VISage
Vienne Santé Gérontologie
http://visage.sante-ra.fr

« VISage à découvert »
La lettre mensuelle n° 104 – juillet 2012

Le bien-vieillir, c'est quoi ?

La gérontologie est globale et concerne tous les aspects du vieillissement. Mais plus qu'une étude du pathologique, elle se penche aussi sur la prévention, sur l'amont. Aussi, la gérontologie comme la gériatrie sont confrontées au questionnement du seuil de référence d'entrée dans la vieillesse. Sortie de la vie active ? Indicateurs statistiques qui oscillent entre 65 et 75 ans ? Age moyen de la population consultant un gériatre (qui se rapproche des 80 ans) ? En tout état de cause, cette incertitude conduit à constater que le vieillissement est relatif selon les individus, et que chacun connaît dans son voisinage une personne de 75 ans qui paraît plus vieille que le nonagénaire du club d'à côté… et plus jeune qu'une sexagénaire des années 50.

Mais ce qu'on appelle « le bien-vieillir » s'entrevoit à l'aune du non-pathologique. Bien vieillir s'oppose naturellement au mal vieillir, à cette accumulation de maladies chroniques et invalidantes qui dépassent le simple besoin d'appareillage (lunettes, appareils acoustiques…). Selon ce critère, seuls 10 à 15% des personnes âgées vieillissent bien jusqu'à leur décès, et pour finir de nuancer cet optimisme on pourrait ajouter que chez les 70 ans et plus, 97% ont une maladie déclarée et 27% au moins 8 maladies (source CREDES). Cependant ce qui reste le plus emblématique du mal vieillir, c'est bien ce qu'on appelle la perte d'autonomie.

La fragilité, porte d'entrée vers la perte d'autonomie

Tout parcours de perte d'autonomie passe au départ par une situation de fragilité. La fragilité est définie par la facilité à se casser, un manque de solidité. La fragilité rend compte d'une situation qui peut vite se briser.

Cette fragilité peut être endogène ou exogène. On parle de fragilité endogène pour désigner l'ensemble des « phénotypes de fragilité » établis par Fried : faiblesse musculaire, asthénie, activité physique réduite, lenteur de la marche, perte de poids involontaire. Selon Fried, l'accumulation d'au moins 3 de ces 5 critères cause la fragilité. Après 75 ans on estime au tiers la part des personnes fragiles à domicile et la moitié au-delà de 85 ans. Une autre référence, plus complexe, est celle de Rockwood, qui présente l'avantage d'ajouter à la vision de Fried un aspect neuropsychologique. En effet, une personne dépressive est d'autant plus exposée à la perte d'autonomie que sa capacité à faire face à une pathologie risque d'être réduite.

Cependant, la perte d'autonomie, comme le handicap, sont liés de façon très étroite à l'environnement qui entoure la personne concernée. Il s'agit là d'un facteur exogène de fragilité. Une pathologie, qu'elle soit aigüe ou chronique, voit son impact modulé selon par exemple un logement vétuste, ou l'absence de solidarité de voisinage pour ravitailler le réfrigérateur. Mais ce qui est important de souligner ici, c'est qu'entre la pathologie et l'environnement, il existe une interaction où seule la pathologie est le facteur déclenchant, et l'environnement de la personne le facteur de fragilité. On ne perd pas son autonomie uniquement en vivant au 5ème étage sans ascenseur…

Quant à parler du nombre de personnes non encore en perte d'autonomie mais simplement fragiles, on ne dispose d'aucun chiffre à ce jour.

Mesurer l'état de santé des personnes âgées ?

Un modèle plutôt subjectif mesure l'état de santé par la perception qu'ont les individus de leur propre état de santé. Or seule une minorité de personnes âgées se perçoit en bonne santé et la santé perçue se dégrade avec l'avancée en âge. Entre 65 et 74 ans, 53 % des hommes et 50 % des femmes déclarent être en bonne santé. Ces pourcentages chutent rapidement pour la classe des 75-84 ans (respectivement 36 % et 34 %) puis moins fortement ensuite.

Le modèle médical définit le mauvais état de santé par écart à une norme physiologique ou psychique. Il s'agit d'objectiver par différentes mesures la présence d'anomalies physiques ou biologiques. Globalement, le pourcentage de personnes déclarant souffrir d'une maladie chronique augmente avec l'âge. Chaque personne âgée de 65 ans et plus déclare 6 maladies un jour donné (enquête santé protection sociale du CREDES - 2008).

Les maladies cardio-vasculaires (hypertension artérielle, troubles du rythme cardiaque et varices) arrivent au premier rang avec 133 déclarations pour 100 personnes. Les affections ostéo-articulaires (arthrose et pathologie lombaire) viennent ensuite avec 115 déclarations pour 100 personnes. Enfin on trouve en troisième position les maladies endocriniennes et métaboliques (hypercholestérolémie, diabète, affections de la thyroïde) avec 82 maladies déclarées pour 100 personnes.

Le modèle fonctionnel évalue l'état de santé par des restrictions d'activité et des limitations fonctionnelles. Elles sont de plus en plus fréquentes à mesure de l'avancée en âge. Près de 50% des 80 ans et plus déclarent au moins une limitation physique absolue qui engendre une incapacité. Un mauvais état de santé est alors défini comme l'inaptitude à assurer un rôle social et à réaliser un certain nombre de tâches de la vie quotidienne.

La combinaison de ces difficultés avec l'environnement dans lequel vivent les personnes conduit certaines d'entre elles à la dépendance. La mesure de cette entrée en dépendance permet de prévoir la charge en soins, le coût de la dépendance et d'organiser le besoin d'aide et de prestations.

Accompagner les vieillesses et la dépendance

Les projections d'évolution des effectifs de personnes dépendantes sont indispensables pour adapter les réponses du système de santé. Les estimations démographiques nous indiquent bien un vieillissement inéluctable de la population française mais de nombreuses inconnues subsistent quant à l'évolution des incapacités et de la morbidité. On conçoit alors l'importance de la prévention, de la promotion du « bien vieillir » mais aussi la recherche de compensation pour répondre à la dépendance avec efficacité qu'elle soit humaine, technique ou financière.

Enfin, il convient de ne pas oublier que toutes les réponses ne peuvent pas être apportées par le système de santé. Les clés du « bien vieillir » reposent en partie sur le bien-être social : vie de famille, loisirs *etc.*

Marion Leduc, Florian Serpol, gestionnaires de cas, réseau VISage-Maia
D'après le Livre blanc de la gériatrie française, édition 2011, 300p.
Dr Catherine Sermet, Etat de santé des personnes âgées.
Dr François Piette, Dr Jean-Pierre Aquino Domaine, champs et spécificités de l'activité gériatrique.

Réseau gérontologique VISage *- Centre Hospitalier Lucien Hussel - BP 127 - 38209 VIENNE cedex - n° finess : 960820108 -*
visage@ch-vienne.fr – secretariat.visage@ch-vienne.fr – 04 74 31 32 97