

UCL - RESO
Unité d'Education pour la Santé



*Les personnes âgées et leur santé :
Besoins, représentations,
comportements, ... (2^{ème} partie)*

D. DOUMONT
Fr. LIBION
A. DECCACHE

Juin 1999
Réf. : 99-03

Série de dossiers documentaires

avec le soutien de la Communauté française de Belgique



Table des matières

1. Introduction
2. Identification des besoins, des représentations, des comportements de santé des personnes âgées
3. Perceptions et représentations des personnes âgées
4. Représentations, attitudes d'autres catégories de personnes vis à vis des personnes âgées
5. Propositions, actions, programmes mis en place et évaluations
6. Conclusions
7. Bibliographie

UCL-RESO Dossier technique 99-03

Les personnes âgées et leur santé : besoins, représentations, comportements...

Dominique Doumont et France Libion¹

Unité RESO, Education pour la santé, Faculté de Médecine, Université Catholique de Louvain

1. Introduction

Un premier dossier documentaire (24) concernant les personnes âgées avait été réalisé par l'unité RESO en avril 1999.

Il se proposait principalement de relever les besoins de santé rencontrés par les personnes âgées.

Le présent dossier se propose quant à lui de clarifier ces besoins et d'examiner les différentes propositions, actions et/ou programmes déjà mis en place.

Quelques définitions ...

Que nous soyons démographes, épidémiologistes, politiciens, gérontologues, professionnels de santé ou éducateurs pour la santé, vouloir définir à tout prix les personnes âgées pose problème à tout un chacun qui s'y essaye.

La langue française regorge de termes pour désigner les personnes âgées : les jeunes vieux, les vieux, les vieux vieux, les seniors, le 3^{ème} âge, le 4^{ème} âge,...

« **Personnes âgées** » : adultes matures en continuel devenir et confrontées à des périodes de crise tout comme les adolescents et les enfants ; crise qui d'ailleurs pour X. LEROY (11) comporte trois dimensions : la crise d'identité, rapport à soi-même et aux valeurs, la crise d'autonomie, rapport à la satisfaction des besoins et la crise d'appartenance, rapport à la société et au courant même de la vie.

Selon B. ENNUYER (12), le label « Personne âgée » est apposé selon l'âge des individus. Ainsi, artificiellement, catégorise-t-on et fabrique-t-on l'objet « Personne âgé » (p14). Ce même auteur signale qu'une telle vision de ce groupe de personnes à travers « l'unique variable de l'âge ... impose l'idée ... d'un groupe sociologiquement homogène et, de plus, un groupe à risques ayant globalement des problèmes identiques, des problèmes de personnes âgées » (p15).

On peut également parler **de personnes du 3^{ème} ou du 4^{ème} âge** : terme un peu fourre-tout, très à la mode, qui concerne aussi bien les personnes âgées de 60 ans que les personnes de 80-90 ans et où la société a tendance à pointer du doigt toutes

¹ L'analyse des publications a été réalisée par D. Doumont, A. Deccache, C. Van Cangh, F. Libion, Ph. Meremans (Unité Reso-UCL)

Dossiers techniques du RESO : série de dossiers réalisés à la demande d'institutions de promotion de la santé, sur des questions d'actualité, de pratiques et visant à faire le point sur les publications sur le sujet.

les connotations négatives liées au vieillissement (inactivité ou activité essentiellement récréative, isolement social, démence, sénilité,...).

Pour A. WATTIEZ-MANGELINCKX ⁽¹³⁾, le terme « **senior** » fréquemment utilisé par les médias dans de nombreux magazines « ... nous renvoie l'image d'un aîné dynamique, en pleine santé, faisant du jogging, avant de se rendre à son service de bénévolat, conduisant ses petits enfants à l'école ou entreprenant des voyages. » (p73).

Quant aux « **aînés** », terminologie à connotation jugée plus positive, ce sont eux qui guident, qui bien souvent montrent la route aux autres membres de la société de par leurs expériences de vie riche. Cette notion montre la place et le rôle qu'ils occupent dans notre société actuelle : rôle de partage d'expériences, de savoir, de sagesse mais aussi capacité d'apprendre , de comprendre, d'agir et d'échanger...

J-J. AMYOT relève qu'il existe une confusion , un amalgame entre vieillesse et vieillissement ⁽¹⁴⁾. Cet auteur définit le vieillissement comme « un processus qui se poursuit toute notre existence » et la vieillesse « comme un état qui se constate » (p10).

Quoiqu'il en soit et quelle que soit la typologie préférée par les uns et les autres, les différents auteurs cités dans le cadre de ce dossier montrent qu'il est important de ne pas penser que toutes les personnes âgées se ressemblent, que leur âge chronologique les fait incontestablement rentrer dans une même et unique catégorie et que dès lors elles auraient les mêmes attentes, les mêmes besoins.

A propos de l'Echantillonnage ...

Ces mêmes auteurs proposent un échantillonnage (nombre et tranche d'âge) assez varié.

