, les maladies respiratoires chroniques, le diabète et le cancer du poumon. On constate que depuis 1990, le poids de certaines pathologies vasculaires (accidents vasculaires cérébraux notamment) et de certains cancers (poumon, colorectal) a diminué, en raison de l'amélioration de leur prise en charge.

¹⁵ Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The journals of gerontology*. 2001; 56 (3) : M146-56.

¹⁶ O'Caomh R, Galluzzo L, Rodriguez-Laso A, Van der Heyden J, Ranhoff AH, Lamprini-Koula M, et al. Prevalence of frailty at population level in European ADVANTAGE Joint Action Member States: a systematic review and meta-analysis. *Ann Ist Super Sanita*. 2018 ; 54 (3) : 226-38.

Figure 1 Évolution du classement des principales pathologies non transmissibles selon leur effet sur le nombre d'années de vie perdues ou passées en incapacité entre 1990 et en 2017 chez les personnes âgées de plus de 70 ans. Sources : *Global Burden of Disease*



Dans cette partie, nous présentons les principales caractéristiques épidémiologiques des maladies chroniques ayant un **poids important sur le fardeau de dépendance et dont la fréquence augmente particulièrement aux âges avancés (plus de 65 ans)**. Les facteurs de risque cardio-neuro-vasculaires, tels que l'hypertension ou l'hypercholestérolémie seront abordés dans le chapitre suivant car leur prévalence s'élève de manière importante dès la mi-vie et qu'ils constituent d'importants facteurs de risque de survenue d'autres pathologies chroniques aux âges plus avancés.

1. Maladies cardio-neuro-vasculaires

Les maladies cardio-neuro-vasculaires recouvrent un ensemble de maladies fréquentes et graves, notamment les cardiopathies ischémiques (CPI), les accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'hypertension artérielle (HTA), l'insuffisance cardiaque (IC). En France, elles se situent au 2^e rang pour la mortalité (au 1^{er} rang chez les femmes) après les cancers, et constituent une cause fréquente d'hospitalisation, de décès et de handicap. Les AVC, par exemple, constituent la 1^{re} cause de handicaps non traumatiques acquis et la 2^e cause de démence derrière la maladie d'Alzheimer. Les données du *Global Burden of Disease* de 2015 classaient pour la France les CPI, l'AVC et les autres pathologies cardiovasculaires en 1^{re}, 3^e et 8^e causes d'année de vie perdues respectivement. En années de vie corrigées sur l'incapacité (DALYS), les CPI et l'AVC étaient respectivement la 2^e et la 6^e cause. L'IC chronique est souvent la complication d'une autre maladie cardiovasculaire (CPI, valvulopathie, cardiomyopathie, HTA, trouble du rythme). Elle évolue en dents de scie avec des phases de décompensation qui représentent une cause fréquente d'hospitalisation des personnes âgées. Elle est de mauvais pronostic. Sa prévalence, entre 1 et 2 % dans les pays développés, augmente fortement avec l'âge à partir de 75 ans (plus de 40 % des patients hospitalisés ont 85 ans et plus). Elle tend

à augmenter du fait du vieillissement de la population mais aussi d'une meilleure prise en charge de l'IC elle-même et de ses causes permettant une survie plus longue des patients.

Le fardeau des pathologies cardiovasculaires devrait s'amplifier dans les années à venir compte tenu de plusieurs phénomènes : (1) la prévalence élevée en population des principaux déterminants et facteurs de risque ; (2) l'augmentation importante de l'incidence des hospitalisations chez les adultes jeunes pour les deux principales pathologies artérielles (infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral) avec un rajeunissement de l'âge moyen de survenue pour l'infarctus^{17,18} (3) le vieillissement de la population, les personnes de plus de 65 ans restant les principales victimes des pathologies cardiovasculaires et enfin (4) une diminution de la mortalité cardiovasculaire.

Cette dynamique préoccupante devrait conduire à une explosion de la prévalence des pathologies cardiovasculaires dans les années à venir. Même si le fardeau est principalement porté par les plus âgés, près de 43 % des infarctus du myocarde et 25 % des AVC surviennent avant 65 ans.

Les principaux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires sont l'âge, le sexe masculin, le tabagisme, l'hypercholestérolémie, l'HTA, le diabète, l'obésité, la sédentarité et les antécédents familiaux. La prévention primaire et secondaire de ces pathologies revêt une importance d'autant plus grande que cinq des principaux facteurs de risque rendent compte de plus de 84 % du risque et sont modifiables. Le tabac a été à l'origine de plus de 250 000 hospitalisations cardiovasculaires en 2015¹⁹. Le bénéfice du sevrage tabagique étant immédiat et total sur le risque cardiovasculaire lorsque le sujet arrête précocement de fumer, toute baisse de la prévalence du tabagisme en population pourrait avoir un effet visible à court terme sur la survenue de maladies cardiovasculaires. Quant à l'HTA, **non ou insuffisamment traitée**, elle augmente le risque d'AVC, de démence, de CPI, d'artériopathie des membres inférieurs et d'insuffisance rénale chronique. En France en 2014, la prévalence des personnes traitées pour HTA était de 19 %, avec une augmentation importante avec l'âge (59 % chez les 65-84 ans et 76 % au-delà)²⁰.

Là encore, il s'agirait de promouvoir dès la mi-vie au sein des populations les plus à risque à la fois :

- la réduction des facteurs de risque modifiables de maladies cardio-neuro-vasculaires ;
- l'importance d'un diagnostic précoce, d'une prise en charge médicale adéquate et d'une observance régulière des traitements.

2. Troubles neurocognitifs

Au cours du vieillissement, la survenue de troubles neurocognitifs (TNC), c'est-à-dire l'altération des fonctions mentales permettant de vivre de manière autonome (la mémoire, le jugement, l'attention, le langage, les fonctions exécutives, la concentration et les capacités à comprendre et à résoudre les problèmes) est fréquente. Différents types de TNC sont observés : les troubles dits « légers » qui concernent entre 20 et 40 % des personnes âgées de plus de 65 ans (ces troubles n'évoluent pas nécessairement vers des situations de dépendance), et les TNC majeurs, impliquant non seulement une altération de la mémoire mais également des troubles du comportement et une perte progressive de l'autonomie.

¹⁷ Lecoffre C, de Peretti C, Gabet A, Grimaud O, Woimant F, Giroud M, *et al.* Mortalité par accident vasculaire cérébral en France en 2013 et évolutions 2008-2013. Bull Epidémiol Hebd. 2017 ;(5):95-100. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/5/2017_5_2.html

¹⁸ Gabet A, Danchin N, Olié V. Infarctus du myocarde chez la femme : évolutions des taux d'hospitalisation et de mortalité, France, 2002-2013. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(7-8):100-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/7-8/2016_7-8_1.html

¹⁹ Bonaldi C, Pasquereau A, Hill C, *et al.* Hospitalizations for cardiovascular diseases attributable to tobacco smoking in France in 2015. European Journal of Preventive Cardiology. November 2019. doi:10.1177/2047487319885462.

²⁰ État de santé de la population en France p. 259, Rapport 2017, Drees, Santé publique France.

Les TNC majeurs sont des processus évolutifs pour lesquels aucun traitement curatif n'est disponible.

L'étiologie des TNC est mal connue mais les processus en jeu sont de deux ordres : les processus neurodégénératifs, majoritairement présents dans la maladie d'Alzheimer, représentent environ 70 % des cas de TNC majeurs, et les lésions vasculaires sont à l'origine d'environ 20 à 30 % des cas. Globalement, il est aujourd'hui établi que la majorité des TNC résultent de la combinaison des deux processus neurodégénératifs et vasculaires. D'autres formes de démences existent, telles que les démences fronto-temporales, à corps de Lewy ou secondaires à d'autres maladies, beaucoup plus rares et pour lesquelles les mécanismes en jeu sont moins connus et, de ce fait, les moyens de les prévenir également.

Les principaux facteurs de risque des TNC sont :

- l'âge ;
- les facteurs de risque cardiovasculaires : l'hypertension artérielle (HTA), le diabète, l'hypercholestérolémie et l'obésité, notamment lorsque ces facteurs sont présents à mi-vie ;
- des facteurs de susceptibilité génétique sont impliqués dans la survenue de formes précoces, d'autres facteurs génétiques le sont dans la survenue des formes sporadiques ;
- le rôle du sexe reste controversé. Il a souvent été rapporté que le risque de démence était supérieur chez les femmes par rapport aux hommes. Néanmoins, cet effet pourrait s'expliquer par l'inclusion dans les études de personnes issues de générations où les femmes avaient dans l'ensemble accès à un niveau d'études plus bas que celui des hommes ;
- la consommation de certains médicaments psychotropes, notamment les benzodiazépines et les anticholinergiques.

Les principaux facteurs protecteurs sont :

- le développement des performances cognitives par l'éducation scolaire puis tout au long de la vie, l'activité professionnelle, le réseau social, les activités sociales et de loisirs, un environnement de vie favorable ;
- une alimentation saine, de type méditerranéen, riche en acides gras poly-insaturés ;
- la pratique d'une activité physique régulière.

En France, l'étude de la cohorte Paquid réalisée en Gironde a permis d'estimer à **6 - 8 % la prévalence des TNC majeurs chez les personnes âgées de 65 ans et plus**. L'incidence varie fortement selon l'âge, allant de 0,25 pour 100 personnes-années entre 65 et 69 ans à 5 % après 85 ans. Extrapolé à la population française en 2010, le nombre estimé de personnes de plus de 65 ans qui souffriraient d'un TNC majeur serait de 1 000 000. **D'après des projections réalisées sous l'hypothèse d'une incidence annuelle constante (c'est-à-dire un nombre constant de nouveaux cas chaque année), le nombre de cas attendu en 2030 s'élèverait à environ 1 750 000²¹.**

Les études récentes conduites au niveau international suggèrent que l'incidence de la démence pourrait être en train de lentement diminuer²². L'amélioration du niveau d'études et de la prise en charge des facteurs de risque vasculaires sont les

²¹ Jacqmin-Gadda H, Alperovitch A, Montlahuc C, Commenges D, Leffondre K, Dufouil C, Elbaz A, Tzourio C, Menard J, Dartigues JF et al : 20-Year prevalence projections for dementia and impact of preventive policy about risk factors. European journal of epidemiology 2013, 28 (6) : 493-502.

²² Serrano-Pozo A, Growdon JH : Is Alzheimer's Disease Risk Modifiable ? J Alzheimers Dis 2019, 67 (3) : 795-819.

explications les plus fréquemment évoquées^{23,24,25,26}. En France, les données issues de deux cohortes en population générale, Paquid et Trois-Cités, mettent en évidence une diminution significative de l'incidence de la démence entre les années 1990 et 2000, mais chez les femmes uniquement²⁷. Il est possible que les femmes, partant d'un niveau d'études inférieur à celui des hommes au début du XX^e siècle, aient bénéficié de manière plus importante de l'effet de l'augmentation générale du niveau d'études sur le recul de la démence.

Agir bien en amont de la survenue des TNC sur la réduction de leurs facteurs de risque modifiables de telle façon que les populations les plus susceptibles de cumuler ces facteurs en bénéficient le mieux tout en promouvant les facteurs protecteurs connus à ce jour, pourrait prévenir la survenue de ces troubles ou, tout au moins, en retarder l'âge d'apparition.

3. Maladies respiratoires chroniques

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie inflammatoire des bronches qui se traduit par une réduction chronique et non complètement réversible des débits aériens. Elle est attribuable au tabagisme dans plus de 80 % des cas, les autres facteurs de risque comprennent en particulier les expositions professionnelles (environ 15 %), la pollution atmosphérique, l'exposition au tabagisme passif.

La BPCO peut s'aggraver progressivement et évoluer vers une insuffisance respiratoire chronique nécessitant un traitement par oxygénothérapie de longue durée. Cette évolution progressive peut également être marquée par des exacerbations (épisodes d'aggravation des symptômes). **La BPCO est la principale cause d'insuffisance respiratoire chronique.**

C'est une **maladie fortement sous-diagnostiquée** (on estime qu'en France, plus de 2 cas sur 3 ne sont pas diagnostiqués) et le diagnostic n'est souvent porté qu'à un stade avancé de la maladie. Les symptômes de bronchite chronique ne sont pas toujours présents aux stades précoces de la maladie et sont souvent banalisés par le patient et par les professionnels de santé. La dyspnée s'installant progressivement, les patients réduisent leurs activités en conséquence.

La prévalence de la BPCO est difficile à estimer en raison du sous-diagnostic et de la difficulté à réaliser des épreuves fonctionnelles respiratoires dans le cadre d'enquêtes épidémiologiques conduites dans la population générale. En France, elle serait de l'ordre de 5 à 10 % chez les adultes de plus de 45 ans. La lutte contre la BPCO représente l'un des plus grands enjeux sanitaires du XXI^e siècle. **Elle devrait représenter la 3^e cause de mortalité par maladie en 2030 dans le monde.**

Invalidante, la BPCO expose les personnes qui en souffrent à une dégradation de leur qualité de vie et de leur autonomie, ainsi qu'à un isolement social. Par ailleurs, de nombreuses personnes souffrant de BPCO sont en activité professionnelle, ce qui soulève des questions de maintien dans l'emploi.

²³ Chene G, Beiser A, Au R, Preis SR, Wolf PA, Dufouil C, Seshadri S : Gender and incidence of dementia in the Framingham Heart Study from mid-adult life. *Alzheimers Dement* 2015, 11 (3) : 310-320.

²⁴ Matthews FE, Arthur A, Barnes LE, Bond J, Jagger C, Robinson L, Brayne C, Medical Research Council Cognitive F, Ageing C : A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England : results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *Lancet* 2013, 382 (9902) : 1405-1412.

²⁵ Larson EB, Yaffe K, Langa KM : New insights into the dementia epidemic. *The New England journal of medicine* 2013, 369 (24) : 2275-2277.

