

Santé et capacité fonctionnelle

Les études épidémiologiques concernant l'état de santé des personnes âgées dans des échantillons représentatifs de population sont rares, et le manque de cohérence des méthodes de diagnostic et de présentation des données, ainsi que les difficultés éprouvées à distinguer les manifestations du vieillissement normal des états pathologiques, rendent malaisée l'interprétation des données.

Il existe en gros deux façons d'évaluer les besoins de santé. La démarche médicale, qui repose surtout sur la Classification internationale des maladies, procède par diagnostic. On lui reproche souvent sa spécialisation exagérée et son indifférence aux dimensions psychosociales de la santé et de la maladie. La deuxième démarche, qui s'appuie quant à elle sur l'évaluation des capacités fonctionnelles, cherche à déterminer ce qui empêche jusqu'à un certain point une personne de s'acquitter des activités de la vie de tous les jours et de faire face aux tensions que cette vie engendre (13, 14). On considère l'évaluation subjective de la capacité fonctionnelle comme un indicateur précieux de l'état de santé et des prestations nécessaires, que peut venir compléter au besoin la mesure objective de cette capacité. Cela dit, les méthodes diagnostiques dont s'assortit la démarche médicale sont nombreuses et bien développées, tandis qu'il existe moins de moyens de mesurer les capacités fonctionnelles.

En République fédérale d'Allemagne, on a découvert près de dix maladies par personne dans une population de 75 ans en moyenne (32). Dix à quinze pour cent des sujets jeunes souffraient déjà d'affections quelconques, mais 2% seulement des sujets de 70 à 80 ans étaient en bonne santé. La morbidité multiple caractérise les personnes âgées : ainsi, on recense trois maladies chroniques au moins chez plus de 50% des sujets de 60 ans ou davantage, et même parmi ceux qui consultent régulièrement leur médecin (33). L'état de santé général des femmes semble moins bon que celui des hommes d'après la plupart des enquêtes (4), mais on a signalé aussi des observations contraires; selon une enquête réalisée à Göteborg, les femmes de 70 ans se portaient mieux, et avaient besoin de moins de soins médicaux, que les hommes (34), mais l'auteur de cette publication a supposé que les différences d'état de santé selon le sexe disparaissaient après 80 ans. En revanche, selon des enquêtes sur l'évaluation subjective de l'état de santé, environ un tiers des sujets de 65 ans ou plus se déclaraient en très bonne santé (10, 35). Il se peut que les personnes, en vieillissant, modifient leur perception de leur état de santé et acceptent certains symptômes comme faisant partie

du vieillissement normal; de plus, les symptômes sont moins faciles à reconnaître chez les personnes âgées que chez les plus jeunes, et il se peut que les médecins interprètent les manifestations du vieillissement comme des signes de maladie s'ils ne s'en tiennent pas à des critères rigoureux. On a observé à Göteborg, à l'occasion d'une vaste enquête épidémiologique, que moins de 50% des personnes de 70 ans traitées à la digitaline étaient des cardiaques à qui ce traitement pouvait en principe être bénéfique (36). L'hypertension et le diabète sont d'autres maladies bien connues pour lesquelles il n'existe pas encore de critères de diagnostic définis et applicables dans chaque groupe d'âges; leur prévalence accuse ainsi de grandes différences d'une enquête à l'autre.

Les études réalisées en s'adressant directement aux sujets indiquent dans quelle mesure ils sont conscients de leurs maladies et de leur état de santé. La prévalence de certaines maladies, observée à l'occasion d'interviews de ce type, est tantôt plus forte, tantôt plus faible, que celle qui l'a été lors d'examen cliniques attentifs (37, 38). De nombreux facteurs influent sur la conscience qu'ont les personnes de leur état de santé, mais, en règle générale, les patients âgés ne mentionnent que les maladies dont leurs médecins leur ont parlé.

L'aptitude à faire face à la vie de tous les jours dépend non seulement de la présence et de la gravité de la maladie éventuelle, mais aussi de toutes les conséquences biologiques, psychologiques et sociales du vieillissement, ainsi que des caractéristiques de l'environnement, y compris les prestations accessibles. C'est aux alentours de 75 ans que se manifestent, dans de nombreux organes, les processus biologiques du vieillissement et, au-delà de cet âge, il semblerait que plusieurs fonctions déclinent rapidement, surtout chez les femmes (4). L'état mental et le statut social des personnes âgées influent beaucoup sur leur capacité de mener une vie indépendante lorsque les processus somatiques du vieillissement aggravent les handicaps. On manque de données sur les handicaps physiques dans les différents groupes d'âge avancé. A Göteborg, environ 3% des sujets de 70 ans avaient besoin de soins en établissement (34). La diminution de la mobilité augmente rapidement après 75 ans, et 30% seulement des sujets de plus de 70 ans n'en souffraient pas (17).

La capacité fonctionnelle se mesure souvent à l'aide de plusieurs indices des activités de la vie quotidienne (10, 15, 39). La plupart des activités ainsi mesurées consistent en de simples tâches qui font intervenir la mobilité, la dépense d'énergie, la capacité de s'habiller, etc. A l'occasion d'une étude qui comparait la situation au Danemark, aux Etats-Unis, en Israël, en Pologne et dans le Royaume-Uni (40), 61 à 71% des personnes de 65 ou 69 ans, et 27 à 45% des 80 ans ou plus ont pu exécuter toutes les tâches en question. Il y a eu quelques tentatives d'étendre les tests à des tâches qui n'entrent pas normalement dans l'activité de tous les jours (16), mais jusqu'à maintenant aucune de ces études de plus vaste portée n'a fait l'objet d'une publication.

On peut supposer qu'à chaque pays correspond un certain tableau nosologique, et que la répartition des maladies selon le sexe et entre populations urbaines et rurales dépend du développement économique du pays, de ses profils culturels, de ses modes de vie, de son climat et de sa géographie.

Le tableau nosologique des pays développés diffère de celui des pays en développement (41).

La présente étude avait pour but de décrire l'évolution générale de l'état de santé et des capacités fonctionnelles du plus jeune au plus vieux groupe de personnes âgées (60–64 ans et 85–89 ans respectivement). On a aussi analysé les différences entre les sexes. L'analyse s'est fondée sur quatre grandes caractéristiques de l'état de santé et de la capacité fonctionnelle :

- a) état de santé actuel et traumatismes anciens; accidents et maladies chroniques qui compromettent les activités de la vie quotidienne;
- b) prévalence de divers signes et symptômes au cours des deux précédentes semaines;
- c) prévalence des infirmités physiques;
- d) autonomie et état fonctionnel.

