

Chronique 157 Vieillesse

Vieillir en bonne santé, physique, mentale et sociale

Version intégrale

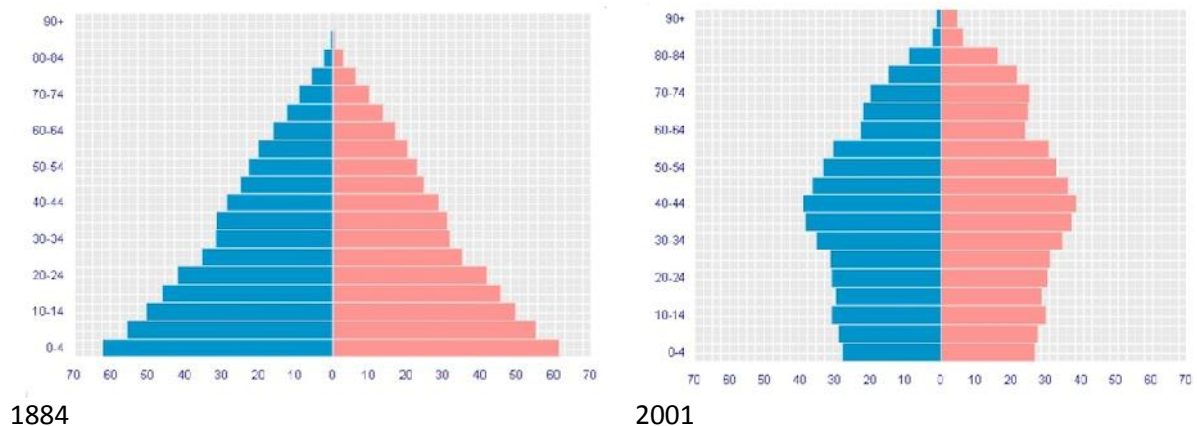
Par **Véronique Tellier**,
Coordinatrice de l'Observatoire wallon de la Santé

“Je souhaite que la santé soit enfin considérée non plus comme une bénédiction que l'on espère mais comme un droit de l'homme pour lequel on se bat.”

Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, Kofi Annan Comprendre et interpréter les projections de population pour promouvoir leur santé

Le nombre de personnes âgées augmente dans notre société en bonne partie pour deux raisons : d'une part l'espérance de vie augmente, d'autre part les enfants du « Baby Boom » arrivent à l'âge de la retraite. Si on observe leur proportion dans la population totale, on voit que celle-ci augmente, pour ces deux mêmes raisons, et aussi parce que le nombre de naissances a diminué notamment lors du premier choc pétrolier. Globalement, c'est toutefois l'ensemble de la population wallonne qui augmente et donc également le nombre de jeunes et d'adultes actifs.

Figure 1 Evolution de la pyramide des âges en Belgique



1884
Source : DGSIE (1)

L'augmentation de l'espérance de vie est assez lente et pourrait se stabiliser plus vite chez les femmes avec l'augmentation de leur consommation de tabac par exemple ou la masculinisation du quotidien féminin (notamment pour les questions relatives à la santé et la sécurité au travail par exemple). Actuellement en Wallonie, les femmes ont une espérance de vie de 2 à 10 ans plus élevée que les hommes. La variation de cette différence est liée en bonne partie aux inégalités sociales de santé. Elle a toutefois globalement tendance à s'amenuiser ce qui pourrait peut-être avoir des conséquences positives sur l'isolement des personnes âgées. Par contre, on observe également une augmentation du nombre d'années vécues en mauvaise santé et là aussi les différences sont liées aux conditions socio-économiques dans lesquelles vivent et ont vécu les personnes.

