

Prévention : mythe et réalité

Gilles Berrut,

professeur de médecine gériatrique, université de Nantes, chef du pôle hospitalo-universitaire de Gérontologie clinique, centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes, fondateur du Gérontopôle Autonomie Longévité des Pays-de-la-Loire.

Dire que la prévention est une nécessité afin d'améliorer la qualité de vie et de réduire les coûts de la prise en charge du vieillissement est une évidence qui s'impose à tous. Maintenant, derrière la banalité de cette proposition, plusieurs difficultés doivent être soulevées. Ainsi, il convient de rappeler l'importance de maintenir une cohérence entre les actions de prévention dans le champ social et la réduction des maladies chroniques. Il restera à discerner sur quels aspects du vieillissement une action sociale participe de ce bien vieillir. Ceci interrogera sur la cible de prévention de la perte d'autonomie qui a été assignée par le législateur aux conseils départementaux. La perte de l'autonomie est-elle une manière de parler de la dépendance ou d'évoquer la place d'une personne dans la société, sa citoyenneté et sa dignité ?

Prévention dans le champ social, une démarche partenariale

La participation des personnes âgées à la mise en œuvre des démarches d'inclusion sociale était, il y a encore peu de temps, une position marginale. En effet, la personne âgée est vue comme celle qui reçoit de l'aide, pour laquelle nous devons avoir une solidarité et qui représente un coût pour la société. Or, l'amélioration sans précédent de la santé, la

longévité en autonomie (nous rappelons que seules 17 % des personnes de plus de 80 ans sont dépendantes, ce qui exprime que 83 % ne le sont pas), l'amélioration du niveau de vie et, pour une part d'entre elles, la possibilité d'avoir un capital de leur travail ont changé radicalement le positionnement de l'avancée en âge dans les préoccupations sociales. De plus, les projections démographiques indiquent que le nombre des plus âgées d'entre elles (les plus de 75 ans) va augmenter de 115 % dans les vingt années à venir ; ce qui, en d'autres termes, ajoute à la modification de la qualité de vie, une forte représentativité dans la société et, donc, un retentissement sur toutes les autres générations en termes d'aide, mais aussi en termes d'emploi, voire de croissance économique. Ainsi la question de l'âge sort de ses territoires traditionnels de l'aide et de la protection pour intégrer le champ de la participation sociale, de la représentation démocratique, du dialogue politique au sens d'une cité qui s'inscrit dans la promotion de l'inclusion sociale.

En parallèle du dynamisme de ces perspectives, il ne faudrait pas que le changement de paradigme soit déséquilibré en mettant le focus sur une partie de la population préservée des personnes âgées, même si elle est importante. Ce serait alors oublier les réalités suivantes :

- la fragilité du lien social,
- la difficulté de se sentir participant,
- le fait de subir les conséquences d'une précarité sociale tout au long de la vie – en particulier pour les femmes ;
- la pénibilité d'une altération de santé dont la fréquence s'accroît avec l'avancée en âge.

En complément de l'approche sociale qui est exposée dans ce numéro, il convient sans doute de rappeler

le lien entre action de promotion sociale et action de la promotion de la santé.

Un objectif : la compression de morbidité

Le cadre général dans lequel s'inscrit la promotion en santé, lorsque l'on aborde le vieillissement de la population, est dominé par la gestion personnelle et surtout collective des maladies chroniques. Pourquoi aborder les maladies chroniques à l'occasion de l'intervention sociale ? Ces maladies sont les pourvoyeurs des altérations qui vont modifier la trajectoire sociale au cours du vieillissement, passant d'un vieillissement au cours duquel la personne conserve son autonomie à un vieillissement dominé par les aspects de santé et freinant largement les capacités de participation sociale.

Les schémas de compréhension du vieillissement de la population par les maladies chroniques sont à l'origine des concepts de prévention pour le bien vieillir. Plusieurs modèles montrent que, si l'on retarde la survenue d'une maladie chronique, on peut enrayer dans un deuxième temps l'augmentation de la sévérité de la maladie et créer les conditions d'un vieillissement de meilleure qualité. Et dans certains cas, le fait de retarder ainsi la survenue d'une maladie chronique aura pour effet de prolonger l'espérance de vie, en empêchant ainsi la survenue des complications et en permettant une amélioration du niveau de qualité de vie au grand âge. Ce sont les théories de compression de morbidité [1] ou de rectangulation des courbes de survie [2]. Ces théories orientent vers une réflexion où l'action pour retarder les grandes maladies chroniques de manière efficace et sur des cibles démontrées peut, à l'échelle de l'ensemble

de la population, réduire ou stabiliser le nombre global de personnes porteuses des complications de ces maladies, et ce malgré l'augmentation du nombre de personnes âgées.

