40-54 ans : un âge-clé pour une intervention efficace sur la santé

Agnès Michon,
chargée de projet et d'expertise scientifique,
coordinatrice du programme Avancer en âge en santé,
Direction de la prévention et de la promotion de la santé,
unité Personnes âgées et Populations vulnérables,
Joël Coste,
chargé de projet et d'expertise scientifique en santé publique,
Direction des maladies non transmissibles et des traumatismes,
unité Traumatismes et Avancée en âge,
Nathalie Beltzer,
responsable unité Traumatismes et Avancée en âge,
Direction des maladies non transmissibles et des traumatismes,
Emmanuelle Hamel,
responsable unité Personnes âgées et Populations vulnérables,
Direction de la prévention et de la promotion de la santé,
Laure Carcaillon-Bentata,
référente Avancer en âge en santé et Maladies neurodégénératives,
unité Traumatismes, Avancée en âge en santé, Maladies neurodégénératives,
Direction des maladies non transmissibles et des traumatismes,
Santé publique France.

En France, en 2050, les personnes âgées de 60 ans et plus représenteront un tiers de la population. Cet important vieillissement de la population nécessite d'agir sur les déterminants de santé pour retarder la perte d'autonomie et de développer la prévention et la promotion de la santé ; cela nécessite donc de s'intéresser à l'état de santé des générations qui vont avancer en âge, en particulier des adultes autour de la mi-vie[1]. D'une part parce qu'il existe un lien entre santé à mi-vie et vieillissement en bonne santé, d'autre part parce que c'est à cette période de la vie que les facteurs de risque et les maladies chroniques commencent à s'accumuler. L'état des lieux de la santé de la population française entre 40 et 64 ans [1] pointe de nombreux indicateurs préoccupants, en lien avec la survenue de maladies chroniques et d'incapacités à un âge plus avancé. Plus d'un tiers des 45-54 ans cumulent déjà au moins deux pathologies chroniques [2]. Tout cela est particulièrement marqué chez les personnes d'un plus faible niveau socio-économique, soulignant des inégalités sociales et territoriales marquées.

De nombreuses études montrent un lien entre les facteurs de risque modifiables à mi-vie et la survenue d'une démence, d'une dépendance ou d'un état de fragilité lors du vieillissement [3-5]. Ainsi, on estime qu'un tiers des démences seraient évitables, car elles sont liées à des facteurs de risque modifiables, communs aux pathologies cardio-neuro-métaboliques et à de nombreux cancers. De même, l'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie et l'obésité à mi-vie sont associés à un risque augmenté de démence et de maladies cardio-vasculaires.

De façon encourageante, des associations sont bien établies entre habitudes de vie favorables à la santé à mi-vie (pratique d'activité physique, alimentation saine, non consommation de tabac, d'alcool) et vieillissement en santé. Certaines études montrent que plus on adopte dès la mi-vie des comportements favorables à la santé, plus il y a un effet bénéfique cumulatif sur le vieillissement [6].

L'ESSENTIEL

Plus d'un tiers des 45-54 ans cumulent au moins deux maladies chroniques. La plupart des indicateurs de santé sont moins favorables pour les personnes de faible niveau socio-économique, reflétant ainsi les inégalités sociales et territoriales de santé. Il est donc nécessaire d'agir sur les déterminants de santé « à mi-vie » pour retarder la perte d'autonomie des personnes ainsi fragilisées ; d'autant plus que la prise en charge de certaines pathologies chroniques se dégrade pour une partie de la population depuis une quinzaine d'années. Adopter des habitudes de vie favorables à la santé à mi-vie a un effet bénéfique sur le vieillissement.

Tout ceci incite à intervenir dès la mi-vie pour prévenir la perte d'autonomie. Nous proposons dans cet article de dresser un court panorama :
- des pathologies chroniques ayant un poids important dans la perte d'autonomie et dont la prévalence croît dès la mi-vie ;
- des principaux comportements de santé liés à la survenue de pathologies chroniques ou d'incapacités fonctionnelles chez les adultes à mi-vie.

Quelques chiffres-clés sur l'état de santé à mi-vie en France

Les pathologies chroniques les plus prévalentes

- 25 % des 45-54 ans sont hypertendus, dont une partie non diagnostiqués. De plus, parmi les hypertendus

diagnostiqués, la prise en charge se dégrade par rapport aux décennies antérieures, en particulier pour les femmes [7].