Deuxième phénomène, les enfants du Baby Boom deviennent des personnes âgées. Les premières générations appartiendront en grande partie, dans les 10 prochaines années, au groupe des « libérés actifs » selon la typologie développée par le projet Interreg « Générations en santé ». Cette typologie comprend 4 groupes de seniors, les jeunes seniors (50 à +/-65 ans), les libérés actifs jusque vers 75 ans, les seniors classiques jusque vers 85 ans et les seniors fragiles au-delà. Cette typologie nous paraît intéressante car elle permet d’imaginer différents ensembles de mesures à prendre pour préserver la santé de chacun de ces groupes, même si les frontières entre groupes ne sont pas toujours très nettes, ce qui est souvent le cas lorsqu’on utilise ce genre de catégorisation. En caricaturant le premiers groupe nécessite, en termes de services de santé, avant tout du soutien et de la promotion de la santé, le second groupe commence à avoir des petits problèmes de santé que les personnes arrivent généralement à bien gérer, le troisième groupe commence à avoir besoin de soins adaptés et peut encore en général gérer les interactions avec les services, le quatrième devient plus dépendant d’autrui pour la gestion de sa santé et c’est généralement dans ce groupe que se pose la question de changer de lieu de vie. Comme dit plus haut, les personnes qui ont rencontré une série d’accidents de la vie ou des conditions difficiles, appartiendront généralement plus jeunes à un groupe avec des besoins plus grands ce qui amène à dire que l’âge n’est bien sûr pas l’unique critère de vieillissement comme on le verra plus loin.

Tableau 1 Evolution de la croissance de la population Wallonne

	Hommes				Femmes			
	2010	2020	2030	2040	2010	2020	2030	2040
Moins de 65 ans	1470156	1525147	1537167	1543902	1460843	1522590	1534654	1543767
65-74	125617	185566	213241	218212	150602	211530	239707	237621
75-84	84637	82910	130168	157908	137160	124076	180565	210476
85-94	19417	25948	28614	49594	51678	65274	65669	104837
95-99	618	1309	1840	2397	3442	6219	7933	9412
100+	41	284	703	890	348	658	1520	2042
Total	1700486	1821164	1911733	1972903	1804073	1930347	2030048	2108155

Source : bureau fédéral du plan, projections de populations 2007

Comprendre ces différents phénomènes et leur dynamique est essentiel pour imaginer les solutions optimales pour promouvoir, maintenir la santé et imaginer des solutions non seulement possibles à financer mais aussi qui contribuent le mieux au modèle de société que l’on souhaite développer.

Quels sont les enjeux de santé liés au vieillissement de la population

Les problèmes de santé des personnes plus âgées ne sont pas seulement des problèmes médicaux mais des difficultés de la vie quotidienne : difficultés de se déplacer, d'entretenir son logement, de se nourrir adéquatement

Tableau 2 Proportion de la population wallonne de 65 ans et plus touchés par différents aspects de santé

Santé subjective mauvaise	49,8%
Avoir une Maladie chronique ou +	61,2%
Consommer des médicaments prescrits	94,5%
Etre obèse	14,5%
Avoir des limitations fonctionnelles	54,7%
Être limité dans sa mobilité	14,4%
Avoir des difficultés pour mâcher des aliments durs	49,9%

Source : ISP, enquête nationale de santé, 2008.

La présence de maladies chroniques entraîne une consommation énorme de médicaments

À côté des coûts que cela représente pour la société mais encore bien plus sans doute pour les personnes elles-mêmes lorsque leurs revenus sont bas, il est légitime de se poser la question de la place des mesures alternatives : mesures préventives (par exemple, prévention des fausses déglutitions par de la logopédie) ou non médicamenteuses, limitation du nombre de médicaments différents dont on ne maîtrise plus les interactions, non prescriptions de médicaments déconseillés pour les personnes âgées, non prescription de médicaments reconnus comme peu ou pas efficaces, etc.