En voici l'illustration :

	n	tranche d'âge étudiée	tranche d'âge la plus représentée
Viverais-Dresler (8) Entretien Questions ouvertes qualitatif	36	65-92 ans	75 ans et plus
Kocken (9) Groupe expérimental Groupe contrôle Analyse multivariée (T0,T1,T2)	-	55-79 ans	
Raphaël (10) Questionnaire (eval. quant) Qualit. 12 groupes seniors	205		Moyenne : 73 ans Déviation : +-7 ans

Palmer (4)		> à 65 ans	
Ferrini (6)	1032 H	50-89	Moyenne : 70,6
Enquête par Questionnaire	1394 F	50-89	Moyenne : 71,3
Fox (7)	237	à partir de 60 ans	
Etude comparative 2 groupes	Bas revenu 1 ^{ère} participation programme de prévention		
Deccache (15)	400 Malades chroniques		
		60-70	27 % de l'échantillon
		70-80	17,3 %
		80-90	1,5 %
		60-80	45%
Ankri (18)	2287	< à 60 ans > à 60 ans ≥ à 70 ans	
Cote (21)	15 F se considérant en bonne santé 15 F vieillissantes avec problème chronique identifié		
Protin (25)		par tranche d'âge de 5 ans	
Enquête/sondage à domicile, questionnaire			
Brorsson (22)	327 F	70-98 ans	
Analyse descriptive et multivariée			
Backett (19)			
Etude comparative par entretien qualitative			
Gruber (27)	600	50 à 65 ans	
recherche comparative entre 2 groupes	100 médecins		
Crosp (16)		60-64 ans 65-69 ans 70-74 ans 75-79 ans 80-84 ans 85 ans et plus	
Van den Heuvel (26)	192	plus de 55 ans	
Enquête par questionnaire et entretien			
Grand (20)	470	65 ans et plus	
Enquête par questionnaire			

Au vu de ces différentes sélections, nous nous proposons de retenir les 60 – 74 ans comme public cible et faisant l'objet de plus d'attention dans la littérature sélectionnée.

Notons toutefois la classification (sur base chronologique) proposée par l'O.M.S. (in AMYOT J-J. p. 10)

- personnes d'âge moyen : 40-59 ans
- **personnes âgées : 60-74 ans**
- vieillards : 75-90 ans
- grands vieillards : plus de 90 ans

2. Identification des besoins, des représentations, des comportements de santé des personnes âgées.

Au travers de l'analyse des besoins, des représentations, voire des comportements de santé, essayons de mieux cerner les personnes âgées.

J-CI. HENRARD ⁽³⁾ définit la vieillesse selon **un critère d'utilité sociale**.

Cette vision donne au vieillissement social l'image d'une succession de changements comme le rôle familial, la profession, la santé, les revenus financiers, la relation sociale ⁽³⁾.

Le niveau économique et/ou social influence la santé et donc le vieillissement.

A. MIZRAHI ^(in 3) évoque des **facteurs de fragilité sociale** ou **familiale** comme le fait de disposer de revenus bas, avoir un faible niveau d'instruction, ne pas avoir une couverture médicale suffisante, être veuf, divorcé,

R. ANDERSON ⁽²³⁾ associe l'état de santé des personnes âgées , non pas comme une fin en soi, mais comme étant la résultante de comportements antérieurs de santé.

Dans la littérature gérontologique, la qualité de vie se définit souvent au travers d'indicateurs ou de déterminants tels que :

- la perception de l'état de santé par les aînés
- la qualité du sommeil
- l'absence de pathologie invalidante
- l'impact de la maladie

D. RAPHAEL, et al ⁽¹⁰⁾ définissent la qualité de vie selon 3 principes :

- a) les composants de la qualité de vie sont les mêmes pour toute personne âgée ou jeune, bien portante ou malade
- b) elle doit inclure les dimensions physiques, spirituelles, psycho-sociales et environnementales
- c) la dimension d'auto-contrôle et les opportunités éventuelles sont également des composantes à prendre en compte.

Ces mêmes auteurs ont développé un instrument de mesure , validé, de la qualité de vie, les auteurs prennent en compte les aspects physiques, psychologiques et spirituels.

Vieillir aurait aussi une signification différente pour les femmes et pour les hommes. M. GOGNALONS-NICOLET (in 3) introduit l'idée d'une « **double norme de vieillissement** » .

J-CI. HENRARD (3) soutient que les femmes « très âgées » seraient d'ailleurs plus vulnérables que les autres catégories de personnes âgées. Elles vivent souvent seules (veuvage) ou alors s'occupent de leur conjoint fort malade, tout en souffrant elles-mêmes de graves invalidités. Celles-ci ont généralement des revenus limités (peu ou pas de carrière professionnelle derrière elles). Le mode de vie mais aussi les conditions de logement sont largement influencées par l'accessibilité aux ressources financières et conditionnent fortement leur état de santé.

M. GOGNALONS -NICOLET et al. (in 3) se sont demandés comment les différentes expériences de vie (situation familiale, profession, niveau socio-économique,...) pouvaient influencer la santé et comment tous ces protagonistes percevaient, exprimaient et se comportaient face à « ... la perte de santé et l'entrée dans un processus de maladie... » .

De cette enquête réalisée en Suisse en 1992-1993 ressort différentes informations.

1°) Pour les 40 – 64 ans, on assisterait à une **féménisation de la pauvreté** suite par exemple aux situations de séparations, de décès du conjoint, de perte d'emploi,... Ces situations sociales précaires seraient à l'origine d'une mauvaise santé physique et psychique. Les femmes seraient nombreuses à vivre cette situation, situation qui serait exacerbée par le manque de qualification, la faible éducation scolaire, le peu de ressources financières. Les femmes au foyer expriment souvent une mauvaise santé.

Cependant , à situation égale, les **hommes** se disent au moins **aussi malades** que les **femmes**.

