



## La vieillesse n'est pas une maladie

Mireille Kerlan, membre de la commission éthique



La vieillesse n'est pas une maladie, (mais les soignants soignent aussi des personnes âgées et malades). Il n'est pas rare de trouver assimilées vieillesse et dépendance. L'importance que l'on donne au fait d'être autonome, de nos jours, conduit à classer d'emblée des personnes âgées dans une catégorie de personnes fragiles, étape avant le classement dans la catégorie des personnes dépendantes. Elle met du coup en branle des politiques où l'on est en passe de procéder à la médicalisation de la vieillesse.

► Comment peut-on définir le vieillissement, la vieillesse ? Que veut dire être vieux ?

Le vieillissement est un processus normal, lent et progressif, physiologique, physique et psychologique de l'organisme humain, allant jusqu'à la mort. Le vieillissement de l'organisme sera sensible à un âge variable pour chacun (lié aux facteurs génétiques, environnementaux, de la pénibilité du métier) et touchera en particulier et progressivement :

- le métabolisme,
- le système nerveux (temps de réaction plus long, la mémoire, le sommeil...),
- les organes des sens : l'ouïe et la vue en particulier,
- le système cardio-vasculaire, la respiration, la digestion,
- la locomotion,
- les organes sexuels,
- la peau, les phanères,
- le système immunitaire.

Ces transformations auront des répercussions sur les activités comme la nutrition, l'activité physique, intellectuelle, et sur le stress, sans qu'on puisse parler de pathologie. La lenteur ne veut pas dire que la personne âgée n'a plus la capacité de raisonner, de débattre, de prendre des décisions. La presbycousie, la presbytie, ne sont pas des maladies et peuvent être compensées. Le corps peut vieillir alors que les capacités intellectuelles sont bien préservées, sauf s'il y a une maladie.

A partir d'un certain moment du vieillissement, variable pour chacun, on entre dans la vieillesse, on est vieux. Ce passage doit être considéré d'un point de vue sociétal, parce que ce n'est pas l'âge en tant que tel qui peut déterminer ce passage, d'autant plus que les progrès en santé allongent l'espérance de vie et la santé, en général. Dans la société française, cela peut être le passage à la retraite, c'est à dire aujourd'hui autour de la soixante-cinquième année (ce sera plus tard dans les années à venir). Actuellement on reconnaît que cette frontière de 65 ans ne correspond pas au vieillissement. Des termes précédemment en usage, comme « 3<sup>ème</sup> âge », « 4<sup>ème</sup> âge », etc., ne sont plus utilisés. On parle

plutôt de séniors, de grand âge et de très grand âge. Mais les étapes de la vieillesse peuvent se décliner en fonction de la dépendance : vers 75 ans avoir besoin d'équipements ou d'aides spécialisées ; vers 85 ans entrer en maison de retraite. Ces perceptions sont bien entendu variables et il est possible de rester au domicile, même en étant dépendant. L'évolution de la société conduit à l'obligation de prendre en compte l'évolution des besoins et des désirs des personnes âgées, car ce ne sont pas les mêmes générations, pas les mêmes familles. Des séniors entament même parfois une deuxième activité, quasi rémunérée ou non, ou participent activement à la vie associative ou citoyenne.

La représentation de la vieillesse est différente selon les cultures. Dans des cultures traditionnelles, les vieilles personnes sont celles qui ont de l'expérience et qu'on peut consulter pour des décisions ou pour recevoir leurs conseils. Leur place est importante. La dégradation du corps n'est pas perçue de façon obligatoirement péjorative, comme dans les sociétés occidentales, plus fortement individualistes et cherchant la performance. Dans les représentations on retrouve des figures négatives (le vieux barbon, la vieille sorcière, le vieux grippe-sou) mais aussi des figures positives (le beau vieillard, le vieux sage). Pour notre société, il y a une sorte de refus ou de peur à vieillir, comme si c'était une catastrophe. Il vaut mieux être jeune, beau et dynamique. Il est même demandé à la médecine de freiner le vieillissement, par exemple par la chirurgie esthétique ou par les pilules permettant de rester en forme. Pour la philosophe Janine Chanteur, « l'un des paradoxes de nos sociétés développées est l'augmentation de l'espérance de vie associée au refus grandissant des conséquences du vieillissement ! ».