La santé mentale, un autre enjeu de santé des Séniors

Si la consommation de médicaments psychotropes augmente de manière continue avec l'âge, les données de l'enquête nationale de santé en revanche ne montrent pas d'augmentation aussi franche de l'anxiété ou du syndrome dépressif en fonction de l'âge. Par contre, la comparaison des données de consommation de ce genre de médicaments par des personnes en bonne santé physique, en voie de perte d'autonomie ou institutionnalisées que cette consommation soit plus élevée en cas de dépendance plus grande¹.

La perte des compétences cognitive est source d'anxiété et de dépendance. Les chiffres dont nous disposons pour évaluer la proportion de la population qui en est affectée sont très difficiles à interpréter et souvent partiel : ces personnes par définition ne répondent pas aux enquêtes ; le diagnostic est par exemple fait à l'arrivée dans un service ou une institution chez une personne stressée par la situation, ce qui l'empêche de faire appel à toutes ses ressources . il convient donc de se garder d'un diagnostic trop rapide et faire des évaluations périodiques de la situation en recherchant les facteurs de stress qui pourraient être réduits

¹ http://www.mc.be/binaries/consommation_antidepresseur_maison_repos_tcm377-113796.pdf et données non publiées du service d'études de solidarisis.be

Les inégalités de santé, accélératrices du processus de vieillissement

Tableau 3 Proportion de personnes de 65 ans et plus résidant en Wallonie, qui déclarent une mauvaise santé subjective, souffrir d'arthrose ou de diabète en fonction de leur statut socio-économique.

%	Personnes de 85 ans et plus en moyenne en Wallonie	Personnes de 65 ans et plus sans diplôme ou diplôme de primaires en Wallonie	Personnes de 65 ans et plus avec un diplôme de l'enseignement supérieur en Wallonie	Personnes de 65 ans et plus de Wallonie avec de faibles revenus (premier quintile)	Personnes de 65 ans et plus de Wallonie avec de faibles revenus (cinquième quintile)
Santé subjective	52,2	52,2	32,3	50,2	30,6
Arthrose	46,4	45,6	37,0	47,3	27,5
Diabète	12,5	15,5	4,7	11,8	3,2

Source : ISP, Enquête nationale de santé, 2008

Ce graphique montre pour trois aspects de santé l'impact des inégalités sociales de santé. En effet, parmi les personnes de 65 ans et plus qui n'ont pas de diplôme ou ont des revenus appartenant aux 20% les plus faibles, on voit presque autant voire plus de santé subjective mauvaise, d'arthrose ou de diabète que chez les personnes de 85 ans et plus tout niveau de diplôme confondus. Les personnes défavorisées souffrent donc en aussi grande proportion de problèmes de santé divers que des personnes très âgées globalement.

On voit par contre une énorme différence entre des personnes du même âge aux deux extrémités de l'échelle sociale mesurée par les deux proxys du diplôme et des revenus.

On notera également que les différences sont beaucoup plus marquées dans le cas du diabète qui plus que l'arthrose a des conséquences liées à l'accès à des soins de qualité, aux attitudes de prévention adéquates et aux coûts engendrés par ses conséquences (lunettes pour perte de vision, dialyse pour déficience rénale, médicaments cardiovasculaires, chaussures adaptées etc.)

Quelles sont les conséquences des problèmes de santé

Isolement

Tableau 4 Contacts sociaux des personnes de 65 ans et plus en fonction de leurs limitations physiques.

Personnes de 65 ans et plus	Insatisfaction des contacts sociaux		Moins de 1 contact social par semaine	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Pas de limitation	4.3	9.9	11.5	7.9
Quelques limitations	6.1	14.9	5.4	6.4
Beaucoup de limitations	10.1	30.3	17.2	11.6

Source : ISP, Enquête nationale de santé, 2008

30% des femmes de 65 ans et plus ayant beaucoup de limitations physiques se disent insatisfaites de leurs contacts sociaux et 17% des hommes dans le même cas ont moins d'un contact social par semaine.

Fragilité et perte d'autonomie :

L'accumulation des accidents de vie, de l'avancée en âge, de la perte des proches, rendent chaque personne plus vulnérable. Son énergie disponible pour nouer des relations sociales, se déplacer diminue.