Lorsque les auteurs évoquent les comportements de santé, l'enquête révèle une plus grande « **consommation médicale féminine** », le public privilégié des grandes campagnes de prévention et de dépistage reste essentiellement féminin (campagne de prévention cancer du sein, cancer du col,...).

A noter une donnée intéressante, si le public féminin participant le plus régulièrement à des campagnes de prévention et de dépistage est essentiellement un public « éduqué et qualifié » ; parmi les hommes consultants, l'on retrouve plutôt un public « pauvre ».

Dans cette même tranche d'âge, les facteurs sociaux seraient plus facilement responsables des problèmes de santé que les facteurs d'âge chronologique et biologique.

2°) Après 75 ans, voire 85 ans, les facteurs d'usure biologique deviendraient alors prépondérants.

Quant à l'évaluation « négative » de leur santé, les femmes constateraient une augmentation des états de mauvaise santé à partir de 55 ans et au-delà de 85 ans ; ces états de mauvaise santé se remarqueraient plus tardivement auprès des hommes : vers 65 ans avec une stabilisation après 75 ans.

Dans les deux cas de figure, le faible niveau socio-économique expliquerait davantage les jugements négatifs que le sexe biologique.

Le contexte social reste donc intimement lié aux images négatives de santé. Par contre, lorsque l'on fait appel aux **troubles corporels** (morbidité ressentie), on note une variation suivant le sexe : les femmes se plaignent davantage, expriment leur douleur, leur trouble. (5).

Voici quelques exemples illustrant cette notion « de double norme de vieillissement » :

- Une étude réalisée en 1994 en Californie par R. FERRINI et al. (6) démontre que le « grand âge » ne diminue en rien la **relation** entre les **comportements de santé** et les **croances en santé** et que les personnes âgées véhiculant des croyances positives sont celles qui adoptent le plus facilement des comportements favorables de santé.

Cette étude révèle aussi des inégalités entre les sexes.

La personne âgée de sexe féminin adopte des attitudes plus favorables à sa santé (régime alimentaire équilibré, pratique d'exercices physiques, lecture abondante,...).

- Les 50 – 69 ans qui ont été interrogés font état de plus d'attitudes de prévention positives (avec notamment des changements d'ordre alimentaire ou la pratique d'exercices physiques) que les autres répondants (70 – 89 ans). Cette dernière tranche d'âge (70 – 89 ans) serait plus confuse quant à « ... ce qu'il faut faire pour rester en bonne santé ... ». Toutefois, les auteurs précisent également que lorsque les « plus jeunes » n'adoptent pas des attitudes favorable de santé, c'est surtout par manque de motivation !

L'adoption de comportement favorable à la santé serait étroitement liée au vécu antérieur de maladie (et plus particulièrement dans le cadre de maladie chronique) mais également au degré de fréquentation des services de santé ; favorisant ainsi leur participation à divers programmes de santé (7).

E. HEIKKINEN (2) fait état **de risques évitables** qu'ils soient strictement environnementaux et/ou liés au style de vie, risques induisant des dommages physiologiques qui augmentent ainsi le risque de vieillissement et de maladie.

En résumé, la vieillesse est donc vécue différemment suivant le **sexe**, la **tranche d'âge** à laquelle on appartient, le **contexte socioculturel** dans lequel on évolue.

3. Perceptions et représentations des personnes âgées

Mais comment les personnes âgées se perçoivent-elles ?

Lors d'un séminaire organisé en Angleterre en 1994 (4), les **besoins** des personnes âgées avaient été identifiés. Ils concernaient principalement une meilleure adaptation du logement, la gratuité des transports en commun, l'accès à l'éducation, aux loisirs, à la télévision et aux soins adéquats. Quant aux ressources financières, celles-ci devraient être mieux adaptées. En effet, le manque de moyens financiers

est vécu avec d'autant plus d'acuité que la personne âgée est isolée, marginalisée et manque de mobilité.

Retenons aussi que beaucoup de personnes âgées souffrant de maladies diverses, parfois fort invalidantes, s'estiment toutefois être « en santé ».

A. DECCACHE ⁽¹⁵⁾ en 1994 a travaillé auprès d'un échantillon de 400 patients atteints de maladies chroniques dont l'âge moyen atteint 53,8 ans (+/- 17 ans).

Cette recherche révèle que « ... contrairement aux représentations que les soignants semblent véhiculer en général, et qui situent le discours et la santé sur le plan de la maladie (discours de traitement et de prévention , référence permanente à la maladie), les patients, même atteints de maladie(s) chronique(s) font encore surtout référence à la santé (positive) : seuls 10% évoquent leur état de santé uniquement en terme de maladie et 48 % en parlent principalement. 42 % des patients se situent sur un registre exclusif ou principal de santé ». Ce même auteur a également exploré les représentations de la santé sous l'angle « nature de la santé : état (être), capital (avoir), action (faire) ». Pour les personnes interrogées, « la santé-état, (bien) être, est majoritaire, avec 50 % des choix (39 % choisissant exclusivement la santé-être). La santé considérée comme un « bien », un avoir, un capital hérité, suit avec 39 % alors que la santé-action rassemble 19 % des choix principaux.... » (p243).

Une récente enquête de santé ⁽¹⁶⁾ réalisée en Belgique en 1997, montre que le pourcentage de personnes estimant que leur **état de santé** n'est **pas satisfaisant** évolue avec l'âge. Ce taux s'élève à 10 % avant 35 ans pour enfin atteindre 55 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

Une **aggravation** perçue de **l'état de santé** durant la dernière année de vie est plus saillante dès l'âge de 65 ans.