- 28 % des femmes et 45 % des hommes de 45-54 ans présentent un taux trop élevé de cholestérol-LDL avec un recul de la prise en charge médicamenteuse et du dépistage depuis plus de quinze ans [8].
- Le risque de survenue d'un diabète de type 2 augmente à partir de 40 ans [9]. Dix pour cent des 45-60 ans sont pré-diabétiques avec des inégalités socio-économiques très marquées.
- La prévalence du surpoids chez les femmes de 40 à 54 ans a augmenté de 21 % en 15 ans [10].
- Les taux d'hospitalisation pour bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont en forte augmentation depuis 2000 chez les 45-54 ans [11].
- La prévalence des troubles musculo-squelettiques, chez les 45-64 ans, s'est accrue d'environ 30 % en quinze ans (1996-2011). Les affections chroniques du dos, d'arthrose, de douleurs de la nuque sont déjà très fréquentes chez les 40-64 ans : respectivement 34 %, 20 % et 18 % chez les moins de 65 ans [12]. Leur prévalence augmente fortement avec l'âge.
- 14 % des femmes et 6 % des hommes de 45 à 54 ans présentent un état dépressif. Ces chiffres sont en augmentation depuis 2010 [13]. Les femmes présentent plus de risques psychosociaux et de dépression liée au travail que les hommes. Entre 41 et 50 ans, 61 % des femmes assument un rôle d'aidant avec des conséquences importantes sur leur santé psychique et physique.
- En population générale, les cancers étaient la première cause de décès chez les hommes et la deuxième cause de décès chez les femmes (après les maladies cardio-neuro-vasculaires) [14], avec une augmentation de 77 % du nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Cette augmentation s'explique par l'accroissement de la population et son vieillissement et par l'augmentation du nombre de cancers détectés [15]. Les taux de dépistages des cancers (col de l'utérus, sein et cancer colorectal) restent loin des objectifs fixés par le Plan cancer.

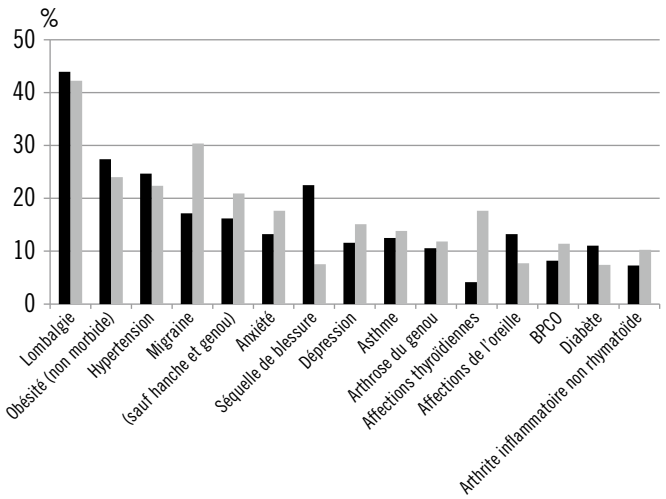

Figure 2. Maladies chroniques apparaissant le plus fréquemment dans les associations multimorbides pour les sujets âgés de 45 à 54 ans en 2008 ; pathologies vie entière femmes, en gris et hommes, en noir (adapté de Coste *et al.*, 2022).

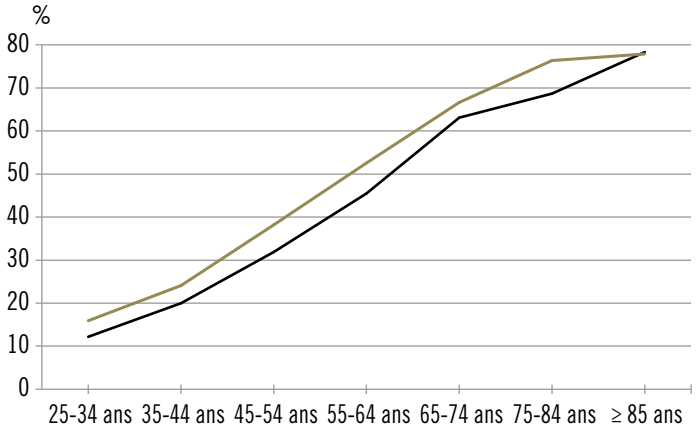

Figure 1. Prévalence de la multimorbidité (deux maladies ou plus, vie entière) en France en 2008 par âge et par sexe : courbe verte, les femmes ; courbe noire, les hommes (adapté de Coste *et al.*, 2022).

La multimorbidité

L'accumulation des maladies chroniques, qui s'accélère à la mi-vie (Figure 1), donne à cette période une acuité particulière à la question de la multimorbidité – le fait d'avoir au moins deux maladies – et à ses conséquences. L'évaluation de la multimorbidité doit en effet aller bien au-delà du simple comptage des Maladies pour prendre en compte les impacts différents que les associations morbides peuvent avoir sur l'état de santé, mais aussi leurs mécanismes d'agrégation et la synergie de leurs effets [2 ; 16]. Les associations morbides ayant un impact élevé sur la santé, un effet synergique multiplicatif et des facteurs de risques communs méritent à cet égard une attention plus grande [2 ; 16].

