

Prévention citoyenne

Des conséquences du vieillissement

*« La prochaine avancée majeure dans la santé du peuple sera déterminée par ce que l'individu est prêt pour faire pour lui-même »
(John Knowles, ancien Président de la Fondation Rockefeller).*

Importance des facteurs socio-économiques sur la Prévalence de la Perte d'Autonomie avec le vieillissement

Les facteurs socio-économiques ont une grande importance sur la prévalence de la dépendance ainsi que sur la durée de la dépendance lorsqu'elle apparaît. Il serait sans doute préférable de parler de facteurs socio-culturels. Le curé et l'instituteur vivent vieux, même s'ils ne sont pas riches !

Selon l'enquête « Handicap-Incapacité-Déficiences » DREES INSEE 1998-1999 :

- *À 60 ans les ouvriers et ouvrières ont une espérance de vie inférieure à celle des cadres : 19 et 25 ans pour les ouvriers et ouvrières, contre 23 et 27 ans pour les cadres supérieurs.*
- *Les incapacités occupent 16% de l'espérance de vie des ouvriers de 60 ans et 9% de celles des cadres (22% et 16% pour les femmes).*

C'est même le seul facteur explicatif, les variations géographiques de la dépendance étant très corrélées avec les variations socio-économiques.

Différences entre les capacités de prise en charge du vieillissement

Émettons une hypothèse de travail à partir du constat sur l'impact des facteurs socio-économiques :

La différence de prévalence des effets du vieillissement entre catégories socio-culturelles serait due à la prise en charge de la Prévention par les personnes elles-mêmes.

En effet, les personnes les plus éduquées ont des capacités de gestion de leur propre santé plus importantes que la moyenne. Leurs capacités cognitives s'exercent sur l'analyse de leur propre état physique et mental. Mieux comprendre certains symptômes et certaines causalités permet d'anticiper, donc de prévenir. Comme, en plus, les capacités financières permettent de mieux se nourrir, d'avoir une meilleure hygiène de vie, de faire de l'exercice physique, d'entretenir ses capacités intellectuelles, d'accéder efficacement aux soins sans contrainte financière, de gérer correctement ses traitements permanents, les conséquences ne peuvent qu'en être heureuses sur l'état de santé dans les années de vieillesse.

En conséquence, la morbidité diminue dans toutes les affections chroniques qui sont mieux maîtrisées ainsi que la prévalence des maladies neurodégénératives (<http://mythe-alzheimer.over-blog.com/article-les-personnes-agees-socialment-actives-presentent-moins-de-declin-cognitif-71900954.html>).

Le vieillissement n'est pas une maladie mais un état (Albert Jacquart) : la prévention des effets du vieillissement concerne le maintien d'une vie sociale, affective, intellectuelle, comportant une activité physique adaptée aux capacités corporelles.

Il faut se garder cependant d'une vision idyllique : le constat est statistique et les addictions, notamment, ont les mêmes conséquences dramatiques chez les riches et chez les pauvres. Néanmoins l'objectif est de garder la santé (au sens OMS) le plus longtemps possible.

Typologie des phases de l'âge au début du 21^{ème} siècle

La notion d'âge a un caractère très relatif. L'état de vieillissement fait traverser les individus des phases successives, qui correspondent à une perte de vitalité, une vulnérabilité croissante qui entraîne des affections multiples et récurrentes. Les vitesses d'évolution varient beaucoup entre individus et l'âge chronologique n'est plus un marqueur significatif.

Le départ à la retraite elle-même se différencie de plus en plus. Appelons les retraités récents **seniors** qui, s'ils en ont les moyens, sont des consommateurs effrénés de loisirs et voyages. Leur activité est débordante, aidants familiaux auprès des petits-enfants et de leurs vieux parents, responsables bénévoles investis dans les associations ou la vie locale, parfois portés vers un désir de renouveau en changeant de compagne ou de compagnon.

