

Promouvoir la santé des personnes âgées : une stratégie exigeante

Bernard Cassou,

médecin, professeur honoraire de santé publique, université de Versailles, Paris-Orsay, ancien chef de service du centre de gérontologie, hôpital Sainte-Périne, Assistance publique – Hôpitaux de Paris (APHP).

En France comme dans beaucoup de pays, le nombre des personnes âgées de 60 ans et plus augmente. Cependant, ces personnes ne vieillissent pas de la même façon. Certaines restent en bonne santé tout au long de leur vieillesse, d'autres ont leurs dernières années de vie bouleversées par des déficiences physiques ou cognitives, d'autres encore meurent rapidement après la retraite ou passent leur vieillesse à soigner des maladies chroniques invalidantes. N'oublions pas également que certains adultes jeunes n'atteindront jamais l'âge de la vieillesse. Comment s'y prendre pour permettre à tous de vivre mieux, en bonne santé et longtemps ?

Pour faire face à ce défi, au début de l'année 2020, le ministère des Solidarités et de la Santé a fait le choix de la prévention plutôt que celui de la promotion de la santé. Il a relancé les actions préventives destinées aux personnes âgées, faisant suite aux recommandations du rapport Libault¹ [1], notamment à la priorité n° 8 « une mobilisation nationale pour la prévention de la perte d'autonomie » : règles hygiéno-diététiques (activité physique, conseils nutritionnels) et bilans de santé périodiques. La prévention des maladies et la promotion de la santé sont deux stratégies sanitaires qui diffèrent par leurs objectifs – diminuer l'incidence des maladies *versus*



Dossier
Éthique, prévention et promotion de la santé

© Jeanette Gregori



L'ESSENTIEL

► **La prévention repose sur une conception déficitaire de la vieillesse et envisage des actions concernant les facteurs individuels de risques de pathologies et leurs conséquences dans la vie quotidienne. Les actions de promotion cherchent à donner aux personnes et aux populations plus de possibilités d'actions en modifiant leur contexte de vie (financier, social, environnemental, culturel) pour réduire notamment les inégalités de santé.**

augmenter les compétences et les possibilités de chacun pour prendre en charge sa santé et celles des autres –, leur cible – les comportements en santé *versus* le contexte socio-économique des personnes –, leur référentiel – l'individu *versus* la population. Il faut reconnaître qu'associer la promotion de la santé au vieillissement des personnes ne va pas de soi, surtout si le vieillissement est envisagé principalement comme un processus de déclin des fonctions de l'organisme.

Pour y voir plus clair, c'est-à-dire pour être utile ou du moins ne pas nuire aux personnes et aux populations qui sont engagées dans les actions proposées, trois questionnements nous paraissent importants. Ils concernent successivement les mots utilisés pour caractériser la vieillesse, le choix des déterminants sur lesquels on souhaite agir et la place donnée aux personnes visées par les mesures de santé.

N'ayons pas peur des mots

Le premier questionnement concerne le vocabulaire. Il s'agit d'éviter confusion, fausse piste et amalgame. La substitution lexicale, source de confusion, est un procédé fréquent en santé : par exemple on parle de santé pour maladie, de dépenses de santé pour dépenses de soins, d'autonomie pour indépendance physique. Que veut-on signifier lorsque nous utilisons le mot « santé » ? Comment l'associer au vieillissement et à la vieillesse ? Le choix des mots pour décrire la réalité sur laquelle on souhaite agir est essentiel, car il éclaire la conception de l'action. Ainsi, les mots « vieux », « vieille », « vieillesse », « vieillarde » sont quasi absents du rapport Libault. Ils étaient en revanche omniprésents dans le rapport Laroque de 1962. Les mots utilisés de nos jours sont : « personnes âgées », « seniors », « aînés », « grand âge ». Certes, les vieux de 2020 ne ressemblent pas à ceux de 1962 ; mais que signifient ces changements de vocabulaire ? Ne s'agit-il pas de gommer certains aspects du vieillissement ? L'intention est louable et elle rassure : changer le regard sur la vieillesse en utilisant des mots connotés moins péjorativement. Ne nous racontons pas d'histoires et ne prenons pas de fausses pistes : la vieillesse comporte d'agréables moments, mais d'autres difficiles à vivre. En évitant toute référence à la vieillesse et aux vieux, comment aider les personnes à exploiter les chances qu'offre le fait de vieillir et à parer les coups