Dans une période particulière de l'histoire, à la veille d'une formidable croissance du nombre de personnes les plus âgées, on conçoit que l'État et l'ensemble des collectivités doivent œuvrer dès maintenant à créer les conditions de prévention qui permettront non seulement de diminuer le nombre de personnes subissant les effets des maladies, mais également de contenir les coûts pour pérenniser le système de protection et de solidarité sociale en santé. Ainsi, la politique du bien vieillir et la prévention en santé ne peuvent être structurées qu'autour de la notion de compression de morbidité. Il est important de ne jamais oublier cette dimension. En effet de plus en plus, l'on constate que des actions de prévention pour le bien vieillir occultent les dimensions sanitaires de prévention des maladies chroniques. On observe même, dans certaines régions, que les agences régionales de santé tentent de reporter les coûts de la prévention pour les plus âgés sur les conseils départementaux, quitte à n'être que les spectateurs de ce qui se décide dans les conférences départementales pour l'autonomie. Mais, au regard de l'importance de la prévention sociale pour un bien vieillir et d'un nécessaire accompagnement des personnes tout au long de leur trajectoire de vie, il convient de créer les conditions pour que politique de promotion sociale et promotion en santé d'un bien vieillir soient associées. À l'inverse, la possibilité qu'une action à caractère social puisse avoir un impact sur la qualité de vieillissement d'une population est clairement affirmée. La qualité de la participation aux démarches de dépistage de certaines pathologies, l'observance médicamenteuse et la qualité du suivi sont largement favorisées par la qualité de la participation sociale de la personne âgée.

La prévention de la perte d'autonomie

La prévention de la perte d'autonomie, qui est dans ce cas synonyme de prévention de la dépendance, est

devenue une mission confiée aux conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, par la loi d'adaptation de la société au vieillissement. C'est un axe majeur de l'action que le législateur a confié aux conseils départementaux. Pour prévenir la dépendance, il faut s'interroger sur la cause de la dépendance. C'est cette question pourtant essentielle qui a été mise de côté depuis la naissance du concept de dépendance dans la loi française et le vote de la prestation spécifique dépendance en 1997, qui deviendra, à partir de 2002, l'actuelle allocation personnalisée pour l'autonomie (APA). En effet, le concept de dépendance est volontairement inscrit dans le champ social. Les raisons en sont nombreuses et reflètent plutôt un mélange de positionnements entre d'une part le souhait d'intervention des conseils départementaux, qu'il était alors de bon ton d'interroger quant à leur existence, et d'autre part le manque d'intérêt flagrant des médecins pour cette question. Or, à quelques rares exceptions près, la dépendance des personnes âgées est très largement due aux troubles cognitifs.

Mais il faut tout de suite s'expliquer sur ces troubles. En effet le plus souvent, les altérations cognitives – qui sont prises en compte lors d'un diagnostic neurologique ou dans la communication que l'on fait autour de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées – sont les troubles instrumentaux, au premier rang desquels ceux de la mémoire. Ce focus mis sur les troubles instrumentaux s'explique par le fait que leur examen par les neuropsychologues, les médecins gériatres et neurologues, dans le cadre d'une consultation mémoire, permet d'établir le diagnostic précis de la maladie. Mais il existe également des troubles dysexécutifs. Ceux-ci sont soit dus, majoritairement, chez les personnes âgées à des lésions, souvent de petites dimensions, situées dans les régions profondes du cerveau et qualifiées donc de sous-corticales. Or, ce qui caractérise le vieillissement usuel, y compris en dehors d'une maladie neurologique spécifique du cerveau, ce sont les troubles exécutifs d'origine sous-corticale. La cause essentielle de ces troubles est