Les chiffres, en effet, prouvent bien que l'augmentation de l'espérance de vie s'est accrue à travers le monde mais surtout dans les sociétés développées : en 2012 la France comptait plus de 17 000 centenaires (contre 200 en 1950) et plus de 500 000 nonagénaires (contre 35 000 en 1950). La population vieillit, et selon les projections de l'INSEE cela n'est pas fini :

Années	0 à 19 ans	20 à 59 ans	60 à 64 ans	Plus de 65 ans	Dont plus de 75 ans
2015	23,7%	50,1%	6,1%	20,1%	9,1%
2025	23,1%	49%	6,2%	21,7%	10,5%
2040	22,1%	46,9%	5,4%	25,6%	14,3%
2050	21,9%	46,2%	5,7%	26,2%	15,6%



La progression du nombre des personnes très âgées est liée au baby-boom (les personnes nées entre 1946 et 1975) et à une plus grande espérance de vie. Actuellement il peut coexister 4 générations dans une même famille, et même des familles de 5 générations sont désormais possibles. En 2010 il y avait 2,1 actifs pour 1 inactif de plus de 60 ans. En 2060 l'INSEE projette 1,4 actifs pour 1 inactif de plus de 60 ans, sachant que les plus de 60 ans vont travailler plus longtemps, et donc ne seront pas forcément à la charge des plus jeunes. D'autres chiffres explicitent la projection de dépendance en 2020 : il y aurait 1 % de personnes dépendantes entre 60 et 65 ans ; 3 % entre 65 et 75 ans ; 11 % entre 75 et 85 ans et 40 % entre 85 et 95 ans ; devenant complètement dépendants après 95 ans. En 2020 il y aurait 1 dépendant pour 16 actifs. Des modèles prospectifs anticipent un accroissement des aidants familiaux s'occupant des parents dépendants.

Ces chiffres font prendre conscience que la vieillesse peut être une charge pour la société ; et sans doute cette vision joue dans la représentation de la vieillesse comme perte de capacités, inquiétude d'être vulnérable et recherche de tout ce qui pourrait éloigner le vieillissement, allant jusqu'à des injonctions transmises par les médias telles une bonne alimentation, de l'exercice physique, la vaccination, les dépistages de maladies. Chacun craint le risque de dégradation lié au vieillissement : mais n'est-ce pas l'effet miroir renvoyé par la société ? Le vieillissement est souvent envisagé avant tout comme perte progressive, faisant renoncer à la vie d'avant : perte de capacités physiques et intellectuelles ; exclusion de la vie sociale. Bien sûr, ce qui se cache derrière ce sentiment, c'est l'angoisse de la mort qui se rapproche. Nous l'avons dit, d'autres cultures placent au contraire le vieillard au cœur de la société, parce qu'il a de la sagesse, de l'expérience à transmettre. Ou bien encore certaines représentations de la vieillesse en font un âge permettant la liberté, comme Sénèque ou Montaigne qui voyaient dans la vieillesse la libération du travail et la liberté « de savoir être à soi ». C'est ainsi que chez Cicéron il y a trace de l'idée de « bien vieillir », concept adopté aujourd'hui dans les institutions et en particulier en santé publique. Le « bien vieillir » est un véritable enjeu de société.

« Bien vieillir », « réussir son vieillissement » ou « vieillissement réussi » ce sont des expressions assez curieuses. Emploie-t-on l'expression réussir son adolescence ou réussir sa jeunesse ? Pourquoi cette façon de contraindre à réussir la vieillesse ? Pour éviter d'avoir à aider la personne âgée qui peut être autonome et qu'on peut vite mettre sans raison dans la catégorie dépendante ? Mais cette personne peut aussi avoir besoin d'une aide occasionnelle, si elle ne conduit pas, par exemple, sans pour autant être mise dans la catégorie dépendante ; on lui proposera simplement de l'accompagner chez le médecin ou au supermarché. Pour qu'elle n'encombre pas les lieux de soins, les hôpitaux ? Pour qu'elle ne coûte pas trop à la société en oubliant qu'elle a participé à l'économie et qu'elle y participe encore en étant consommatrice ? Il est aussi indiqué qu'il faut « lutter contre le vieillissement ». Pourquoi lutter contre ce qu'est le cours de la vie ?