Puis les capacités s'émeussent et le dynamisme disparaît. Les seniors deviennent des **sages**, dont le regard sur la société reste en éveil et qui préfèrent l'influence au pouvoir. C'est le sort de tous les octogénaires de changer de rôle; en dehors de cas rarissimes, il n'y a plus de nonagénaires dans la classe des seniors !

Hélas, les polyopathologies et la neurodégénérescence dégradent en effet le sage qui devient un vieillard **dépendant**, dont la vie quotidienne implique de plus en plus d'aide et de soins. Reclus à domicile ou hébergés en EHPAD, ce sont les cohortes silencieuses des vieux exclus de la Société moderne.

Enfin, la phase finale s'avance, une **fin de vie** plus ou moins longue, plus ou moins lucide, puis une agonie souvent très douloureuse avant la mort.

Ces phases ont une durée variable, sur laquelle les facteurs socio économiques ont une incidence, d'autant plus importante que l'on avance en âge. Ce développement sur la prévention des effets du vieillissement concerne en premier lieu les deux premières phases de la vieillesse (seniors et sages) , où se trouve 80% des personnes retraitées.

Prévention individuelle du vieillissement

L'autonomie de la gestion de sa santé est renforcée par la capacité d'accès à l'information, que l'usage d'Internet amplifie considérablement. Le dialogue avec le soignant en est changé.

En mal, car l'information brute peut induire des graves erreurs d'interprétation et provoquer des conflits avec le médecin. Le rôle et la fonction du soignant deviennent délicats en face de patients qui veulent comprendre et qui ont des capacités critiques et des comportements agressifs sur les prescriptions ou le choix des protocoles de soins.

En bien, si la confiance se construit et si le médecin accompagne intelligemment les changements indispensables pour adapter les conditions de vie de son patient au cours

de son vieillissement. C'est passer du médecin prescripteur au médecin partenaire ou coach de la bonne santé. C'est aussi gérer un **parcours de santé** centré sur la personne, de manière globale et anticipatrice, concept beaucoup plus riche pour les personnes vieillissantes que le parcours de soins pour l'éradication d'une maladie. Le besoin le plus important est l'organisation d'un « care » adapté à l'état de vulnérabilité, plus que le traitement curatif d'une maladie, surtout quand il n'existe pas (Alzheimer).

Prévention Collective du Vieillissement

À la dimension individuelle, il est indispensable d'ajouter la dimension sociale et collective.

L'insertion sociale est le plus important facteur du maintien de l'autonomie des personnes. Le très dense tissu associatif français occupe ce terrain, sans être correctement reconnu dans sa fonction de point d'appui essentiel au « **bien vivre pour mieux vieillir ensemble** », base indispensable à la prévention de la dépendance. L'activité de ces associations repose sur des seniors qui s'y engagent pour maintenir leur rôle actif dans la société, valorisant ainsi leur position sociale, parfois bien au delà de ce que la vie professionnelle leur apportait.

Le lien social qui se forme dans des groupes associatifs que fréquentent les personnes vieillissantes est aussi un lieu d'échange de pratiques préventives et d'évaluation des moyens disponibles dans le système de santé. Cette hypothèse de travail mériterait d'être confortée par des études sociologiques et épidémiologiques.

Les seniors constituent un appui très important à l'action associative. Ils fournissent de gros bataillons chez les 14 millions de bénévoles ou volontaires qui sont actifs dans les associations, représentant 935 000 ETP par an. Dans les secteurs où les associations employeuses (170 000) sont importantes (santé, éducation, sport,...), les seniors prennent d'importantes responsabilités dirigeantes, animant ainsi des activités qui salarient 1 million d'ETP (*données extraites de l'enquête CES 2005*).

Pour les classes sociales les plus favorisées, l'offre de service commerciale concurrence les activités associatives. L'acquisition des biens et services de consommation ou les investissements dans le champ du loisir ne sont hélas ouverts qu'à une petite fraction des retraités, moins 20% des ménages Français.