A noter que cette perception subjective de la santé varie suivant les régions : 25 % de Bruxellois, 27 % de Wallons et 18 % de personnes issues de la région néerlandophone estiment ne pas être satisfaites de leur état de santé. Ces différences subsistent après standardisation par âge, sexe, niveau d'éducation , revenu équivalent et consommation de tabac.

La "**santé subjective**" ... « a une relation étroite avec les chances de survie ...constitue un prédicteur de morbidité , du statut fonctionnel, de l'invalidité et de la consommation de soins... » ⁽¹⁶⁾.

Toutefois, comme le faisait remarquer un groupe d'experts de l'O.M.S. réagissant par rapport au concept de « nature subjective de l'autoperception de la santé.

« ... Si un mauvais état de santé s'avérait n'être qu'une impression subjective, alors leur état de santé ne serait pas amélioré par des mesures sanitaires supplémentaires. Il se pourrait cependant qu'il soit possible d'améliorer la perception de leur santé à l'aide par exemple , de mesures sociales supplémentaires... » ⁽¹⁷⁾.

Rappelons enfin que la santé subjective est "...un indicateur de choix du monitoring de santé et de qualité de vie, indicateur repris dans l'objectif 2 de la stratégie de l'O.M.S ...". ⁽¹⁶⁾.

L'**autoperception** de la **santé** est souvent évaluée par rapport à l'état de santé d'autres personnes du même âge, parfois aussi, la comparaison s'effectue avec leur propre état de santé antérieure. (17).

Mais qui d'autre peut le mieux évaluer son état de santé que la personne elle-même ?

Un sondage réalisé en 1992 en France par le CREDOC (18) a permis d'élargir un peu nos connaissances sur les perceptions que les personnes âgées ont de leur propre santé et de la santé en général.

- De cette enquête, notons que 84.5 % des personnes interrogées pensent que par rapport aux autres personnes interrogées de leur âge, leur état de santé est « très satisfaisant » ou « satisfaisant ». Cependant, si on compare les moins de 60 ans et les plus de 60 ans, on note que les plus âgés se considèrent en moins bon état de santé que les gens de leur âge ou les plus jeunes. Cette différence s'accroît encore avec l'âge. A noter que les réponses apportées varient également avec le « vécu » du moment ... de la personne interrogée.

Fig 1 : appréciation de l'état de santé par rapport aux gens de son âge (en pourcentage).

	< à 60 ans	> à 60 ans	dont >ou= à 70 ans
très satisfaisant	26	15	17
satisfaisant	61	62	54
peu satisfaisant	8	18	21
pas satisfaisant du tout	4	6	8
Effectifs N	1506	524	257

Source : CREDOC/HCSP, 1992.

Pour une grande partie de la population étudiée, être en bonne santé signifie pouvoir être libre de faire ce que l'on veut ...

Fig. 2 : thèmes représentant la bonne santé (en pourcentage).

	< à 60 ans	> à 60 ans	dont >ou= à 70 ans
faire ce qu'on veut	82	73	71
vivre vieux	62	56	57
ne pas souffrir	55	62	57
ne pas consulter	40	38	32
ne pas être malade	63	64	66
prendre plaisir à la vie	87	83	88

Effectif N	1506	524	257

Source : CREDOC/HCSP, 1992.

Cette recherche s'est également intéressée aux « retentissements » de la bonne santé sur la vie quotidienne.

Fig. 3 : capacités dont l'accomplissement signifie bonne santé (en pourcentage).

	< à 60 ans	> à 60 ans	dont > ou= à 70 ans
travail	71	41	36
sport	59	18	12
nourriture	66	41	42
déplacement hors du logement	79	49	39
déplacement dans le logement	88	72	64
Effectif N	1506	524	257

Source : CREDOC/HCSP, 1992.

Les facteurs d'amélioration d'un état de santé sont également envisagés.

Un seul facteur semble évoluer avec l'âge : l'aménagement et le confort du logement , reconnu par 38 % des personnes âgées de moins de 60 ans comme facteur d'amélioration de la santé le devient pour 48 % des plus de 60 ans.

A noter toutefois que le nombre de médecins ne semble pas être considéré comme un facteur d'amélioration de santé.

Fig. 4 : les facteurs d'amélioration de la santé (en pourcentage).

	< à 60 ans	> à 60 ans	dont >ou= à 70 ans
nombre de médecins	10	8	9
confort du logement	38	48	54
conditions de travail	35	33	31
consommation alcool/tabac	80	85	85
alimentation équilibrée	87	89	89
pollutions réduites	86	83	63
recherche médicale	76	82	81
Effectif N	1506	524	257

Source : CREDOC/HCSP, 1992.

J. ANKRI et J-C. HENRARD ⁽¹⁸⁾ concluent suite à cette enquête que les Français interrogés sont « assez satisfaits » de leur état de santé et qu'ils ont une « vision positive » de leur santé et que « ... leur conception passe par quatre logiques , les habitudes de vie, l'amélioration de l'environnement physique, le fait d'avoir un travail, la recherche biomédicale... et que dans l'ensemble les plus de 60 ans ont un système de perceptions assez voisin de celui de l'ensemble de la population... ».