Ces expressions sont très caractéristiques des modèles du vieillissement qui tendent à s'imposer aujourd'hui, les premiers étant nés sur le continent américain : dès les années 1960 les travaux d'Havighurst poussent les personnes âgées à maintenir un mode de vie sans problème de santé en étant actif (*active ageing*). Puis Rowe et Kahn en 1987 en donnent une définition : « bien vieillir est un état, une condition objective mesurable à un moment donné, un état meilleur que celui du vieillissement normal. Le bien vieillir inclut alors trois composantes principales et inter-relées : l'absence de maladies ou de facteurs de risque, un niveau de fonctionnement physique et cognitif élevé, et une vie active sur les plans occupationnel et social. Les études menées dans le contexte de ce modèle associent le bien vieillir à une variété de facteurs : biologiques, sociodémographiques, psychologiques, comportementaux et relationnels<sup>3</sup> ». Il faut se dépasser, être performant pour être dans « un état meilleur que celui de vieillissement normal » ! Il faut être actif et respecter des règles d'alimentation, d'entretien physique, cognitif. C'est ainsi que sont nés le plan « bien vieillir » 2007-2009, ou certaines des directives et brochures de l'INPES. Les écrits de l'OMS sont encore imprégnés de ce modèle. C'est aussi l'existence d'associations de personnes âgées qui sont actives et ne veulent pas que l'on considère la vieillesse comme une dépendance, une perte, et seulement avec la maladie, l'exclusion, la solitude mais comme une part de la vie où l'on peut participer à la vie sociale, rire, apprendre, découvrir (par exemple l'association Old'Up, « plus si jeunes mais si vieux »). La réaction est venue du livre du sociologue Michel Billé, intitulé : *La tyrannie du bien vieillir*.

Pour Gaïa Barazzeti, la vieillesse est stigmatisée, perçue comme vulnérabilité, fragilité, décadence, décrépitude et donnant à voir le visage de la mort. En réaction, on cherche à l'optimiser et à promouvoir la norme du « bien vieillir », alors qu'on sait que le vieillissement est différent pour chacun, différent dans notre société du XXI<sup>ème</sup> siècle. On dit aussi qu'il y a une certaine tendance à l'âgisme, attitude rejetant la vieillesse. Elle engendre une vision pathologique de la vieillesse qui fait intervenir le médical pour bien vieillir au lieu d'accepter sa finitude<sup>4</sup>. Les paroles que tiennent les personnes âgées, le plus souvent, si elles ne sont pas malades, ne mettent pas en avant leur vieillesse. C'est souvent la société qui leur renvoie cette image. Plus que de médicalisation, dans ce cas, c'est d'écoute, d'accompagnement dont les personnes très âgées ont besoin : rappeler des souvenirs, donner leur avis, entendre les conversations, se sentir présentes pour les autres.



© helenhoche - Fotolia



La vieillesse, répétons-le, n'est pas une maladie. Il ne faut pas oublier que la grande majorité des Français de plus de 65 ans vivent à leur domicile. Environ 70 % des personnes de plus de 90 ans vivent chez eux. Bien sûr elles peuvent nécessiter des aides, que peuvent permettre apprécier des grilles spécifiques (AGGIR). La fragilité et la dépendance y sont définies en fonction de différents critères.

Le terme de fragilité (frail elderly) est utilisé en gériatrie ou gérontologie pour caractériser un syndrome. De la vulnérabilité, le passage vers la pré-fragilité puis vers la fragilité se fait progressivement, et pourra aller jusqu'à la dépendance. Ce qui caractérise la fragilité, c'est la perte d'appétit, la perte de poids, la perte de la force musculaire, la fatigue, le ralentissement de la marche. Cela peut s'accompagner de troubles cognitifs, et être accentué par l'isolement. L'Académie de médecine recommande un repérage de la fragilité afin d'éviter la dépendance. Il existe des grilles appropriées pour en prendre la mesure, comme celle publiée dans le document de l'HAS de 2013 sur la fragilité. Il y aurait 15 à 20 % de personnes fragiles au delà de 60 ans. De la fragilité on peut glisser à la dépendance. La fragilité est réversible, pas la dépendance.

