



RÉFLEXIONS GÉRONTOLOGIQUES

DOCTEUR PAUL HENRI CHAPUY

27 AVRIL 2008

L'augmentation de la population âgée est une des situations sociologiques les plus importantes depuis quelques décennies et il est très important de séparer le vieillissement d'une population du vieillissement individuel

Le vieillissement d'une population se caractérise par le nombre de personnes âgées par rapport à la population des personnes plus jeunes. C'est la pyramide des âges.

Ce vieillissement démographique trouve son origine dans la baisse de la natalité mais aussi et depuis les années 1970 par un allongement important de la durée de vie, lié en grande partie aux progrès de la médecine.

La durée de vie moyenne est de 81 ans, 84 pour les femmes et 77 pour les hommes.

Mais le plus important est de considérer le nombre d'années qu'il reste à vivre par tranche d'âge. En comparant les années 1965 et 2005, la différence est très significative.

- En 1965 il restait 10 ans à vivre pour les hommes de 70 ans et les femmes de 74 ans.

- En 2005 il reste 10 ans pour les hommes à 76 ans et les femmes à 80 ans.

De même, en 1965 il restait 5 années à vivre pour un homme de 81 ans et une femme de 84 ans, et en 2005 il reste 5 années à 86 ans pour les hommes et 5 années pour les femmes à 89 ans.

Cette augmentation très importante de l'espérance de vie explique que le nombre de centenaires soit passé de 3.700 en 1990 à 20.000 en 2008 et le nombre de personnes de plus de 75 ans soit passé pendant la même période de 2,1 millions à 5,3 millions

Donc le nombre de personnes âgées ou très âgées augmente, mais le vieillissement de chacun a peut-être changé. Le vieillissement est un processus physiologique très souvent assimilé aux pertes avec ses conséquences biologiques, physiologiques, sociologiques et psychologiques.

Je voudrais d'emblée insister sur deux idées préconçues la première qui veut que tout ce qui arrive avec l'âge est lié à l'âge. Certes l'âge entraîne des modifications mais la plupart des déficits rencontrés sont le fait de maladies qu'il faut dépister ou traiter soit préventivement soit plus tardivement lorsque cela est possible. Ainsi la diminution de la vision, la perte des urines, les troubles de la marche, les pertes de la mémoire sont les conséquences d'une maladie ;

la deuxième idée préconçue est celle de lier la mort à la vieillesse. En tenant compte de l'espérance de vie moyenne, que l'on vient de rappeler on peut dire que la vie n'est pas responsable de la mort. La mort est liée à des maladies , certes plus fréquentes et parfois plus graves en fonction de l'âge.

Ces deux aspects justifient une meilleure connaissance de ce qui est lié au vieillissement et de ce qui est lié aux maladies c'est-à-dire de séparer le vieillissement physiologique naturel ou normal du vieillissement pathologique. La démographie actuelle reprend cette distinction mais se propose de mesurer séparément l'espérance de vie sans incapacité majeure de l'espérance de vie totale. La différence entre les deux mesure le temps affecté par la maladie avec ses conséquences d'invalidité ou d'incapacité. En 1987, John ROWE et Robert KAHN pensent que la notion d'un vieillissement normal est insatisfaisante car elle ne tient pas compte des diversités culturelles ou individuelles et estiment que l'on peut séparer le vieillissement normal en deux groupes : le vieillissement réussi ou les personnes ne présentent aucun signe de déclin et le vieillissement traduit par quelques signes de déficit.

Dix ans plus tard, en 1998, ces auteurs proposent une théorie du vieillissement réussi avec trois composantes principales : une faible probabilité de maladies ou d'incapacité pouvant en résulter, une capacité cognitive et fonctionnelle maintenue à un niveau élevé et enfin une forte implication dans la vie relationnelle.

