

Baromètre santé 2000

Résultats

Volume 2

sous la direction de
Philippe Guilbert
François Baudier
Arnaud Gautier

préface de
Bernard Kouchner

Cette étude a été réalisée par

le **Comité français d'éducation pour la santé (CFES)**

En partenariat avec

la **Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)**

le **Centre national de la recherche scientifique (CNRS)**

le **Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (Credes)**

la **Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors)**

l' **Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)**

l' **Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)**

l' **Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur (ORS Paca)**

Son financement a été assuré par

la **Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)**

le **ministère de l'Emploi et de la Solidarité (direction générale de la Santé, direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques)**

l' **Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)**

la **Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt)**

la **Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF)**

le **Haut Comité de la santé publique (HCSP)**

la **Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)**

Pierre Arwidson	Médecin, CFES
Nathalie Bajos	Sociodémographe, chercheur, Inserm U. 292
Julien Barnier	Statisticien, assistant d'études à l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur
François Baudier	Médecin, responsable de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie de Franche-Comté
François Beck	Statisticien, responsable du pôle Études en population générale à l'OFDT
Hélène Bourdessol	Sociologue, CFES
Bertrand Coustou	Chargé d'études, CFES
Christiane Dressen	Sociologue, CFES
François Eisinger	Médecin, département prévention et dépistage, Institut Paoli-Calmettes, Inserm U. 379, Marseille
Arnaud Gautier	Statisticien, CFES
Valérie Guagliardo	Statisticienne, chargée d'études à l'Observatoire régional de la Santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur
Philippe Guilbert	Économètre au CFES, coordonnateur du Baromètre santé
Marie-Pierre Janvrin	Démographe, CFES
Claire Julian-Reynier	Médecin, Inserm U. 379, Marseille
Hugues Lagrange	Sociologue, Observatoire sociologique du changement, FNSP-CNRS, Paris
Brice Lefèvre	Sociologue du sport
Stéphane Legleye	Statisticien, chargé d'études à l'OFDT
Olivier Le Nezet	Étudiant en DESS Méthodologie et statistique en recherche biomédicale, Université Paris XI
Georges Menahem	Maître de recherches, Credes-CNRS
Colette Ménard	Psychosociologue, CFES
Jean-Paul Moatti	Économiste, Inserm U. 379, Université de la Méditerranée
Karina Oddoux	Économiste, CFES
Patrick Peretti-Watel	Sociologue et statisticien, OFDT
Hélène Perrin	Économiste, CFES
Xavier Pommereau	Psychiatre des hôpitaux, responsable de l'UMPJA, Bordeaux
Michel Rotily	Médecin, chercheur associé à l'unité 379 de l'Inserm, Marseille
Josiane Warszawski	Épidémiologiste, Inserm U. 292, Service d'épidémiologie, Hôpital Bicêtre

Présentation

L'objectif premier de la série d'enquêtes Baromètre santé est de concevoir et d'alimenter régulièrement une base de données sur les connaissances, les attitudes et les comportements des Français en matière de santé. De nombreux sujets traités dans les Baromètres santé sont liés aux campagnes de promotion et d'éducation pour la santé, menées par le CFES en partenariat avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité : la prévention en général, mais aussi la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites, les vaccinations, l'usage de médicaments, les accidents de la vie courante, les cancers, le sport, la nutrition, etc.

Ces enquêtes multithématiques, répétées au cours des années, permettent de suivre les évolutions des opinions, des comportements et de certains indicateurs de santé. Elles permettent également de mieux définir les objectifs des programmes nationaux de prévention, d'orienter des études spécifiques quantitatives ou qualitatives et d'engager, en matière de prévention et d'éducation pour la santé, des actions de terrain plus ciblées sur des types de populations ou dans certaines régions.

En 1999, année du terrain de l'enquête présentée ici, le Baromètre santé a pris une nouvelle forme. Première transformation, il s'est intéressé simultanément aux jeunes et aux adultes. En effet, la distinction entre les 12-19 ans et les 18-75 ans, qui définissait les deux Baromètres « jeunes » et « adultes », paraissait arbitraire et ne permettait pas d'étudier de façon précise la mise en place de comportements de santé entre la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte. De plus, l'augmentation importante de la taille de l'échantillon (13 685 en 1999) permet de détecter plus finement des évolutions d'opinions et de comportements. Par ailleurs et pour la première fois, cinq suréchantillons ont été réalisés dans les régions suivantes : Alsace, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire et Picardie pour les 12-25 ans uniquement, et Poitou-Charentes pour les 12-75 ans. La présente édition sur les résultats détaillés est complétée par un volume « méthode », qui décrit les principes méthodologiques de l'enquête et donne le questionnaire, et par un troisième volume (édition en 2002) qui expose les résultats des suréchantillons régionaux.



sommaire

19

Présentation des termes statistiques

Définition des principaux termes statistiques utilisés dans les différents chapitres : test du χ^2 , odds ratio, régression logistique, analyse de la variance. La structure de l'échantillon est également présentée, ainsi que quelques références d'ouvrages épidémiologiques. Pour une description très détaillée de la méthodologie de l'enquête, consulter le volume « méthode » du Baromètre santé 2000.

Arnaud Gautier, Philippe Guilbert

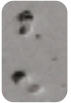


29

Activité sportive et comportements de santé

Description de la pratique sportive de la population au cours des sept derniers jours : durée et type de sport. Cette pratique sportive a été analysée à travers d'autres déterminants de santé comme la consommation de tabac et d'alcool, la violence agie ou subie, les prises de risque, les accidents, etc. Un autre point concerne les motivations déclarées à faire du sport.

Philippe Guilbert, Brice Lefèvre



55

Vaccination : opinions et pratiques

Connaitre l'opinion de la population sur le principe de la vaccination, son évolution au cours des dernières années, les pratiques vaccinales à travers la date de la dernière vaccination et du dernier vaccin reçu. Une partie du chapitre traite plus spécifiquement de la vaccination contre la rubéole, les oreillons et la rougeole : usage, freins à la vaccination et connaissance de l'existence d'une seconde dose du vaccin.

Valérie Guagliardo, Julien Barnier, Michel Rotily



77

Tabac

Tour d'horizon des comportements en matière de tabagisme et de leur évolution depuis 1992 : prévalence, quantité, dépendance, respect de la loi Evin, mais aussi analyse des tentatives d'arrêt à travers la fréquence des tentatives et les principales motivations à l'arrêt. Présentation géographique des résultats comparés à la carte des ventes de cigarettes.