la présence d'une hypertension artérielle qui intéresse, nous le rappelons, la majorité des personnes âgées de plus de 70 ans. Mais il existe d'autres causes, parmi lesquelles le diabète, et bien sûr de nombreux facteurs non modifiables (âge, sexe, polymorphismes génétiques courants, etc.). À l'échelle d'une population, on peut retenir que la caractéristique essentielle de la modification du fonctionnement intellectuel des personnes âgées est la présence de ces troubles dysexécutifs [3]. Or, ces troubles sont une sorte de plaque tournante qui interviendra non seulement sur les opérations mentales dites intellectuelles, mais également sur la manière de fonctionner au niveau psychologique, somatique avec les troubles de l'équilibre et l'augmentation du risque de chute et bien sûr, dans le champ social, avec une moindre compétence à participer aux activités sociales, à intervenir auprès des autres personnes, à s'adapter et à acquérir de nouveaux apprentissages. Ce champ important est parfois appelé cognition sociale [4]. Si les fonctions exécutives sont des effecteurs qui vont donner les moyens de construire de la pensée, du mouvement et des interactions avec l'environnement, ce sont également de formidables récepteurs qui nous permettent de connaître notre environnement, d'apprécier une ambiance. Ce sont ces fonctions exécutives qui transmettent les informations permettant de percevoir l'aspect mobilisateur de l'empathie ou au contraire inhibiteur d'une ambiance hostile. Ainsi, ces troubles dysexécutifs vont faire le lit de notre difficulté, voire de notre incapacité à réaliser les activités de la vie quotidienne et donc le lit de la dépendance. La relation est simple : prévenir les affections qui altèrent la partie sous-corticale du cerveau, préserver les fonctions exécutives et de la sorte prévenir la dépendance.

Fonctions cognitives effectrice et réceptrice : un moyen d'agir

Mais ceci est incomplet. Comme nous venons de le voir, ces fonctions exécutives sont également des récepteurs. Dès lors, chez les personnes fragiles, permettre un environnement favorable, non hostile,



© Cécile Withan

voire empathique, limiter les mises en danger, limiter les situations qui imposeraient des adaptations rapides, permettre une meilleure utilisation des fonctions exécutives restantes sont autant d'objectifs pour les interventions de prévention dans le champ social. À un stade précoce ou avant que ces lésions ne soient installées, et donc dans le champ de la prévention du bien vieillir, permettre de fortes interférences sociales, faciliter de nouveaux apprentissages, aider la personne à s'adapter deviennent des moyens de prévention par la préservation, en amont de ces fonctions exécutives avant qu'elles ne s'altèrent et créent les conditions de la fragilité.

Par conséquent, selon ce que l'on entend par prévention, on se situera d'une part dans la stimulation à un stade de prévention du bien vieillir, d'autre part dans l'adaptation de l'environnement si la personne se trouve dans une situation de fragilité ; ceci afin que les troubles dysexécutifs dont elle souffre aient l'impact le plus limité sur sa vie sociale. Dans les deux cas, le socle de cette prévention à caractère social doit être associé à une prévention en santé pour la lutte contre la survenue des grands facteurs

de risque cérébraux ; ces derniers, par les lésions qu'ils engendrent, accélèrent en effet de façon importante les atteintes cognitives.

Évidemment, le manque de clarté de la sémantique n'aide pas : l'habitude prise de parler d'autonomie lorsque l'on parle de dépendance n'est pas pour faciliter le débat. Si encore l'on précisait que l'on évoque l'autonomie fonctionnelle, on pourrait s'y retrouver dans le jeu de miroir. L'autonomie est la caractéristique philosophique de la dignité du citoyen et sa reconnaissance dans ses droits, toute action visant à la préserver est favorable aux personnes concernées, au-delà de la question de la compression de morbidité.

Dans ce contexte, il est urgent que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) fournisse des repères de bonnes pratiques aux conférences des financeurs pour la prévention de la perte d'autonomie et que l'État rappelle aux agences régionales de santé le devoir de la politique de prévention pour un bien vieillir, afin que l'efficacité soit au rendez-vous de la formidable mobilisation qu'a permis la loi d'adaptation de la société au vieillissement. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Fries J. Aging, cumulative disability, and the compression of morbidity. *Comprehensive Therapy*, décembre 2001, vol. 27, n° 4 : p. 322-329.
- [2] Robine J.-M., Michel J.-P. Looking forward to a general theory on population aging. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 2004, vol. 59A, n° 6 : p. 590-597. En ligne : http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Robine_JGerontol_2004-3278717698/Robine_JGerontol_2004.pdf
- [3] Fortier J., Besnard J., Allain P. Social cognition in normal and pathological aging. *Gériatrie et Psychologie : Neuropsychiatrie du vieillissement*, décembre 2016, vol. 14, n° 4 : p. 438-446. En ligne : http://www.jle.com/download/gpn-308601-la_cognition_sociale_dans_le_vieillissement_normal_et_pathologique--WoqV1n8AAQEABfrd@QAAAAJ-a.pdf
- [4] Calso C., Besnard J., Allain P. Normal aging of frontal lobe functions. *Gériatrie et Psychologie : Neuropsychiatrie du vieillissement*, mars 2016, vol. 14, n° 1 : p. 77-85. En ligne : http://www.jle.com/download/gpn-306734-le_vieillissement_normal_des_fonctions_cognitives_frontales--WoqXLn8AAQEAACTbz0AAAAE-a.pdf