Les résultats présentés ne concernent que les sujets non hospitalisés.

Etat de santé actuel et traumatismes anciens; accidents et maladies chroniques qui compromettent les activités de la vie quotidienne.

Dans l'ensemble, les femmes qui ne se considéraient pas en bonne santé étaient proportionnellement plus nombreuses que les hommes, mais on n'a pas remarqué de grandes différences entre groupes d'âges (tableau 18). En revanche, il y avait d'assez grands écarts entre les régions, les proportions allant de 17% (parmi les hommes de Haute-Normandie) à 86% (parmi les femmes de Bucarest) dans le groupe le plus jeune, et de 14% (hommes de Haute-Normandie) à 94% (femmes de Kiev) dans le groupe le plus âgé.

On a aussi demandé aux sujets de classer leur état de santé du moment dans l'une de cinq catégories qui allaient de très bon à mauvais. Les pourcentages de ceux qui jugeaient leur santé mauvaise ou plutôt mauvaise augmentaient avec l'âge (tableau 19), les sujets des deux sexes jugeant dans à peu près la même proportion que leur état de santé était moyen. On a recensé, en moyenne, environ 15% d'hommes et 10% de femmes qui considéraient que leur santé était très bonne, mais un peu moins parmi les plus âgés (fig. 1).

Lorsqu'on a demandé aux sujets de comparer leur état de santé avec celui de leurs connaissances de leur âge, plus de femmes que d'hommes ont estimé se porter moins bien que ces autres personnes (tableau 20). On a compté par contre autant d'hommes que de femmes parmi les sujets qui jugeaient leur état de santé à peu près aussi bon que celui de leurs connaissances.

Environ 60% des 60–64 ans et 70% des 85–89 ans, en moyenne, ont déclaré avoir déjà eu des accidents, traumatismes ou maladies chroniques qui exerçaient une influence sur leurs activités de tous les jours (tableau 21).

Les chiffres étaient incontestablement moins élevés au Koweït que dans les autres régions étudiées. En général, les hommes ont fait moins fréquemment état que les femmes d'affections qui se répercutaient sur leur vie quotidienne. Il convient de noter que le pourcentage des personnes qui ont mentionné des affections de cette nature était beaucoup plus élevé que celui des personnes qui considéraient leur état de santé comme mauvais ou plutôt mauvais.

Les rapports particuliers sur l'état de santé qui s'inscriront dans la suite de l'étude comporteront une description détaillée des principales maladies. L'éventail des maladies influant sur la vie quotidienne a accusé de grandes différences d'une région à l'autre, et on a observé aussi des évolutions plutôt diverses selon l'âge. Par exemple, la prévalence des hypertensions déclarées allait d'environ 5% (à Louvain et au Koweït) à quelque 30% (à Belgrade et Bialystok) dans le groupe de plus jeune, et d'environ 1-3% (à Berlin-Ouest et Zagreb) aux alentours de 50-60% (en Grèce rurale et à Bucarest) dans le groupe le plus âgé (fig. 2). On a aussi observé de grandes différences du même ordre dans la prévalence des cardiopathies ischémiques qui, d'environ 2-5% (au Koweït, à Louvain, en Grèce rurale) atteignait 40-60% (à Bucarest et Bruxelles). Dans certaines régions, la prévalence diminuait avec l'âge, dans d'autres elle augmentait.

Prévalence de divers signes et symptômes au cours des deux précédentes semaines

La morbidité multiple chez les personnes âgées s'assortit d'une prévalence de signes et symptômes divers, pour la plupart diffus, qu'on ne peut attribuer clairement à aucune des maladies dont on sait que souffrent ces personnes. L'enquête a porté en tout sur 24 de ces signes et symptômes. Le tableau 22 en indique la prévalence au cours des deux semaines précédant l'enquête : environ 50 à 90% des personnes interrogées dans toutes les régions avaient ressenti certains d'entre eux de façon répétée ou presque continue. La proportion de femmes qui ont signalé ces symptômes dépassait en général un peu celle des hommes, et leur prévalence était légèrement plus forte dans le groupe le plus âgé que dans le groupe le plus jeune.

On a fait la même observation en considérant ensemble 17 symptômes comme une indication d'affections psychosomatiques : les femmes, surtout dans le groupe le plus jeune, ressentaient plus de symptômes que les hommes et les proportions étaient élevées, sauf au Koweït où les prévalences signalées s'établissaient à 44% ou moins dans tous les groupes d'âges (tableau 23).

La prévalence des malaises physiques (par exemple constipation ou difficulté de miction) était en général plus faible que celle des symptômes où le facteur psychologique pouvait éventuellement jouer un rôle décisif (tableau 24). Là encore, la prévalence était plus forte chez les femmes que chez les hommes, et dans les groupes plus âgés. On a noté entre les réponses des populations étudiées des différences importantes et intéressantes qu'on peut supposer tenir aux processus biologiques du vieillissement et à des maladies somatiques, ou bien à des différences dans la présentation des faits.

Les principaux symptômes étaient les douleurs articulaires, les dorsalgies, la fatigue, l'impression de faiblesse, la tension nerveuse et la nervosité.

Tableau 18. Pourcentages de personnes ne se sentant pas en bonne santé^a

	Groupes d'âges (en années)											
	Hommes					Femmes						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	55	41	33	65	63	20	59	54	48	55	60	45
Louvain	21	19	22	23	19	16	26	19	35	21	17	17
Berlin-Ouest	47	44	46	55	56	57	48	50	64	66	67	66
Tampere	70	79	68	59	70	65	66	76	65	71	77	61
Midi-Pyrénées	31	27	29	33	27	29	30	36	36	39	41	37
Haute-Normandie	17	33	25	29	43	14	29	40	41	44	41	57
Grèce rurale	42	46	56	64	69	83	55	68	81	73	76	81
Florence	13	24	31	18	17	20	37	38	32	34	39	36
Basse-Ombroine	41	29	33	41	33	47	56	49	54	51	59	51
Amiata occidentale	28	33	24	33	34	31	39	28	44	47	32	28
Koweït	24	29	24	38	45	65	37	46	53	44	52	43
Bialystok	55	72	77	77	86	—	69	73	78	81	89	—
Bucarest	67	65	74	90	81	89	86	86	91	88	89	90
Kiev	72	75	82	81	79	88	83	84	90	89	91	94
Belgrade	35	42	42	52	45	52	45	50	57	57	62	59
Zagreb	65	55	74	69	76	67	66	73	72	76	85	78

^a Numéro 74.2 du code.