²⁶ Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C : Potential for primary prevention of Alzheimer's disease : an analysis of population-based data. *The Lancet Neurology* 2014, 13 (8) : 788-794.

²⁷ Grasset L, Brayne C, Joly P, Jacqmin-Gadda H, Peres K, Foubert-Samier A, Dartigues JF, Helmer C : Trends in dementia incidence : Evolution over a 10-year period in France. *Alzheimers Dement* 2016, 12 (3) : 272-280.

De plus, la BPCO est fréquemment associée à d'autres pathologies telles que les pathologies cardiovasculaires (HTA, cardiopathie ischémique, insuffisance cardiaque), la dépression et l'anxiété, les cancers (cancer broncho-pulmonaire notamment), la dénutrition (avec diminution de l'IMC et de la masse musculaire) et l'ostéoporose.

Le syndrome d'apnées-hypopnées obstructive du sommeil (SAHOS) est défini par l'association d'une symptomatologie clinique, dominée par une somnolence diurne excessive non expliquée par d'autres facteurs, et de la présence d'au moins 5 apnées ou hypopnées par heure de sommeil²⁸. Il est dû à un collapsus répété des voies aériennes supérieures au cours du sommeil, responsable d'hypoxie intermittente et de fragmentation du sommeil. Ses principaux facteurs de risque sont l'âge et l'obésité. **Le SAHOS est associé à un risque accru d'accidents de la route liés à la somnolence diurne, de troubles cognitifs et de nombreuses pathologies, notamment cardiovasculaires²⁹. Bien que de mieux en mieux connu des professionnels de santé et de la population, **le SAHOS reste sous-diagnostiqué.****

Nous ne disposons pas de données sur la prévalence du SAHOS en France. Dans la littérature internationale, la prévalence du SAHOS varie fortement selon les études, en raison de différences dans les critères utilisés pour définir le SAHOS (méthode diagnostique, seuil d'apnées/hypopnées, présence de symptômes) mais également du fait de l'hétérogénéité des populations étudiées, notamment quant à l'indice de masse corporelle (IMC) ou l'âge, qui sont des facteurs de risque majeurs du SAHOS. En se basant sur un seul seuil d'apnées/hypopnées de 5 par heure, les études montrent chez l'adulte des chiffres allant de 9 % à 38 %³⁰.

En 2008, une étude effectuée en France au sein de la population générale montrait une prévalence déclarée du SAHOS de 2,4 % chez l'adulte³¹. Ce chiffre sous-estime la prévalence réelle du SAHOS, du fait du sous-diagnostic de la maladie. Cette même étude montrait que seules 15 % des personnes ayant des symptômes évocateurs de SAHOS déclaraient avoir déjà eu un enregistrement du sommeil, examen nécessaire pour porter le diagnostic. Selon les données de l'assurance maladie, plus d'un million de patients âgés de 20 ans ou plus avaient bénéficié en 2017 d'une prestation pour une ventilation nocturne par pression positive continue (PPC)³², soit une prévalence du traitement par PPC de 2,3 % (3,3 % chez les hommes, 1,3 % chez les femmes)³³.

²⁸ Société de pneumologie de langue française, Société française d'anesthésie réanimation, Société française de cardiologie, Société française de médecine du travail, Société française d'ORL, Société de physiologie, Société française de recherche et de médecine du travail. Recommandations pour la pratique clinique. Syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil. Rev Mal Respir. 2010; 27 (7) : 806-33.

²⁹ Young T, Peppard PE, Gottlieb DJ. Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. Am J Respir Crit Care Med. 2002; 165 (9) : 1217-39.

³⁰ Senaratna CV, Perret JL, Lodge CJ, Lowe AJ, Campbell BE, Matheson MC, et al. Prevalence of obstructive sleep apnea in the general population : A systematic review. Sleep Med Rev. 2017; 34: 70-81.

³¹ Fuhrman C, Fleury B, Nguyen XL, Delmas MC. Symptoms of sleep apnea syndrome: high prevalence and underdiagnosis in the French population. Sleep Med. 2012 ; 13 (7) : 852-8.

³² La PPC est indiquée en première intention dans la prise en charge du SAHOS lorsque l'indice d'apnées hypopnées (IAH) est supérieur à 30/h, et lorsque l'IAH est compris entre 15 et 30/h, en présence d'un sommeil de mauvaise qualité (au moins 10 micro-éveils par heure de sommeil) ou d'une maladie cardiovasculaire grave associée (hypertension artérielle résistante, fibrillation auriculaire récidivante, insuffisance ventriculaire gauche sévère ou maladie coronaire mal contrôlée, antécédent d'accident vasculaire cérébral).

Haute Autorité de santé. Évaluation clinique et économique des dispositifs médicaux et prestations associées pour prise en charge du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS). Révision de catégories homogènes de dispositifs médicaux – Volet médico-technique et évaluation économique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.

³³ Mandereau-Bruno L, Léger D, Delmas MC. Obstructive sleep apnea: A sharp increase in the prevalence of patients treated with nasal CPAP over the last decade in France. PlosOne 2021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245392>

Les données du Baromètre Santé 2017 ont montré que seule une personne sur cinq connaissait le terme de bronchopneumopathie chronique obstructive (ou de BPCO) et qu'un tiers des personnes connaissant ce terme nommait le tabac comme étant la principale cause de cette maladie³⁴. Améliorer les connaissances de la population générale sur la BPCO pourrait être un levier pour favoriser un diagnostic plus précoce de cette maladie et pourrait constituer un premier objectif facilement atteignable à brève échéance.

La prévention du tabagisme, premier facteur de risque de la BPCO, est le principal levier pour prévenir cette pathologie. Par ailleurs, quel que soit le stade de la maladie, le sevrage tabagique est toujours bénéfique.

Le SAHOS étant un facteur de risque d'accidents, de troubles cognitifs, de syndrome métabolique et de nombreuses pathologies cardiovasculaires, l'amélioration de sa connaissance en population générale, de son diagnostic et de sa prise en charge est nécessaire.

4. Cancers

En France, en 2016, les cancers représentaient la 1^{re} cause de décès chez les hommes et la 2^e chez les femmes (après les maladies cardio-neuro-vasculaires)³⁵. Il existe une forte hétérogénéité de survie entre les cancers³⁶. Les estimations montrent une augmentation de 77 % du nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 : sont en cause, de façon différenciée selon le sexe, d'une part l'accroissement et le vieillissement de la population, et d'autre part, l'évolution diagnostic et l'évolution du risque de cancer³⁷.

Parmi les facteurs de risque connus, le tabac et l'alcool représentent deux facteurs majeurs, responsables respectivement de 31 % et 10 % des décès par cancer^{38,39}, et de 20 % et 8 % des nouveaux cas de cancer chez l'adulte⁴⁰. D'autres facteurs de risque, tels que le surpoids et l'obésité, certains facteurs de l'alimentation⁴¹, certaines infections, expositions professionnelles, expositions environnementales (pollution de l'air, radiations...), une activité physique insuffisante... peuvent également faire l'objet d'actions préventives, permettant de réduire la proportion de cancers qui leur sont attribuables. Ces efforts de prévention seront d'autant plus efficaces qu'ils cibleront les populations les plus vulnérables et viseront à réduire les inégalités sociales de santé.

Il est par ailleurs important de souligner que l'exposition au risque de certains cancers peut survenir tôt dans la vie, par exemple l'exposition in utero au diéthylstilbœstrol augmente le

³⁴ Delmas MC, Pasquereau A, Roche N, Andler R, Richard JB, et le groupe Baromètre santé 2017. Connaissance de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France : Baromètre santé 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2018 ;(35-36):703-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/35-36/2018_35-36_3.html

³⁵ Boulat T, Ghosn W, Morgand C, Falissard L, Roussel S, Grégoire Rey. Principales évolutions de la mortalité par cause sur la période 2000-2016 en France métropolitaine. Bull Epidemiol Hebd. 2019 ;(29-30):576-84. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/29-30/2019_29-30_1.html

³⁶ Cowppli-Bony A, Uhry Z, Guizard V, Trétarre B, Bouvier AM, Woronoff AS, Grosclaude P : Survie des personnes atteintes de cancers solides en France métropolitaine, 1989 – 2013. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2016, 64 : S201-S202.

³⁷ Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Remontet L, Colonna M, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Résultats préliminaires. Rapport. Saint-Maurice (Fra) : Santé publique France, 2019. 161 p.

³⁸ Trends in tobacco-attributable mortality in France. Ribassin-Majed, L.; Hill, C. Eur J Public Health. 2015; 824-8: p. 824-8. doi: 10.1093/eurpub/ckv078 10.1093/eurpub/ckv078. Epub 2015 May 9.

³⁹ Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C: Alcohol-attributable mortality in France. European Journal of Public Health 2013, 23 (4) : 588-593.

⁴⁰ Marant-Micallef C, Shield KD, Vignat J, Hill C, Rogel A, Menvielle G, et al. Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. Bull Epidemiol Hebd. 2018 ; (21) : 442-8. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/nombre-et-fractions-de-cancers-attribuables-au-mode-de-vie-et-a-l-environnement-en-france-metropolitaine-en-2015-resultats-principaux>

⁴¹ Plusieurs items ont été étudiés de façon indépendante : alimentation pauvre en fruits, en fibres, en légumes, en produits laitiers, riche en viande rouge, en viande transformée.

risque de cancer du sein, l'exposition à l'infection au papillomavirus humain (HPV) accroît le risque de cancer du col de l'utérus.

Les cancers peuvent avoir un retentissement majeur sur la qualité de vie des personnes atteintes et de leur proche. De plus, tant parmi les facteurs de risque de cancers que parmi leurs facteurs protecteurs, certains sont communs aux maladies et états morbides qui, avec l'avancée en âge, sont source de dépendance et de perte d'autonomie. Ainsi, la prévention des cancers ne peut que contribuer favorablement à la prévention de la dépendance et de la perte d'autonomie.

5. Diabète

Il existe plusieurs types de diabète, mais les deux plus fréquents sont :

- Le diabète de type 1 : secondaire à une destruction auto-immune des cellules β du pancréas. Il survient essentiellement chez l'enfant ou l'adulte jeune ;
- Le diabète de type 2 : caractérisé par une déficience soit de l'action de l'insuline, soit de la sécrétion d'insuline par les cellules endocrines, soit des deux. Il touche surtout les adultes d'âge mûr.

Le diabète, tout type confondu, est une pathologie fréquente et grave.

Son poids a considérablement augmenté au cours des deux dernières décennies⁴². **En France, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement n'a cessé d'augmenter depuis les premières estimations effectuées au début des années 2000.** Elle croît du fait du vieillissement de la population, d'une modification des comportements alimentaires, d'une augmentation de la prévalence du surpoids, de l'obésité et de la sédentarité, mais aussi d'une plus longue espérance de vie des personnes traitées. En 2016, elle atteignait 5 % (soit plus de 3 millions de personnes).

Le **prédiabète**, facteur de risque majeur de développer un diabète de type 2, est en forte augmentation en France et **touche 9,9 % de la population adulte**⁴³.

Parmi les facteurs de risque du diabète de type 2, forme la plus fréquente (environ 92 % des personnes diabétiques), certains tels que l'âge, l'ethnicité et une anamnèse familiale de diabète ne sont pas modifiables, d'autres, liés au mode de vie, comme le surpoids/l'obésité et la sédentarité, sont modifiables et peuvent faire l'objet d'une prévention primaire. Une expérimentation sur trois territoires (Bas-Rhin, Seine-Saint-Denis, La Réunion) a d'ailleurs été lancée par la Cnam en 2018 (*Dites non au diabète*, www.ditesnonaudiabete.fr) avec notamment pour objectif d'évaluer l'efficacité, en France, d'une intervention sur le mode de vie en population à très haut risque de développer un diabète.

Les complications liées au diabète, qu'il s'agisse du diabète de type 1 ou de type 2, sont multiples et ont des répercussions importantes sur les incapacités et la perte d'autonomie. Il s'agit notamment de la **cécité**, des **amputations de membres inférieurs**, de l'**insuffisance rénale chronique terminale** et des **pathologies cardio-neuro-vasculaires** (AVC, CPI, IC). Un bon contrôle de l'équilibre glycémique permet d'éviter ces complications.

⁴² Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L, Piffaretti C. Le poids du diabète en France en 2016. Synthèse épidémiologique. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 8 p.

⁴³ Grégory Lailler, Clara Piffaretti, Sonsoles Fuentes, Hadja Djessira Nabe, Amivi Oleko, Emmanuel Cosson, Sandrine Fosse-Edorh, Prevalence of prediabetes and undiagnosed type 2 diabetes in France : Results from the national survey ESTEBAN, 2014-2016, Diabetes Research and Clinical Practice, Volume 165, 2020, 108252, ISSN 0168-8227, <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108252>

Le diabète est fréquemment associé à d'autres troubles métaboliques et en particulier à l'obésité. Chez les personnes âgées, il est également souvent associé à d'autres syndromes tels que dépression, troubles cognitifs, polymédication, incontinence urinaire, troubles sensoriels, douleurs chroniques et chutes, eux-mêmes associés à un risque augmenté de déclin fonctionnel.

Le diabète de type 2, forme la plus fréquente, touche avant tout des adultes d'âge mûr mais c'est à mi-vie, dès 40 ans, que le risque de survenue de ce type de diabète augmente, jusqu'à l'âge de 60 ans. En l'état actuel des connaissances, les interventions sur le mode de vie (alimentation, activité physique) en population prédiabétique, à très haut risque de développer cette forme de diabète, semblent efficaces. Une expérimentation de ce type est en cours en France sur trois territoires (Bas-Rhin, Seine-Saint-Denis, La Réunion)⁴⁴. La prévention des complications du diabète permettrait également de réduire le fardeau induit par le diabète.