Karina Oddoux, Patrick Peretti-Watel, François Baudier



123

Alcool

La consommation d'alcool détaillée par produits et par fréquence : les buveurs quotidiens, les abstinentes, les quantités consommées le week-end, etc. Estimation de la dépendance à travers le test clinique Deta, répartition par région. Comparaisons avec les autres sources de données.

Stéphane Legleye, Colette Ménard, François Baudier, Olivier Le Nezet



163

Pensées suicidaires et tentatives de suicide

Analyse de la prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois selon des déterminants sociodémographiques et économiques (structure familiale, situation professionnelle, etc.), des indicateurs de qualité de vie (score de santé de Duke) et les événements de vie des individus. Les tentatives de suicide au cours de la vie sont également décrites, ainsi que la prise en charge médicale post-tentative.

Philippe Guilbert, Xavier Pommereau, Bertrand Coustou

189

Échanges de coups, prises de risque, rapports sexuels forcés

Description des actes de violence agie ou subie et des prises de risque en considérant les spécificités des hommes et des femmes dans ce domaine. L'analyse est faite également en fonction de l'âge des individus. Estimation de la prévalence des abus sexuels au cours de la vie et comparaison avec les principales enquêtes nationales sur le sujet.

Hugues Lagrange

209

Sexualité, contraception, MST

Les pratiques des 15-49 ans et leurs évolutions en matière d'utilisation du préservatif, de moyens de contraception, de pilule du lendemain ou encore le recours à une interruption volontaire de grossesse au cours de la vie. Prise en compte dans l'analyse de déterminants sociodémographiques comme le niveau d'éducation ou le statut marital. Prévalence des maladies sexuellement transmissibles les plus courantes et des modes d'information des partenaires le cas échéant.

Josiane Warszawski, Nathalie Bajos

237

Drogues illicites

Vaste présentation des comportements de consommation de cannabis en population générale : l'expérimentation, la consommation répétée ou régulière, les consommations à problèmes, ainsi que les grandes évolutions depuis le début des années quatre-vingt-dix. Les motivations à la consommation sont listées, de même que les raisons de l'abandon. L'analyse de la situation nationale par rapport à d'autres pays européens et la prise d'autres drogues illicites (cocaïne, héroïne, LSD, ecstasy, etc.) complètent le chapitre.

François Beck, Stéphane Legleye, Patrick Peretti-Watel

279

Douleur

L'analyse des réponses des hommes et des femmes sur le thème de la douleur : les réponses différent-elles selon le type de douleur (physique ou morale) ? Dans quelle mesure la subjectivité des individus dans le déclaratif ou d'autres facteurs interviennent-ils : maladie, handicap, événement de vie, cumul des précarités, etc. ?

Georges Menahem



311

Consommation de soins et de médicaments

Le recours aux principaux professionnels de la santé (médecin généraliste, psychologue, psychanalyste, psychiatre, kinésithérapeute, gynécologue) est étudié selon le sexe, l'âge, la situation matrimoniale ou encore le fait d'avoir une maladie chronique, un handicap physique. La prise de médicaments antidépresseurs et de tranquillisants/somnifères est l'objet de la seconde partie du chapitre qui se termine par l'analyse des conseils reçus de la part du médecin en matière d'exercice physique, de tabagisme, d'accidents de la vie courante, de nutrition et de bon usage des médicaments.

Pierre Arwidson, Philippe Guilbert

329

Dépistage des cancers

Évolution des pratiques de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus en population générale. Prise en compte de la régularité des dépistages selon les dernières recommandations et selon différentes variables sociodémographiques et économiques. Estimation de l'utilisation du test hémocult II® de dépistage du cancer colorectal parmi les hommes et les femmes de plus de 40 ans.

François Eisinger, Valérie Guagliardo, Claire Julian-Reynier, Jean-Paul Moatti

359

Accidents

Accidents de sport, du travail, de la route, domestiques. Évolution des craintes ressenties vis-à-vis de ces accidents relativement à d'autres risques sanitaires. Estimation du nombre d'accidents selon les populations et, pour les pratiquants de roller, skate, VTT, vélo, moto, de la fréquence du port du casque lors de la dernière sortie.

Hélène Bourdessol, Marie-Pierre Janvrin, François Baudier

391

Inégalités et comportements de santé des 18-75 ans

Ce chapitre est consacré à différents comportements de santé analysés sous l'angle de déterminants sociodémographiques et économiques : revenu mensuel du ménage par unité de consommation, niveau d'éducation, profession et catégorie socioprofessionnelle, situation maritale, etc. Un indicateur de cumul des précarités est également utilisé.

Colette Ménard, Arnaud Gautier

425

La santé des personnes âgées de 60 à 75 ans

Une étude qui compare les réponses des 60-75 ans à celles des 45-59 ans pour plusieurs déterminants de santé ou indicateurs de santé : échelle de qualité de vie, recours au soins, problème de sommeil, pratique sportive. La présentation des résultats est réalisée par tranche de cinq années : 60-64 ans, 65-69 ans et 70-75 ans.

Christiane Dressen, Hélène Perrin

439

Liste des tableaux et figures

457

English summaries



La santé des personnes âgées de 60 à 75 ans

Christiane Dressen, Hélène Perrin

l'essentiel en quelques chiffres...

Santé physique et consommation de soins

Les personnes âgées de 60 à 75 ans disent beaucoup plus fréquemment que leurs cadets de 45-59 ans souffrir de problèmes de santé physique. Elles sont près d'une sur deux à déclarer avoir une maladie chronique *versus* un tiers seulement parmi les 45-59 ans. 22,0 % disent souffrir d'un handicap physique, alors que c'est le cas de 16,5 % des 45-59 ans. Les difficultés motrices rencontrées dans les actes du quotidien, telles que la montée d'un escalier, sont aussi plus fréquentes chez les 60-75 ans. En revanche, ils ne se plaignent pas plus que leurs cadets de douleurs physiques difficiles à supporter. Plus de 9 personnes sur 10 de 60 à 75 ans ont eu recours à un médecin généraliste pendant l'année, alors que c'est le cas de 8 personnes sur 10 parmi les 45-59 ans. La consultation du dentiste est, en revanche, moins fréquente. De même, pour les femmes, le recours à des professionnels de la santé mentale est nettement moins fréquent. Seules 3,1 % des femmes de 60 à 75 ans en ont consulté un dans l'année, alors que le double (6,6 %) l'a fait parmi les 45-59 ans. Les personnes âgées, quel que soit le sexe, sont néanmoins de plus

fréquents consommateurs de tranquillisants ou de somnifères que leurs cadets.