K. BACKETT et al. ⁽¹⁹⁾ signalent une variation de comportements et des représentations de santé en fonction des âges, les priorités se différenciant avec l'âge. Leur étude évoque le contexte parfois inapproprié dans lequel le comportement de santé s'inscrit . La pratique d'un sport dit dangereux, la conduite d'un véhicule à grande vitesse sont autant d'attitudes parfaitement « tolérées » si pratiquées par un public « jeune » ; elles seront jugées inappropriées, voire inacceptables si réalisées par des personnes plus âgées. « Brûler la chandelle par les deux bouts » pour accéder à une promotion sociale est valorisé par la personne plus jeune (impact positif pour sa carrière professionnelle) mais sera considéré comme source de stress inutile et préjudiciable pour la santé par une personne plus âgée.

A. GRAND et al. ⁽²⁰⁾ ont travaillé sur un échantillon de 470 personnes âgées de plus de 65 ans, représentatif de la population âgée de 5 cantons ruraux de Haute-Garonne. L'enquête réalisée portait notamment sur les représentations et les pratiques de santé des personnes âgées.

Différentes dimensions ont été individualisées dans la perception que les personnes âgées ont de leur état de santé.

Fig. 5 : représentations de la santé

Dans le pourcentage des personnes qui se disent privées par leur problème de santé, une sous-distinction a été établie. La figure 6 nous précise ses différentes distinctions.

Fig. 6 : pourcentage de personnes âgées se déclarant limitées ...

- par rapport au travail ou aux activités quotidiennes	45,7 %
- pour faire le jardin	10,4 %
- pour marcher, sortir, se promener	21,7 %
- pour communiquer	6,5 %
- par rapport aux loisirs	9,1 %
- par rapport au régime alimentaire	6,5 %

Source : Laboratoire d'épidémiologie, Economie de la Santé et Prévention – Faculté de Médecine – Toulouse, 1989.

Ces pourcentages montrent donc que les personnes parlent surtout de privation en terme de travail ou d'activités.

Mais est-ce pour autant qu'elles perçoivent leur santé dans la négativité ? Il semblerait que non. Les chiffres ci-dessous tenteraient de prouver le contraire.

Fig. 7 : pourcentage de personnes âgées trouvant leur santé ...

- mauvaise	6,9 %
- assez mauvaise	13,7 %
- moyenne	41,1 %
- assez bonne	30 %
- très bonne	8 %

Source : Laboratoire d'épidémiologie, Economie de la Santé et Prévention – Faculté de Médecine – Toulouse, 1989.

M. COTE ⁽²¹⁾ en 1996 effectue une recherche sur les représentations de la santé d'un groupe de femmes âgées au Québec. Deux groupes de femmes âgées ont été évalués : 15 se considérant en bonne santé et 15 présentant un problème chronique de santé bien identifié qui d'après ces mêmes personnes leur imposent des

limitations dans leurs activités de vie quotidienne. L'hypothèse de cette recherche s'appuie sur l'idée que l'ensemble des perceptions et des représentations des femmes « vieillissantes » influe sur leurs comportements et sur toutes les actions qui pourraient être entreprises pour améliorer leur santé. « ... Les représentations de la santé se construisent à partir de facteurs physiologiques, psychologiques, sociaux, cognitifs, préventifs, adaptatifs et stratégiques. Par ailleurs, il ressort qu'il existe des écarts importants entre les perceptions des professionnels de santé et des femmes relativement à la santé d'une personne âgée. Ainsi, plusieurs femmes qualifiées de malades par les soignants se disaient en santé et vice versa. Ces données portent à croire que les intervenants de santé devront revoir leur manière de considérer la santé et développer des nouvelles approches dans le domaine de la promotion et de la prévention ainsi que dans le domaine des soins curatifs ou de réadaptation.... ».

O. Br. COUSINS ⁽²⁸⁾ (Canada) s'intéresse aux comportements et aux pratiques d'exercices physiques auprès de femmes âgées de 70 à 98 ans, où les participantes devaient remplir un questionnaire, on y clarifiait la santé en terme de bien-être perçu, de nombre de symptômes, de quantité de médicaments prescrits, d'état de santé perçu (échelle auto-évaluée). Il propose de maintenir l'activité physique et de développer l'intérêt du soutien social perçu dans le cadre de ces exercices physiques (encouragement des enfants par exemple)

Enfin, comme il l'avait déjà été signalé dans la première revue de littérature ⁽²⁴⁾ consacrée aux personnes âgées, J. PROTIN ⁽²⁵⁾ (France) propose deux approches possibles dans la perception personnelle de son propre état de santé subjective : une approche dite sociologique où l'on essaye de saisir « le ressenti subjectif » de l'état de santé et une approche plus médicalisée, et donc plus objective.

W. VAN DEN HEUVEL ⁽²⁶⁾ (Pays-bas) s'est inspiré de Biopro (biographic problemlist) afin d'essayer de mieux comprendre les représentations de santé des personnes âgées. 17 « aspects de vie » ont ainsi dégagés dont 6 ont été plus fréquemment cités (fréquence et importance)

Fig. 8 : importance de la santé

	Fréquence	Importance (en %)
- santé	100	83
- avenir	97	48
- société	54	52
- vieillir	39	54
- solitude	37	57
- enfants	33	76

Source : Biographic problemlist, adapté de C.M.H. Hosman, Psycho-social problems and help seeking behavior, Lisse, 1983.

Au vu de ces chiffres, il semblerait donc que la santé n' apparaisse pas comme l'unique priorité aux yeux de la personne âgée. En effet, lorsque les enfants de ces personnes âgées sont sources de soucis, d'inquiétudes, ces préoccupations passent bien avant leur santé.