6. Pathologies ostéo-articulaires

Les affections musculosquelettiques incluent de très nombreuses entités qui affectent le système locomoteur : lombalgies, cervicalgies, arthroses, rhumatismes inflammatoires, fractures et séquelles de traumatisme musculosquelettique... Elles voient leur fréquence augmenter avec l'âge, mais touchent fréquemment enfants, adolescents et adultes de tous âges, et participent au déclin de la capacité intrinsèque des personnes. Source de douleurs chroniques et de limitations physiques (mobilité, dextérité), ces affections réduisent considérablement la capacité de travail des individus touchés ainsi que leur contribution économique et sociale. Comparées aux autres maladies non transmissibles, elles sont responsables de la part la plus importante de la perte de la force de travail. Elles peuvent conduire à un déclin de la santé mentale (elles sont notamment très souvent liées à la dépression) et sont associées à un excès de risque d'autres pathologies chroniques, avec lesquelles elles peuvent partager des facteurs de risque (ex. : surpoids /obésité, sédentarité). Elles sont présentes dans un tiers jusqu'à la moitié des cas de multimorbidité. **La fragilité est associée de façon étroite à la santé musculosquelettique, et notamment avec les conditions les plus communément associées à l'âge : ostéoporose, fractures, chutes et atteintes rachidiennes.**

Dans le monde, environ une personne sur trois souffre d'une affection musculosquelettique douloureuse et chronique. Ces affections, au premier rang desquelles se placent les lombalgies, sont, après les troubles mentaux et du comportement, le deuxième contributeur aux années de vie avec incapacité dans le monde⁴⁵. Ce sont les affections du rachis et du cou, les séquelles de traumatisme, l'arthrose et les atteintes inflammatoires qui sont le plus fréquemment sources de limitations.

Aux USA, des données récentes indiquent qu'environ la moitié de la population adulte (≥ 18 ans) rapportait souffrir d'une affection musculosquelettique⁴⁶. Cette prévalence était presque aussi élevée que la prévalence des pathologies chroniques cardiovasculaires et respiratoires réunies. Et pour environ la moitié des personnes (enfants et adultes) qui rapportaient être limitées dans les activités de la vie quotidienne, les limitations incombaient à une affection musculosquelettique. Affections rachidiennes non précisées et affections articulaires non précisées étaient les diagnostics les plus fréquemment rapportés. **Chez les**

⁴⁴ <https://www.ditesnonaudiabete.fr/>

⁴⁵ James SL, Abate D, Abate KH, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; 392: 1789-858.

⁴⁶ The Impact of Musculoskeletal Disorders on Americans - Opportunities for Action. Bone and Joint Initiative USA. 2016. <http://www.boneandjointburden.org/docs/BMUSExecutiveSummary2016.pdf>

45-64 ans, la prévalence des affections musculosquelettiques s'est accrue d'environ 30 % sur une période de quinze ans (1996-2011), passant de 29 % à 38 %.

Les données françaises sont rares. L'enquête ESPS 2014 montre **que chez les personnes de 15 ans et plus, 30 % des personnes déclarent souffrir de douleurs ou d'une affection chronique du dos ou du bas du dos, 20 % d'arthrose et 16 % de douleurs ou d'une affection chronique de la nuque et des cervicales**⁴⁷. C'est pour ces problèmes de santé que les prévalences déclarées sont les plus élevées. **La prévalence de ces trois affections (dos, arthrose, nuque/cervicales) augmente fortement avec l'âge, même si elles sont déjà très fréquentes dans la tranche d'âge des 40-64 ans : 38 %, 50 % et 23 % chez les 65 ans et plus et 34 %, 20 % et 18 % chez les moins de 65 ans, respectivement.**

7. Troubles sensoriels

Les atteintes sensorielles sont fréquentes chez les personnes âgées. **Non ou mal corrigées, elles peuvent limiter les personnes dans leurs activités, voire conduire à un isolement préjudiciable à la vie sociale et familiale, favorisant des états dépressifs et contribuant au vieillissement général et au déclin cognitif. Elles peuvent également favoriser les accidents.**

Atteintes de la vision chez les adultes de 15 ans et plus

Les troubles de la vision sont des atteintes sensorielles fréquentes : **L'Enquête Santé et protection sociale (ESPS) 2014** montre que trois quart des personnes de 15 ans et plus (et près de 95 % après 55 ans) déclarent avoir un trouble de la vision (corrigé ou non). Tous âges confondus, la proportion de personnes se déclarant non-voyantes est de 0,05 %. Les troubles de la vision sont souvent corrigés par le port de lunettes ou de lentilles de contact. La proportion de personnes non ou mal corrigées parmi les personnes déclarant un trouble de la vision varie selon les tranches d'âge, du simple au double avec un minimum chez les 55-65 ans (29,1 %) et un maximum chez les 85 ans et plus (57,5 %). L'accès à une correction adaptée augmente avec le niveau de diplôme, les personnes sans diplôme présentent la proportion la plus importante de troubles non corrigés (10 % des personnes souffrant de troubles visuels) ou mal corrigés (33 %) vs 5 % (non corrigés) et 22 % (mal corrigés) chez les personnes ayant un niveau d'étude égal ou supérieur à bac + 2.

Selon les résultats de l'enquête Care 2015, chez les 60-74 ans, 2,9 % des femmes et 2,4 % des hommes déclarent avoir beaucoup de difficultés à voir clairement les caractères d'imprimerie de journal avec des lunettes si elles ou ils en portent. Chez les 75 ans et plus, ces chiffres sont respectivement de 12,0 % et 8,4 %.

Atteintes de l'audition^{48,49}

Parmi les atteintes de l'audition, la presbycusie reste la cause la plus fréquente de surdité chez l'adulte de plus de 50 ans. **L'enquête Handicap-Santé 2008** a permis d'estimer à environ 10 millions de personnes souffrant en 2008 de limitations fonctionnelles auditives (LFA) en France, soit 16 % de la population entière. Pour la moitié d'entre elles, il s'agit de problèmes légers, se traduisant par « quelques difficultés à entendre ce qui se dit dans une conversation avec plusieurs personnes », sans conséquences importantes sur leurs activités quotidiennes. Pour l'autre moitié, il s'agit de limitations moyennes à totales, avec 360 000 personnes touch es de façon très grave ou totale. La prévalence des LFA croît avec l'âge.   50 ans,

⁴⁷ état de santé de la population en France p. 324, Rapport 2017, Drees, Santé publique France
<http://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/microdata/european-health-interview-survey>

⁴⁸ Laurence Haeusler, Drees, Vivre avec des difficultés d'audition, Dossiers Solidarité et Santé, n  52, février 2014.

⁴⁹ état de santé de la population en France p. 324, Rapport 2017, Drees, Santé publique France.

1 personne sur 5 est atteinte de LFA au moins légère, et 1 sur 10 souffre d'une LFA moyenne à totale. **Vingt à 30 % des personnes âgées de 80 ans et plus ont des LFA graves à totales.** À âge égal et pour un même niveau de gravité, les femmes et les cadres supérieurs sont davantage équipés d'appareils auditifs. **Les personnes atteintes de LFA moyennes à totales sont davantage touchées par des déficiences autres qu'auditives (46 % vs 20 % dans la population) : déficiences de la parole ou de la vue, déficiences motrices (généralement ostéo-articulaires, une limitation de la force musculaire et des troubles de l'équilibre) et psychiques, intellectuelles et cognitives.** Les moins de 20 ans sont particulièrement concernés par les déficiences psychiques. Près du tiers des personnes ayant des LFA se font aider par leur entourage ou des professionnels pour des actes de la vie courante. Pour les moins de 60 ans, les personnes ayant des LFA très graves ou totales ont une probabilité cinq fois plus élevée de faire appel à un aidant que les personnes ayant des LFA légères. Les besoins d'aide portent exclusivement sur la réalisation de démarches administratives, l'utilisation du téléphone et l'aide à la traduction.

L'enquête ESPS montre qu'en 2014, environ 9 % des adultes de 18 ans et plus (6,7 % des personnes âgées de 40-64 ans, 19 % des 65 ans et plus et 41 % des 80 ans et plus) déclarent avoir des difficultés sévères pour entendre ce qui se dit dans une conversation dans un environnement calme ou bruyant. Cette enquête a permis d'estimer qu'environ 40 % des personnes déclarant des troubles sévères possèdent un appareillage, et seule la moitié des personnes appareillées sont effectivement corrigées (48 % en 2014 contre 58 % en 2012, selon l'enquête ESPS 2012).

Selon les résultats de **l'enquête Care 2015**, chez les 60-74 ans 6,2 % des femmes et 11,8 % des hommes déclarent avoir beaucoup de difficultés à entendre ce qui se dit dans une conversation avec plusieurs personnes, avec un appareil auditif si elles ou ils en portent. Chez les 75 ans et plus, ces chiffres sont respectivement de 23,6 % et 28,5 %.

Les atteintes sensorielles non ou mal corrigées peuvent contribuer au vieillissement général et au déclin cognitif. Elles peuvent également favoriser les accidents tels que les chutes, dont les conséquences sont elles-mêmes susceptibles d'accélérer le déclin chez une personne âgée.

Elles doivent être plus largement dépistées par des visites de contrôle régulières à partir de la mi-vie et tout au long de la vie. Des efforts particuliers doivent être faits pour leur prise en charge et leur traitement chez les populations précaires ou à faible niveau socio-économique.

8. Chutes

Chez les 55-85 ans, une personne sur cinq déclare avoir fait une chute dans l'année⁵⁰. Le nombre de chutes est plus élevé chez les plus âgées (2,3 chutes en moyenne au cours des 12 derniers mois chez les 75-85 ans vs 1,7 chez les 65-74 ans)⁵¹. L'ostéoporose, fréquente chez les personnes âgées, aggrave les conséquences des chutes, en favorisant la survenue de fractures : celles de l'extrémité supérieure du fémur sont les plus graves des fractures ostéoporotiques, marquées par une diminution fréquente des capacités motrices et une mortalité d'un quart des personnes dans l'année qui suit⁵².

En 2013, en France métropolitaine, environ 9 300 personnes de 65 ans et plus sont décédées d'une chute représentant un taux de mortalité de 11,2/100 000 (CépiDC, 2013)⁵⁰. Ces taux de

⁵⁰ Beck F., Léon C. dir. [Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010](#). Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2014 : 196 p.

⁵¹ Thelot B, Lasbeur L, Pedrono G. La surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes âgées. Bull Epidemiol Hebd. 2017 ; (16-17) : 328-35. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/16-17/2017_16-17_5.html

⁵² P. Oberlin, MC Mouquet, Drees, « Quel risque de décès 1 an après une fracture du col du fémur », Études et Résultats, n° 0948, janvier 2016.

mortalité par chute augmentent avec l'âge, atteignant plus de 350/100 000 au-delà de 85 ans. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les taux standardisés de mortalité pour chute ont diminué de 3,2 % par an en moyenne entre 2000 et 2013 (CépiDC, 2000-2013). À partir de 2011, les taux se sont stabilisés chez les femmes et ont augmenté chez les hommes. Les campagnes de prévention des chutes et de promotion de l'activité physique adaptée chez les personnes âgées, une meilleure prise en charge de l'ostéoporose (détection et traitement) sont des facteurs ayant pu contribuer à cette diminution.

La prévention des chutes est largement possible, notamment en promouvant l'activité physique régulière et adaptée à la condition physique et à l'âge des personnes et l'aménagement du domicile des personnes les plus fragiles. La prévention ainsi qu'une meilleure prise en charge de l'ostéoporose, quant à eux, permettraient d'améliorer le pronostic des chutes en réduisant le risque de fracture.

9. Troubles psychiques

Selon l'Organisation mondiale de la santé, une personne sur quatre sera touchée à un moment de sa vie par un trouble psychique, ces troubles comptant parmi les causes principales de morbidité et de mortalité^{53,54}. L'épisode dépressif caractérisé (EDC) est le trouble mental le plus prévalent. Parmi les déterminants multifactoriels des tentatives de suicide (TS), la dépression est un facteur majeur et l'on dénombre près de 90 000 hospitalisations pour TS en 2017 en France⁵⁵.

Les personnes âgées qui présentent des symptômes dépressifs sont exposées notamment à un déclin fonctionnel (cognitif et physique), source de limitations dans la gestion des activités de la vie quotidienne, une diminution de la qualité de vie, des comorbidités et une mortalité plus élevée, notamment par suicide. La détresse psychologique peut, à terme, être associée à la survenue de troubles psychiatriques, ainsi qu'à d'autres morbidités. De plus, les personnes âgées ayant un score élevé de détresse psychologique seraient davantage susceptibles de fumer, d'être obèses, de souffrir d'autres morbidités et d'être exposées à un risque accru de mortalité⁵⁶.

L'état de la santé mentale en population générale a été documenté en France principalement par deux types d'enquêtes : **les Baromètres santé**, seule étude en France permettant une surveillance épidémiologique de l'épisode dépressif caractérisé au cours des années, **et les Enquêtes santé européenne - Enquêtes santé et protection sociale (EHIS-ESPS)**.

⁵³ World Health Organization. The World Health Report 2001 Mental Health : New Understanding, New Hope. Geneva : WHO ; 2001

⁵⁴ World Health Organization. Regional Office for Europe. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Mental health : facing the challenges, building solutions : report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen, Denmark : WHO, Regional Office for Europe, 2005

⁵⁵ <https://www.irdes.fr/recherche/2017/questions-d-economie-de-la-sante.html#n223>

⁵⁶ Russ TC, Stamatakis E, Hamer M, Starr JM, Kivimaki M, Batty GD. Association between psychological distress and mortality : individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies. BMJ. 2012 ; 345 : e4933

Dans le Baromètre santé 2010⁵⁷, seule édition à couvrir la population entre 55 et 85 ans, l'état de la santé mentale a été mesuré au travers de trois indicateurs :

- la survenue d'un **épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des 12 derniers mois**, selon la définition du *Composite International Diagnostic Interview – Short Form* (Cidi-SF) ;
- la survenue d'un **état de détresse psychologique au cours des 4 dernières semaines** telle que mesuré par le *Mental Health 5* (MH5, sous-échelle du questionnaire SF-36),
- la survenue de **pensées suicidaires** (« *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ?* » - oui/non/ne sait pas).