A la même période, deux auteurs allemands Margret et Paul BALTES pensent qu'un style de vie sain permet de réduire le risque de voir se développer certaines pathologies ce qui rejoint la prévention, et insistent sur la nécessité de maintenir des activités et de conserver son réseau affectif social et familial. On touche ici une notion très particulière et souvent méconnue, l'affectif est très peu altéré par le vieillissement qu'il soit naturel ou modifié par les maladies neuro-dégénératives.

Cette notion de vieillissement réussi attire l'attention sur la très grande diversité des modes de vie de chacun et permet de s'intéresser non seulement aux pathologies du grand âge mais aussi au vieillissement normal du grand âge.

Ainsi les avancées de la médecine et de l'hygiène de vie, l'élévation du niveau de vie, le maintien de ses capacités permettent non seulement un allongement de la vie mais aussi une amélioration de sa qualité. Comme le rappellent deux auteurs suisses Christian LALIVE D'EPINAY et Dario SPINI on peut passer de l'hypothèse de la pandémie des maladies et handicaps à l'hypothèse de la compression de la morbidité et de la mortalité.

Dans cette perspective la durée de la période de fin de vie affectée, habituellement ou classiquement d'incapacités lourdes serait fortement comprimée,

au point de ne constituer qu'une brève transition vers la mort. C'est ou ce serait l'avenir du vieillissement réussi d'après James FUIES. Ainsi se réaliserait le rêve de vivre très vieux et de mourir pour ainsi dire en bonne santé.

L'étude Française issue de la cohorte PAQUID qui a pour but d'étudier l'évolution en dix ans de l'incapacité confirme ces données. L'importante progression en 10 ans de l'autonomie des personnes de 75 à 85 ans montre la baisse de la période d'incapacité parallèlement à l'augmentation de l'espérance de vie. On vit plus longtemps en meilleure santé.

Avant de revenir sur les problèmes de santé qui sont au cœur de la réflexion gérontologique, il est intéressant de rappeler que peu d'études concerne les âges avancés. Michael BURY et Anthea HOLME, deux auteurs anglais publient une étude sur la « vie au-delà des quatre vingt dix ans ». Ce travail porte sur près de 200 vieillards à partir d'entretien et de tests et insiste sur l'importance de la qualité de vie et du sens donné à la vie. De même une étude longitudinale réalisée en Finlande sur 262 octogénaires suivis pendant 10 ans arrive aux mêmes conclusions et insiste sur l'expérience que représente le vieillissement avec l'émergence d'une conscience de la limite de la vie et d'une attitude de détachement.

Enfin, les deux auteurs suisses, LALIVE D'ESPINA et SPINI, auxquels nous avons faits de larges emprunts rapportent dans leur livre « Les années fragiles » publié en 2008, un suivi longitudinal de 340 octogénaires d'une cohorte formée entre 1910 et 1914. Ces personnes ont fait l'objet d'une visite chaque 12 à 18 mois et concluent à une très grande disparité de cette population, notamment sur le plan de la santé.

D'une manière générale l'ensemble de ces travaux permet de modaliser le parcours de vie de la vieillesse dans un schéma tripartite : une étape d'indépendance en santé relative, une étape d'indépendance avec la notion de fragilité et une étape de dépendance.

Cette notion de fragilité est, effectivement, très importante. On sait que le vieillissement se traduit par une diminution des possibilités physiologiques et psychologiques, sorte de réduction de l'homéostasie qui rend la personne âgée plus sensible et plus fragile aux agressions extérieures quel qu'elles soient. Cette période de fragilité s'intercale entre les personnes en très bonne santé et les personnes dépendantes mais n'est pas forcément liée à un âge chronologique, par exemple 80 ans aujourd'hui correspond à 70 ans, il y a quinze ou vingt ans. Cette fragilité est sans doute liée à des niveaux de santé différents et si cette période de fragilisation est l'attribut du grand âge, la question qui se pose actuellement est de savoir si cette fragilité est en relation avec la dépendance ou si elle y conduit obligatoirement.