Qualité de vie

Les 60-75 ans ne déclarent pas plus de problèmes de sommeil que les 45-59 ans. Ce résultat doit néanmoins être considéré avec prudence compte tenu de leur plus grande consommation de somnifères. Les déclarations relatives à leur nutrition révèlent une plus grande régularité dans les prises alimentaires. Les hommes comme les femmes sautent moins fréquemment le petit déjeuner et le déjeuner que les 45-59 ans. Ils pratiquent un sport aussi fréquemment que les 45-59 ans. Cependant, lorsque l'on analyse la pratique sportive au sein des 60-75 ans, il s'avère que la fréquence de celle-ci diminue nettement avec l'âge, les 70-75 ans étant 24,6 % à avoir fait du sport au cours de la semaine précédant l'enquête, alors que 39,1 % des 60-64 ans en ont fait.

La perception par les 69-75 ans de leur état de santé considérée dans toutes ses dimensions, est globalement moins bonne que pour les 45-59 ans. Cependant, une analyse différenciée par sexe montre que les hommes déclarent au contraire une meilleure santé générale.

Les deux sexes se rejoignent, en revanche, au niveau de la perception de leur état de santé physique : une certaine dégradation est ressentie pour les individus de 60 à 75 ans par rapport à ceux de 45-59 ans, mais une meilleure santé mentale et sociale est déclarée par les plus âgés. L'accroissement du score de Duke de santé mentale est plus net parmi les hommes que parmi les femmes de 60 à 75 ans qui, par ailleurs, ont un niveau de satisfaction par rapport à leur santé mentale plus faible que les hommes. Les personnes de 60 à 75 ans ont également tendance à déclarer un niveau d'anxiété et de dépression

moins élevé que leurs cadets de 45-59 ans. Cette plus grande qualité de vie au niveau de la santé mentale se retrouve dans les déclarations relatives aux pensées suicidaires. 6,3 % des individus de 45 à 59 ans ont pensé au suicide au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, alors qu'ils ne sont plus que 4,3 % parmi les 60-75 ans à y avoir songé. Lorsque l'on analyse les pensées suicidaires selon le sexe, cette différence n'apparaît que pour les femmes dont 4,9 % des 60-75 ans ont pensé au suicide *versus* 7,8 % parmi les 45-59 ans.



Les spécificités des individus de 60 à 75 ans en matière de santé et au niveau du mode de vie (passage de la vie active à la retraite, vie sociale et qualité de vie qui s'en trouvent modifiées) en font un groupe d'intérêt privilégié dans le cadre de cet ouvrage sur les comportements, attitudes et opinions de santé. Si l'accroissement des problèmes de santé avec l'âge est un fait pour certains individus, la sortie de la vie active peut entraîner des améliorations de la santé considérée au sens large du terme. La disponibilité en temps, la disparition d'éventuels facteurs nocifs à l'état de santé, liés au monde du travail, tels que le stress, des tâches physiques pénibles, etc., sont autant d'éléments susceptibles d'être bénéfiques à la santé des 60-75 ans.

Par ailleurs, le vieillissement de la population accroît le poids de cette tranche d'âge et cette tendance devrait s'accroître dans les années à venir.

Au dernier recensement de 1999, les personnes de 60 à 74 ans représentaient 13,6 % de la population générale (soit pratiquement 8 millions) et celles de 75 ans et plus 7,7 % de la population (4,5 millions) [1]. La part des plus de 60 ans est de plus en plus importante

dans la population, puisque leur proportion est passée de 12,7 % en 1901 à 16 % en 1946, 18,4 % en 1975 et 21,4 % en 1999 [2]. Depuis la deuxième moitié du xx^e siècle, cette augmentation provient essentiellement de la tranche des 75 ans et plus. Selon des projections démographiques de l'Insee à l'horizon 2020, les personnes de plus de 60 ans représenteront 27 % de la population et celles de plus de 75 ans 9,5 % [2].

Les aspects médicaux [3, 4], psychologiques [5], mais aussi économiques [6, 7] et sociaux [8-10] liés à la santé des sujets âgés ont fait l'objet de nombreux écrits dans la littérature. L'objectif de ce chapitre n'est cependant pas de traiter de toutes les dimensions qui doivent être prises en compte dans la mise en place d'une politique de santé. Il est plutôt de dresser un tableau de la santé physique, sociale et mentale des personnes âgées, telle qu'elles la déclarent, afin d'avoir une connaissance plus précise de leur état de santé au sens large, connaissance préalable à toute action de santé publique menée en direction de cette tranche d'âge.

Nous avons fait le choix, pour cette étude, de nous limiter aux 60-75 ans pour deux raisons principales. Le type d'enquête utilisé, par téléphone et à domicile, ne permet pas d'interroger les personnes résidant en institution et rend difficile l'interview de sujets ayant des difficultés physiques et éventuellement malentendants. Or, la proportion de

Sont précisés dans les tableaux, par le biais d'étoiles, les différents seuils de significativité. Lorsque rien n'est mentionné, la différence observée n'est pas statistiquement significative au seuil considéré. Dans les figures, la significativité n'est pas précisée, se reporter au texte.



personnes résidant en maison de retraite ou en services de soins de longue durée augmente sensiblement avec l'âge au-delà de 75 ans et la dépendance croît fortement avec l'âge après 80 ans [2]. Au contraire, entre 60 et 75 ans, les incapacités sévères concernent peu d'individus et la très grande majorité des personnes vit chez elle et est autonome.

Par ailleurs, nous avons aussi choisi, contrairement à ce qui avait été fait dans le Baromètre santé adultes 95/96, de ne pas détailler les comportements de santé des 60-75 ans, notamment en ce qui concerne la consommation de tabac et d'alcool, dans la mesure où ceux-ci sont déjà traités dans les chapitres consacrés à ces thèmes.

Dans ce chapitre, seront tout d'abord présentées quelques caractéristiques sociodémographiques générales (sexe, âge, situation matrimoniale, revenu) des 60-75 ans comparés aux 45-59 ans, tranche d'âge d'une étendue de quinze ans également et plus homogène que l'ensemble des individus de moins de 60 ans. Certains éléments liés à la santé physique des personnes âgées seront ensuite mis en perspective. Les problèmes de santé physique ayant tendance à croître avec l'âge, le recours aux soins s'en trouve probablement modifié, ce qui nous conduira, dans un troisième temps, à analyser la consommation de soins des 60-75 ans. Une analyse de leur qualité de vie, portant à la fois sur des aspects physiques (sommeil, nutrition, pratique du sport), sociaux (relations sociales) et liés à la santé mentale (anxiété, dépression, pensées suicidaires) conclura le chapitre.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques de la population des 60-75 ans

Le *Tableau I* présente une description rapide de quelques caractéristiques sociodémographiques des individus de 60-75 ans, comparées à celles des 45-59 ans.