Tableau 19. Pourcentages de personnes s'estimant en mauvaise ou plutôt mauvaise santé^a

	Groupes d'âges (en années)													
	Hommes							Femmes						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Bruxelles	30	13	17	19	29	4	34	0	28	31	12	15		
Louvain	14	6	7	15	7	6	21	17	21	6	0	4		
Berlin-Ouest	17	12	12	26	18	24	14	16	16	25	26	26		
Tampere	26	28	26	32	23	27	19	30	23	29	29	25		
Midi-Pyrénées	16	18	20	20	16	20	17	24	23	24	21	19		
Haute-Normandie	9	17	13	13	23	0	14	14	27	21	25	43		
Grèce rurale	15	17	16	25	44	48	18	32	35	40	43	55		
Florence	6	13	17	10	8	12	16	14	15	18	21	18		
Basse-Ombone	22	15	17	27	15	25	27	20	27	29	30	32		
Amiata occidentale	14	12	9	20	16	15	15	15	18	25	17	22		
Koweït	4	8	9	8	16	26	13	10	23	20	24	22		
Bialystok	26	34	33	43	50	—	25	37	48	48	60	—		
Bucarest	6	13	20	26	17	11	19	21	29	25	29	26		
Kiev	18	26	35	35	37	33	33	38	44	41	55	48		
Belgrade	18	23	25	32	31	34	29	34	35	37	44	40		
Zagreb	17	20	29	35	40	30	29	36	38	38	39	32		

^a Numéros 75.4 et 75.5 du code.

Tableau 20. Pourcentages de personnes jugeant leur santé plus mauvaise que celle d'autres sujets de leur âge^a

	Groupes d'âges (en années)											
	Hommes					Femmes						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	30	13	8	15	8	4	14	4	20	17	12	4
Louvain	17	9	10	10	5	6	21	14	17	6	6	4
Berlin-Ouest	17	14	12	19	11	11	20	16	12	18	20	16
Tampere	23	24	14	12	8	4	22	13	13	15	10	8
Midi-Pyrénées	18	13	15	14	3	11	23	22	15	7	13	8
Haute-Normandie	13	22	13	6	10	0	16	17	16	12	10	0
Grèce rurale	16	25	24	30	46	42	25	35	37	39	41	45
Florence	6	13	18	7	7	7	24	21	12	16	16	17
Basse-Ombone	23	17	13	19	15	15	29	19	22	20	21	14
Amiata occidentale	22	16	15	14	16	15	20	15	27	23	14	10
Koweït	10	13	11	14	17	26	16	19	26	26	30	0
Bialystok	31	30	26	25	30	—	26	26	34	31	42	—
Bucarest	16	15	24	28	15	20	27	25	30	22	29	31
Kiev	18	20	22	18	31	21	25	30	33	24	35	28
Belgrade	13	22	20	26	15	20	19	27	22	25	31	19
Zagreb	15	14	17	20	22	22	16	25	21	30	30	14

^a Numéro 76.3 du code.

Tableau 21. Pourcentages de personnes déclarant avoir été victimes d'un accident, d'un traumatisme ou d'une maladie chronique compromettant leur vie quotidienne, y compris leur activité professionnelle^a

	Groupes d'âges (en années)													
	Hommes							Femmes						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Bruxelles	54	52	32	37	46	52	59	37	52	41	41	63		
Louvain	65	67	77	66	73	77	82	80	83	68	69	90		
Berlin-Ouest	58	60	53	59	63	67	65	62	62	64	73	65		
Tampere	71	70	66	67	81	80	62	64	68	79	77	80		
Midi-Pyrénées	60	63	61	70	77	75	56	62	57	71	71	70		
Haute-Normandie	67	74	64	67	67	53	70	72	74	71	84	63		
Grèce rurale	63	70	77	83	85	92	71	83	90	90	86	89		
Florence	45	35	49	55	53	58	54	52	58	63	58	75		
Basse-Ombone	70	63	65	75	70	75	73	70	73	71	77	78		
Amiata occidentale	53	65	57	66	71	73	56	63	68	72	74	68		
Koweït	33	41	32	36	57	54	40	46	53	53	45	64		
Bialystok	51	63	48	45	51	—	41	41	43	42	49	—		
Bucarest	62	53	67	79	73	90	63	77	80	80	75	82		
Kiev	52	68	67	66	42	47	60	62	77	56	64	59		
Belgrade	52	52	61	59	57	50	59	62	61	65	61	58		
Zagreb	53	56	59	55	58	59	59	68	73	71	66	69		

^a Numéro 77.1 du code.

Tableau 22. Pourcentages de personnes ayant, les deux précédentes semaines, ressenti certains de 24 signes ou symptômes de façon répétée ou presque continue^a

	Groupes d'âges (en années)													
	Hommes							Femmes						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Bruxelles	79	82	72	85	83	91	86	86	80	82	84	80		
Louvain	55	58	74	74	65	68	85	69	76	78	77	78		
Berlin-Ouest	64	63	58	64	75	72	75	78	78	80	82	81		
Tampere	73	73	69	81	79	84	79	69	75	76	87	86		
Midi-Pyrénées	66	62	56	64	71	72	74	73	67	77	70	78		
Haute-Normandie	62	69	68	75	80	71	74	79	75	84	86	71		
Grèce rurale	53	65	74	79	86	96	66	84	87	91	78	84		
Florence	55	69	70	65	73	76	87	88	90	85	84	87		
Basse-Ombone	81	88	76	88	85	88	97	92	92	95	92	89		
Amiata occidentale	81	78	78	80	84	82	88	88	94	91	92	94		
Koweït	26	30	29	34	53	68	49	55	53	67	56	61		
Bialystok	88	75	82	88	89	—	84	84	82	86	87	—		
Bucarest	65	66	83	88	71	74	82	80	93	83	88	90		
Kiev	67	60	71	69	61	75	79	86	90	84	91	92		
Belgrade	52	66	63	68	69	79	70	78	70	79	84	78		
Zagreb	52	51	66	61	68	78	66	71	74	73	73	84		

^a Variable dérivée 72.1.