Pour essayer de comprendre et de dépister cette fragilité il est important de mieux connaître les mécanismes et les conséquences du vieillissement, de reconnaître les maladies responsables de cette dépendance pour mieux les prévenir, les traiter le plus précocement possible et essayer de réduire les incapacités qui en résultent.

Le vieillissement est une étape physiologique au même titre que l'enfance,

l'adolescence et entendre dire, comme l'on dit parfois, que l'on va prévenir le vieillissement est non seulement une ineptie mais une impossibilité. Par contre agir contre les phénomènes qui peuvent altérer le bon déroulement du vieillissement est une démarche gérontologique positive et constructive.

Le vieillissement est différentiel ce qui est déjà une difficulté de son étude. Il est différentiel suivant le sexe, les conditions socio familiales, le niveau culturel mais aussi suivant les tissus. Tous les organes ne vieillissent pas de même façon par exemple le cristallin commence à vieillir très tôt, les sécrétions hormonales se maintiennent tout au long de la vie, les hormones sexuelles commencent à la puberté et ont une évolution différente suivent le sexe arrêt à la ménopause chez la femme et sécrétion beaucoup plus longue chez l'homme

On avait longtemps distingué trois étapes dans le déroulement de la vie, une période de croissance, une période de maturité et une période de déclin ou de décroissance. Or il n'existe que deux phases, d'ailleurs très imbriquées, une phase de croissance et une de décroissance à des rythmes et des temps très divers et on peut comparer ces deux périodes à une pièce de monnaie où croissance et décroissance se côtoient sans cesse au cours de la vie, comme par exemple après une fracture osseuse il existe une période de reconstruction.

Je ne veux pas entrer dans le détail des modifications de chaque tissu ou organe mais il faut rappeler que le fonctionnement de chacun est quasi normal avec seulement une limitation de ses possibilités d'adaptation. Cette réduction de l'homéostasie ou de l'équilibre explique que certaines maladies apparemment bénignes peuvent devenir plus graves chez le sujet âgé.

Je voudrais surtout insister sur les modifications neuropsychologiques et les modifications affectives avec l'âge.

La mémoire est une des plaintes les plus fréquentes avec l'âge. On peut schématiquement séparer deux types de mémoire :

- la mémoire à court terme, appelée aussi mémoire de travail. C'est la mémoire qui permet de se rappeler des informations de la vie quotidienne et qui permet à certaines informations de se fixer à plus long terme. Cette mémoire dépend de l'attention, des capacités sensorielles et est peu altérée avec l'âge, bien que la notion d'apprentissage soit plus difficile.
- La mémoire à long terme comprend deux types de mémoire, la mémoire déclarative et la mémoire non déclarative.
 - la mémoire déclarative ou explicite permet d'évoquer et de rappeler les souvenirs et on distingue la mémoire épisodique liée aux événements de la vie de chacun c'est la mémoire biographique souvent liée à des conditions temporelles qui est un peu altérée avec l'âge et la mémoire sémantique ou culturelle indépendante de la vie de chacun et qui est très peu altérée avec l'âge.
 - la mémoire non déclarative ou implicite, c'est la mémoire procédurale, des habitudes qui est très peu altérée avec l'âge

Ainsi la mémoire est dans l'ensemble peu altérée avec l'âge d'autant que les processus de rappel fonctionnent bien avec le temps.

Cette bonne conservation de la mémoire est importante à connaître car toute plainte mnésique doit être prise au sérieux et nécessite une consultation médicale adaptée.

Le langage est très peu altéré avec l'âge, la fluidité verbale étudiée par l'énoncé de mots d'un même groupe est conservée. Cela veut dire qu'un trouble du langage, perte du mot, mélanges des syllabes relèvent d'une pathologie qu'il faut savoir inventorier. Les autres fonctions sensorielles sont altérées par la maladie, la diminution de la vision est liée à une cataracte, un glaucome ou une dégénérescence maculaire, de même la perte de l'audition relève de pathologie de l'oreille moyenne ou interne. Certes on peut noter une presbytie ou presbycusis peut-être liée à des pathologies infra cliniques.