Les repères quant aux soutiens potentiels sont plus flous qu'auparavant en raison de modifications du tissu familial : coexistence de plus de générations, recompositions multiples et pertes de contacts parfois entre proches, jeunes parents de plus en plus âgés, devant s'occuper de petits enfants alors que le temps serait venu de prendre soin des ascendants.

Risque de réduction de l'accès à des soins de qualité

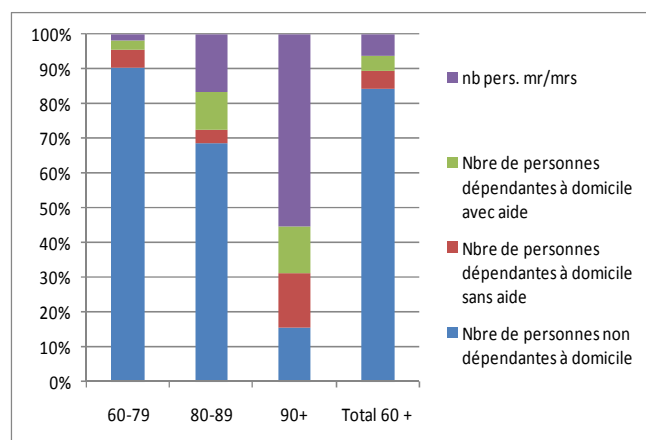
En conséquence du point précédent, lorsque l'autonomie diminue, la capacité de mobiliser des ressources nouvelles et plurielles se réduit également. Le rôle de l'entourage et des professionnels prend tout son sens.

Augmentation de la dépendance et « nécessité » de changer de lieu de vie

La question de la dépendance à domicile est difficile à appréhender. Afin de programmer les services de santé, on devrait pouvoir connaître le nombre de personnes dépendantes à domicile qui ne reçoivent pas l'aide dont ils auraient besoin.

Sur base des résultats de l'étude DULBEA² réalisée par l'institut Solvay la proportion moyenne de personnes dépendantes à domicile a été estimée. On connaissait d'autre part le nombre de dossiers ouverts pour une aide familiale, pour des soins infirmiers et le nombre de personnes en maisons de repos, ce qui a permis de construire le graphique suivant et qui montre notamment que la proportion des personnes de plus de 65 ans institutionnalisées reste marginale avant 80 ans.

Figure 2 Répartition présumée du lieu de vie des personnes de 65 ans et plus en Wallonie (2007)



Sources : Etude Dulbea, Service public de Wallonie, INAMI, Calculs OWS.

² Rodrigo Ruz Torres, Gungor Karakaya et Robert Plasman
DULBEA Etude relative à la mise en oeuvre par les pouvoirs publics de mécanismes de soutien en faveur des personnes ayant besoin d'aide dans leur vie journalière (DULBEA), Région wallonne, Collège de la Communauté Française, Communauté Française de Belgique, Communauté Germanophone de Belgique, décembre 2002.

Proposition de points d'attention

Individuelles

Sauf accident, la dépendance et la perte d'autonomie est progressive.

Penser tôt à comment on souhaite vieillir, se projeter et mettre en place les conditions pour que ce projet personnel se mette en place et se déroule bien. La capacité de se projeter dépend ici aussi du sentiment de sécurité qu'on a dans la vie en général, de la confiance en soi, en sa capacité de trouver des solutions adaptées aux défis que l'on rencontre. Une recherche financée par la Fondation roi-Baudouin actuellement en cours porte justement sur cette capacité de se projeter, les leviers et les obstacles que rencontrent les personnes qui vivent en situation de précarité ou qui sont issues de l'immigration par exemple.

En retour, il semble essentiel que les professionnels de santé ou d'accompagnement des personnes âgées, leurs familles soient informés et soutenus dans la prise en compte des décisions personnelles qui les concernent par les personnes âgées. Dans ce domaine, la perte d'autonomie physique ou cognitive ne permet pas de se passer du consentement de la personne.