Tableau I

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon des 60-75 ans comparé à celui des 45-59 ans (en pourcentage)

	45-59 ans (n=3 046)	60-75 ans (n=2 487)
Sexe*^a		
Hommes	50,8	47,5
Femmes	49,2	52,5
Situation matrimoniale actuelle***^a		
Célibataire	7,9	5,5
Marié(e) pour la 1 ^{re} fois	73,8	67,1
Remarié(e) après un divorce	5,4	3,6
Remarié(e) après un veuvage	0,5	0,8
Veuf(ve)	3,3	16,7
Divorcé(e) ou séparé(e)	9,0	6,1
Revenu mensuel du ménage/UC***^{a, b}		
Moins de 6 000 F	24,1	37,8
De 6 000 F à moins de 10 000 F	33,4	38,4
Au moins 10 000 F	42,5	23,8

* : p<0,05. *** : p<0,001. Chi² de Pearson.

a. Test de la répartition parmi les 45-59 ans vs les 60-75 ans.

b. 6 000 F = 914,69 euros. 10 000 F = 1 524,49 euros.

Les 60 à 75 ans constituent 19,8 % de l'échantillon des 18-75 ans. Ils comptent légèrement plus de femmes que d'hommes (52,5 % vs 47,5 % respectivement ; p<0,05). La répartition hommes/femmes est légèrement moins équilibrée que celle observée parmi les 45-59 ans.

La situation matrimoniale varie de façon significative entre les deux périodes, avec une augmentation très nette de la part des veufs parmi les individus de l'échantillon (16,7 % des 60-75 ans vs 3,3 % des 45-59 ans). Du fait de l'espérance de vie plus élevée des femmes par rapport aux hommes, le veuvage est plus fréquent parmi les femmes (26,1 %) que parmi les hommes (6,4 %). Une différence significative apparaît également au niveau de la répartition des revenus entre les deux classes d'âge, ceci au détriment des 60-75 ans. En effet, la part de

ceux possédant un revenu mensuel par unité de consommation (UC)¹ inférieur à 6 000 francs augmente, alors que celle des individus touchant au moins 10 000 francs diminue.

Les individus de 60-75 ans présentent ainsi des spécificités au niveau de certaines caractéristiques socio-économiques déterminantes, qui peuvent avoir une influence sur les comportements de santé (influence du veuvage sur la santé mentale par exemple [11]). Quelques critères de santé physique sont à présent analysés, afin de voir si les 60-75 ans ont, sur ce point également, des caractéristiques particulières.

Quelques problèmes de santé physique

L'objectif ici n'est pas de dresser une liste exhaustive de toutes les maladies et symptômes pouvant toucher les personnes âgées, mais de présenter des problèmes de santé dont la personne souffre au quotidien

1. Selon l'échelle de l'OCDE que nous appliquons, le premier adulte compte pour une UC, les autres adultes comptant chacun pour 0,5 UC, du fait des économies dans les frais fixes, et chaque enfant comptant pour 0,3 UC.

(maladie chronique, handicap physique, difficultés dans les déplacements, douleur difficile à supporter).

Les 60-75 ans déclarent, pour tous les éléments de santé physique que nous avons analysés, davantage de difficultés que les 45-59 ans. Ainsi, ils sont en proportion plus nombreux à souffrir d'une maladie chronique. Près d'une personne sur deux de 60 à 75 ans (46,9 % des hommes et 45,9 % des femmes) déclare en avoir une, alors que moins d'une sur trois en souffre parmi les 45-59 ans ($p < 0,001$) (Tableau II). Par ailleurs, plus les individus sont âgés, plus ils sont atteints par ce type de maladie. Les principales pathologies chroniques déclarées sont présentées dans le Tableau III.

Les 60-75 ans souffrent aussi davantage de handicaps physiques que leurs cadets (21,8 % vs 16,5 % ; $p < 0,001$). Un homme sur cinq déclare un handicap contre un peu moins d'un sur six parmi les 45-59 ans. Ces proportions sont légèrement supérieures pour les femmes, puisque 22,6 % de celles de 60-75 ans déclarent avoir un handicap physique alors qu'elles sont seulement 17,0 % parmi les 45-59 ans ($p < 0,001$).

Dans le même sens, des difficultés motri-

Tableau II

Quelques problèmes de santé physique selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

	Avoir une maladie chronique	Avoir un handicap physique	Avoir souffert d'une douleur physique difficile à supporter	Avoir beaucoup de difficultés à monter les escaliers
Hommes^a	***	**		***
45-59 ans (n=1 350)	26,5	16,1	27,1	3,4
<u>60-75 ans (n=970)</u>	<u>46,9</u>	<u>20,9</u>	<u>27,1</u>	<u>4,8</u>
60-64 ans (n=368)	43,8	21,3	27,6	2,5
65-69 ans (n=324)	48,1	19,5	24,4	3,6
70-75 ans (n=278)	48,8	22,1	29,8	8,6
Femmes^a	***	***	*	***
45-59 ans (n=1 696)	31,4	17,0	31,4	4,1
<u>60-75 ans (n=1 517)</u>	<u>45,9</u>	<u>22,6</u>	<u>35,7</u>	<u>8,4</u>
60-64 ans (n=509)	42,2	23,3	32,7	6,8
65-69 ans (n=507)	45,9	18,4	36,8	6,3
70-75 ans (n=501)	49,2	26,8	37,1	12,2

* : $p < 0,05$. ** : $p < 0,01$. *** : $p < 0,001$.

a. Test de répartition des 45-59 ans vs les 60-75 ans.



Tableau III

**Principales maladies chroniques
déclarées par les 60-75 ans
(en pourcentage)**

	45-59 ans (n=3 046)	60-75 ans (n=2 487)
Hypertension	5,8	10,3***
Diabète	2,2	6,1***
Maladie cardiaque	1,6	5,7***
Cholestérol	3,1	4,8**
Asthme	2,3	3,3*
Cancer	0,6	1,6**

* : p<0,05. ** : p<0,01. *** : p<0,001.

ces, se traduisant par le fait d'avoir du mal à monter les escaliers, touchent davantage les 60-75 ans que les 45-59 ans. De façon très nette, cette tendance semble s'accroître¹ à partir de 70 ans : pour les femmes, la proportion de celles de 70 à 75 ans déclarant de telles difficultés est presque deux fois plus élevée que parmi les sexagénaires et, pour les hommes de 70 à 75 ans, elle est trois fois plus élevée que pour les 60-64 ans et plus du double de celle des 65-69 ans.

En ce qui concerne la douleur, en revanche, les 60-75 ans, tout sexe confondu, ne semblent pas être confrontés à une douleur physique intense plus fréquemment que les 45-59 ans. Ils sont 34,2 % vs 32,1 % parmi les 45-59 ans, mais la différence n'est pas significative.