Le sens olfactif et gustatif est peu modifié avec l'âge. Le sens du toucher est totalement conservé ce qui permet de garder un moyen de communication lorsque le langage n'est plus possible.

L'âge modifie le sommeil avec une plus grande difficulté d'endormissement, des réveils plus fréquents et un sommeil profond diminué

Sur le plan psychologique, le vieillissement apporte peu de modifications, le comportement ne s'altère pas avec l'âge, simplement les traits de caractère peuvent être plus accentués ou plus aiguisés et toute modification du caractère doit alerter vers une maladie neuro-cérébrale ou psychiatrique. Il faut savoir devant des modifications importantes reconnaître les troubles du caractère qui ont pu être masqués tout au long de la vie les phénomènes du vieillissement. On entrevoit, ici, les difficultés de séparer les manifestations pathologiques rencontrées au grand âge, et c'est assez facile pour des troubles somatiques mais plus difficiles pour les troubles neuropsychologiques car cela suppose une parfaite connaissance du vécu et du comportement des personnes.

La vieillesse est encore une étape du développement de soi. Il existe des coupures sociales et je vais y revenir. Comme il existe une crise de l'adolescence, il existe une crise de la sénescence. Comme le rappelle Jacques GAUCHER si cette crise est ajournée elle aboutira soit à un effondrement total avec un risque dépressif ou déficitaire sorte de régression défensive soit et c'est ce qui est souhaitable à une nouvelle organisation psychique et curieusement c'est autour de la représentation de la mort que s'effectue cette réorganisation.

Chez le jeune, la mort représente une effraction de l'identité car il y a le fantasme de l'immortalité alors que chez le sujet plus âgé la perspective de la mort permet un bilan de vie qui peut parfois aboutir à de situations de regrets, de réalisations non faites ou au contraire aboutir à un investissement narcissique et l'investissement d'objets externes laisse la place à l'investissement d'objets internes d'où la consolidation du moi et le vieillard peut être heureux dans son environnement social.

Il est difficile d'évoquer le vieillissement sans parler de la sexualité du grand âge

qui se situe autour de 80-85 ans. On ne devient pas asexué avec l'âge. Si l'activité sexuelle génitale est difficile voire impossible avec le grand âge pour des raisons physiologiques mais aussi pour des raisons psychologiques ou sociales, car la sexualité est inconsciemment liée à la reproduction, il reste l'affectivité qui est l'autre versant de la sexualité. C'est envisager sa relation à l'autre mais c'est aussi tout le domaine de l'émotion, du plaisir, de la tendresse, de la joie ou de la souffrance.

Il est important de resituer les repères sociaux. On peut considérer le rôle social, au sens large, comme une zone intermédiaire entre l'individu et son environnement. L'individu, le moi le « je » correspond à la réalité intérieure et l'environnement à la réalité extérieure. Entre ces deux réalités se situent les rôles sociaux à travers lesquels l'individu communique avec le monde extérieur, espace intermédiaire que WINNICOT appelle espace potentiel.

Ce rôle social a deux fonctions principales, l'une d'échange et l'autre de protection. Par sa position intermédiaire le rôle social a valeur d'un véritable tampon permettant de réduire les chocs entre la réalité intérieure du sujet et sa réalité extérieure. C'est par ce rôle social que circule l'ensemble des informations. La perte de ces rôles avec l'âge perturbe gravement cette fonction de protection et d'échange. Cette perte concerne par exemple le rôle professionnel, le rôle parental, le rôle de conjoint

La part psychoaffective de ce rôle peut s'avérer efficace comme tuteur de la personnalité et si l'on veut éviter que le seul échange entre le sujet et l'extérieur soit représenté par la plainte médicale, qui va devenir alors le seul dialogue, il est capital qu'un réinvestissement narcissique puisse compenser l'importance des pertes.

