

## « Changer le regard sur la vieillesse »

**Entretien avec Bernard Cassou,** professeur émérite en santé publique, Université de Versailles, Laboratoire santé-environnement-vieillesse, Centre de gérontologie Sainte-Périne, Paris.

### *La Santé en action* : Comment analysez-vous les résultats de l'enquête Baromètre santé ?

Bernard Cassou : La plupart des données battent en brèche le stéréotype qui associe la vieillesse à un naufrage, où domineraient la maladie, la déficience, les incapacités. Ainsi, si l'on regarde les résultats concernant un indicateur de santé mentale, on observe que seulement 4,4 % des 55-85 ans déclarent avoir vécu un épisode dépressif au cours de l'année précédente (versus 9,1 % chez les 15-54 ans). Et c'est parmi les 55-64 ans (groupe le plus jeune) que la prévalence est la plus élevée (6 %), traduisant peut-être une fin de vie professionnelle ou un passage à la retraite difficile.

Le Baromètre santé illustre également un paradoxe déjà montré dans d'autres études : de nombreuses personnes souffrant de maladies chroniques se disent malgré tout en bonne santé et « heureuses de vivre ». Les représentations de la santé diffèrent notablement entre les groupes d'âge. Alors que l'attente des plus jeunes est que leur corps fonctionne parfaitement, les plus de 65 ans évaluent leur bien-être à l'aune d'autres critères : être en relation avec les autres et se sentir utile. Voilà des informations pour changer le regard actuel sur la vieillesse et passer d'une vision déficitaire du vieillissement à une vision plus équilibrée, faite de pertes et de gains. La santé des personnes âgées ne doit pas être conçue seulement comme un « capital » à préserver et à restaurer à tout prix.

### S.A. : Quelles stratégies de prévention seraient plus pertinentes ?

B.C. : Il convient de s'interroger sur les bénéfices mais aussi sur les limites des actions de prévention pour ce groupe d'âge. L'un des apports du Baromètre santé est de fournir des données sur des préoccupations de santé des personnes âgées comme les chutes ou les

pratiques addictives qui ont moins retenu l'attention des pouvoirs publics que les pathologies chroniques – cancers, maladies cardio-vasculaires, maladie d'Alzheimer. Prenons l'exemple des troubles de la locomotion qui peuvent conduire à des chutes. Relèvent-ils simplement d'un problème médical, cardio-neuro-rhumatologique, ou également d'un problème environnemental, environnement souvent peu adapté aux déplacements des personnes âgées ayant des déficiences locomotrices ? De même, dans la prévention des fractures ostéoporotiques, faut-il privilégier l'approche biomédicale, avec examen de densitométrie osseuse suivi d'un traitement – calcium, vitamine D, voire médicament antiostéoporotique – ou bien l'approche psychosociale, avec participation à des ateliers « équilibre » afin de conserver son équilibre et mieux percevoir son schéma corporel ?

Mettre en place des actions de prévention dans ce groupe d'âge est compliqué. Si le Baromètre santé montre une bonne connaissance des mesures de prévention concernant une alimentation équilibrée et une activité physique régulière, en fait peu nombreux sont les plus de 65 ans pratiquant cette dernière à un niveau suffisant. Et comment manger cinq fruits et légumes par jour quand le revenu moyen d'un retraité s'élève à 1 300 euros et que pour les femmes, la pension moyenne est de l'ordre de 950 euros ? La prévention et ses injonctions, de la même manière que l'absorption de médicaments, peuvent avoir des effets secondaires néfastes en angoissant les personnes qui ne parviennent pas à les suivre.

Si la prévention individuelle apparaît intéressante pour adopter des comportements qui vont permettre à la population de vieillir d'une façon qui lui semble satisfaisante, il ne faut pas qu'elle masque les déterminants sociaux, économiques et environnementaux sur lesquels il importe également d'agir pour favoriser un vieillissement en bonne santé. L'amélioration des conditions de travail et de son organisation est ainsi un des enjeux.

### S.A. : Pourquoi attirez-vous l'attention sur le risque de « médicaliser » la vieillesse ?

B.C. : Les frontières entre sénescence et maladie deviennent difficiles à distinguer au fur et à mesure de l'avancée en âge. C'est la porte d'entrée à la médicalisation de la vieillesse. Celle-ci a ses succès comme l'opération de la cataracte ou la prothèse de hanche mais aussi ses travers. De nombreuses personnes âgées subissent des examens médicaux de toutes sortes dont les résultats paraissent inquiétants alors que l'on manque souvent de normes propres aux personnes de plus de 70 ans pour pouvoir les juger. La réalisation d'une densitométrie osseuse chez les femmes dès la ménopause en est une illustration, les médecins confondant souvent ostéopénie et ostéoporose. Le dosage trop fréquent du PSA (Antigène prostatique spécifique) chez les hommes de plus de 50 ans pour détecter un cancer de la prostate en est une autre. Un résultat positif peut entraîner un acte chirurgical pour éradiquer la tumeur alors que son potentiel agressif est souvent faible, notamment chez les personnes de plus de 75 ans, et qu'une opération peut comporter des effets négatifs sur la continence et la sexualité des personnes. Que faut-il privilégier ? Qui doit décider ? Avec quelles informations ?

Le Baromètre santé indique que 60 % des 55-85 ans ont pris des psychotropes et seulement 10 % ont suivi une psychothérapie. La mort d'un conjoint est souvent une épreuve pour la personne, alors que le soutien social ou psychologique leur permettrait d'aller plus loin dans la vie. Les médecins traitent un chagrin normal par des neuroleptiques qui pourraient, d'après certaines études, favoriser la survenue de troubles cognitifs. Il faut donc prendre garde aux surdépistages, surdiagnostics et surtraitements. La médecine et la prévention médicale ne peuvent être la seule réponse au désir d'un vieillissement en bonne santé. ■

Propos recueillis par Nathalie Queruel, journaliste.

Enquête  
« Changer le regard sur la vieillesse »