Tableau 23. Pourcentages de personnes ayant, les deux précédentes semaines, ressenti certains de 17 signes ou symptômes psychosomatiques de façon répétée ou presque continue^a

	Groupes d'âge (en années)													
	Hommes							Femmes						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Bruxelles	67	79	72	77	67	75	76	86	76	76	72	75		
Louvain	48	52	64	64	50	52	76	65	76	67	69	70		
Berlin-Ouest	52	49	47	56	63	62	69	71	66	73	70	77		
Tampere	62	67	60	64	71	71	62	60	66	69	79	83		
Midi-Pyrénées	44	46	46	46	66	59	57	64	56	64	64	65		
Haute-Normandie	49	57	53	62	71	57	63	71	69	80	76	71		
Grèce rurale	46	55	67	70	76	92	54	72	73	77	65	84		
Florence	46	54	56	43	58	62	81	71	77	73	74	79		
Basse-Ombone	74	74	60	74	74	74	92	84	84	84	86	84		
Amitata occidentale	73	71	62	71	76	74	79	76	86	86	83	89		
Koweït	12	14	15	18	30	40	28	32	44	41	36	39		
Bialystok	59	67	69	69	75	—	65	75	73	77	84	—		
Bucarest	39	40	55	60	54	63	59	65	78	68	73	66		
Kiev	55	55	61	64	52	67	72	81	83	79	85	87		
Belgrade	45	54	54	54	57	60	61	67	59	68	74	68		
Zagreb	45	47	59	58	50	70	59	66	72	71	64	81		

^a Variable dérivée 74, 1.

Tableau 24. Pourcentages de personnes ayant, les deux semaines précédentes, ressenti certains de 7 signes
ou symptômes physiques de façon répétée ou presque continue^a

	Groupes d'âges (en années)													
	Hommes							Femmes						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Bruxelles	44	25	32	36	67	52	62	58	44	64	72	50		
Louvain	38	28	39	44	35	43	68	36	56	54	51	43		
Berlin-Ouest	38	41	42	45	50	51	59	56	51	55	64	56		
Tampere	52	46	39	46	51	69	55	51	49	51	58	58		
Midi-Pyrénées	48	40	36	54	47	52	55	60	44	61	56	61		
Haute-Normandie	38	41	46	45	60	43	49	53	50	64	65	71		
Grèce rurale	39	42	57	53	66	67	45	63	65	69	71	67		
Florence	42	44	48	49	55	53	67	74	68	71	69	70		
Basse-Ombone	64	62	60	71	69	76	89	82	83	80	84	75		
Amiata occidentale	54	47	60	60	67	61	73	68	77	71	74	66		
Koweït	19	19	21	26	41	53	32	36	44	42	42	52		
Bialystok	82	61	60	82	76	—	78	65	65	67	64	—		
Bucarest	52	43	69	70	66	60	74	64	79	70	77	77		
Kiev	41	31	48	38	43	58	53	61	66	64	68	73		
Belgrade	29	42	41	52	48	63	49	58	56	64	66	63		
Zagreb	31	30	40	39	50	48	40	37	43	45	46	57		

^a Variable dérivée 76. 1.

Tableau 25. Pourcentages de personnes ayant, les deux semaines précédentes, ressenti souvent des douleurs articulaires ou dorsales de façon répétée ou presque continue^a

	Groupes d'âges (en années)											
	Hommes						Femmes					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	41	10	15	23	38	25	55	41	24	48	56	35
Louvain	31	22	29	26	24	26	53	33	41	31	34	30
Berlin-Ouest	25	32	32	28	28	31	49	48	43	43	42	39
Tampere	41	39	26	32	29	47	43	43	43	40	40	39
Midi-Pyrénées	39	32	28	40	37	32	44	52	35	51	47	57
Haute-Normandie	28	32	33	34	29	43	42	46	43	55	55	29
Grèce rurale	30	32	45	44	50	38	39	52	56	61	65	60
Florence	25	29	30	36	35	27	57	60	60	56	52	46
Basse-Ombone	53	50	45	52	45	51	77	70	75	63	64	56
Amiata occidentale	42	34	36	47	47	36	58	51	62	54	55	48
Koweït	16	15	15	17	32	48	26	29	31	33	34	43
Bialystok	9	26	24	11	29	—	10	30	51	35	55	—
Bucarest	45	36	57	60	55	51	64	57	73	60	71	72
Kiev	31	28	38	31	33	52	45	51	60	52	55	63
Belgrade	22	26	28	29	27	42	41	43	38	51	54	44
Zagreb	20	28	22	26	36	41	29	30	38	37	39	49

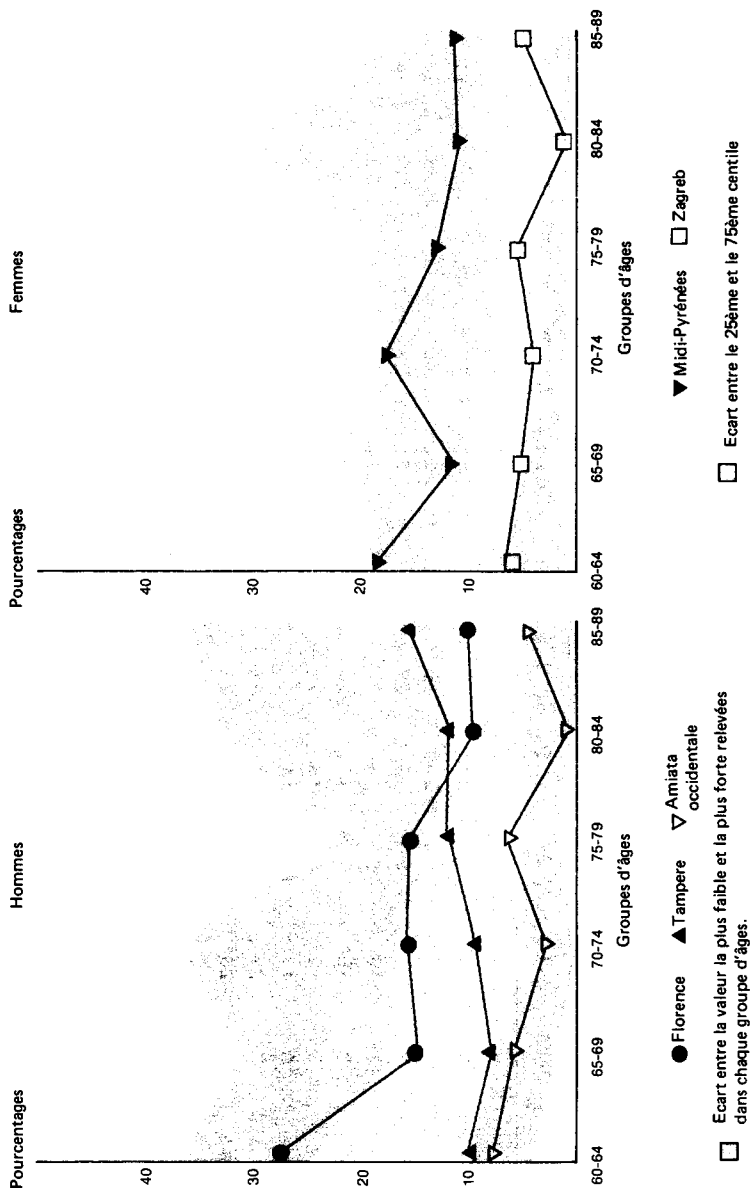
^a Numéros 136.3 et 136.4 du code.