La vieillesse n'est pas responsable de la dépendance qui est liée à une maladie aiguë ou chronique. Le mot dépendance porte en lui-même une certaine ambiguïté car la dépendance ou l'interdépendance peut concerner tous les âges de la vie et ce sont les premières années de la vie où la dépendance est la plus grande. Sans parler de la dépendance affective, sociale ou financière il est d'usage ou d'habitude d'utiliser ce mot pour la personne qui a besoin d'une aide pour réaliser les actes de la vie quotidienne, c'est en fait la perte de l'autonomie fonctionnelle. Par contre si la cause d'incapacité est congénitale ou liées à un accident ou maladie de l'adulte jeune, on parle de handicap. Actuellement et de manière encore arbitraire l'âge de 60 ans sépare les personnes handicapées et les personnes âgées.

Peut-on définir la vieillesse par un âge. Actuellement la plupart des données statistiques retiennent le chiffre de 75 ou 80 ans. Michel PIIILIBERT définissait la personne âgée comme une personne qui sait que le temps qui lui reste à vivre est plus court que le temps qu'elle a vécu. Cette notion de temps est importante car elle explique que la crise de la sénescence n'est pas forcément liée à l'âge de l'état civil.

On peut rappeler schématiquement qu'il existe deux sortes de temps : le temps chronométrique et le temps chronologique.

L'axe du temps chronométrique correspond à une organisation répétitive des rythmes et de leur ritualisation sans dimension directionnelle. Sur cet axe le déroulement du

temps est scandé par des répétitions : la nuit, le jour, les saisons, les repas et l'avancement en âge peut entraîner des modifications par exemple les insomnies modifient le rythme nyctémérale, les maladies peuvent altérer le temps des repas. L'axe du temps chronologique correspond à la succession d'évènements dont la périodicité a valeur d'organisation de ce temps chronométrique. Ce temps chronologique ou longitudinal a deux supports que sont le passé et l'avenir. Le passé est le repère stable constitué des vécus antérieurs organisés ou réorganisés en souvenir. L'organisation passée est à l'origine de l'organisation des attitudes futures. L'avenir est hypothétique c'est le lieu des souhaits, de la projection des désirs et il se construit en regard l'expérience antérieure qu'est le passé.

Entre ces deux réalités se construit le sentiment d'exister, de pouvoir dire « je » ici et maintenant parce ce que l'on a un passé et une expérience et un avenir et un projet.

Cette notion d'avenir, de projet ou d'investissement permet de passer correctement la crise de la sénescence et d'analyser lucidement son bilan de vie. D'une certaine manière ; la vie humaine est une succession d'activités qui est totalement différente de la notion de travail et la seule inactivité totale est très proche de la mort comme le rappelait Yves PELICIER.

Cette réduction d'activité et non pas la cessation d'activité est très angoissante car la notion de travail nous donne notre sentiment d'exister et nous confère un rôle et un statut. Cette restriction peut aboutir à l'isolement ou plus encore à la solitude car le vieillissement entraîne ou comporte une part importante de désinvestissement qui peut être affectif, intellectuel ou comportemental notamment par rapport à la maladie.

Ainsi le réaménagement psychique de la vieillesse nécessite une analyse correcte et lucide de son passé et permet de redéfinir de nouveaux investissements quel qu'ils soient et quel que soit l'âge.

Sans revenir sur le réseau familial je voudrais évoquer les relations ou les rencontres entre les parents âgés et leurs enfants. Une étude de l'INSEE de 1988-1989 montre que 15% des parents âgés en ménage ordinaire ne mentionne aucun enfant.

Dans cette population étudiée des personnes avec enfants, 57% à domicile et 62% en institution voient un enfant chaque semaine Une toute petite minorité voit un enfant quotidiennement.