Cependant, lorsque l'on analyse la question selon le sexe, une différence entre les deux tranches d'âge apparaît pour les femmes. Celles de 60-75 ans déclarent davantage que celles de 45-59 ans avoir souffert d'une douleur physique difficile à supporter. Parmi les hommes, aucune différence significative entre les deux tranches d'âge n'apparaît. Les problèmes de santé physique des 60-75 ans ont très certainement une influence sur leur consommation médicale.

1. Cette association avec l'âge peut traduire une évolution de comportement liée au vieillissement (effet âge) ou une évolution liée à la génération (effet génération) ou les deux.

Pour étudier cet aspect, une analyse de la consommation de soins et de médicaments est présentée dans ce qui suit.

Consommation de soins et de médicaments

Sont analysés ici, par âge et par sexe, la proportion d'individus ayant consulté au moins une fois dans l'année un généraliste ou un spécialiste et le nombre moyen de consultations chez ces différents professionnels de santé.

Une consommation de soins plus importante parmi les plus âgés s'observe pour la consultation de médecins généralistes. En effet, 90,6 % des hommes de 60 à 75 ans en ont consulté un au moins une fois dans l'année, alors que c'est le cas de seulement 77,6 % des 45-59 ans (p<0,001) (Tableau IV). Avec une différence moins marquée, la fréquence des femmes de 60-75 ans ayant vu un généraliste dans l'année (91,5 %) est plus élevée que pour les 45-59 ans (87,1 % ; p<0,001). De plus, le nombre moyen annuel de consultations est plus élevé pour les 60-75 ans, quel que soit le sexe.

De façon peut-être surprenante, on n'observe pas de différence significative au niveau du recours à la kinésithérapie entre les 45-59 ans et les 60-75 ans. Cependant, pour les individus ayant suivi des séances de kinésithérapie, le nombre moyen de consultations par an est plus élevé pour les individus les plus âgés. Il est en effet de 12,2 pour les hommes, de 60-75 ans contre 10,7 pour ceux de 45-59 ans et, pour les femmes, de 15,9 pour les 60-75 ans contre 12,9 pour les 45-59 ans. En revanche, la fréquentation du dentiste au cours des douze derniers mois est proportionnellement moins élevée parmi les 60-75 ans.

Un autre résultat intéressant concerne la consultation de professionnels de la santé mentale (psychiatre, psychanalyste ou psychologue). S'il ne ressort aucune différence significative entre la consommation des hommes de 45-59 ans et celle des 60-75 ans, il n'en est pas de même pour les femmes. Un moindre recours à ce type de

Tableau IV

Consommation de soins au cours des douze derniers mois selon le sexe et l'âge

	Médecin généraliste		Kinésithérapeute		Dentiste		Professionnel de la santé mentale	
	%	nbre de fois	%	nbre de fois	%	nbre de fois	%	nbre de fois
Hommes	***	***	***	***	***	***	***	***
45-59 ans (n=1 350)	77,6	4,2	15,3	10,7	54,3	3,1	3,5	14,5
60-75 ans (n=970)	90,6	5,3	16,4	12,2	46,0	2,7	2,1	6,3
60-64 ans (n=368)	87,3	4,8	19,2	14,1	53,0	2,4	2,5	14,3
65-69 ans (n=324)	94,6	5,4	14,8	12,2	45,6	2,6	1,9	1,7
70-75 ans (n=278)	89,2	5,9	15,5	9,7	39,1	3,0	1,9	1,1
Femmes	***	***	***	***	***	***	***	***
45-59 ans (n=1 696)	87,1	4,8	20,2	12,5	63,7	3,17	6,6	11,1
60-75 ans (n=1 517)	91,5	6,1	22,9	15,9	52,9	3,19	3,1	7,5
60-64 ans (n=509)	89,7	5,8	21,6	15,5	52,6	3,1	2,6	10,4
65-69 ans (n=507)	91,4	6,0	23,5	14,8	59,7	2,8	3,4	4,5
70-75 ans (n=501)	93,2	6,6	23,5	17,4	45,5	3,7	1,4	6,9

*** : p<0,001. Chi² de Pearson ou test de Student.

professionnels est observé parmi les femmes les plus âgées. De plus, quel que soit le sexe, le nombre moyen de consultations par an diminue avec l'âge¹. Ces résultats qui pourraient aller dans le sens d'une meilleure santé mentale des personnes âgées doivent néanmoins être analysés au vu des chiffres sur la consommation d'antidépresseurs, de tranquillisants et de somnifères.

Aucune différence significative entre les 45-59 ans et les 60-75 ans n'est observée en ce qui concerne la consommation d'antidépresseurs et ce, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. On peut noter, par ailleurs, au sein de chaque tranche d'âge, une consommation plus importante des femmes par rapport aux hommes (p<0,01) (Tableau V).

Une différence significative entre les 45-59 ans et les 60-75 ans apparaît, en revanche, au niveau de la consommation de tranquillisants ou de somnifères. Parmi les hommes, 17,2 % des 60 à 75 ans y ont recours

vs 13,2 % des 45-59 ans. La proportion des femmes consommatrices de ces médicaments passe de 24,7 % parmi les 45-59 ans à 28,4 % parmi les 60-75 ans

Tableau V

Consommation de médicaments selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

	Antidépresseurs		Tranquillisants ou somnifères	
	Au cours de l'année	Au cours des douze derniers mois	Régulièrement au cours des trente derniers jours	
Hommes		*	***	
45-59 ans (n=1 350)	7,8	13,2	7,0	
60-75 ans (n=970)	7,2	17,2	12,4	
60-64 ans (n=368)	7,5	16,0	10,8	
65-69 ans (n=324)	7,8	16,2	11,6	
70-75 ans (n=278)	6,2	19,8	15,2	
Femmes		*	***	
45-59 ans (n=1 696)	15,1	24,7	15,2	
60-75 ans (n=1 517)	13,9	28,4	23,0	
60-64 ans (n=509)	15,6	23,5	19,9	
65-69 ans (n=507)	14,8	30,3	25,0	
70-75 ans (n=501)	11,3	30,5	23,5	

* : p<0,05. *** : p<0,001.

1. Les chiffres relatifs au nombre de consultations par an chez des professionnels de la santé mentale dans les tranches d'âge 60-64 ans, 65-69 ans et 70-75 ans sont à considérer avec prudence dans la mesure où le nombre d'observations est très faible : 23 pour les hommes et 47 pour les femmes.



($p < 0,05$). Comme pour les antidépresseurs, on note une surconsommation des femmes par rapport aux hommes, quelle que soit la tranche d'âge considérée ($p < 0,01$).