Entre 45 et 54 ans, 32 % des hommes et 38 % des femmes présentent ou ont déjà présenté au moins deux maladies chroniques. Les associations multimorbides les plus fréquentes (Figure 2) incluent la lombalgie, l'obésité, l'hypertension, la migraine, les arthroses périphériques, l'anxiété et les affections thyroïdiennes (chez les femmes), des pathologies qui entretiennent souvent entre elles des relations causales (à l'origine de cercles vicieux) ou qui peuvent être expliquées par des facteurs de risque communs – comportementaux pour la plupart – notamment le tabagisme et la faible activité physique. Certaines associations ont des impacts particulièrement délétères, comme celles associant l'obésité, la

© Jeannette Gregoni.

migraine et les pathologies ostéo-articulaires, sur lesquelles il conviendrait d'agir en priorité.

Les comportements de santé à mi-vie

- 25 % des femmes et 30 % des hommes de 45-54 ans fument du tabac quotidiennement et le nombre de cas chez les femmes de cette classe d'âge est en augmentation depuis les années 2000 [1].
- 20 % des 45-54 ans dépassent les repères de consommation d'alcool [1].
- En 2015, d'après les données de l'étude Esteban [17], près de 60 % des 45-54 ans n'atteignaient pas la consommation recommandée d'au moins cinq fruits et légumes par jour.
- 50 % des femmes et 30 % des hommes de 40-54 ans présentaient un faible niveau d'activité physique [18].
- En 2017, les 45-54 ans dormaient en moyenne moins longtemps que les autres classes d'âge (6 h 18 par 24 heures). Plus d'un Français sur trois dormaient moins de 6 heures [19], ce qui est associé à un risque plus élevé d'obésité, de diabète de type 2, d'hypertension artérielle, de pathologie cardiaque et d'accidents.

État de santé perçu et qualité de vie

En 2017, la moitié des 55-65 ans déclaraient souffrir de maladies chroniques et 29 % estimaient être limités dans les activités courantes de la vie quotidienne [20]. Une dégradation importante de ces indicateurs était observée entre 2010 et 2017, en particulier chez les plus jeunes concernant la présence de maladies chroniques et la santé générale perçue. Ces évolutions étaient marquées par d'importantes inégalités sociales. Une dégradation similaire a été observée avec le SF-36, un instrument de qualité de vie multidimensionnel, pour la période 1995-2016 : les groupes les plus affectés par la dégradation étaient les hommes de 45 à 54 ans et les femmes de 35 à 44 ans, particulièrement ceux ayant une activité professionnelle [21]. Ces résultats laissent présager des répercussions défavorables sur l'avancée en âge dans la mesure où ces indicateurs sont prédicteurs de mortalité, de morbidité et de limitations fonctionnelles.

Conclusion

Les indicateurs présentés précédemment permettent d'identifier certains comportements à risque (consommation d'alcool, de tabac, etc.) et certains déterminants des pathologies chroniques dans la population à mi-vie. Ils donnent ainsi un tableau de la situation en termes de prévalence des facteurs de risque modifiables. *A contrario*, les résultats des études d'observation montrent l'effet bénéfique de l'accumulation de comportements de santé protecteurs sur le vieillissement. Ils incitent fortement, d'une part, à agir pour améliorer les conditions de vie et les déterminants de la santé tout au long de la vie, d'autre part, à mettre en place des actions de prévention en vue de la préservation de l'autonomie plus précocement, c'est-à-dire dès la mi-vie, et à en poursuivre 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 sur les multi-déterminants 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 (p. ex. : le milieu du travail) et sur les facteurs environnementaux (p. ex. : pollution de l'air, pesticides, etc.). ■

1. Traduction du terme anglais *midlife* qui qualifie dans la majorité des études les adultes de 40 à 64 ans, 65 ans étant « *l'âge d'entrée dans la vieillesse* ». Le contexte français ramène la borne d'âge supérieur à 55 ans, puisque les caisses de retraite ont en charge les actions de prévention à destination des personnes âgées de 55 ans et plus.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] 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 en lien avec la perte d'autonomie et de leurs déterminants à mi-vie*. Saint-Maurice : Santé publique France, coll. Données de surveillance, 2022, 42 p. En ligne : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/rapport-synthese/enjeux-sanitaires-de-l-avancee-en-age-epidemiologie-des-maladies-chroniques-liees-a-la-perte-d-autonomie-et-determinants-de-ces-maladies-a-mi-vie

[2] Coste J., Valderas J.-M., Carcaillon-Bentata L. The epidemiology of multimorbidity in France: Variations by gender, age and socioeconomic factors, and implications for surveillance and prevention. PLoS ONE, 2022, vol. 17, n° 4. En ligne : https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0265842