qui risquent de survenir [2] ? Vieillir, bien sûr, mais pour vivre quelle vie et jusqu'où ? Nous ne pouvons pas oublier que la vie a une fin et que s'interroger sur ses conditions fait partie de la promotion de la santé.

Autre utilisation bancale d'un terme : celui de « fragilité ». Les pouvoirs publics souhaitent mettre en place des bilans de santé pour dépister des signes de fragilité. En gériatrie, depuis peu, le terme de « fragilité » est à la mode, comme l'a été, il y a trente ans, celui de « dépendance ». On peut s'interroger sur la pertinence d'utiliser ces termes de « fragilité » et de « dépendance », mais surtout d'en faire des pathologies et des objets de soins alors qu'ils sont consubstantiels à la vie : vulnérabilité de toute vie et nécessité de l'interdépendance et du soin des autres pour vivre [3].

Enfin, il est préférable d'éviter les amalgames : le terme « personnes âgées » englobe plusieurs générations, celui de « seniors » englobe indistinctement les deux sexes et celui d'« aînés » englobe différents statuts sociaux aux intérêts éloignés. Il n'y a pas une vieillesse, mais des vieillesse. Les mesures des pouvoirs publics devraient tenir compte de cette hétérogénéité. Comme le dit un proverbe ouzbek : « Ne crains pas le voleur de vaches, crains le voleur de mots [4]. »

Agir sur les conditions de vie dès la naissance

Le deuxième questionnement concerne la cible des actions. Certes, il est plus facile de se focaliser sur des

facteurs de risques individuels (sédentarité, « mal bouffe », hypertension artérielle, etc.), qui seront pris en charge par des professionnels de santé, plutôt que d'agir pour augmenter les revenus ou améliorer le logement de populations en situation de précarité, mesures qui devront être prises en charge par la collectivité. Pourtant, c'est l'environnement qui interagit avec les personnes et leurs capacités, ce qui aboutit aux difficultés de la vieillesse, celles que l'on veut réduire. Cette interaction justifie d'agir sur tous les déterminants du vieillissement et notamment sur leur évolution. De fait, nous vieillissons en grande partie comme nous avons vécu, d'où l'importance de s'y prendre tôt et d'agir sur les conditions de la naissance, de l'enfance, de l'éducation, de l'emploi, etc.

Le choix des déterminants de la santé dépend de la conception de la vieillesse. La prévention repose sur une conception déficitaire de la vieillesse et envisage des actions concernant les facteurs individuels de risque de pathologies et de leurs conséquences dans la vie quotidienne. En revanche, la promotion de la santé aborde la vieillesse en termes d'opportunités favorables pour d'autres façons de vivre, comme l'exprime un proverbe peul : « Tant que l'Homme n'est pas mort, il n'a pas fini d'être créé [5]. » Les actions de promotion cherchent à donner plus de possibilités d'actions aux personnes et aux populations en modifiant leur contexte de vie (financier, social, environnemental, culturel) pour réduire notamment les inégalités de santé. Or ces inégalités persistent malgré la multiplication des mesures préventives depuis cinquante ans. Se pose alors la question : faut-il continuer à privilégier des actions préventives individuelles et largement médicalisées qui maintiennent les inégalités ?