Collectives

La responsabilité de bien vieillir n'est pas seulement individuelle mais aussi collective

Ne pas coincer les personnes qu'on prend en charge dans des tiroirs à étiquettes : l'étiquette démence est sans doute la plus enfermante qui soit.

Face à tous les défis de santé que pose l'avancée en âge, il semble essentiel de réfléchir aux mécanismes de solidarités à promouvoir, soutenir ou créer dans notre société afin de promouvoir une qualité et des projets de vie optimale pour tous. On ne peut en effet imaginer de promouvoir la solidarité au seul bénéfice d'un sous-groupe de la population qui se ferait au détriment de la solidarité envers les autres groupes

Les conseils consultatifs des aînées ont été mis en place dans de nombreuses communes. Ils nous semblent un lieu essentiel démocratique pour la promotion du bien-être des personnes âgées.

Services de santé

Agir en amont de la perte d'autonomie :

Intégrer la promotion de la santé comme part intégrante des services de santé et la considérer dans sa dimension la plus large c'est-à-dire dans sa capacité et sa détermination à agir sur les conditions de vies des personnes, de manière structurelle et non simplement comme une action seulement destinée à adopter certains comportements ou à prévenir certaines maladies.

D'aucuns se posent la légitimité à vouloir influencer tel ou tel type de comportement favorable à la santé comme l'alimentation équilibrée, l'activité physique, l'absence de consommation de tabac et le contrôle de sa consommation d'alcool ou de substances psychotropes, médicaments ou drogues, le terme est d'ailleurs le même en anglais ! Tant que le gradient social persiste, la légitimité de promouvoir les comportements favorables à la santé est là à condition bien sûr de vouloir agir sur les déterminants (souvent socioéconomique pour une bonne part) de ces comportements et sur une approche basée sur le renforcement des capacités à prendre des décisions.

Faire entrer en piste au bénéfice des aînés des services de première ligne, réservés jusqu'ici aux personnes plus jeunes : services de santé mentale par exemple, santé sexuelle etc..

Lorsque la dépendance s'installe :

Utiliser des bons outils de mesures³ qui permettent de réévaluer facilement les situations avec le temps qui passe, afin d'optimiser les mesures d'aides pratiques (cfr plateforme « bien vieillir chez soi »⁴) et la programmation des aides au niveau individuel et collectif.

Dans notre société d'intolérance à la différence, toute perte d'autonomie engendre du stress et de l'anxiété à la fois chez la personne qui en souffre et chez ses proches : anxiété de voir l'état de la personne se détériorer, qu'elle ne reconnaisse plus ses proches, de devoir prendre des décisions à sa place, de ne pas être à la hauteur... Dans ce contexte, il apparaît important d'une part d'avoir une attitude rassurante : toute personne qui mélange les générations dans sa famille n'en oublie pas pour autant forcément des choses essentielles ou ne prend pas forcément des risques pour lui ou pour les autres ; toute personne ayant certains traits de démence n'arrive pas à ne plus reconnaître les siens. Changer son regard sur l'imperfection peut permettre de l'envisager plus sereinement sereinement même si pratiquement il faut parfois être ingénieux.

Mieke, 89 ans part voir Jean, son mari qui ne la reconnaît plus depuis 10 ans et qui est institutionnalisé depuis quelques années. Elle nous dit en enfilant rapidement son manteau : « J'apporte un petit bol de fraises à Jean chaque jour, il aime tellement cela »

Ne pas attendre que la personne soit totalement désorientée pour lui proposer de l'aide : la personne qui perd ses compétences cognitives sent qu'elle perd ses repères, ce qui est angoissant en soi. Ne pas attendre que les aidants proches n'en puissent plus pour mettre en place des aides et soins à domicile et introduire progressivement l'une ou l'autre aide ou soins permettrait sans doute d'éviter d'amener en une fois une série de personnes étrangères en une fois à la maison (le kiné, l'aide familiale, l'infirmière etc...) ce qui brutalement peut ajouter une couche d'anxiété pour la personne, et est difficile à gérer pour les proches.