Faire du sport, de la musique, du théâtre, jouer aux cartes ou randonner et voyager, ou échanger sur l'avenir du Monde, motivent les personnes jusqu'à un âge avancé, certainement plus qu'un test de dépistage précoce de la maladie d'Alzheimer. Ce maintien d'activité devrait cependant être possible pour tous. L'augmentation de la durée de vie après la retraite professionnelle ne devrait plus condamner quiconque à l'inaction. **La meilleure prévention du vieillissement est de se construire un rôle social dont l'UTILITÉ est reconnue par la société.**

Les professionnels de Santé offrent des actions dans un cadre où la prévention de la maladie finalise le fonctionnement. Cette approche n'attire pas la foule des citoyens vieillissants ; elle a même un caractère répulsif, car derrière le vieillissement il y a la décrépitude et la mort. Ce rejet est amplifié par certaines valeurs notre société finalisée par l'efficacité et la création de richesse.

Pour bien vieillir, **il faut à la fois bien vivre et faire face à sa fin de vie**. Le Docteur de Ladoucette traduit cette nécessité en préconisant le développement de la spiritualité pour accompagner le vieillissement. Préparer sa mort, ou plutôt les conditions de celle-ci sur tous les plans, patrimoniaux et affectifs, conduit à l'expression et à la formulation écrite claire des ultimes volontés de la personne que la société et ses institutions se

doivent de respecter scrupuleusement (directives anticipées et mandat de protection future/testament).

Soutenir la Prévention Citoyenne

La plupart des associations auxquelles les retraités adhèrent, demeurent centrées sur des activités souvent pointues et elles attirent les passionnés par leur domaine. Émergent des formes de structures qui incluent la Santé dans leur champ d'action. Les premières à se positionner ainsi ont été les associations de consommateurs pour lesquelles la Santé est un élément important du budget familial. Les actions des associations de consommateurs sont reconnues, même si parfois leurs modes d'interventions révoltent les professionnels de Santé qui ressentent leur statut social ravalé à celui des épiciers.

Le monde rural a créé après 1945 un tissu associatif puissant, qui a perdu beaucoup d'adhérents avec l'exode rural. Leur déclin est en train de s'inverser avec le reflux de populations vers les agglomérations moyennes. Familles Rurales, Foyers Ruraux, Aînés Ruraux fédèrent des centaines d'associations comportant plus d'un million d'adhérents. Ces Fédérations inscrivent maintenant dans leurs stratégies l'investissement des grandes agglomérations. L'UFCS (Union Féminine Civique et Sociale) a été absorbée par Familles Rurales. L'association Générations13 de Paris (<http://generations13.org/>) vient de rejoindre les Aînés Ruraux qui envisagent de modifier leur dénomination. Familles Rurales et Aînés Ruraux sont des associations agréées par le Ministère de la Santé comme représentative des usagers de santé, adhérente du CISS. Il y a aussi des associations autonomes, comme Old Up (<http://www.old-up.eu/>) qui se donne la vocation d'acteur d'éducation pour les seniors et les sages devant les modifications rapides de la Société, des cultures et des technologies et comme participant au débat public sur le vieillissement (<http://www.etsilesvieuxvivaientencore.com/>).

La Prévention Citoyenne peine à s'autofinancer. Cette perspective conduit à imaginer et développer des actions de soutien qui se situent sur plusieurs plans :

- La médecine ambulatoire et les services de soins de premier recours amorcent des réorganisations profondes, nécessaires pour améliorer le service aux populations. L'intégration dans cette réorganisation des outils et des financements d'accompagnement du **parcours de santé** est pertinente pour les personnes vieillissantes. Le maintien de leur autonomie passe par un enrichissement de la relation entre la personne et les acteurs de soins et d'accompagnement. Les associations ont un rôle à jouer dans cette restructuration. L'activité physique est un stimulant important pour prévenir des maladies chroniques comme le diabète de type 2.
- Le soutien du travail bénévole de création de lien social peut avoir des formes variées, par des contributions directes (subventions) ou indirectes (fiscalité). Il concerne les personnes qui s'investissent de manière volontaire et bénévole dans des actions de caractère social de lutte contre l'isolement ou d'entraide. Le soutien public comporte une prise en charge de toutes les actions de création et développement de lieux de vie que les personnes âgées trouvent du plaisir à fréquenter et co-animer.
- Les dimensions intergénérationnelles sont importantes. La prise en charge par les moins anciens des plus anciens est la forme la plus courante de solidarité entre générations, avec toutes les transitions possibles. La perte d'autonomie n'est en effet pas un phénomène que l'on peut réduire au cadre normatif d'une grille d'évaluation. La création de pratiques communes devrait être reconnue comme un facteur important du maintien en bonne Santé, actions de nature communautaire.