Tableau 26. Pourcentages de personnes ayant, les deux semaines précédentes, ressenti de la fatigue ou une impression de faiblesse de façon répétée ou presque continue^a

	Groupes d'âges (en années)													
	Hommes							Femmes						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Bruxelles	7	13	7	8	4	13	7	18	12	7	8	20		
Louvain	7	3	7	15	2	20	15	17	15	11	14	9		
Berlin-Ouest	20	10	16	22	16	23	22	16	19	25	30	34		
Tampere	17	17	25	25	23	39	21	22	20	23	34	36		
Midi-Pyrénées	13	16	16	14	24	23	21	27	25	26	31	31		
Haute-Normandie	8	15	10	17	24	21	30	25	33	41	35	14		
Grèce rurale	9	12	16	18	28	13	12	16	18	16	16	22		
Florence	10	12	13	14	15	22	24	18	30	30	30	20		
Basse-Ombrone	37	27	25	36	35	40	37	36	42	42	47	58		
Amiata occidentale	19	23	17	23	22	28	22	24	29	36	31	25		
Koweït	1	0	1	0	1	1	0	1	0	2	0	4		
Bialystok	20	27	19	25	34	—	36	32	39	37	43	—		
Bucarest	1	4	4	3	2	6	16	13	18	16	11	9		
Kiev	15	19	24	28	25	31	27	39	39	50	53	48		
Belgrade	10	17	19	19	22	29	22	25	21	29	37	39		
Zagreb	10	12	15	20	24	37	16	26	27	33	24	38		

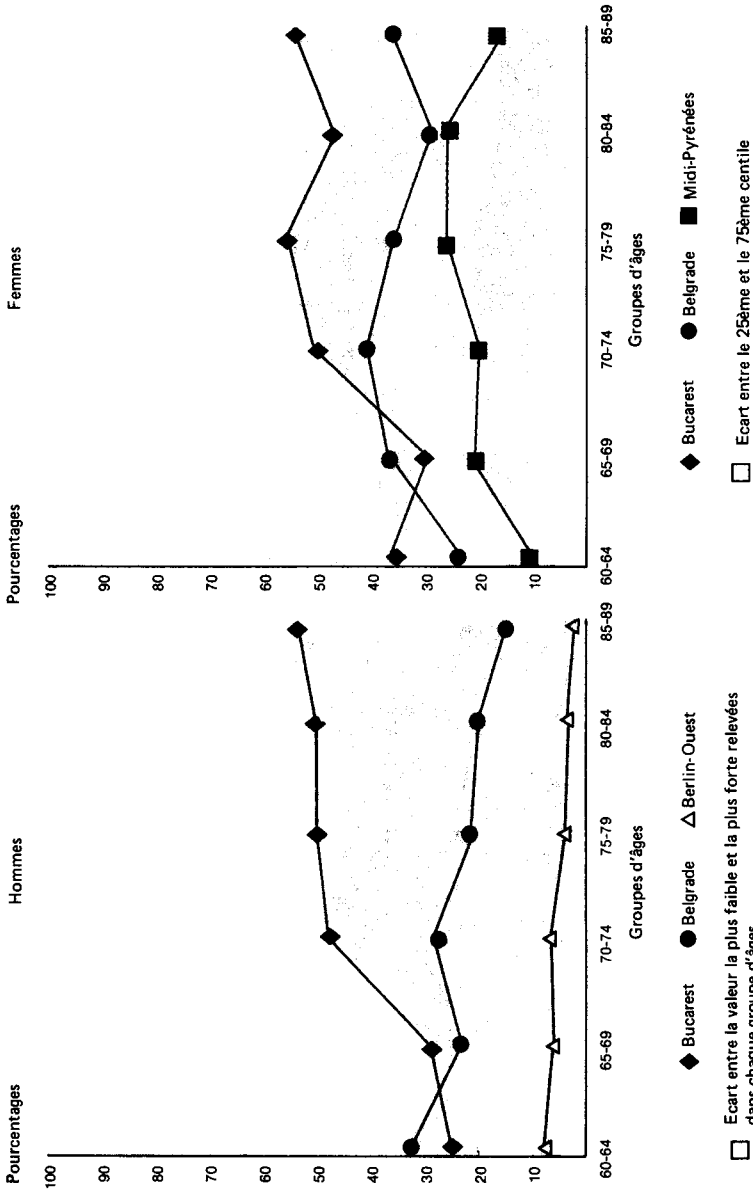
^a Numéros 130.3 et 130.4 du code.