Il est intéressant de comparer ces chiffres avec ceux publiés en 2006 lors d'une étude européenne, rapport SHARE sur la santé, le vieillissement et la retraite qui estime que plus de 40% des personnes âgées non dépendantes consacrent environ 4 heures par jour pour s'occuper des petits enfants, pourcentage qui dépasse 50% pour les états de l'Europe du Nord

Rappelons que 80% des personnes de 80 ans et 64% des plus de 90 ans vivent à domicile et l'âge d'entrée en institution se situe autour de 85 – 87 ans.

La politique de la vieillesse est relativement récente car c'est en 1962 qu'est publié le Rapport de la Commission d'Études des Problèmes de la Vieillesse. Ce document sera plus connu sous le nom de rapport LAROCHE. Ce rapport définit

ce que devrait être une politique publique et s'articule autour de trois axes : donner un minimum de ressources aux personnes âgées, envisager une retraite à la carte et favoriser le maintien à domicile.

Seul ce dernier point est discutable car il pensait que le maintien à domicile coûtait moins cher que l'institutionnalisation.

Sans entrer dans le détail des textes, circulaires, décrets, il faut rappeler les débats idéologiques autour des années 80-90 sur la dépendance et la prise en charge de la vieillesse. Les gériatres se sont attachés à démontrer l'importance des aspects médicaux avec l'âge alors que le monde politique, et socio-psychologique s'est acharné contre la médicalisation de la vieillesse. Pour ces derniers la dépendance relevait du monde social avec les conséquences financières que cela entraîne. La difficulté et la mauvaise prise en charge financière de la dépendance, ou 5^{ème} risque n'est que la conséquence de ce débat.

A partir des années 85-90 les personnes âgées deviennent un « gisement d'emploi » et on assiste à un télescopage des politiques de la vieillesse et des politiques de l'emploi.

Ces politiques de l'emploi sont marquées par 4 périodes : la création des services mandataires en 1987, le développement des emplois familiaux en 1991, le chèque emploi service expérimenté en 1994 et l'ouverture du marché des services à domicile aux entreprises à but lucratif. Si bien que depuis 2004 on ne sait plus très bien si c'est l'aide à la personne avec du personnel qualifié et formé qui est important ou seulement la création d'emploi.

En 2002 c'est la création de l'allocation personnalisée d'autonomie ou APA qui est à la fois une prestation et une sorte de solvabilisation individuelle, c'est la circulaire 2002-2 qui redéfinit les modes de prise en charge à domicile puis c'est la mise en place de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), en 2005, qui participe aux financements de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. C'est le double financement état et département dont une des réalisations pratiques et concrètes est la signature des Conventions Tripartites pour les établissements d'hébergement ou EHPAD.

Ainsi, à côté du niveau des retraites qui est un des aspects fondamentaux pour permettre aux retraités de mener une fin de vie décente, tant pour le logement, l'alimentation, les loisirs ou autres..., toute la politique gérontologique est articulée sur la notion de dépendance, donc de la maladie, avec d'une part son aspect médical de soins préventifs et curatifs et d'autre part sur la qualité de la vie avec le maintien des différentes possibilités mentales, intellectuelles, spirituelles ou créatives. Mais c'est aussi le débat entre le maintien à domicile et l'institutionnalisation avec la notion d'abandon ou non, de culpabilité ou non, de respect des volontés ou désirs de la personne âgée.

J'ai essayé de vous parler de la vieillesse sans vous parler de maladies, mais vous avez senti que malgré tout, la maladie avec son corollaire de la dépendance était omniprésente tout au long de mon exposé. Car la maladie ne permet pas le bon

déroulement de vie

Et je voudrais pour terminer vous citer deux maximes « celle de SENESQUE qui écrit « nous nous sommes fait une vie courte mais nous ne l'avons pas reçue telle » et celle de FEUCHTERSLEBEN ; qui dans son livre sur l'hygiène de l'âme dit « tout le secret de prolonger la vie, c'est ne pas l'abréger » .