[3] Sabia S., Fayosse A., Dumurgier J., Schnitzler A., Empana J.-P., Ebmeier K. P., *et al.* Association of ideal cardiovascular health at age 50 with incidence of dementia: 25 year follow-up of Whitehall II cohort study. *The British Medical Journal*, 2019, vol. 366 : l4414. En ligne : https://www.bmj.com/content/366/bmj.l4414

[4] Haut Conseil de la santé publique. *Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*. Paris : HCSP, coll. Avis et Rapports, décembre 2017 : 124 p. En ligne : https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=645

[5] Science Advice for Policy by European Academies. *Transforming the future of ageing*. Berlin : SAPEA, 2019 : 293 p. En ligne : https://www.sapea.info/wp-content/uploads/tfa-report.pdf

[6] Sabia S., Singh-Manoux A., Hagger-Johnson G., Cambois E., Brunner E. J., Kivimaki M. Influence of individual and combined healthy behaviours on successful aging. Canadian Medical Association journal (Journal de l'Association médicale canadienne), 2012, vol. 184, n° 18 : 1985-92. En ligne : https://www.cmaj.ca/content/184/18/1985

[7] Perrine A.-L., Lecoffre C., Blacher J., Olié V. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2018, vol. 10 : p. 170-179. En ligne : https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/docs/spf___internet_recherche/26182/spf00000016__PDF.txt

[8] Lecoffre C., Perrine A.-L., Blacher J., Olié V. Cholestérol LDL chez les adultes en France métropolitaine : concentration moyenne, connaissance et traitement en 2015, évolutions depuis 2006. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2018, vol. 37 : p. 710-718. En ligne : https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/docs/spf___internet_recherche/26627/spf00000509__PDF.txt

[9] Lailler G., Piffaretti C., Fuentes S., Djessira Nabe H., Oleko A., Cosson E. *et al.* Prevalence of prediabetes and undiagnosed type 2 diabetes in France: Results from the national survey ESTEBAN, 2014-2016. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2020, vol. 165 : 108252. En ligne : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32526264/

[10] 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 Corpulence*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017 : 42 p. En ligne : https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016.-volet-nutrition.-chapitre-corpulence

[11] Olié V., Pasquereau A., Assogba F., Arwidson P., Nguyen-Thanh V., Chatignoux E. *et al.* Évolutions de la morbidité et de la mortalité liées au tabagisme chez les femmes en France métropolitaine : une situation préoccupante. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2018, n°s 35-36 : p. 683-694. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/35-36/pdf/2018_35-36_1.pdf

[12] Fourcade N., von Lennep F., Grémy I., Bourdillon F. (dirs.) *État de santé de la population en France. Rapport 2017*. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et Santé publique France. En ligne : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Rapport-ESPF-2017.pdf

[13] Léon C., Chan Chee C., Du Roscoät E., groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2018, n°s 32-33 : p. 637-644. En ligne : https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/186777/2320041

[14] Boulat T., Ghosn W., Morgand C., Falissard L., Roussel S., Rey G. Principales évolutions de la mortalité par cause médicale sur la période 2000-2016 en France métropolitaine. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019, n°s 29-30 : p. 576-584. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/29-30/pdf/2019_29-30_1.pdf

[15] 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 : Santé publique France, 2019 : 161 p.

[16] Coste J., Valderas J.-M., Carcaillon-Bentata L. Estimating and characterizing the burden of multimorbidity in the community: A comprehensive multistep analysis of two large nationwide representative surveys in France. *PLoS Med*, 2021, vol. 18, n° 4 : e1003584. En ligne : https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003584

[17] 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. En ligne : https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016-chapitre-consommations-alimentair

[18] 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. 2e édition*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2020 : 58 p. En ligne : https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/230409/2504914

[19] Léger D., Zeghnoun A., Faraut B., Richard J.-B. 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. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019, n°s 8-9 : p. 149-160. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/8-9/2019_8-9_1.html

[20] Carcaillon-Bentata L., Soullier N., Beltzer N., Coste J. Alteration in self-perceived health status of those aged 55 to 65 between 2010 and 2017 in France: impact of socioeconomic determinants. *BMC Public Health*, 2021, vol. 21, n° 1 : p. 1-11. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/355138128_Alteration_in_perceived_health_status_of_those_aged_55_to_65_between_2010_and_2017_in_France_role_of_socioeconomic_determinants

[21] Clause-Verdreau A.-C., Audureau É., Leplège A., Coste J. Contrasted trends in health-related quality of life across gender, age categories and work status in France, 1995-2016: repeated population-based cross-sectional surveys using the SF-36. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2019, vol. 73, n° 1 : p. 65-72. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/328179809_Contrasted_trends_in_health-related_quality_of_life_across_gender_age_categories_and_work_status_in_France_1995-2016_Repeated_population-based_cross-sectional_surveys_using_the_SF-36

LES AUTEURS DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.