Le Baromètre santé 2010 a montré **pour les 55-85 ans** que :

- **près d'une personne sur cinq (18,0 %) déclare au moins un de ces troubles** (24,0 % chez les femmes vs 10,9 % chez les hommes) ;
- la détresse psychologique, l'EDC et la déclaration de pensées suicidaires sont rapportés par 17,2 %, 4,4 % et 3,5 % des personnes interrogées, respectivement ;
- quel que soit le trouble considéré, **les prévalences sont systématiquement plus élevées chez les femmes : elles présentent un risque plus élevé d'être en détresse psychologique (OR=2,6 ; p<0,001), d'avoir vécu un EDC au cours des 12 derniers mois (OR=3,1 ; p<0,001) ou d'avoir eu des pensées suicidaires (OR=1,8 ; p<0,001) ;**
- se situer dans la **tranche d'âge 55-64 ans**, se trouver dans une **situation financière difficile** ou endettée, **vivre seul ou être isolé socialement**, **se sentir physiquement diminué par une maladie chronique ou un handicap depuis au moins six mois** sont globalement liés à un risque augmenté des trois troubles considérés ;
- parmi les personnes **ayant eu un EDC** au cours des 12 derniers mois, **4 sur 10 n'ont bénéficié d'aucun traitement pharmacologique et 9 sur 10 n'ont bénéficié d'aucune prise en charge psychothérapeutique ;**
- la moindre prévalence des EDC observée chez les 55-85 ans, en comparaison aux 15-54 ans, pourrait en partie refléter un déficit de diagnostic lié à l'outil de mesure. En effet, chez les personnes plus âgées, l'expression des troubles dépressifs peut être masquée par des plaintes somatiques. Des échelles de mesure ont été spécialement développées pour les personnes âgées, mais n'ont pas été utilisées dans le cadre de cette enquête en population générale ;
- globalement, l'évolution des indicateurs relatifs à la détresse psychologique et aux pensées suicidaires suit une courbe en U, avec une plus grande vulnérabilité des 55-64 ans puis des plus de 75 ans. Les troubles dépressifs diminuent quant à eux après 64 ans (peut-être du fait d'une sous-estimation).

Les Baromètres santé 2005, 2010 et 2017 ont montré que la prévalence de l'EDC a, entre 2005 et 2017 :

- augmenté de 0,4 point chez les hommes âgés de 55 à 64 ans, diminué de 0,6 point chez ceux âgés de 65 à 75 ans (mais augmenté de 1,7 point entre 2010 et 2017) ;
- **augmenté de 3,7 points chez les femmes âgées de 55 à 64 ans et de 1,6 point chez celles âgées de 65 à 75 ans.**

⁵⁷ <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-comportements-de-sante-des-personnes-agees-de-55-a-85-ans>

Dans l'enquête **EHIS-ESPS 2014**⁵⁸, les questions du module PHQ-8 (*Patient Health Questionnaire, Depression Module*) mesurent la présence et l'intensité de **symptômes dépressifs** à l'aide d'un score construit à partir de huit questions. Cette enquête a montré **que 12,7 % des 65 ans et plus** résidant dans un ménage ordinaire de France métropolitaine **ont présenté des symptômes dépressifs dans les deux semaines précédant l'enquête**. La fréquence de ces symptômes varie avec l'âge, chez les femmes un premier palier s'observe autour de 45 ans puis un second à partir de 75 ans. On observe un palier marqué chez les hommes de 75 ans et plus. **Ainsi, 22 % des femmes et 13 % des hommes de 75 ans et plus déclarent des symptômes dépressifs**. Des disparités sociales sont observées : à structure d'âge et sexe comparable, et en utilisant la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence du ménage, **les employés de commerce et les employés administratifs ont déclaré nettement plus fréquemment des symptômes dépressifs** (indice de 1,6 fois celui de l'ensemble de la population pour les employés de commerce et de 1,4 pour les employés administratifs), à l'inverse des cadres (indice de 0,6).

Au vu des résultats des Baromètres santé, la dépression semble avoir progressé en France ces dernières années, y compris chez les personnes âgées. La prévention, le repérage et la prise en charge des états dépressifs doivent s'imposer comme des priorités de santé publique. Chez les 55 ans et plus, plusieurs pistes de prévention et de promotion de la santé mentale ont été proposées. On peut citer en particulier des programmes de sensibilisation, un renforcement de la capacité de repérage et de prise en charge des troubles dépressifs, le développement d'actions centrées sur le passage à la retraite ou sur les risques psychosociaux au travail chez les seniors, le développement d'actions de lutte contre l'isolement social auprès des personnes mais aussi en agissant sur leurs environnements. Dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé, ces actions de prévention et de promotion de la santé mentale sont à développer en priorité auprès des populations précaires sur le plan socio-économique et auprès des catégories socioprofessionnelles les moins favorisées.

10. Santé bucco-dentaire

La morbidité bucco-dentaire inclut principalement les caries dentaires, les maladies parodontales, les cancers de la bouche, les manifestations bucco-dentaires de l'infection à VIH, les traumatismes de la sphère bucco-dentaire, les fissures labiales et le bec-de-lièvre, ainsi que le noma (une infection gangréneuse commençant dans la bouche qui frappe surtout l'enfant)⁵⁹. Ces pathologies peuvent avoir des conséquences importantes sur la santé en général et sur la qualité de vie, les douleurs et les troubles fonctionnels associés pouvant être très lourds. **Ces conséquences sont d'autant plus marquées chez les personnes présentant des pathologies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, BPCO) et chez les personnes âgées vulnérables chez qui des complications infectieuses locales ou à distance peuvent se présenter**. Chez les plus âgés, la conséquence d'une mauvaise santé bucco-dentaire peut se traduire par des difficultés à manger, parler, sourire, augmentant le risque de malnutrition et d'isolement social⁶⁰. **La plupart de ces affections sont fréquentes et en grande partie évitables ou traitables à un stade précoce**.

D'après l'étude sur la charge mondiale de morbidité 2017 (*Global Burden of Disease 2017*), ces affections touchent près de 3,5 milliards de personnes dans le monde, la plus fréquente étant la carie des dents définitives. Même si leur prévalence a légèrement diminué cette

⁵⁸ <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/566-enquete-sante-europeenne-ehis-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2014.pdf>

⁵⁹ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

⁶⁰ Rouxel P, Heilmann A, Demakakos P, Aida J, Tsakos G, Watt RG. Oral health-related quality of life and loneliness among older adults. *Eur J Ageing*. 2016; 14 (2): 101-109. Published 2016 Jul 18. doi: 10.1007/s10433-016-0392-1.

dernière décennie (- 1,3 %), elles font partie des pathologies les plus prévalentes chez les hommes, comme chez les femmes⁶¹.

Les pathologies bucco-dentaires partagent de nombreux facteurs de risque communs aux autres maladies non transmissibles tels que le tabagisme, la consommation d'alcool et une mauvaise alimentation riche en sucres⁶². D'autres déterminants relèvent du comportement comme la qualité de l'hygiène bucco-dentaire et le niveau de recours aux soins. Si les inégalités sociales touchent tous les champs de la santé, elles sont très prononcées dans celui de la santé orale^{63,64}. La plus faible perception des besoins en soins, le moindre recours aux soins et les difficultés d'accès aux soins sont les principaux déterminants de ces inégalités, qui d'ailleurs s'installent dès l'enfance.

Il est possible de réduire la charge des affections bucco-dentaires et des autres maladies non transmissibles par des interventions de santé publique dirigées contre leurs facteurs de risque communs (alimentation déséquilibrée, consommation excessive de tabac et alcool...). Une exposition adéquate au fluorure est également un facteur essentiel de prévention des caries dentaires.

Une politique de prévention en vue d'améliorer le recours aux soins, en particulier auprès des populations à risque, existe déjà en France. Elle s'entend à l'échelle nationale, avec notamment un objectif de la loi de Santé publique de 2004, un plan de prévention bucco-dentaire lancé en 2005 par le ministère chargé de la santé et une convention nationale entre Assurance maladie et praticiens qui comporte un dispositif de prévention. Elle s'entend également à l'échelle locale via le financement d'actions de terrain⁶⁵.

⁶¹ GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018 Nov 10; 392 (10159): 1789-1858. doi: 10.1016/S0140-6736 (18)32279-7.

⁶² Sheiham A, Watt R. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000 ; **28** : 399 – 406.

⁶³ Pegon-Machat Estelle, Jourdan Didier, Tubert-Jeannin Stéphanie, « Inégalités en santé orale : déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France », *Santé Publique*, 2018/2 (Vol. 30), p. 243-251. DOI : 10.3917/spub.182.0243. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-2-page-243.htm>

⁶⁴ Trohel G, Bertaud-Gounot V, Soler M, Chauvin P, Grimaud O. Socio-Economic Determinants of the Need for Dental Care in Adults. *PLoS One*. 2016; 21 (7): e0158842. doi 10.1371/journal.pone.0158842.

⁶⁵ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_rapport_cariedentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf

IV. LA MI-VIE : UNE FENÊTRE D'OPPORTUNITÉ POUR PRÉVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE

A. Association entre déterminants de santé à mi-vie et risque de perte d'autonomie

1. Résultats issus des études d'observations

De nombreuses **études d'association**, s'appuyant sur des suivis de cohortes, sont en faveur d'un lien entre les facteurs de risque dits modifiables à mi-vie et la survenue d'une démence, d'une dépendance ou d'un état de fragilité lors du vieillissement⁶⁶.

- Il est aujourd'hui estimé qu'un tiers des démences serait lié à des facteurs de risque modifiables, facteurs de risque communs aux pathologies cardio-neuro-métaboliques et à un grand nombre de cancers.
- L'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie et l'obésité à mi-vie sont associés à un risque augmenté de démence et de maladies cardiovasculaires.
- Des associations entre certaines habitudes de vie favorables à la santé à mi-vie - activité physique, régime alimentaire sain, non-consommation de tabac, consommation modérée d'alcool - et vieillissement en santé sont également bien établies. La participation sociale, les activités de loisirs et la stimulation cognitive ont été associées positivement à un vieillissement en bonne santé, mais ces résultats restent à confirmer.

Les rares études qui se sont intéressées aux comportements protecteurs combinés montrent des effets significatifs sur la réduction du risque de décès, de maladies cardiovasculaires et de démence. **Si les comportements de santé considérés individuellement sont parfois modérément associés à un vieillissement en santé, leur effet combiné est substantiel avec un bénéfice linéaire en fonction du nombre de comportements positifs présents.** Cette association est claire, quel que soit le domaine mesuré : cognitif, mental, respiratoire et cardiovasculaire. De plus, si la présence de facteurs de risque cliniques à mi-vie (hypertension, hypercholestérolémie, surpoids/obésité, histoire familiale de maladie cardio métabolique) est associée au risque de survenue de maladies cardio métaboliques, de multimorbidités et de décès, les facteurs comportementaux (tabac, alcool, alimentation, activité physique) et le statut socio-économique défavorable sont de plus forts prédicteurs de progression vers la multimorbidité et la mortalité chez les sujets avec une maladie cardio métabolique⁶⁷.

Les facteurs de risque cliniques et comportementaux à la mi-vie expliquent plus du tiers de l'augmentation du risque de fragilité associé aux mauvaises conditions socio-économiques aux âges avancés⁶⁸.

Les données de l'étude populationnelle prospective EPIC-Norfolk⁶⁹ réalisée au Royaume-Uni (avec un suivi en moyenne de onze ans d'environ 20 000 personnes âgées de 45 à 79 ans)

⁶⁶ Sabia S, Fayosse A, Dumurgier J, Schnitzler A, Empana JP, Ebmeier KP, et al. Association of ideal cardiovascular health at age 50 with incidence of dementia : 25 year follow-up of Whitehall II cohort study. *BMJ*. 2019 ; 366 : l4414.

Haut Conseil de la santé publique. Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Décembre 2017.

Science Advice for Policy by European A. Transforming the Future of Ageing. Berlin: 2019 978-3-9820301-1-1.

⁶⁷ Singh-Manoux A, Fayosse A, Sabia S, Tabak A, Shipley M, Dugravot A, et al. Clinical, socioeconomic and behavioural factors at age 50 years and risk of cardiometabolic multimorbidity and mortality : A cohort study. *PLoS Med*. 2018; 15 (5): e1002571.

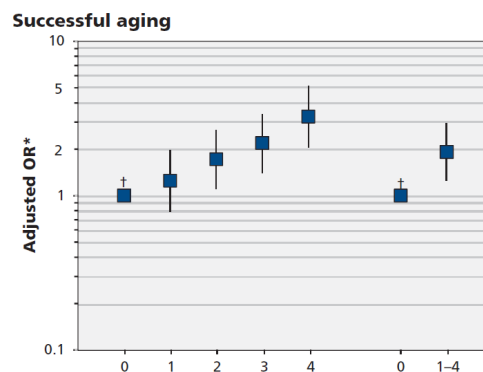
⁶⁸ Brunner EJ, Shipley MJ, Ahmadi-Abhari S, Valencia Hernandez C, Abell JG, Singh-Manoux A, et al. Midlife contributors to socioeconomic differences in frailty during later life: a prospective cohort study. *The Lancet Public Health*. 2018; 3 (7): e313-e22.

⁶⁹ Khaw K-T, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N. Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLOS Medicine*. 2008; 5 (1): e12.

montrent que les personnes n'ayant aucun comportement de santé à risque (score total de 0, calculé sur les critères suivants : pas de tabagisme actif, consommation d'alcool modérée, activité physique régulière, consommation de fruits et légumes) ont un risque de mortalité divisé par quatre comparativement à ceux qui cumulent tous les comportements à risque (score de 4). Le risque de décès (en particulier de maladie cardiovasculaire) diminue avec l'augmentation du nombre de comportements positifs de santé. L'équivalence estimée en année de vie supplémentaire est de 14 ans chez les individus présentant un score de 4 par rapport à ceux présentant un score de 0⁷⁰. Une relation linéaire a été observée entre le score de comportement de santé et les années de vie ajustées sur les incapacités⁷¹.