Impliquer réellement les personnes

Le troisième questionnement concerne la démocratie, c'est-à-dire entre autres l'expression, la parole et l'écoute des vieux. Si la participation des personnes est maintenant

souhaitée lors des campagnes de prévention, elle est principalement perçue comme un moyen d'augmenter l'adhésion de chacun aux actions préventives généralement conçues sur la base de connaissances épidémiologiques et médicales. À l'inverse, dans les actions de promotion de la santé, la participation des personnes est essentielle puisque les actions ne peuvent être pensées en dehors des valeurs des personnes, de leurs préoccupations et de leur contexte de vie. Ce point est crucial concernant les personnes très âgées. Ceux qui prennent des décisions ne font habituellement pas partie de ce groupe d'âge. Ils ne ressentent pas, ne pensent pas, n'agissent pas comme les personnes arrivées dans la dernière partie de leur vie. Dans sa thèse de sociologie, Stéphane Alvarez montre l'écart existant entre celles et ceux qui vivent la vieillesse et ceux qui la traitent [6]. Ceux-là cherchent à faire pour « le mieux ». Cependant, le mieux n'est pas identique selon l'âge, le sexe, la situation économique ou sociale. Est-il raisonnable de laisser des autorités dites supérieures (pouvoirs publics, experts en santé, médecins, religieux) définir seules ce qui est « bien » et « bon » pour les personnes âgées et, surtout, très âgées ? Comment sortir d'une relation paternaliste et compassionnelle exprimée par les professionnels de santé lorsqu'ils parlent de « nos » aînés.e.s à protéger ?

Prendre en compte la parole des personnes âgées

Pour conclure, comment développer les capacités de discernement des personnes dans le domaine de la santé ? Cela revient entre autres à s'interroger sur la place de la médecine, de la pratique médicale dans la vie, la vieillesse et la santé de chacun et de la collectivité. La santé ne se résume pas à l'absence de maladie et, comme l'a dit le Dr Olievenstein : « la vieillesse n'est pas un naufrage, c'est une autre manière de naviguer [7] ». Une étape pour favoriser la parole des personnes sur ces questions serait d'ôter la santé des mains des médecins et la vieillesse de celles des

gériatres, de cesser de faire appel en priorité à leur expertise pour améliorer la vie des personnes. Il ne s'agit pas de faire le procès de ces professionnels, mais de prendre conscience de leur rôle limité – dysfonctionnements du corps – et enfermant – survie corporelle – pour favoriser une vieillesse riche en possibilités. Certes, il faut écouter les vieux, mais il faudrait surtout prendre en compte et traduire dans les actions de promotion de la santé leur point de vue et leur demande. ■

1 Par lettre de mission en date du 17 septembre 2018, le Premier ministre a demandé à Dominique Libault de conduire une concertation sur la perte de l'autonomie des personnes âgées en France et de faire des propositions de réforme, notamment dans la perspective d'un projet de loi. Le rapport intitulé *Grand âge et autonomie* a été remis en mars 2019.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Libault D. *Concertation. Grand âge et autonomie*. [Rapport] remis à Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, 28 mars 2019. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 : 224 p. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf
- [2] Philibert M. Faut-il lutter contre le vieillissement ? *Gérontologie*, 1977, n° 26 : p. 38.
- [3] Tronto J. *Un monde vulnérable : pour une politique du care*. Paris : Éditions La Découverte, 2009 : 240 p.
- [4] Ergashev M., Niyozov I. *Proverbes et dictons d'Ouzbékistan*. Brest : Géorama éditions, 2006 : p. 43.
- [5] Proverbe peul cité par Diop D. *In Frère d'âme*. Paris : Point/Seuil, 2018 : p. 95.
- [6] Alvarez S. *Prévention et vieillissement : l'expérience individuelle du vieillissement face à la norme contemporaine du « bien vieillir »*. [Thèse] sociologie sous la direction de Catherine Gucher et Pascale Trompette, université de Grenoble, décembre 2014 : 377 p. En ligne : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01145883/document>
- [7] Olievenstein C. *Naissance de la vieillesse*. Paris : Éditions Odile Jacob, 1999, p. 31.