Commission Prévention CRSA IdF

- L'innovation sociale ouvre le champ à la création de mode de fonctionnement décloisonnés et solidaires entre les fonctions de création de lien social, d'assistance à la vie quotidienne lors de la perte d'autonomie, de soins médicaux et paramédicaux. La prise en charge citoyenne implique le soutien des Pouvoirs Publics locaux à la création des structures et infrastructures nécessaires.

La perspective qui est ébauchée dans cette note de travail est plus délicate à mettre en œuvre que des actions pilotées par des institutions établies. Elle donne un pouvoir aux acteurs locaux, citoyens responsables. Elle peut s'appuyer sur une population en bonne santé, retirée de la vie professionnelle. Elle s'adapte aux caractéristiques économiques et sociales des territoires. Elle fait l'objet d'un **accompagnement par les Pouvoirs Publics** locaux et nationaux, qui laisse intact toutes les capacités d'initiatives des citoyens, comme le souligne Old Up.

Cette perspective n'exclut pour autant pas les professionnels dont les actions répondent à une **demande des personnes vieillissantes elles-mêmes**. La réflexion indispensable sur la prévention débouche inéluctablement sur la finalité des systèmes à partir des **Parcours de Santé des personnes**. Celle-ci doit-elle viser une prolongation de la vie des personnes ou la construction d'un environnement de vie qui maintient un état de santé satisfaisant tant qu'il est encore possible de le faire. Il faut ouvrir le débat sur « l'anti-aging médecine » comme celui, plus opérationnel, de la gestion des parcours de soin et de l'acharnement thérapeutique concernant les personnes de grand âge.

Les réponses actuellement proposées sont totalement inadaptées aux évolutions nouvelles du vieillissement depuis cinquante ans. Je reprendrais volontiers une conclusion du Professeur Olivier Saint-Jean. La dimension médicale du soin dans les périodes ultime de notre vie est beaucoup moins importante que la création de réponses organisationnelles et institutionnelles nouvelles, répondant aux besoins de soins (care) à mieux définir.

L'autonomie de la personne devrait alors être respectée plus que jamais, surtout lorsqu'elle décline quand arrive la fin de vie... et de la prévention.

Daniel Carré
Février 2012

Mince est l'espoir que la science médicale contemporaine permette à plus d'octogénaires d'accéder aux rangs clairsemés des nonagénaires bien portants. Il est toutefois possible de procurer confort et soutien à ces octogénaires pendant la transition menant à la décrépitude et au trépas. L'amitié, l'entourage et l'amour sont des prescriptions aussi défendables que des interventions cliniques et des objectifs de programmes thérapeutiques à la charge des deniers publics. Préconiser autre chose, y compris des mesures destinées à augmenter la longévité au-delà de 85 ans, c'est entretenir des fantasmes d'immortalité... Quand les octogénaires (et plus) commencent à décliner, c'est d'abord parce que la fin approche. Quand survient le décès, c'est parce que leur temps était venu. C'est la vraie cause de la mortalité, peu importe le nombre de maladies qui se disputent le coup de grâce. Tout ce qui compte, c'est que ce passage soit le moins pénible possible. »

Nortin M. Hadler (MD) traduction Fernand Turcotte (MD)
Malades d'inquiétude Presses de l'Université de Laval
2010