De même, les données de la cohorte prospective Whitehall-II⁷² montrent que les comportements favorables à la santé à mi-vie sont corrélés de façon positive et cumulative avec le vieillissement en bonne santé » (cf. Figure 2).

Figure 2. Association entre le nombre de comportements favorables à la santé à mi-vie (à l'inclusion) et une bonne santé⁷³ à l'âge avancé (suivi médian de 16,3 ans)⁷²



D'après la cohorte de Caerphilly⁷⁴ (constituée de 2 235 hommes de 45 à 59 ans recrutés en 1979 et suivis pendant trente ans), l'adoption de 4 à 5 comportements favorables à la santé permet de réduire de moitié ou plus le risque de mortalité, de diabète, de maladies cardiaques et cérébrales (Tableau 1).

⁷⁰ Khaw K-T, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N. Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLOS Medicine*. 2008; 5 (1): e12.

⁷¹ Myint PK, Smith RD, Luben RN, Surtees PG, Wainwright NWJ, Wareham NJ, *et al.* Lifestyle behaviours and quality-adjusted life years in middle and older age. *Age and Ageing*. 2011; 40 (5): 589-95.

⁷² Sabia S, Singh-Manoux A, Hagger-Johnson G, Cambois E, Brunner EJ, Kivimaki M. Influence of individual and combined healthy behaviours on successful aging. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne*. 2012 ; 184 (18) : 1985-92.

⁷³ Bon fonctionnement physique, cardiovasculaire, respiratoire et cognitif en plus de l'absence de maladies chroniques, problèmes de santé mentale ou handicap.

⁷⁴ Elwood P, Galante J, Pickering J, Palmer S, Bayer A, Ben-Shlomo Y, *et al.* Healthy lifestyles reduce the incidence of chronic diseases and dementia : evidence from the Caerphilly cohort study. *PLoS One*. 2013; 8 (12): e81877-e.

Tableau 1. Effet protecteur du nombre de comportements favorables à la santé sur les problèmes de santé apparus pendant les trente années de suivi. Cohorte Caerphilly (2 235 hommes de 45 à 59 ans, suivis pendant trente ans)

Nombre de comportements favorables à la santé	Effectifs 2 235 hommes	Diabète 214 hommes	Maladie vasculaire 752 hommes	Cancer 648 hommes	Déficit cognitif 219 hommes	Démence 79 hommes	Décès toutes causes 1 208 hommes
0	179 (8 %)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
1	702 (31 %)	1,35	0,85	1,00	0,69	0,8	0,78
2	814 (36 %)	0,84	0,58	0,88	0,47	0,61	0,64
3	429 (19 %)	0,62	0,53	1,00	0,36	0,32	0,48
4 ou 5	111 (5 %)	0,50	0,50	0,87	0,36	0,36	0,40
Significativité de la tendance		<0,0005	<0,0005	0,60	0,001	0,02	<0,0005

2. Résultats des études d'interventions

De nombreuses **études d'interventions randomisées**, ciblées sur les facteurs de risque identifiés dans les études observationnelles, ont été réalisées dans le champ de la démence et du déclin cognitif⁷⁵. Elles se sont appuyées sur l'évaluation de l'efficacité d'actions **spécifiques** (ex : traitement antidémence, entraînement cérébral...) ou **non-spécifiques** (ex : activité physique, nutrition...). Quelques-unes ont été conduites pour réduire le risque de fragilité ou de dépendance⁷⁶. Certaines ont démontré une « efficacité » :

- le régime méditerranéen sur le déclin cognitif⁷⁵ ;
- la prise en charge de l'hypertension artérielle sur le déclin cognitif et le risque de démence⁷⁵ ;
- l'activité physique sur la composante musculaire de la fragilité et sur le déclin fonctionnel⁷⁶.

Au cours des dernières années, des interventions **multi-domaines** ont été menées pour évaluer l'intérêt d'agir simultanément sur de multiples facteurs de risque pour préserver la santé cérébrale et les capacités fonctionnelles^{77,78,79}. Ces interventions multi-domaines sont encourageantes, en particulier les résultats de l'essai Finger montrant l'efficacité d'une stratégie multi-domaine (activité physique, nutrition, stimulation cognitive et sociale, prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires et métaboliques) sur le maintien des performances cognitives chez les sujets à risque de démence⁸⁰.

⁷⁵ Haut Conseil de la Santé Publique. Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Décembre 2017

⁷⁶ Pahor M, Guralnik JM, Ambrosius WT, Blair S, Bonds DE, Church TS, et al. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *JAMA*. 2014 ; 311 (23) : 2387-96

⁷⁷ Andrieu S, Guyonnet S, Coley N, Cantet C, Bonnefoy M, Bordes S, et al. Effect of long-term omega 3 polyunsaturated fatty acid supplementation with or without multidomain intervention on cognitive function in elderly adults with memory complaints (MAPT) : a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol*. 2017; 16 (5): 377-89.

⁷⁸ Moll van Charante EP, Richard E, Eurelings LS, van Dalen JW, Ligthart SA, van Bussel EF, et al. Effectiveness of a 6-year multidomain vascular care intervention to prevent dementia (preDIVA): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2016 ; 388 (10046) : 797-805.

⁷⁹ Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levalahti E, Ahtiluoto S, Antikainen R, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015 ; 385 (9984) : 2255-63.

⁸⁰ Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levalahti E, Ahtiluoto S, Antikainen R, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015 ;385(9984):2255-63.

Ainsi, alors que de nombreux facteurs ont été évoqués comme protecteurs à partir d'études d'observations, **peu ont pu être confirmés comme tels par des essais d'intervention**. L'absence de mise en évidence d'une efficacité de facteurs diminuant le risque du déclin cognitif, dits « facteurs protecteurs », peut s'expliquer par un certain nombre de limites méthodologiques inhérentes aux essais d'intervention. En particulier, l'inclusion de sujets âgés, voire très âgés, présentant un déclin fonctionnel ou cognitif déjà avancé constitue une limite importante pour mettre en évidence l'intérêt d'une approche préventive. De plus, la durée relativement courte de ces essais, le type de critères de jugement utilisés (difficile à atteindre) ou encore le manque de puissance lié à l'inclusion d'un nombre limité de sujets, peuvent expliquer l'absence d'effet observé. Ce dernier ne signifie donc pas nécessairement l'absence d'efficacité, mais **souligne les limites des méthodologies utilisées** pour le mettre en évidence.

Le faisceau d'arguments provenant des études observationnelles converge avec le rationnel biologique pouvant expliquer de nombreuses associations entre comportements de santé, facteurs de risque cardio métaboliques et vieillissement en bonne santé. De plus, certaines études d'intervention, même si insuffisantes, semblent prometteuses. Ainsi, il apparaît important d'encourager à intervenir sur ces déterminants dès la mi-vie pour prévenir la perte d'autonomie.

B. Comportements de santé et pathologies chroniques des Français entre 40 et 64 ans : état des lieux

Dans cette partie, nous avons souhaité dresser un panorama des principaux comportements de santé liés à la survenue de pathologies chroniques ou à la perte d'autonomie chez les personnes âgées de 40 à 64 ans. Nous faisons également un état des lieux des pathologies chroniques ayant un poids important dans la survenue de la dépendance et dont la prévalence s'élève dès la mi-vie. Le diabète, les maladies respiratoires chroniques et les troubles psychiques y sont à nouveau abordés, avec un focus populationnel 40-64 ans, parce que ces pathologies sont fréquentes dès la mi-vie et constituent des facteurs de risque d'autres pathologies chroniques fréquentes au cours du vieillissement.

Ces comportements de santé et pathologies chroniques constituent les **cibles prioritaires** sur lesquelles des actions de prévention et/ou de promotion de la santé devraient être conduites. Cet état des lieux montre l'importance d'agir sur ces déterminants du risque de perte d'autonomie ; la plupart présentant des évolutions défavorables au cours de la dernière décennie.

1. Comportements de santé à mi-vie

Consommation de tabac et d'alcool parmi les 40-64 ans

En 2018, 28 % des hommes et 23 % des femmes de 40-64 ans fumaient du tabac quotidiennement. Sur cette population, la prévalence du tabagisme diminue avec l'avancée en âge chez les hommes, correspondant au fait que les taux d'arrêt du tabac augmentent avec l'âge, tandis que chez les femmes, les niveaux sont relativement similaires quelle que soit la classe d'âge (Figure 3).

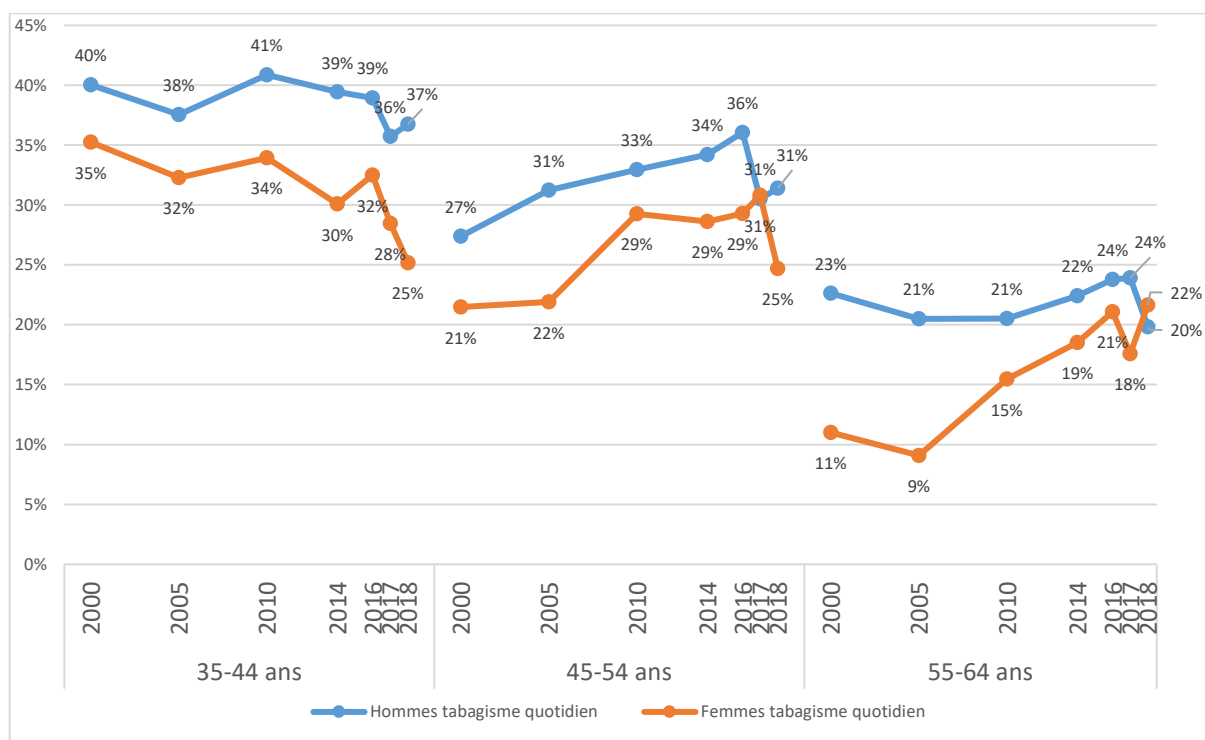
Cette différence s'explique par le fait que, contrairement à ce qui s'observe parmi les hommes où la consommation de tabac est ancienne, les effets générationnels sont marqués chez les femmes. On observe une **augmentation depuis le début des années 2000 de la prévalence du tabagisme chez les femmes âgées de 45 à 64 ans**, correspondant à l'avancée en âge

des générations nées à partir des années 1950 au sein desquelles le tabagisme s'est fortement répandu. En revanche, on note que la **prévalence du tabagisme des femmes de 35 à 44 ans est en baisse** sur cette période.

En 2017, parmi les 40-64 ans, 15 % des hommes et 5 % des femmes consommaient de l'alcool quotidiennement. De plus, **21 % des hommes et 5 % des femmes âgées de 40 à 64 ans déclaraient au moins une API (alcoolisation ponctuelle importante, correspondant au fait de boire 6 verres ou plus en une occasion) par mois. Depuis les années quatre-vingt-dix, la prévalence de consommation quotidienne d'alcool est en diminution chez les hommes et les femmes, quelle que soit la classe d'âge** (Figure 4). La tendance est moins nette concernant les API mensuelles : leur prévalence semble avoir augmenté entre 2005 et 2010 et diminué depuis.

D'autre part, **en 2017, 21,8 % des 40-64 ans dépassaient les repères actuels de consommation d'alcool⁸¹**, c'est-à-dire déclaraient avoir consommé plus de 2 verres lors d'une journée au cours des 7 derniers jours, plus de 10 verres au cours des 7 derniers jours ou plus de 5 jours de consommation sur les 7 derniers jours (32,2 % des hommes et 11,7 % des femmes). Le repère le plus fréquemment dépassé était celui des 2 verres par jour mais les plus de 54 ans dépassaient presque aussi souvent le repère des 5 jours par semaine et dans une moindre mesure celui des 10 verres par semaine (Figure 5).