Fig. 1. Pourcentages de sujets s'estimant en très bonne santé^a



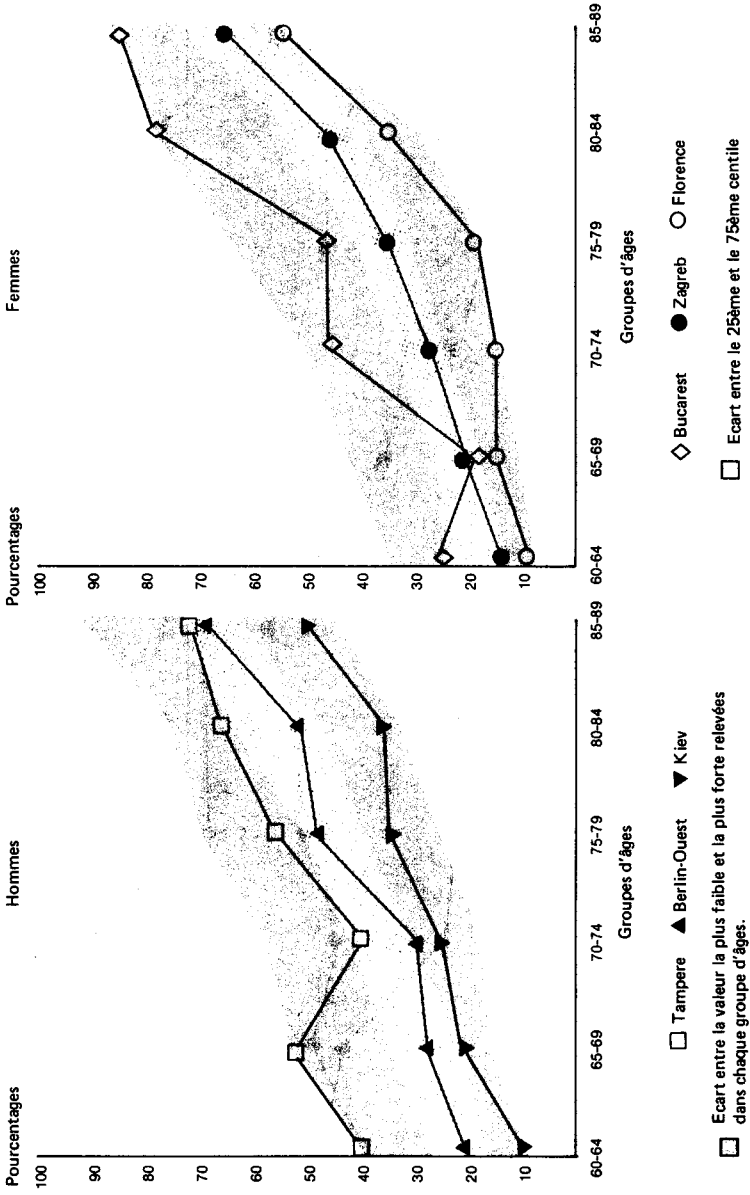
^a Numéro 75.1 du code.

Fig. 2. Pourcentages de sujets se déclarant hypertendus^a



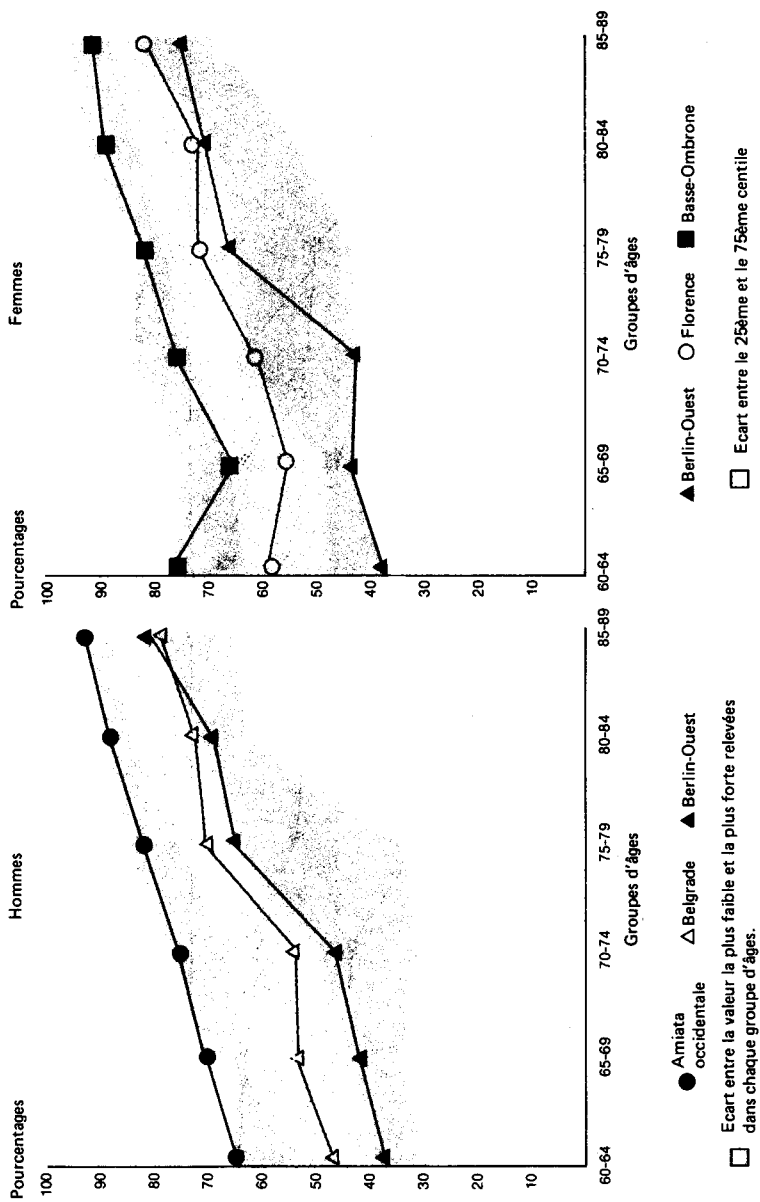
^a Variable dérivée 34, 1.