Un sondage ⁽²⁷⁾ réalisé auprès de la population Belge (600 personnes de 50 à 65 ans – 100 médecins) montre que lorsque l'on parle de « bien vieillir », 62, 5 % des Belges interrogés associent ce « bien vieillir » à « être en bonne santé ». Cette enquête évoque également leur peur de perdre leur capacité intellectuelle, leur perception actuelle de certains troubles qu'ils associent déjà au vieillissement et à une moindre échelle au stress : difficultés de concentration, déficiences cognitives perçues, ..

4. Représentations, attitudes d'autres catégories de personnes vis à vis des personnes âgées .

Un seul document ⁽²⁾ parmi les documents retenus fait état de représentations négatives du grand public et des professionnels de santé vis à vis des personnes âgées. Toutefois, les auteurs ne les détaillent pas.

D'autre part, dans l'étude ⁽⁶⁾, déjà citée précédemment, évoquant une relation entre les croyances et les comportements de santé, les auteurs soulignent les représentations erronées de médecins concernant la personne dite très âgée : les médecins s'investiraient moins dans la fonction de conseiller, d'éducateur, d'encouragement dès qu'ils sont face à une personne de grand âge puisque... pensent-ils... c'est déjà trop tard !

5. Propositions, Actions, Programmes mis en place et leurs évaluations .

En Ontario (Canada) ⁽¹⁰⁾, une **évaluation de la qualité de vie** a été réalisée auprès de personnes âgées vivants seules et non connues des services de santé. Un questionnaire (QOL) « qualité de vie – 9 items » a été créé (senior, professionnels de santé, ministère de la santé) et après validation, il a été distribué par des infirmières communautaires auprès d'une quinzaine de groupe de seniors vivant en communauté , ceci afin d'évaluer l'impact du programme canadien de vie saine. Ce questionnaire peut être utilisé pour d'une part faire émerger les besoins de santé d'une population de personnes âgées bien spécifiques et d'autre part pour développer des activités communautaires par et pour les personnes âgées. L'évaluation concernait les personnes vivant dans la communauté et participant à des programmes de vie saine que ce soit de l'ordre du physique, du psychologique, du spirituel, du social tant au niveau de «l'être», que de « l'avoir» et du « devenir» . Ces auteurs proposent de poursuivre cette enquête auprès de personnes âgées qui seraient incapables d'intégrer le programme de vie saine déjà fort bien implanté en Ontario. Il est aussi souhaitable **d'améliorer le cadre des loisirs** , espérant ainsi élargir le **réseau des relations sociales**.

Aux Pays-Bas, P.L. KOCHEN et al. proposent la mise en place d'un cours d'éducation pour la santé donné par les pairs (les plus de 55 ans) à d'autres personnes âgées de 55 ans au moins, dans le but de favoriser le bien-être biologique, psychologique et social et d'encourager les personnes âgées à la participation de vie en société. (9). L'évaluation du cours porterait sur différents items comme l'évaluation de :

- l'attitude à l'égard du vieillissement,
- la perception de l'auto-efficacité,
- la perception de l'opinion sociale relative à la place de la personne âgée dans la société,
- la participation à la vie sociale,
- les supports sociaux perçus,
- le bien-être des personnes âgées.

Les chercheurs ont alors créé deux groupes (contrôle et expérimental) de façon à pouvoir évaluer les effets du cours d'éducation à différents moments. Ils ont donc fait parvenir aux participants un questionnaire en 3 temps : le temps « zéro » avant de commencer le cours, le temps « un » juste après le cours et le temps « deux » 3 mois après le cours. Cette procédure d'analyse multivariée a permis d'établir une relation significative entre le moment d'évaluation (T0,T1 ,T2) et l'appartenance au groupe (contrôle versus expérimental) au regard de l'influence sociale. Au temps deux (3 mois après le cours), le stéréotype selon lequel les personnes âgées occupent une position marginale dans la société était moins présent au sein du groupe expérimental. Aux temps un et deux, le cours a permis de changer, voire d'améliorer le support social perçu mais aussi la santé subjective.

On ne note toutefois **aucun impact du cours sur les attitudes**, la notion d'auto-efficacité, la participation à la vie sociale et le bien-être.

Lors d'un séminaire en Angleterre , certaines recommandations plutôt « pratiques » ont été émises par un groupe d'experts (4). Elles concernent principalement le domaine nutritionnel, par l'application de mesures simples (apport énergétique optimal, régime riche en fibres, consommation de produits laitiers, de vitamines C et D, réduction de l'apport en sucres, en cholestérol,...) Ces mesures peuvent être introduites dans un programme de « ré-éducation » . Ces mêmes experts insistent sur la nécessité de promouvoir l'activité physique (le taux de participation des personnes âgées reste toujours très faible).

Par exemple, le programme « Oasis » travaille :

- un changement de style de vie,
- une participation de la personne âgée,
- l'adhésion au programme,
- la prescription par le médecin généraliste,
- l'accès au centre local sportif sur invitation,
- un encadrement et un matériel mieux adaptés .

L'impact de ces recommandations n'a pas été évalué.