Qualité de vie

La qualité de vie des personnes âgées est appréhendée à la fois par des informations relatives au sommeil, à la nutrition, à la pratique d'un sport et par des scores de santé dits « scores de Duke ». Ces derniers sont construits par combinaison des résultats à 17 questions relatives à la qualité de vie des individus au niveau physique, mental et social. Le score de santé générale est un score global qui regroupe ces trois dimensions (cf. chapitre Inégalités et comportements de santé des 18-75 ans). Des informations sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide chez les 60-75 ans sont aussi présentées afin d'affiner l'analyse du score de santé mentale.

Les problèmes de sommeil ne semblent pas, d'après les déclarations des individus interrogés, plus importants parmi les 60-75 ans. En effet, aucune différence significative n'apparaît entre les 45-59 ans et les

60-75 ans (Tableau VI). Cependant, la plus grande consommation de tranquillisants ou de somnifères dans cette tranche d'âge, constatée plus haut, est susceptible de masquer d'éventuelles difficultés à ce niveau.

Ici encore, une différence significative selon le sexe est à noter. Dans les deux tranches d'âge considérées (45-59 ans et 60-75 ans), la part de femmes déclarant des problèmes de sommeil est deux fois plus élevée que celle des hommes.

Les résultats concernant la nutrition s'avèrent plutôt inattendus. La littérature, en effet, souligne souvent une mauvaise nutrition engendrée par certains problèmes physiques dont souffrent les personnes âgées (modification du goût, perte d'appétit [12], problèmes de dentition, de déglutition). Or ici, les résultats vont au contraire dans le sens d'une plus grande régularité dans les prises alimentaires des personnes âgées qui déclarent moins souvent sauter de repas que leurs cadets. La proportion d'hommes de 60 à 75 ans qui ne prennent pas de petit déjeuner (8,9 %) est deux fois moins élevée que parmi les 45-59 ans (18,8 % ; $p < 0,001$). Le saut du petit déjeuner est

Tableau VI

Sommeil, sport et nutrition selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

	Avoir eu beaucoup de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours	Avoir fait du sport au cours des sept derniers jours	Avoir sauté un repas au cours des sept derniers jours		
			Petit déjeuner	Déjeuner	Dîner
Hommes			***	***	
45-59 ans (n=1 350)	9,2	34,2	18,8	11,6	6,2
60-75 ans (n=970)	9,5	35,0	8,9	4,0	6,2
60-64 ans (n=368)	9,8	41,4	10,3	5,5	4,1
65-69 ans (n=324)	7,9	37,3	9,1	2,3	7,7
70-75 ans (n=278)	11,1	25,3	7,2	4,7	6,5
Femmes			**	***	
45-59 ans (n=1 696)	19,5	32,9	13,2	13,8	8,1
60-75 ans (n=1 517)	19,2	29,7	9,1	5,4	7,5
60-64 ans (n=509)	19,9	36,9	10,1	7,2	9,2
65-69 ans (n=507)	18,9	29,0	8,7	5,1	7,1
70-75 ans (n=501)	18,8	24,0	8,6	4,3	6,5

** : $p < 0,01$. *** : $p < 0,001$.

aussi nettement moins fréquent pour les femmes âgées puisqu'elles sont seulement 9,1 % à ne pas l'avoir pris (au moins une fois) au cours des sept derniers jours parmi les 60-75 ans vs 13,2 % parmi les 45-59 ans ($p < 0,01$). On voit également que ce phénomène s'accroît avec l'âge puisque l'observation des chiffres par tranches de cinq ans montre que ces proportions tendent à décroître de façon linéaire.

La même différence entre les 45-59 ans et les 60-75 ans est observée en ce qui concerne le déjeuner : les hommes et les femmes plus âgés sautent moins ce repas que les plus jeunes. En revanche, on n'observe pas de différence significative selon l'âge au niveau du dîner.

De façon globale, les 60-75 ans ne semblent pas faire moins de sport que les 45-59 ans. Cependant, une analyse au sein des 60-75 ans montre que la pratique d'un sport diminue de façon significative ($p < 0,001$) avec l'âge, les 60-64 ans étant 39,1 % à en faire, les 65-69 ans, 32,9 % et les 70-75 ans, 24,6 %.

Le score de santé générale passe de 69,8 pour les 45-59 ans à 69,0 pour les 60-75 ans, tout sexe confondu, la différence étant significative ($p < 0,001$). Considérée de façon globale, la santé des 60-75 ans apparaît moins bonne que celle des 45-59 ans. Cependant, lorsque l'on analyse cette variable selon le sexe, une différence ressort puisque la tendance d'une moins bonne santé générale parmi les 60-75 ans est observée pour les femmes seulement, alors que l'inverse se produit pour les hommes. Ce résultat d'une meilleure perception, par les hommes les plus âgés, de leur santé générale est à relier aux différences par sexe observées lorsque l'on analyse séparément les scores de santé physique, mentale et sociale. En effet, la qualité de vie, dans sa dimension physique, décroît aussi bien pour les hommes que pour les femmes de 60-75 ans relativement à ceux de 45-59 ans, mais la décroissance est plus importante pour les femmes (-5,8 points) que pour les hommes (-4,4 points) (Tableau VII). De plus, cet effet est accentué par l'évolu-

Tableau VII

Scores de Duke selon le sexe et l'âge

	Santé générale	Santé physique	Santé mentale	Santé sociale
Hommes	***	***	***	***
45-59 ans (n=1 350)	72,8	75,9	77,2	65,5
60-75 ans (n=970)	73,0	71,5	80,0	67,2
	***	***	***	***
60-64 ans (n=368)	73,3	73,7	79,7	66,6
65-69 ans (n=324)	74,0	73,5	80,1	68,0
70-75 ans (n=278)	71,2	66,5	80,4	66,8
Femmes	***	***	***	***
45-59 ans (n=1 696)	66,6	65,2	68,5	66,1
60-75 ans (n=1 517)	65,2	59,4	69,0	67,1
	***	***	***	***
60-64 ans (n=509)	66,3	62,8	68,3	67,6
65-69 ans (n=507)	65,3	60,5	68,5	66,4
70-75 ans (n=501)	64,2	54,9	70,2	67,4

*** : $p < 0,001$.

tion des scores de santé mentale et sociale, plus favorable aux hommes qu'aux femmes. Contrairement à la santé physique, la santé dans ses dimensions mentale et sociale semble meilleure parmi les plus âgés. Le score de santé mentale passe, en effet, de 72,9 pour les 45-59 ans à 74,3 pour les 60-75 ans et celui de santé sociale de 65,8 à 67,1 respectivement. Cet accroissement est plus net pour les hommes que pour les femmes (+2,8 points contre +0,5 point pour la santé mentale et +2,2 points contre +1 point pour la santé sociale) ce qui, comme nous l'avons signalé, explique en partie le meilleur score de santé générale des hommes.