Le terme de dépendance a été créé dans le champ médical en 1973 en France, et a été repris dans la loi de 1997 qui reconnaît l'état d'incapacité d'une personne. La dépendance définit l'état d'une personne qui a besoin d'être aidée par un tiers pour les actes de la vie quotidienne (AVQ), la toilette, l'habillage, aller aux toilettes, le contrôle des sphincters, se déplacer du lit au fauteuil, se nourrir. La grille AGGIR répartit la dépendance en six catégories, allant de GIR 1, le plus dépendant au GIR 6 le moins dépendant. En fonction de ce calcul, des aides seront attribuées. Encore une fois, nous devons dire que le vieillissement n'est pas obligatoirement la dépendance : seulement 8 % des personnes de plus de 60 ans sont dépendantes ; 17 % des plus de 75 ans et 20 % des plus de 80 ans<sup>5</sup>.

Ces distinctions et ces classifications entre fragile et dépendant mettent l'accent sur les capacités biologiques et la gêne qui peut être générée par les modes de vie qui sont les nôtres. Un lien social différent, un autre regard ne stigmatiseraient pas autant la vieillesse telle qu'elle arrive peu à peu dans toute vie. Il ne serait pas nécessaire de s'adonner à tout prix à des exercices cognitifs, de peur de voir arriver le déclin cognitif, qui, nous l'avons vu, n'est pas celui qui arrive en premier.

Car la lenteur, les oublis, ne sont pas obligatoirement l'entrée dans la maladie d'Alzheimer. La médicalisation de la vieillesse indique que notre société porte plus le regard sur les déficits que sur les capacités. C'est la critique que font un neuropsychologue, pourtant pionnier en neuropsychologie, Martial Van der Linden et son épouse Anne-Claude Juillerat Van der Linden, lorsqu'ils écrivent un ouvrage en 2014 intitulé *Penser autrement le vieillissement*<sup>6</sup>. Leur argument est qu'il y a une « grande hétérogénéité des profils cognitifs et de l'évolution des personnes<sup>7</sup> » ayant des troubles cognitifs légers. Pour eux, il faut « aider ces personnes à mener aussi longtemps que possible une existence autonome et plaisante ainsi qu'à maintenir leur dignité et un sens à leur vie<sup>8</sup> ». Les auteurs appuient leur raisonnement sur un regard scientifique, mais mettent en cause la systématisation du diagnostic de



© Robert Kneschke - Fotolia

maladie d'Alzheimer ou de démence dès qu'une personne âgée présente des troubles cognitifs, ce qui provoque, on le sait, des effets délétères : le regard sur lui-même que porte alors le patient encore bien conscient de lui-même, comme celui que porte sur lui son entourage, peuvent être très destructeurs. Il est vrai que les outils ne sont pas toujours suffisants ou affinés. Qui n'a pas entendu de la part du patient et de la personne qui l'accompagne une phrase telle que : « Il a la maladie d'Alzheimer, dans tant d'années il ne sera plus capable de rien » ? Van der Linden considère que la multiplicité des facteurs est telle qu'il faut être prudent lorsque les troubles cognitifs ne sont pas encore majeurs, et que la prise en charge de la personne de façon écologique et pragmatique est importante afin de laisser au mieux le patient vivre normalement.

<sup>1</sup>J. Chanteur (2002) « vieillir : angoisse ou espérance » in vulnérabilité et vieillissement : comment les prévenir, les retarder ou les modifier ? Paris. Editions scientifiques et médicales Elsevier.

<sup>2</sup>Xoxoxox

<sup>3</sup>M. Gangbé et F. Ducharme (2006) Médecine et sciences, Vol 22 <http://id.erudit.org/iderudit/012785ar>

<sup>4</sup>G. Barazzeti (2012) propos rapportés dans Médecine et vieillesse, 7débats citoyens. Paris. Centre d'éthique clinique Cochin.

<sup>5</sup>Chiffes de la DREES de 2010

<sup>6</sup>M. Van der Linden et A. Cl Juillerat Van der Linden (2014) *Penser autrement le vieillissement*. Bruxelles. Mardaga

<sup>7</sup>ibid

<sup>8</sup>ibid