Au Canada ⁽⁸⁾ (Ontario), des consultations individualisées en santé sont proposées aux personnes âgées et des sessions de bien-être sont dispensées en groupe par des infirmières. Lors des consultations, l'infirmière a un rôle de soutien et d'encouragement, de conseillère de santé. Elle contrôle également certains paramètres cliniques comme la tension artérielle, le poids. Elle effectue une anamnèse avec vérification des connaissances à propos du régime, des traitements en cours, ...). Le patient est amené à prendre en charge sa propre santé et entre doucement dans un processus de « socialisation ». L'évaluation consiste à découvrir les avantages mais aussi les limites des consultations individualisées (groupe A) et des sessions de bien-être (groupe B). Pour cela, une étude comparative des deux groupes a été réalisée. Pour le groupe A, réalisation d'une évaluation standardisée (histoire de santé, évaluation nutritionnelle, pratique d'exercices physiques, ...) et établissement d'un plan d'action communiqué verbalement. Le groupe B bénéficie de la même procédure avec toutefois l'élaboration d'un plan de santé personnalisé, manuscrit et réalisé en collaboration avec les personnes âgées. La comparaison entre les 2 groupes permet de constater des différences au niveau de la compliance et de l'adhésion aux comportements de santé recommandés. La méthode de collecte des informations s'est faite par entretiens sur base de questions ouvertes. Dans l'ensemble, les consultations individuelles et les sessions sont bien perçues par la personne âgée. Le contrôle de la tension artérielle, de façon régulière, est perçu comme une activité importante de promotion de la santé ! (du point de vue des personnes âgées). Les consultations individuelles favorisent les actions de promotion santé, l'infirmière y assurant une grande part de réussite (information, soutien, support, encouragement,...). De surcroît, l'infirmière assure une mission importante d'autonomisation du patient face à sa santé. Enfin, les participants apprécient les sessions organisées car elles permettent d'augmenter leur niveau de connaissances en matière de santé, toutefois , ils appréhendent quelque peu les techniques de groupe et évoquent la peur que les besoins de santé ne soient pas toujours rencontrés.

Le Projet Evergreen dans le centre de la Finlande ⁽²⁾ est un programme pluridisciplinaire et intersectoriel de promotion de santé appliqué à la communauté toute entière visant la promotion d'attitudes positives face au vieillissement. Il cherche également à atteindre les personnes âgées dites « marginalisées » et vise leur réhabilitation comme consommateurs actifs. La concrétisation de ce programme passe par la formation de professionnels et la mise en œuvre de politiques publiques saines. Pour cela, les promoteurs de ce projet font appel aux médias, aux communautés, au leadership, à l'éducation pour adultes, à la mise au point de procédure de dépistage... L'évaluation du programme est continue. A noter que la vieillesse est perçue comme un problème social qui ne serait pas la conséquence du nombre grandissant de personnes âgées ou de leur état physique ou mental mais plutôt la non-adaptation de la société à un tel changement.

CASSOU ^(in 3) (France – 1997) propose quatre axes de prévention du vieillissement :

- ralentissement du processus de vieillissement biologique mais vu l'état des connaissances assez faible, peu d'actions sont possibles jusqu'à présent.

- correction des facteurs de risque des pathologies chroniques et invalidantes par des dépistages et de la prévention AVANT 60 ans. Cependant si dès 60 ans, ces facteurs de risque sont dépistés, leur valeur prédictive après 60 ans, voire 75 ans est discutée.
- dépistage et traitement précoce des maladies asymptomatiques mais problème chez les personnes âgées de plus de 75 ans car la distinction est très difficile à faire entre le vieillissement normal et le vieillissement dit « pathologique ».
- De plus, il existe un manque de consensus chez les médecins à propos des conduites à tenir face à ce type d'affections chez les personnes âgées de plus de 75 ans
- Maintenir le plus longtemps possible une autonomie fonctionnelle. La prévention du vieillissement pathologique sous un angle médical uniquement ne suffit pas. Il faut voir la personne âgée dans son environnement psychosocial et apprécier ses capacités à faire face aux difficultés dues à l'âge, à l'estime de soi, à son vécu de la vieillesse...

6. Conclusions

Cette seconde revue de littérature consacrée aux personnes âgées avait pour but de mieux cerner les besoins de santé de celles-ci.

Au travers des différents textes étudiés, il s'avère que la vieillesse est vécue différemment suivant le sexe mais aussi la tranche d'âge à laquelle on appartient, le contexte socioculturel dans lequel on évolue, la fragilité sociale et/ou familiale, l'histoire de vie, l'état civil, les croyances de santé, l'état de santé perçue, l'accès à des revenus financiers, etc...

Toutefois, dès 75 ans, les facteurs « d'usure biologique » deviennent prépondérants.

Faut-il alors encore parler de promotion à la santé ou déjà plus distinctement de prévention (primaire) ?

Notons également que certaines représentations négatives véhiculées par le « corps médical » à l'égard des personnes « plus âgées » (les plus de 75 ans) induisent parfois des logiques « d'abandon ». Certains médecins s'essoufferaient un peu vite quand l'âge est trop avancé, à quoi bon... prescrire des activités d'informations et d'éducation et à fortiori des actions de promotion pour la santé...

La revue de littérature a également permis de découvrir que les besoins de santé ne sont pas systématiquement ressentis comme prioritaires auprès des personnes âgées, qu'ils sont parfois « noyés » parmi un lot d'autres priorités ; les enfants et petits-enfants passant bien souvent avant leur santé... ; que l'accès à de faibles revenus financiers les obligent parfois à choisir : se loger, se nourrir ou se soigner ?

Toutefois, cette revue ne nous permet pas de comprendre comment ces priorités (et dès lors les comportements de santé) évoluent, ni en fonction de quoi, de qui ...