Cette amélioration, quel que soit le sexe, du score global de santé mentale après 60 ans se retrouve au niveau des scores d'anxiété et de dépression. Leur valeur diminue, ce qui est le signe d'une amélioration perçue de la qualité de vie à ce niveau. Ainsi, le score d'anxiété passe de 28,5 pour les hommes de 45-59 ans à 24,1 ($p < 0,001$) pour ceux de 60-75 ans et, pour les femmes, respectivement de 35,1 à 31,7 ($p < 0,001$). Le score de dépression décroît de 23,1 à 21,2 ($p < 0,001$) pour les hommes



et de 33,1 à 32,6 pour les femmes. L'observation de ces différents indicateurs révèle donc que les individus de 60-75 ans ont une meilleure perception de leur santé mentale que les 45-59 ans.

Un autre point intéressant est celui de la différence très nette, selon le sexe, des niveaux des scores de santé physique et mentale. Les femmes ont une perception beaucoup plus négative que les hommes de ces deux aspects de leur qualité de vie. En revanche, la dimension sociale ne fait pas l'objet d'une telle discrimination par sexe. Quelle que soit la tranche d'âge considérée, les différences de score de santé sociale entre les deux sexes ne sont pas significatives.

La constatation d'une meilleure santé mentale perçue des individus de plus de 60 ans par rapport à ceux de 45-59 ans peut surprendre au vu de la littérature sur le suicide des personnes âgées. On sait, en effet, que le taux de suicide augmente fortement avec l'âge [10], si bien que l'on pourrait s'attendre à une santé mentale moins bonne pour les 60-75 ans. L'analyse des pensées suicidaires selon l'âge et le sexe présentée ci-dessous apporte un élément d'information supplémentaire sur ce point.

Les données relatives aux pensées suicidaires au cours de l'année précédant l'enquête vont dans le même sens que le score de Duke de santé mentale : les personnes âgées déclarent une meilleure santé mentale que les adultes plus jeunes. Le pourcentage de pensées suicidaires passe, en effet, de 6,3 % pour les 45-59 ans à 4,3 % parmi les 60-75 ans ($p < 0,01$) (Tableau VIII). Une différence entre les sexes apparaît puisque pour les hommes, la différence n'est pas significative alors qu'elle l'est pour les femmes. Elles sont 7,8 % parmi les 45-59 ans à avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année, alors que c'est le cas pour seulement 4,9 % des femmes de 60-75 ans. La proportion des femmes ayant eu des pensées suicidaires est deux fois moins élevée parmi les 70-75 ans que parmi les 60-64 ans, alors qu'elle est quasiment identique pour les hommes à ces deux âges de la vie (respectivement 3,3 % vs 4,9 %).

Tableau VIII

Pensées suicidaires selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

Hommes	
45-59 ans (n=1 350)	4,8
60-75 ans (n=970)	3,6
60-64 ans (n=368)	4,9
65-69 ans (n=324)	2,7
70-75 ans (n=278)	3,3
Femmes	
	**
45-59 ans (n=1 696)	7,8
60-75 ans (n=1 517)	4,9
	*
60-64 ans (n=509)	7,4
65-69 ans (n=507)	4,1
70-75 ans (n=501)	3,5
Total	
	**
45-59 ans (n=3 046)	6,3
60-75 ans (n=2 487)	4,3

* : $p < 0,05$. ** : $p < 0,01$.

Discussion

Les analyses qui comparent les comportements de santé des 45-59 ans aux 60-75 ans doivent se faire en gardant à l'esprit qu'il n'est pas possible, dans ce type d'enquête transversale, d'isoler la part des différences dues au vieillissement (*effet âge*) de celle due à des différences générationnelles.

Santé physique et consommation de soins

Phénomène assez prévisible, il ressort de l'analyse comparative que les 60-75 ans ont une moins bonne santé physique que les 45-59 ans selon des critères tels que avoir une maladie chronique, un handicap physique et des difficultés à monter les escaliers. Quel que soit le sexe, les individus les plus âgés déclarent davantage de difficultés sur ces différents points. De même, le score de Duke dans sa dimension physique est plus faible pour les 60-75 ans que pour les 45-

59 ans, ce qui traduit une moindre qualité de vie à ce niveau. Ils déclarent également plus souvent des douleurs physiques intenses au cours des douze derniers mois (cf. chapitre Douleur).

Ces problèmes de santé physique entraînent une consommation plus élevée de certains soins médicaux. C'est le cas des consultations d'un médecin généraliste qui sont plus importantes en fréquence et en nombre, pour les hommes comme pour les femmes, parmi les 60-75 ans. D'autres soins, en revanche, sont moins utilisés du fait certainement d'une évolution des besoins avec l'âge. Il s'agit, par exemple, des consultations chez un dentiste, probablement rendues moins nécessaires par la plus grande utilisation de prothèses dentaires dans cette tranche d'âge. Une culture curative différente pour cette génération peut aussi être à l'origine d'une moindre consommation de certains types de soins comme le recours à des professionnels de la santé mentale.

Santé mentale

Si la moins bonne santé physique des 60-75 ans était un phénomène assez attendu, il n'en est pas de même en ce qui concerne les résultats sur la santé mentale. Selon les données de l'enquête et quel que soit le sexe, celle-ci paraît meilleure chez les 60-75 ans que chez les 45-59 ans, comme en témoigne le score de Duke relatif à la santé mentale plus élevé. Dans le même sens, le score de dépression est moindre parmi les 60-75 ans. Enfin, on constate pour les femmes des proportions de pensées suicidaires au cours de l'année moins élevées parmi les 60-75 ans.