Soutenir les professionnels vis-à-vis de situations qui deviennent de plus en plus complexes est également essentiel et c'est là que les coordinations de soins et les plateformes prennent toute leur importance.

Politiques de santé

L'OMS travaille actuellement sur l'approche en santé basée sur les droits humains. Paul Hunt, professeur de droit néozélandais et rapporteur auprès des nations unies sur les droits de l'homme vient de publier en collaboration avec une série d'auteurs et Flavia Bustreo, Sous-Directeur général de l'OMS, en charge de la santé de la famille, de la femme et de l'enfant de une monographie sur l'impact d'une approche basée sur les droits humains sur l'efficacité des politiques de santé. Cette approche se base sur différents principes que sont entre autres la recherche de l'équité, la

³ Par exemple le BelRai : <http://wiki.belrai.org/fr/>

⁴ Bien vivre chez soi ; <http://bienvivrechezsoi.be/>

participation, la transparence, la recherche de l'accessibilité aux soins pour tous, l'attention au plus démunis ou aux groupes de population « impopulaires⁵ »

La dimension de l'équité semble majeure dans cette approche : dans toute décision, par exemple la construction d'une nouvelle maison de repos ou de lieux de répit, on peut se demander si la décision augmente ou réduit les inégalités de santé : par exemple, l'accès à des personnes sans voiture est-il facile ? Quand on sait que le nombre de visites qu'une personne reçoit en maison de repos est lié à sa satisfaction et son adaptation dans son nouveau lieu de vie⁶, une telle préoccupation aura un impact à la fois sur la qualité de vie de la personne institutionnalisée et sur la qualité de vie au travail du personnel d'encadrement qui devra faire face à moins de situations de stress.

On voit dans ce dernier exemple que les politiques de santé ne sont pas les seules importantes : c'est le principe dont on parle beaucoup actuellement de « health in all policies (HIAP) » c'est-à-dire que chaque politique, régionale ou locale, prenne en compte l'impact de ses décisions sur la santé (et sur les inégalités sociales de santé)

Travailler sur le genre : à la fois une question de droit d'accès aux services de santé, aux traitements optimaux, au temps de récupération mais aussi travailler sur le différentiel d'espérance de vie (les hommes sont parfois insuffisamment ciblés par les actions de promotion de la santé)

Rechercher l'adaptation culturelle que ce soit dans les aides à domicile (repas par exemple) ou changements de lieux de vie semble essentiel pour nos populations d'origine immigrée mais elle l'est aussi pour tout un chacun.

De nombreux projets, expériences pilotes ou recherches sont actuellement en cours concernant l'offre de soins, d'accueil de qualité aux personnes âgées⁷. Ces projets ont en commun de mettre en évidence la nécessaire interdisciplinarité, transversalité, la multisectorialité, l'implication de la population dans son ensemble et surtout celles des personnes concernées dans les décisions.

En conclusion,

Prévention, Solidarité, réduction des inégalités de santé, démedicalisation du vieillissement, implication de tous, semblent les mots clefs pour permettre à un maximum de personnes de vieillir en santé.

⁵ OMS, 25 questions sur la santé et les droits humains ;

<http://www.who.int/hhr/activities/Q&AfinalversionFrench.pdf>

⁶ OWS, Le ressenti des personnes âgées à leur entrée en maison de repos, Wallonie en Santé n°1,

http://socialsante.wallonie.be/sites/default/files/rapport_etude_mr_mrs_0.pdf

⁷ Accueil familial des personnes âgées, projets protocole3 sur les alternatives à l'hébergement, réforme des soins psychiatriques (non spécifique aux personnes âgées mais qui peut avoir un impact)