Figure 3. Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien entre 2000 et 2018 parmi les 35-64 ans, selon le sexe et la classe d'âge, en France métropolitaine. Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et Baromètres de Santé publique France 2017 et 2018, Santé publique France



⁸¹ file:///vdifile1/VDI_Ctx_TelechargementsV2/l.carcaillon/Downloads/319458_spf00002208.pdf

Figure 4. Évolution de la prévalence de la consommation quotidienne d'alcool entre 2000 et 2017 et des API mensuelles entre 2005 et 2017 parmi les 35-64 ans, selon le sexe et la classe d'âge, en France métropolitaine. Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014 et Baromètre de Santé publique France 2017, Santé publique France

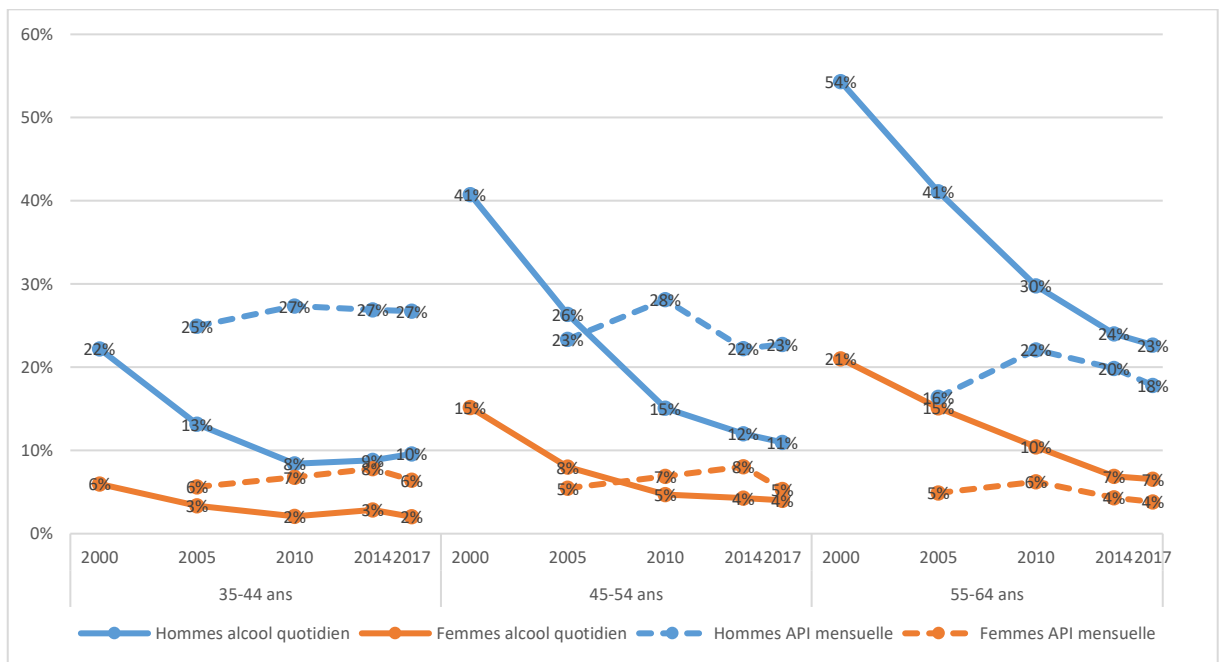
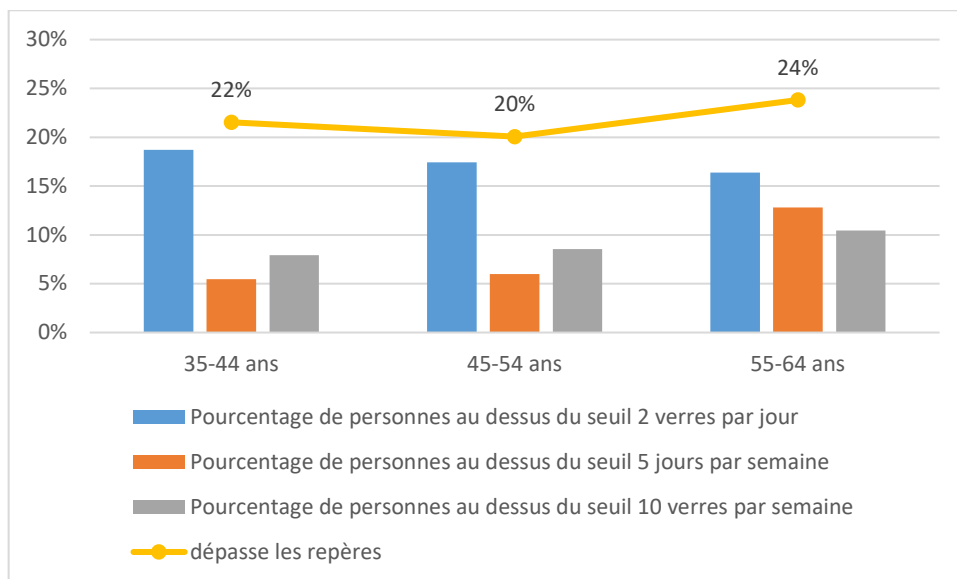


Figure 5. Part des personnes dépassant les repères de consommation d'alcool en France métropolitaine en 2017. Source : Baromètre de Santé publique France 2017



Alimentation

En 2015, d'après les données de l'étude Esteban⁸², le pourcentage d'adultes atteignant le repère de consommation recommandée en fruits et légumes (au moins 5 par jour) augmentait significativement avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes. **Parmi les 40-64 ans, 43,8 % [39,2-48,5] des hommes et 45,6 % [41,4-50,0] des femmes consommaient au moins 5 fruits et légumes par jour.** Cette prévalence passait, chez les hommes, de 39,4 % [33,9-45,2] chez les 40-55 ans à 51,5 % [43,6-59,4] chez 55-64 ans ($p < 0,05$) et, chez les femmes, de 39,1 % [34,2-44,3] à 57,4 % [49,9-64,6] ($p < 0,001$). Chez les hommes, la prévalence de consommation d'au moins 5 fruits et légumes par jour augmentait significativement avec le niveau d'études, ce qui n'était pas le cas chez les femmes. **Depuis 2006, cette prévalence a diminué aussi bien chez les femmes que les hommes.**

En matière de couverture des besoins en calcium, en 2015, la situation était très contrastée entre les hommes et les femmes de cette tranche d'âge puisque **42,8 % [38,1-47,5] des hommes n'atteignaient pas les apports nutritionnels conseillés (ANC) en calcium vs 70,6 % [66,5-74,3] des femmes.** Chez les femmes, ce pourcentage était particulièrement élevé chez les 55-64 ans (91,7 % [86,8-94,8]) ; les moins diplômées présentaient des taux de couverture inférieurs aux plus diplômées. Globalement la situation ne semble pas avoir évolué depuis 2006 parmi les 40-64 ans.

La consommation de sel semble quant à elle très genrée. Dans cette tranche d'âge, **seulement 10,1 % [7,6-13,3] des hommes et 30,7 % [26,7-34,9] des femmes consommaient moins de 6 g de sel par jour.** Les hommes étaient plus souvent de gros consommateurs de sel : 35,7 % [31,3-40,5] des hommes et 8,2 % [6,2-10,7] des femmes en consommaient plus de 10 g par jour. Chez les hommes la consommation ne semble pas associée au niveau d'études, tandis que chez les femmes, la proportion de femmes consommant moins de 6 g par jour était plus importante chez les moins diplômées. **Sur les dix dernières années, le pourcentage de femmes âgées de 40-64 ans consommant moins de 6 g de sel a diminué de 15 points.**

Activité physique et sédentarité

En 2015, d'après les données de l'enquête Esteban⁸³, **71,1 % [66,6-75,2] des hommes et 53,5 % [49,0-57,9] des femmes de 40-64 ans atteignaient les recommandations actuelles de l'OMS en matière d'activité physique pour la santé (i. e. réaliser l'équivalent d'au moins 30 minutes/jour d'activité physique modérée ou intense au minimum 5 jours par semaine, ou au moins 25 minutes/jour d'activité physique intense au minimum 3 jours par semaine).** Le niveau d'activité physique, stable chez les hommes, augmentait chez les femmes avec l'avancée en âge. Elles étaient ainsi moins de la moitié à atteindre les recommandations parmi les 40-55 ans contre plus de 60 % chez les 55-64 ans. Aucune différence n'était observée en fonction du niveau de diplôme.

Près de 8 adultes âgés de 40-64 ans sur 10 déclaraient passer trois heures ou plus devant un écran chaque jour en dehors de toute activité professionnelle. Cela concernait davantage les adultes déclarant un niveau scolaire inférieur au baccalauréat (84,8 % [80,7-88,1] vs 70,3 % [66,8-73,6] des adultes de niveau supérieur ou égal au baccalauréat). D'autre

⁸² Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Consommations alimentaires. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 193 p.

⁸³ Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité 2^e édition. Saint-Maurice : Santé publique France, 2020. 58 p.

part, 4 adultes sur 10 (39,5 %) âgés de 40-64 ans passaient plus de sept heures dans des activités sédentaires par jour (<1,6 METs).

Au total, parmi les adultes de 40-64 ans, 1 homme sur 6 et 1 femme sur 5 cumulaient les deux facteurs de risque, à savoir un niveau d'activité physique bas et un niveau de sédentarité élevé (déclarant plus de sept heures d'activités sédentaires par jour).

Au cours des dix dernières années (comparaison avec les données de l'enquête ENNS 2006-2007)⁸⁴, chez les 40-64 ans, le pourcentage d'hommes déclarant un niveau d'activité physique « modéré » ou élevé » a augmenté, alors que ce pourcentage a diminué chez les femmes et notamment chez les femmes les moins diplômées. **Le niveau de sédentarité (temps d'écran >3 heures) déclaré a, quant à lui, fortement augmenté**, quels que soient le sexe, l'âge ou le niveau de diplôme. On observe ainsi une **augmentation significative de la proportion de femmes qui cumulent ces deux facteurs de risque (niveau d'activité physique bas et niveau de sédentarité élevé)**. Elles étaient 15,5 % [13,1-18,1] en 2006 et 20,5 % [17,0-24,4] en 2015.

2. Pathologies chroniques prévalentes dès la mi-vie

Hypertension artérielle⁸⁵

Prévalence de l'hypertension artérielle en 2015

En France, d'après les données de l'enquête Esteban, la prévalence de l'HTA en 2015 était de 30,6 % (36,5 % chez les hommes et 25,1 % chez les femmes) (Tableau 2). Elle augmentait significativement avec l'âge. Chez les 45-54 ans, elle était de 20,2 % chez les femmes et de 36,6 % chez les hommes, et chez les 55-64 ans, elle était de 48,3 % chez les femmes et de 58,7 % chez les hommes. Les hommes avaient une prévalence plus élevée que les femmes, dans toutes les classes d'âge. **La prévalence de l'HTA est restée stable depuis l'enquête ENNS 2006-2007 dans toutes les classes d'âge** (globalement 30,6 % vs 31 % dans ENNS).

Dépistage, connaissance de l'hypertension artérielle en 2015

Plus de 84 % des personnes interrogées dans l'enquête déclaraient avoir eu une mesure de la pression artérielle dans l'année précédant l'examen de santé. Cependant, **parmi les personnes détectées hypertendues au cours de l'enquête, seule une sur deux avait connaissance de son HTA (55 %)**. La connaissance de l'HTA augmentait avec l'âge et était meilleure chez les femmes que chez les hommes. Entre 45 et 54 ans, la fréquence de cette connaissance était de 49,0 % chez les femmes et de 42,3 % chez les hommes, et entre 55 et 64 ans de 69,0 % chez les femmes et de 58,9 % chez les hommes (Tableau 2).

La proportion de personnes ayant connaissance de leur HTA était inférieure en France par rapport à la moyenne des pays à revenus élevés en 2010 (55,5 vs 67,0 %). En Allemagne et au Canada, la connaissance de l'HTA dépassait les 80 % des personnes hypertendues. Ce mauvais résultat conduit à s'interroger sur le dépistage de l'HTA qui était, jusqu'à présent, considéré comme performant en France mais aussi sur l'information du patient ainsi que sur la compréhension et l'acceptation par celui-ci du diagnostic.

⁸⁴ Verdot C, Salanave B, Deschamps V. Activité physique et sédentarité dans la population française. Situation en 2014-2016 et évolution depuis 2006-2007. Bull Epidemiol Hebd. 2020 ; 15 : 296-304.

⁸⁵ Perrine AL, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. Bull Epidemiol Hebd. 2018 ;(10):170-9. https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/docs/spf_internet_recherche/26182/spf00000016_PDF.txt

Traitement de l'hypertension artérielle en 2015

En 2015, la proportion de personnes hypertendues traitées était de 47,3 % [IC 95 % : 45,1-54,8]. Entre 45 et 54 ans, la proportion de patients traités était de 41,3 % chez les femmes et 25,5 % chez les hommes et entre 55 et 64 ans de 52,6 % chez les femmes et de 52,2 % chez les hommes. **Notons que parmi les personnes hypertendues déclarant avoir connaissance de leur HTA, près de 30 % n'étaient pas traitées pharmacologiquement.**

Depuis l'enquête ENNS 2006, la proportion de personnes avec une HTA traitée a diminué de manière significative entre les deux études (72,6 vs 82,0 % dans ENNS). Cette diminution était attribuable aux femmes chez lesquelles la proportion d'hypertension traitée a diminué de manière significative entre 2006 et 2015, notamment chez les plus âgées (65-74 ans) (53,2 vs 72,3 % dans ENNS 2006). Chez les hommes, la proportion de personnes avec une HTA traitée n'a pas significativement évolué entre les deux enquêtes (45,9 vs 45,4 % dans ENNS 2006).

Contrôle de l'hypertension artérielle en 2015

En 2015, chez les personnes traitées, seulement la moitié avait une pression artérielle contrôlée, c'est-à-dire abaissée sous le seuil recommandé de 140/90 mm Hg. Le contrôle de la pression artérielle était meilleur chez les femmes (60,1 %) que chez les hommes (41,4 %). Entre 45 et 54 ans le contrôle de la pression artérielle chez les patients traités était de 58,2 % chez les femmes et 48,4 % chez les hommes et entre 55 et 64 ans de 63,8 % chez les femmes et 48,1 % chez les hommes.

Parmi les personnes hypertendues traitées, aucune amélioration du contrôle de l'HTA n'était observée depuis 2006 (49,6 vs 50,6 % dans ENNS) malgré de nouvelles recommandations de prise en charge des personnes hypertendues [11, 12]. De plus, la proportion de femmes hypertendues traitées ayant diminué, la proportion de femmes avec une HTA contrôlée a mécaniquement diminué entre 2006 (36,1 % des femmes hypertendues) et 2015 (29,5 % des femmes hypertendues).