Cette observation plutôt contraire aux idées reçues donne une note assez optimiste sur la qualité de vie des individus à ces âges de la vie. Une hypothèse, parmi d'autres, peut être émise pour tenter d'expliquer cette relative meilleure santé mentale. S'il apparaît de plus en plus évident que le monde du travail génère parfois un stress pouvant affecter la santé mentale de certains individus (cf. chapitre Inégalités et comportements de

santé des 18-75 ans ou chapitre Douleur), la cessation de l'activité peut, par conséquent, supprimer ce facteur de stress et améliorer la santé mentale. Il n'est pas dit, bien entendu, que la retraite ne crée pas d'autres difficultés pouvant avoir des répercussions sur la santé mentale de certaines personnes. Cependant, selon les résultats présentés, il semblerait que ces effets négatifs de l'arrêt de l'activité puissent être assez bien compensés par d'autres effets plus profitables à la santé mentale. Ce résultat peut paraître surprenant dans la mesure où est observée, par ailleurs, une prévalence de la dépression plus élevée chez les personnes âgées [13], ainsi qu'une mortalité par suicide souvent soulignée [10]. Cette apparente contradiction n'en est pas nécessairement une, car il peut s'agir plutôt d'une coexistence de deux groupes de personnes ayant des trajectoires de vie différentes (perception de l'arrêt de l'activité professionnelle, ressources financières et vie affective différentes). Par ailleurs, les données présentées reposent sur des déclarations des individus et non sur des symptômes constatés par un médecin, ce qui peut être à l'origine de cette différence. De plus, la consommation de tranquillisants ou de somnifères significativement plus élevée parmi les 60-75 ans, peut modérer l'optimisme de ces résultats. Il est possible que la mesure de la santé mentale soit compliquée du fait de cette consommation d'anxiolytiques.

Une spécificité des femmes doit être relevée en ce qui concerne leur perception des dimensions physique et mentale de leur qualité de vie. Elles en ont une image nettement moins bonne que les hommes. Cet écart est peut-être lié aux représentations du sens commun qui voudraient que l'homme fasse moins état de ses faiblesses et de ses difficultés que les femmes.

Autres éléments de la qualité de vie

Les résultats qui portent sur la qualité de vie sociale sont également assez positifs. Le



score de santé sociale est meilleur parmi les 60-75 ans que parmi les 45-59 ans, ce qui va à l'encontre de l'image d'un isolement croissant au cours de la vieillesse. Cet aspect apparaissait déjà dans le Baromètre santé 95/96 selon lequel les 60-75 ans ne se déclaraient pas particulièrement isolés socialement.

Par ailleurs, d'autres éléments donnent une image assez positive de la qualité de vie des 60-75 ans. Ainsi, en matière de nutrition, ils semblent avoir des comportements plus favorables à la santé que ne le font les 45-59 ans. Ils sautent, en effet, moins de repas que ces derniers. Ici encore, on peut supposer que l'arrêt de l'activité, par le surcroît de temps libre qu'il donne aux individus, leur permet de consacrer davantage de temps à la préparation et à la consommation de nourriture, mais il peut aussi s'agir de pratiques culturelles différentes selon les générations concernées.

Enfin, la pratique d'un sport au cours des sept derniers jours n'est pas significativement inférieure chez les 60-75 ans que chez les 45-59 ans. En revanche, au sein des 60-75 ans, la proportion des sportifs diminue nettement avec l'âge mais est encore assez élevée.

Conclusion

Les résultats décrits dans ce chapitre donnent une vision plutôt positive de la santé des personnes de 60 à 75 ans, considérée de façon globale. Certes, il apparaît de façon assez nette que leur santé physique est moins bonne que celle des 45-59 ans, ce qui est, dans le fond, assez inéluctable mais la santé mentale et sociale est présentée, par les personnes elles-mêmes, comme plus favorable que celle des 45-59 ans. Ce phénomène, assez surprenant, peut être interprété comme le résultat d'un changement de vie lié à l'arrêt de l'activité, générant un surplus de temps libre et une réduction des pressions liées au monde du travail. Il doit aussi sans doute être relativisé, du fait

d'une certaine réticence des personnes âgées à reconnaître leurs difficultés de santé et à s'attacher surtout aux aspects positifs de leur existence. Cette tendance était, en effet, ressortie de l'enquête qualitative sur les codes culturels et de communication des 60-85 ans réalisée en 1999 à la demande du CFES et de la Cnamts [14]. Les seniors disaient préférer que l'on ne s'attarde pas à leurs problèmes de santé dans les campagnes de communication, mais que l'on considère plutôt leur bien-être. Les personnes âgées semblent donc tenir à donner une image assez favorable d'elles-mêmes et nos résultats doivent être lus en tenant compte de ce prisme déformant. Par ailleurs, la forte consommation de tranquillisants et de somnifères parmi les 60-75 ans peut, dans le même sens, être révélatrice d'une certaine détresse qui ne ressort pas des déclarations des individus. Cet élément doit être pris en considération dans la lecture des résultats sur les scores de santé mentale.

La santé mentale ressentie au final, avec ou sans prise de médicaments, peut, d'un certain point de vue, être considérée comme l'élément le plus important. Elle est, comme la qualité de vie sociale, meilleure à ces âges et semble compenser, en quelque sorte, l'éventuelle dégradation de l'état de santé physique. L'esquisse de la vie des individus de 60-75 ans, tracée à partir de ces données, présente ainsi un bilan de l'état de santé globale de ces individus assez équilibré.

références bibliographiques

1. Recensement de la population 1999, Insee.
2. Badeyan G., Colin C. *Les personnes âgées dans les années quatre-vingt-dix : perspectives démographiques, santé et modes d'accueil*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Échanges Santé Social 2000 ; n° 99 : 11-6.
3. Dubuisson F., Gardeur P. *Maladie d'Alzheimer et autres démences*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Échanges Santé Social 2000 ; n° 99 : 39-43.
4. Constans T. *La malnutrition des personnes âgées*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Échanges Santé Social 2000 ; n° 99 : 17-20.
5. Ribes G. *De l'inconsolable à la veuve joyeuse*. Gérontologie et société 2000 ; n° 95 : 87-98.
6. Borrel C. *La prestation spécifique dépendance au 30 juin 1999*. ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Échanges Santé Social 2000 ; n° 99 : 83-7.
7. Riogaud A. S., Bayle C., Forette F., Buteau L., Fagnani F. *Les patients atteints d'Alzheimer à domicile : coût et retentissement de la maladie*. Gérontologie 2000 ; 3 (115) : 17-23.
8. *Le veuvage*. Gérontologie et société 2000 ; n° 95.
9. *La maltraitance*. Gérontologie et société 2000 ; n° 92.
10. Andrian J. *Suicide des personnes âgées. La fin de vie*. Gérontologie et société 1999 ; n° 90 : 49-68.
11. Xavier T. *Mortel veuvage. Risques de mortalité et causes médicales de décès aux divers moments du veuvage*. Gérontologie et société 2000 ; n° 95.
12. Abramovici C. *Le goût de la vie. Alimentation et nutrition*. Gérontologie et société 1997 ; n° 83 : 83-7.
13. Léger J.-M., Paulin S. *La prévalence de la dépression augmente considérablement après 65 ans*. La revue du praticien – Médecine générale 1998 ; n° 405.
14. Ipsos-Insight Marketing. *Étude sur la communication en direction des 66-85 ans*. CFES, décembre 1999 : 94 p.