Fig. 3. Pourcentages de sujets signalant des difficultés d'audition^a



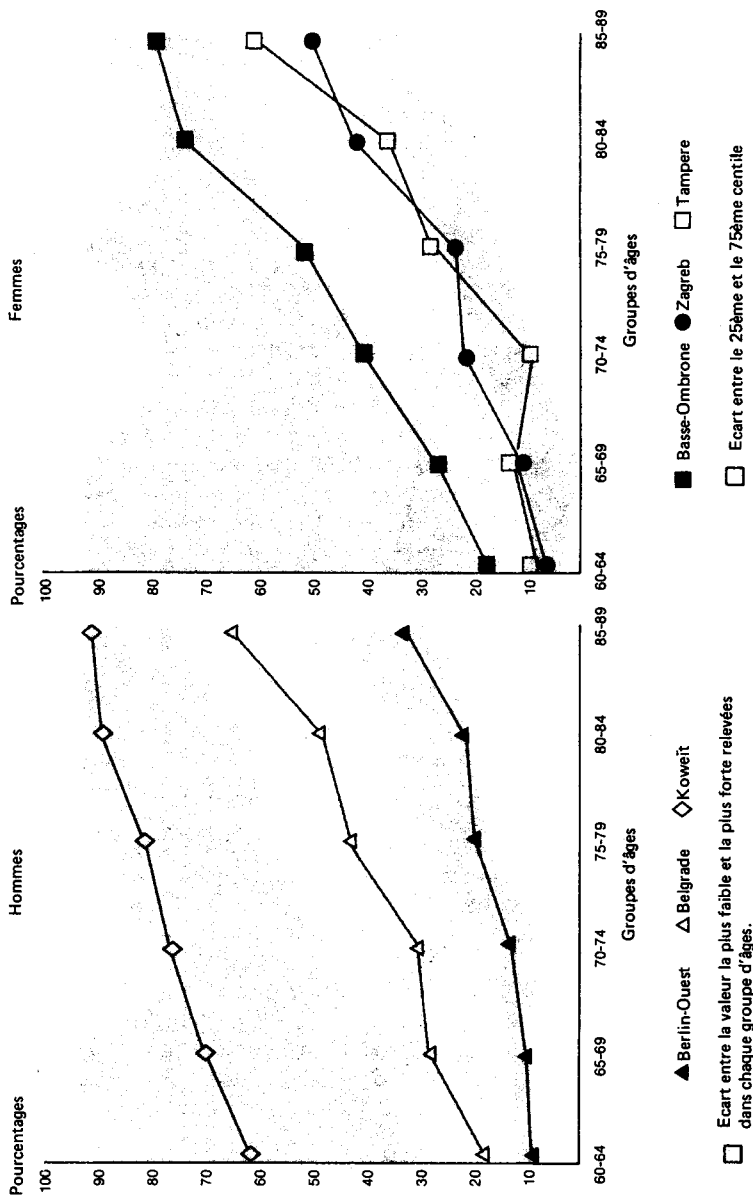
^a Variable dérivée 79, 1.

Fig. 4. Pourcentages de sujets éprouvant des difficultés dans la vie de tous les jours^a



^a Variable dérivée 80, 1.

Fig. 5. Pourcentages de sujets éprouvant des difficultés à s'acquitter de tâches ménagères légères^a



^a Variable dérivée 167, 2.

De 10 à plus de 70% des personnes, environ, se plaignaient de douleurs articulaires ou dorsales. Les proportions étaient, là encore, plus fortes chez les femmes, mais sans augmentation marquée de prévalence dans les groupes plus âgés (tableau 25).

Les femmes ont fait état plus souvent que les hommes de fatigue ou d'une impression de faiblesse (tableau 26), et on a observé dans les groupes plus âgés une augmentation marquée de la prévalence de ces symptômes, avec des proportions exceptionnellement faibles au Koweït. La prévalence de la tension nerveuse et de la nervosité variait entre 5 et 40% (sauf au Koweït, où elle se situait au-dessous de 5%), avec une proportion plus élevée de femmes que d'hommes. La prévalence était plus faible parmi les groupes âgés dans la plupart des populations étudiées. Les céphalées constituaient elles aussi un symptôme relativement courant, avec des prévalences de 4% (chez les hommes du Koweït) à 57% (chez les femmes de Basse-Ombro). On n'a observé aucune différence marquée de la fréquence des céphalées selon le groupe d'âges. La fréquence de symptômes comme la perte de mémoire, l'anorexie, les insomnies et les vertiges, les tremblements, l'apnée, le manque d'énergie, la dépression, les difficultés de miction et la constipation, augmentait progressivement du groupe le plus jeune au plus âgé, tandis que diminuait la prévalence des brûlures d'estomac et autres douleurs stomacales, de la transpiration profuse sans effort physique, de l'irritabilité et des accès de colère. La prévalence de tous les symptômes mentionnés, à l'exception des difficultés de miction, de l'irritabilité et des accès de colère, était plus forte chez les femmes que chez les hommes.

Prévalence des infirmités physiques

La présence d'infirmités physiques de divers types et l'incapacité à prendre soin de soi revêtent une grande importance lorsqu'on veut organiser les soins aux personnes âgées. Les enquêtes ont donc servi à recueillir des informations sur les problèmes d'audition et de vision, les prothèses dentaires, la mastication et les soins d'hygiène.

Le pourcentage des personnes signalant des difficultés d'audition augmentait rapidement d'un groupe d'âges à l'autre (fig. 3). Soixante à soixante-dix pour cent, en moyenne, des sujets de 85-89 ans éprouvaient ces difficultés, contre environ 20% des 60-64 ans. Les hommes s'en plaignaient un peu plus souvent que les femmes. Entre 2 et 10% des personnes interrogées utilisaient un appareil acoustique, les hommes plus fréquemment que les femmes. Comme on pouvait s'y attendre, les difficultés d'audition se manifestaient habituellement dans un bruit de conversation, dans le cas notamment de la moitié environ des personnes les plus âgées.

Environ 8% des femmes et 6% des hommes ne pouvaient lire ni journaux, ni livres, et environ 20% éprouvaient des difficultés de lecture. Les femmes étaient plus souvent atteintes que les hommes, et cette infirmité se rencontrait plus couramment aux âges les plus élevés.

Les prothèses dentaires étaient très répandues chez les plus jeunes (60-64 ans), avec une prévalence de 45-87% parmi les femmes et de 32-87% chez les hommes. Alors que 10% des sujets les plus jeunes éprouvaient des

difficultés à mâcher leurs aliments, la proportion avoisinait 60% parmi les personnes les plus âgées. Dans toutes les populations étudiées, les proportions les plus élevées s'observaient chez les femmes.

Entre 9 et 27% des sujets avaient du mal à arriver aux toilettes à temps. La proportion augmentait avec l'âge, chez les hommes comme chez les femmes, dans toutes les populations étudiées.

Les troubles des pieds ou de la circulation veineuse étaient relativement fréquents. Ils concernaient 30 à 60% des sujets de tout âge, et plutôt les femmes et les sujets les plus âgés que les hommes et les sujets plus jeunes. Ces troubles limitaient souvent l'activité quotidienne, 40 à 77% des personnes qui souffraient des pieds ayant du mal à se déplacer.