Conclusion

En conclusion, en 2015, la règle des $\frac{1}{2}$ continuait de s'observer en France comme en 2006 : $\frac{1}{2}$ des hypertendus traités et $\frac{1}{2}$ des traités contrôlés soit $\frac{1}{4}$ **des hypertendus contrôlés**. Ainsi, le niveau de connaissance (première étape essentielle de la prise en charge), de traitement et de contrôle de l'HTA ne s'est **pas amélioré significativement depuis 2006**. On observe même un **recul de la prise en charge pharmacologique chez les femmes** depuis dix ans. La France accusait en 2015 un retard certain sur le niveau de connaissance de l'HTA chez les personnes hypertendues par rapport à d'autres pays développés et européens.

Tableau 2. Prévalence, connaissance, traitement et contrôle de l'hypertension artérielle en France en 2015

Hommes	18-34	35-44	45-54	55-64	65-74	p par âge
Mesure dans l'année (%)	64,6	74,6	88,1	96,1	93,0	<0,0001
Prévalence de l'HTA* (%)	11,7	17,0	36,6	58,7	73,1	<0,0001
HTA connue* (%)	19,1	35,9	42,3	58,9	57,5	0,02
HTA connue traitée* (%)	**	91,6	55,3	75,3	85,2	NS
HTA traitée* (%)	**	39,4	25,5	52,2	65,6	NS
HTA traitée contrôlée* (%)	**	48,2	48,4	48,1	31,4	NS
Femmes	18-34	35-44	45-54	55-64	65-74	p par âge
Mesure dans l'année (%)	83,5	79,9	87,1	87,4	95,5	0,02
Prévalence de l'HTA* (%)	1,5	9,1	21,2	48,3	62,1	<0,0001
HTA connue* (%)	35,4	43,5	49,0	69,0	67,4	0,11
HTA connue traitée* (%)	**	55,9	65,6	70,7	73,9	NS
HTA traitée* (%)	35,4	31,8	41,3	52,6	53,2	NS
HTA traitée contrôlée* (%)	**	54,8	58,2	63,8	58,3	NS

* HTA connue : proportion d'hypertendus (traitements ou mesure élevée) ayant répondu oui à la question « votre médecin vous a-t-il déjà dit que votre tension était trop élevée ? » ou si les personnes avaient coché « HTA » à la question « avez-vous, ou avez-vous déjà eu, une de ces maladies ou problèmes de santé »

* HTA connue traitée : proportion d'hypertendus traités parmi ceux ayant déclaré avoir connaissance de leur pathologie

HTA traitée : proportion d'hypertendus traités parmi les hypertendus

HTA traitée contrôlée : proportion d'hypertendus contrôlés parmi les hypertendus traités

Hypercholestérolémie LDL⁸⁶

Les critères qui définissent l'hypercholestérolémie LDL ont évolué au cours du temps. Deux définitions peuvent actuellement être utilisées :

(i) soit par un dosage de LDL cholestérol > 1,6 g/l ou la prise d'un traitement hypolipémiant. **Cette définition, en vigueur en 2006, permet d'étudier les évolutions entre l'étude ENNS 2006 et l'étude Esteban 2015 ;**

(ii) soit par un dosage de LDL cholestérol (LDLc) supérieur au seuil défini en considérant le niveau de risque cardiovasculaire de chaque personne ou la prise d'un traitement hypolipémiant (**recommandation de prise en charge actuelle**). Ainsi, le seuil pour considérer un LDLc élevé n'est plus fixé dans l'absolu à 1,6 g/l mais varie en fonction du profil de risque global de la personne : plus son profil de risque cardiovasculaire est élevé, plus le seuil pour la considérer hypercholestérolémique est bas.

La prévalence de l'hypercholestérolémie LDL a d'abord été estimée à partir des données d'Esteban 2015 en utilisant la première définition pour étudier les évolutions entre 2006 (ENNS) et 2015 (Esteban). Les prévalences ont été ensuite calculées avec la seconde définition pour fournir des estimations en lien avec les recommandations actuelles.

Estimation de la prévalence de l'hypercholestérolémie LDL selon la première définition

La prévalence de l'hypercholestérolémie LDL était de 27,0 % chez les adultes de 18 à 74 ans et ne différait pas significativement selon le sexe. Entre 45 et 54 ans, elle était de 28 % chez les femmes et de 45 % chez les hommes ; entre 55 et 64 ans elle était de 35 % chez les femmes et de 44 % chez les hommes (Figure 6).

⁸⁶ Lecoffre C, Perrine AL, Blacher J, Olié V. Cholestérol LDL chez les adultes en France métropolitaine : concentration moyenne, connaissance et traitement en 2015, évolutions depuis 2006. Bull Epidémiol Hebd. 2018 ;(37):710-8. https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/docs/spf_internet_recherche/26627/spf00000509_PDF.txt

Entre 2006 et 2015, la prévalence de l'hypercholestérolémie LDL a diminué de 8 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes. La diminution de la prévalence est entièrement attribuable à une diminution de la prise en charge médicamenteuse chez des personnes ayant une hypercholestérolémie LDL (- 38 % des femmes traitées dans la population adulte et -24 % des hommes).

Concernant le dépistage de l'hypercholestérolémie LDL, 67,1 % des hommes et 77,3 % des femmes ont déclaré avoir déjà eu un dosage du cholestérol. **Par rapport à 2006, la proportion d'adultes ayant déclaré avoir déjà eu un dosage du cholestérol a significativement diminué de 8,7 % chez les hommes et de 15,5 % chez les femmes.**

Estimation de la prévalence de l'hypercholestérolémie LDL selon la seconde définition (données non publiées)

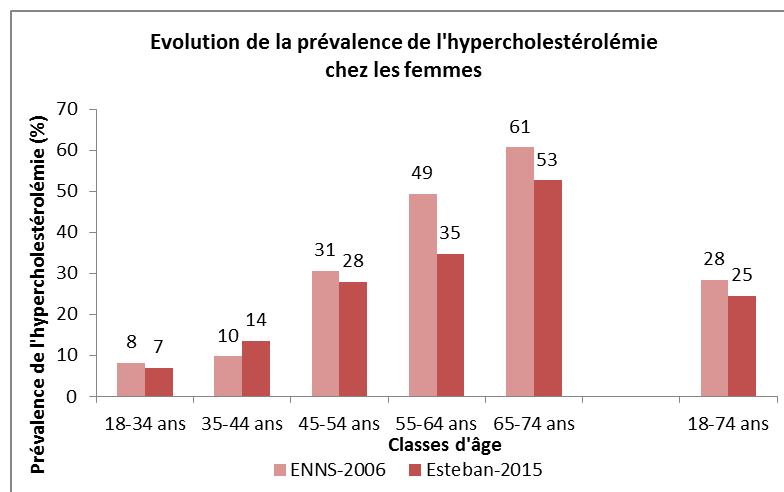
La prévalence estimée à partir des données de l'étude Esteban avec prise en compte du risque cardiovasculaire était de 23,3 % de la population adulte (18-74 ans) et était deux fois plus élevée chez les hommes (27,8 %) que chez les femmes (19,0 %).

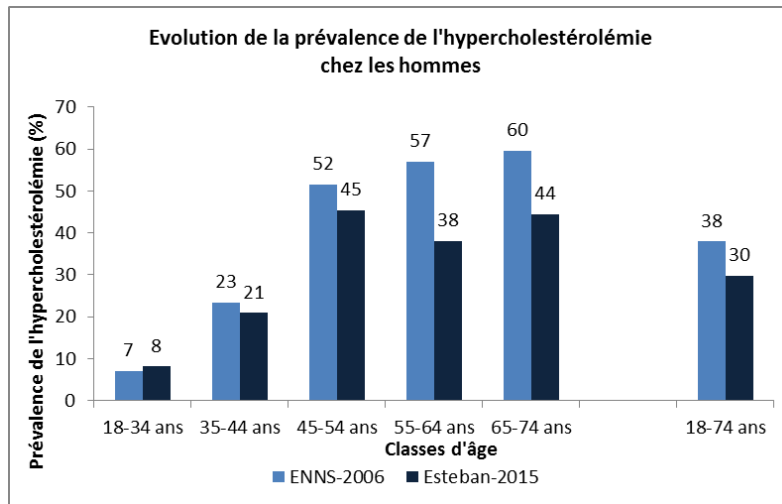
Seuls 30 % des adultes considérés comme hypercholestérolémiques étaient traités pharmacologiquement. **L'observance au traitement pharmacologique** était de seulement 66 % de jours couverts par le traitement.

Conclusion

Comme pour l'HTA, la prévalence de l'hypercholestérolémie LDL reste à un **niveau élevé** dans la population en 2015 et **aucune amélioration n'a été observée depuis dix ans.** Une dégradation de la prise en charge est observée avec un moindre recours au dépistage et une diminution très importante de la proportion de personnes traitées par hypolipémiant.

Figure 6. Évolution de la prévalence de l'hypercholestérolémie LDL





Le diabète

Plus de 3,3 millions de personnes sont **traitées pharmacologiquement pour un diabète**, soit 5 % de la population résidant en France. Il s'agit majoritairement de personnes ayant un diabète de type 2, qui représente plus de 92 % des cas de diabète traités pharmacologiquement. Si la moyenne d'âge de cette population est de 67 ans, c'est à mi-vie, dès 40 ans, que le risque de survenue d'un diabète de type 2 augmente pour atteindre un maximum vers 60 ans.

Par ailleurs, la survenue d'un diabète de type 2 est précédée d'une période de **prédiabète**, définie par une glycémie à jeun élevée, comprise entre 1,1 g/l et 1,26 g/l. En France, 10,2 % des personnes âgées de 45 à 60 ans sont prédiabétiques avec des inégalités socio-économiques très marquées. Les personnes prédiabétiques ont un risque très élevé de développer un diabète de type 2. Toutefois, l'efficacité des mesures visant à retarder voire prévenir la survenue d'un diabète a été montrée en population prédiabétique.

D'autre part, le diabète de type 2 est une **pathologie silencieuse parfois diagnostiquée tardivement**, ce qui expose à un risque plus élevé de complications. En France, **2,2 % des personnes âgées de 45 à 60 ans ont un diabète non diagnostiqué**. Le diagnostic du diabète, qui fait l'objet de recommandations de la HAS, est pourtant simple. Il consiste en deux dosages montrant un taux de glycémie à jeun supérieur à 1,26 g/l.

La fréquence des principales **complications** du diabète figure dans le Tableau 3. Leur survenue augmente avec l'âge. À mi-vie, chez les personnes diabétiques âgées de 40 à 65 ans, on observe chaque année plus de 2 300 amputations de membre inférieur, plus de 3 500 infarctus du myocarde et plus de 3 200 accidents vasculaires cérébraux. Le risque de survenue de ces complications augmente également selon l'ancienneté du diabète. **C'est donc le diagnostic et la prise en charge du diabète le plus tôt possible qui constituent la prévention des complications la plus efficace**. Elle passe avant tout par un bon contrôle de la glycémie, de la pression artérielle et de la cholestérolémie.

Tableau 3. Taux d'incidence standardisés^a des complications liées au diabète, France entière, 2013

	Population diabétique (/100 000)	Population non diabétique (/100 000)	Indice comparatif d'incidence
Infarctus du myocarde	367	168	2,2
Accident vasculaire cérébral	470	301	1,6
Démarrage d'un traitement de suppléance pour insuffisance rénale chronique terminale ^b	91	10	9,2
Amputations d'un membre inférieur	232	33	7,0
Plaies du pied	610	123	5,0

^a Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne 2010 : Eurostat, population EU-27 chez les personnes âgées de plus de 45 ans

^b Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne 2010 : Eurostat, population EU-27

Le surrisque de mortalité en population diabétique par rapport à la population générale est plus élevé chez les personnes âgées de 45 à 65 ans (de 99 % chez les hommes et de 72 % chez les femmes). Ce surrisque diminue avec l'âge. Il est resté stable sur la période 2002-2012.

Surpoids et obésité

D'après les données d'Esteban 2015⁸⁷ pour la population âgée de 40-64 ans, 61,1 % [56,2-65,8] des hommes et 49,2 % [44,6-53,9] des femmes étaient en surpoids (obésité incluse). L'obésité concernait 18,9 % [15,3-23,2] des hommes et 19,5 % [15,8-23,8] des femmes. La prévalence du surpoids (obésité incluse) avait tendance à augmenter avec l'âge chez les hommes et concernait plus fréquemment les adultes les moins diplômés. En effet, elle était de 65,2 % [57,9-72,6] chez les hommes et de 56,6 % [49,1-63,7] chez les femmes déclarant un niveau scolaire inférieur au baccalauréat vs 55,2 % [49,5-60,7] et 40,6 % [35,6-45,7] respectivement chez les hommes et femmes déclarant un niveau de diplôme supérieur ou égal au baccalauréat. La prévalence de l'obésité était deux fois moindre chez les femmes les plus diplômées en comparaison de celles déclarant un niveau d'étude inférieur au baccalauréat (11,8 % [9,0-15,3] vs 26,0 % [19,9-33,2]).

La prévalence du surpoids (obésité incluse) n'a pas évolué de manière significative chez les hommes de 40-64 ans au cours des dix dernières années (comparaison avec les données d'ENNS 2006-2007). On relève toutefois une diminution de la prévalence du surpoids uniquement chez les hommes les plus diplômés (niveau de diplôme supérieur ou égal au baccalauréat). Chez les femmes, la prévalence du surpoids (obésité incluse) est globalement restée stable chez les 40-64 ans. Il est à noter que cette prévalence a augmenté de près de 21 % chez les 40-54 ans passant de 41,2 % [36,0-46,6] à 49,7 % [43,7-55,7] dix ans plus tard (ps<0,05).

⁸⁷ Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpuence. Saint-Maurice : Santé publique France, 2020. 42 p.

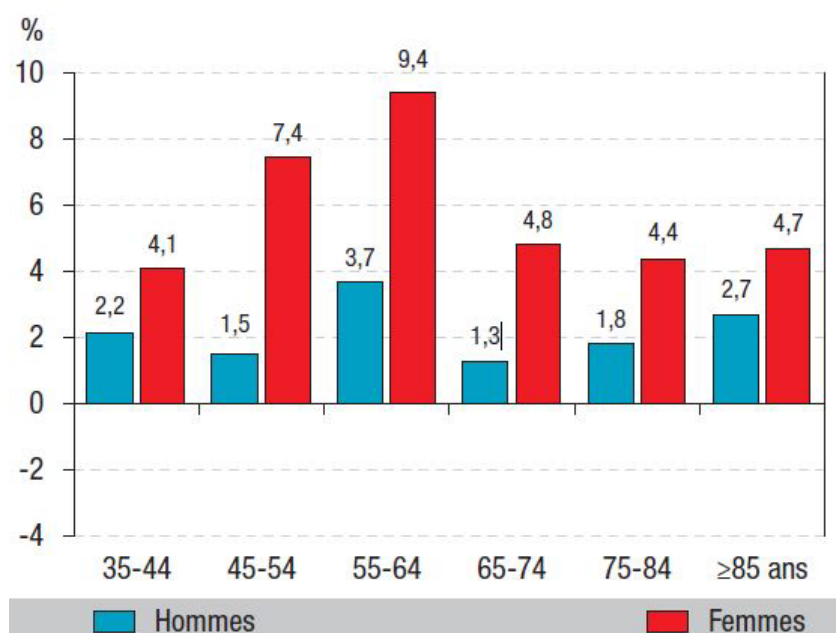
Maladies respiratoires chroniques à mi-vie

La bronchopneumopathie obstructive chronique (BPCO)

Peu de données sont disponibles en France sur la prévalence de la bronchopneumopathie chronique. Une étude effectuée en 2011-2013 chez des adultes âgés de 40 à 64 ans résidant à Lille ou à Dunkerque donnait une prévalence du trouble ventilatoire obstructif (TVO) qui variait de 10 à 16 % selon la ville et la définition du TVO⁸⁸. Les données d'inclusion 2013-2014 de la cohorte Constances fournissent des chiffres plus faibles : de 4,4 à 6,7 % chez les adultes âgés de 40-69 ans [données non publiées].

En 2015, on dénombrait, selon la définition utilisée, entre 24 000 et 32 000 séjours pour exacerbation de BPCO survenus chez des personnes âgées de 45-64 ans (taux brut de 17,2 à 27,4 pour 100 000 chez les hommes, et de 10,6 à 15,0 pour 100 000 chez les femmes)⁸⁹. Le taux annuel standardisé d'hospitalisation pour exacerbation de BPCO est en forte augmentation (entre 2000 et 2015, tous âges confondus, +1,9 % par an en moyenne chez les hommes, +5,1 % par an en moyenne chez les femmes). C'est chez les femmes âgées de 45-64 ans que l'augmentation est la plus élevée⁹⁰ (Figure 7).

Figure 7. Augmentation annuelle moyenne du taux de patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO, France métropolitaine, 2002-2015



L'oxygénothérapie de longue durée (OLD) est indiquée dans le traitement de l'insuffisance respiratoire chronique, **dont la BPCO est la principale cause**. Elle consiste en l'administration prolongée d'air enrichi en oxygène (>15 heures par jour). En 2018, selon les données de l'assurance maladie, plus de 160 000 personnes âgées de 20 ans ou plus avaient

⁸⁸ Quach A, Giovannelli J, Cherot-Kornobis N, Ciuchete A, Clement G, Matran R, *et al.* Prevalence and underdiagnosis of airway obstruction among middle-aged adults in northern France: The ELISABET study 2011-2013. *Respir Med.* 2015; 109 (12): 1553-61.

⁸⁹ <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/bpcos-et-insuffisance-respiratoire-chronique>

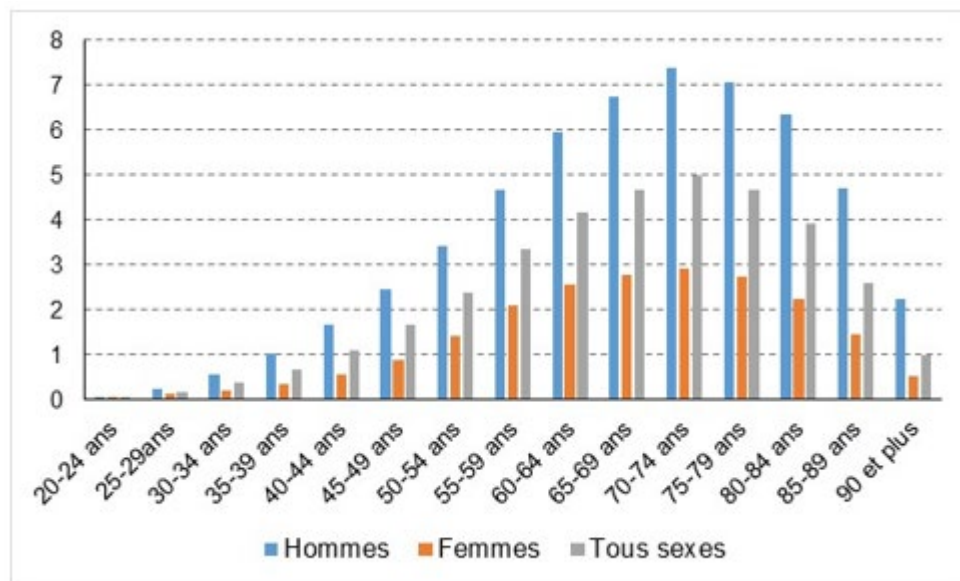
⁹⁰ Olié V, Pasquereau A, Assogba F, Arwidson P, Nguyen-Thanh V, Chatignoux E, Gabet A, Delmas MC, Bonaldi C. Évolutions de la morbidité et de la mortalité liées au tabagisme chez les femmes en France métropolitaine : une situation préoccupante. *BEH* n° 35-36, 2018.

bénéficié d'une prestation d'OLD, soit une prévalence de 3,2 pour 1 000 habitants (3,1 pour 1 000 chez les hommes, 2,8 pour 1 000 chez les femmes).

Le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS)

Nous ne disposons pas de données sur la prévalence du SAHOS en France. En revanche, nous disposons de données sur les SAHOS traités. Selon les données de l'assurance maladie, la prévalence du traitement par pression positive continue chez les 40-64 ans augmentait de 1,1 % chez les 40-44 ans à 4,2 % chez les 60-64 ans (5,9 % chez les hommes)⁹¹ (Figure 8).

Figure 8. Prévalence de traitement par pression positive continue, en fonction de l'âge, 2017



Troubles psychiques

Selon le Baromètre santé 2017, 9,8 % des personnes âgées de 18-75 ans ont déclaré avoir souffert d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des 12 derniers mois. Selon cette même enquête, 4,7 % ont pensé à se suicider et 0,4 % ont tenté de se suicider au cours de l'année. Enfin, 7,2 % ont déclaré avoir tenté de se suicider au cours de leur vie^{92,93}. Les femmes sont davantage concernées par les EDC et les conduites suicidaires que les hommes. Il est à noter qu'entre 41 et 50 ans, 61 % des femmes assument un rôle d'aidant, ce qui a des conséquences importantes sur leur santé psychique mais aussi physique. C'est avant 45 ans que la proportion de personnes concernées par l'EDC est la plus élevée et la majorité des TS ont eu lieu avant l'âge de 25 ans. Cependant certains résultats portant sur la tranche d'âge [35-54 ans] pointent l'importance des troubles mentaux à la mi-vie. **En effet, les femmes de 35-44 ans présentent le niveau de prévalence d'EDC au cours de l'année le plus élevé (15,6 %) ; supérieur aux 18-24 ans (15,1 %).** De plus, **la proportion de personnes concernées par un EDC dans l'année a augmenté de 1,8 points sur la période 2010-2017 et cette augmentation concerne plus particulièrement les individus âgés de 35 à 44 ans (+ 4 points).**

⁹¹ Mandereau-Bruno L, Léger D, Delmas MC. Obstructive sleep apnea: A sharp increase in the prevalence of patients treated with nasal CPAP over the last decade in France. PlosOne 2021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245392>

⁹² Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E ; le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2018 ;(32-33):637-44. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/186777/2320041>

⁹³ Léon C, Chan-Chee C, du Roscoät E, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. Baromètre de Santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans en France. Bull Epidémiol Hebd. 2019 ; (3-4):38-47. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/376258/3164454>

Concernant les pensées suicidaires, les individus âgés de 35 à 54 ans présentent dans leur ensemble un taux plus élevé que les autres (5,5 % vs 4,2 %). Les 45-54 ans ont davantage cité des raisons « professionnelles » en lien avec leurs pensées suicidaires que les 35-44 ans (37,6 % vs 24,6 %), qui se distinguent quant à eux par une surreprésentation des TS pour raisons familiales (57,7 % vs 47,2 %) ; les ruptures affectives (célibat, veuvage, divorce) étant un facteur fortement associé aux conduites suicidaires.

Sommeil

Selon le Baromètre santé 2017⁹⁴, **le temps de sommeil total serait passé pour la première fois en France au-dessous des 7 heures minimales quotidiennes**, habituellement reconnues pour une bonne récupération. Plus du tiers des Français dorment moins de 6 heures, ce qui est **associé à un risque plus élevé d'obésité, de diabète de type 2, d'hypertension artérielle, de pathologies cardiaques et d'accidents**. Le manque de sommeil réduit la vigilance, augmente l'irritabilité, perturbe la qualité de vie et le travail. Les causes du déclin de sommeil sont le travail de nuit, l'augmentation des temps de trajet domicile-travail (les données du Baromètre santé confirment les inégalités sociales et territoriales de santé, les personnes les moins diplômées ou vivant dans une agglomération de plus de 200 000 habitants ayant le plus de risque d'être des courts dormeurs), le temps passé devant les écrans, l'environnement nocturne (pollution sonore et lumineuse). **Ce déclin n'est pas une fatalité, des mesures simples peuvent améliorer le sommeil tant sur le plan du comportement individuel que sur le plan de l'environnement.**

⁹⁴ Léger D, Zeghnoun A, Faraut B, Richard JB. Le temps de sommeil, la dette de sommeil, la restriction de sommeil et l'insomnie chronique des 18-75 ans : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2019 ; (8-9) : 149-60. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/8-9/2019_8-9_1.html

V. CONCLUSION

L'état des lieux de la santé de la population française entre 40 et 64 ans pointe de nombreux indicateurs préoccupants liés à la survenue d'incapacités à un âge plus avancé. Ceci est particulièrement marqué chez les personnes d'un plus faible niveau socio-économique :

- Repères de consommation d'alcool dépassés chez une personne sur cinq (Baromètre 2017) ;
- Tabagisme quotidien pour près d'un quart (Baromètre 2018) et augmentation de sa prévalence chez les femmes âgées de 45 à 54 ans depuis les années 2000 ;
- Cumul d'un niveau d'activité physique bas et d'un niveau de sédentarité élevé pour un homme sur six et une femme sur cinq (Esteban 2015) ;
- Surpoids en augmentation de 21 % chez les femmes de 40 à 54 ans ;
- Consommation de sel inférieure à 6 g par jour chez seulement 10 % des hommes et 30 % des femmes (Esteban 2015) ;
- Dégradation de la prise en charge de l'hypertension artérielle en particulier chez les femmes ;
- Dégradation de la prise en charge médicamenteuse de l'hypercholestérolémie et diminution de son dépistage (Esteban 2015) ;
- Dix pourcents des 45-60 ans sont prédiabétiques avec des inégalités socio-économiques importantes ;
- 34 % des personnes de 40-64 ans déclarent souffrir de douleurs ou d'une affection chronique du dos ou du bas du dos, 20 % d'arthrose et 18 % de douleurs ou d'une affection chronique de la nuque et des cervicales ;
- Importance des troubles mentaux à mi-vie : les femmes de 35-44 ans présentent le niveau de prévalence d'état dépressif le plus élevé (15,6 %). Entre 41 et 50 ans, 61 % des femmes assument un rôle d'aidant, avec des conséquences importantes sur leur santé psychique mais aussi physique ;
- Plus d'un Français sur trois dort moins de six heures (Baromètre 2017) ; les personnes les moins diplômées ou vivant dans une agglomération de plus de 200 000 habitants ont le plus de risque d'être de courts dormeurs.

Les résultats des études d'observation montrant l'effet bénéfique de l'accumulation de comportements de santé protecteur sur le vieillissement et la situation française en matière de prévalence des facteurs de risque modifiables incitent fortement à la mise en place d'actions de prévention dès la mi-vie et qui doivent se poursuivre pour certaines tout au long de la vie. Les maladies chroniques ont en commun un certain nombre de facteurs de risque modifiables, s'installant de façon silencieuse et souvent déjà présents à mi-vie. Une action globale multidéterminants, apparaît aujourd'hui pertinente et indispensable, tout particulièrement auprès des populations de plus faible niveau socio-économique, en agissant à la fois sur les comportements de santé, sur les milieux de vie (exemple : milieu du travail, établissements médico-sociaux...) et sur les facteurs environnementaux (exemple : pollution de l'air, pesticides...).

En parallèle, le système de surveillance épidémiologique de tous ces indicateurs doit se consolider et doit notamment s'améliorer pour permettre de prendre en compte l'ensemble du spectre des maladies chroniques et de leurs déterminants, en lien avec la perte d'autonomie. À ce jour, il est à noter qu'aucune surveillance pérenne des pathologies ostéo-articulaires, de la fragilité et de la multimorbidité n'est opérationnelle. De plus, au vu de l'allongement de l'espérance de vie et de la démographie médicale, il est important que l'on s'intéresse à l'étude de l'évolution de l'état de santé dans certaines populations, telles que les personnes âgées vivant en institution, leurs aidants formels ou formels, les personnes handicapées vieillissantes ou encore les personnels soignants.