Soins d'hygiène et état fonctionnel

Les personnes âgées éprouvent souvent des difficultés à faire face à la vie de tous les jours et à rester en contact avec le monde extérieur. Quatorze questions qui ont permis d'évaluer leur autonomie dans la vie de tous les jours portaient autant sur des actes aussi élémentaires que ceux de manger, s'habiller et se laver, que sur ceux qui exigeaient de plus grandes capacités, comme porter de lourdes charges ou s'acquitter de tâches ménagères pénibles.

La figure 4 montre qu'en moyenne 80 à 90% des sujets les plus âgés, contre 50 à 60% des plus jeunes, avaient du mal à accomplir certaines tâches. Les taux étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes, surtout parmi les 60-64 ans et 65-69 ans. En général, moins de 10% des sujets avaient besoin d'aide pour accomplir les actes les plus simples, par exemple sortir de chez eux, se déplacer d'une pièce à l'autre, monter ou descendre un escalier, aller aux toilettes, faire la cuisine, s'alimenter, et marcher plus de 400 m. Les femmes en particulier avaient plus de mal à se couper les ongles des pieds, à travailler, à prendre un bain, à porter sur 100 m un poids de 5 kg; 1 à 21% d'entre elles, suivant l'âge, avaient besoin d'une aide à cet effet.

Les tâches ménagères posent un problème à une grande partie des personnes âgées. Environ 60% des sujets les plus âgés arrivaient difficilement à accomplir ne fût-ce que des travaux ménagers légers (fig. 5). On a observé d'importantes différences entre les populations étudiées, et, dans certaines régions, entre les sexes également. Les personnes interrogées avaient souvent besoin d'être aidées dans les travaux ménagers pénibles, et 7 à 28% des femmes, comme 4 à 17% des hommes, ne se sont dits capables de travaux domestiques pénibles qu'avec une aide.

Les femmes se sont déclarées plus souvent que les hommes incapables de marcher ou d'utiliser les transports en commun pour se rendre à l'établissement médical le plus proche; 11 à 63% d'entre elles ne pouvaient le faire sans aide. Les proportions étaient à peu près deux fois plus élevées chez les femmes que chez les hommes.

Conclusions

L'interprétation des réponses à un questionnaire sur l'état de santé et la capacité fonctionnelle des personnes âgées pose un certain nombre de problèmes

de méthode, car ces réponses traduisent les impressions subjectives des personnes interrogées sur leur santé. Le recours aux services de santé et aux services sociaux, la qualité de ceux-ci, la connaissance des problèmes de santé et la sensibilisation à ces problèmes, les réactions à la maladie et à ses symptômes, et la prévalence des maladies diagnostiquées cliniquement, figurent au nombre des causes de ces différences entre populations et groupes d'âges. De plus, la proportion de personnes d'âges différents, pensionnaires d'établissements, n'est pas la même dans chaque zone, et le nombre d'interviews à domicile correspond donc à des proportions différentes de l'échantillon initial.

Il a toutefois été intéressant de constater que le pourcentage des personnes qui ne se sentaient pas en bonne santé variait sensiblement. Cette découverte appelle une analyse transculturelle plus poussée et une première évaluation clinique de l'état de santé. Il importerait de vérifier, par exemple, si ceux qui se jugent mal portants le sont réellement. Une faible corrélation signifierait qu'au moment de créer des services, il faudra prêter une plus grande attention aux déterminants psychologiques et sociaux de l'état de santé des personnes âgées.

La majorité des personnes âgées souffrent d'états chroniques qui les gênent dans leurs activités de tous les jours. Ici aussi, des différences sensibles ont été observées suivant les populations, mais celles entre groupes d'âges n'étaient pas aussi marquées qu'on aurait pu s'y attendre. En revanche, la capacité fonctionnelle déclinait rapidement avec l'âge. Cela peut s'expliquer par le vieillissement, qui entraîne une dégradation fonctionnelle sans pour autant se manifester sous la forme d'une maladie clinique. L'affaiblissement des sens était lui aussi répandu chez les sujets les plus âgés, ce qui confirmerait l'hypothèse que les infirmités sérieuses commencent vers 75-80 ans.

La majorité des personnes âgées présentaient divers symptômes et signes dont la prévalence était déjà élevée dans le groupe le plus jeune, qu'il était souvent impossible d'imputer clairement à telle ou telle maladie, et qui obligeaient fréquemment à utiliser des médicaments.

Pour tout ce qui touche à l'état de santé et à la capacité d'auto-prise en charge, et dans presque toutes les populations étudiées, les femmes sont apparues plus mal portantes et en moins bonne forme physique que les hommes. Reste à établir si cela ne signifie pas simplement qu'elles exposent leurs problèmes plus facilement que les hommes.

Dans la pratique médicale, il importe de savoir jusqu'à quel point on peut empêcher la capacité d'autonomie de se dégrader, en la développant par la rééducation et l'occupation du temps libre. La morbidité multiple et la présence fréquente de symptômes mal définis obligent à mieux s'informer des processus normaux et pathologiques du vieillissement. Il se peut que la pratique médicale néglige certains signes et symptômes, faute d'avoir adopté des critères normalisés d'évaluation des antécédents médicaux des personnes âgées; il arrive aussi que d'autres signes et symptômes passent pour pathologiques jusqu'à ce qu'on ait clairement défini la frontière entre le normal et l'anormal.

Comme il existe des dossiers médicaux très détaillés, ou qu'on peut en constituer, dans de nombreuses régions étudiées, il sera possible de vérifier

à partir d'autres sources l'état de santé des déclarants. Dans certaines régions, on procède aussi à des examens cliniques, soit ponctuels, soit dans une optique prospective, qui permettront d'interpréter plus avant les données recueillies lors des interviews. Le présent rapport laisse en général de côté les faits pathologiques.

Le prolongement de cette étude permettra de voir plus loin que les tendances et les différences générales signalées ici, d'appeler l'attention sur les interactions entre diverses variables, et d'effectuer des analyses plus poussées de groupes d'âges et populations choisis. Du point de vue santé, les personnes âgées sont loin de former un groupe homogène, même s'il peut sembler à première vue que l'état de santé se dégrade inexorablement et uniformément avec l'âge. En fait, de nombreux signes et symptômes n'évoluent pas d'un groupe à l'autre, ou ont une prévalence plus faible parmi les sujets les plus âgés. Une proportion significative de personnes âgées, voire très âgées, s'estiment en bonne santé, donnant à penser que les personnes âgées recèlent peut-être plus de potentialités latentes qu'on ne le pense en général.