De surcroît, aucune articulation n'existe clairement entre le concept qualité de vie véhiculé par les personnes âgées et leur santé.

Peu d'informations existent sur le « rôle social » accordé à et par la personne âgée. Ce manque de clarté quant à la place accordée à la personne âgée au sein de la société moderne et la perception de son rôle risque très vite de la « marginaliser ».

La proportion des plus de 65 ans s'accroît. En effet, en 1950 en Europe, 9 % de la population avaient plus de 65 ans. On estime que d'ici 2020, la proportion de cette tranche d'âge atteindra les 18 % (repris de « The 1992 revision » - United Nations – 1993).

Voilà donc de nouveaux défis à relever pour la société d'aujourd'hui mais aussi pour celle de demain.

C'est peut être au travers d'une approche plus positive de la vieillesse et d'une meilleure écoute et compréhension des attentes et besoins des personnes âgées que nous pourrions construire ensemble de nouvelles perspectives pour accueillir et encadrer cette nouvelle génération de personnes âgées !

7. Bibliographie

Ces documents sont disponibles au Centre de documentation RESOdoc- UCL
Centre Faculté niveau –1, Avenue Mounier 50 à 1200 Bruxelles
Tél. +32-2-764.50.37

1. EUROLINK AGE, (1996), Ajouter de la vie aux années, Plan d'action pour promouvoir la santé des personnes âgées de l'Union Européenne, Eurolink Age, Finlande, Novembre 1996, pp 17-20.
2. HEIKKINEN E ., (1996), Ajouter de la vie aux années, Les interventions communautaires en matière de promotion de la santé du vieillissement et le rôle de la formation professionnelle, Eurolink Age, Finlande, Novembre 1996, pp 27-28.
3. HENRARD J-Cl. , (1997), Vieillesse et âge, Age et représentation de la vieillesse, Actualité et dossier en santé publique, n°21, Décembre 1997, pp 4- 11.
4. PALMER St., TAYLOR V., (1994), Achieving positive health in older age : the multidisciplinary approach, J. Inst. Health Educ., Vol. 32, n° 2, 1994, pp 50-55.

5. GOGNALONS-NICOLET M., BARDET-BLOCHET A., (1998), Ages, genre et santé, Vieillesse sociale, nouvelles perspectives, Revue Prévenir, n°35, 2^{ème} semestre 1998, pp 115-122.
6. FERRINI R. , EDELSTEIN Sh., (1994), The association between health beliefs and health behavior , change in older adults, Preventive medicine 23, 1994, pp 1-5.
7. FOX P.J., BREUER W. , (1997), Effects of a health promotion program on sustaining health behaviors in older adults, Am. J. Prev. Med. 1997, 13(4), pp 257-263.
- 8 . VIVERAIS-DRESLER GI., BAKKER D.A. , (1995), Elderly client's perceptions : individual health counselling and group sessions, Canadian Journal of Public Health, Volume n° 86, n°4, July-August 1995, pp 234-237.
9. KOCKEN P.L., VOORHAM A.J.J., (1998), Effects of a peer-led senior health education program, Patient Education and Counseling 34 (1998), pp 15-23.
10. RAPHAEL D. , BROWN I. , (1995), The quality of life of seniors living in the community : a conceptualization with implications for public health practice, Canadian Journal of Public Health, Volume 86, n°4, (1995), pp 228-233.
11. LEROY X .,(1998), Gériologie sociale, notes de cours, p21.
12. ENNUYER B., (1997), L'objet « Personnes âgées », Etre vieux, Série Mutations, n°124, Editions Autrement, 1997, p15.
13. WATTIEZ-MANGELINCKX A ., (1993), Le senior nouveau est arrivé, Edition Quorum, p73.
14. AMYOT J-J., Travailler auprès des personnes âgées, p10. Edition Dunod, Paris, 2^{ème} édition , 235 p.
15. DECCACHE A., (1994), La compliance des patients aux traitements des maladies chroniques : approche éducative globale, Thèse de Doctorat en Santé Publique, avril 1994, U.C.L.,338 p .
16. ISSP-CROSP, (1998), Enquête de santé en Belgique 1997 : résultats pour la Communauté Française – Analyse – Santé subjective, Bruxelles, 1998, 148p.
17. La promotion de la santé pour les personnes âgées,(1996), Eurolink Age, 1996, pp 1-40.
18. ANKRI J., HENRARD J-C., (1994), Perceptions de la santé chez les personnes âgées, Gériologie et Société, n°71, Décembre 1994, pp 101-106.
19. BACKETT K ., DAVISON Ch., (1992), Rational or reasonable ? Perceptions of health at different stages of life, Health Education Journal, Vol. 51/2, pp 55-59.

20. GRAND A., GROSCLAUDE P., (1989), Représentations et pratiques de santé dans une population âgée en milieu rural, in Les Représentations de la santé, colloque INSERM, Vol. 178, 1989, pp 275-286.
21. COTE M., DRAPEAU D. (1996), Etude des représentations de la santé d'un groupe de femmes âgées : résultats préliminaires, résumé en section (414), Congrès ACFAS, in <http://www.is.mcgill.ca>
22. BRORSSON A., LINDBLADH E., (1998), Fears of disease and disability in elderly primary health care patients, Patient Education and Counseling, 34, pp 75-81.
23. ANDERSON R., (1995), Healthy aging at home in the workplace, Health Promotion International, Vol. 10, n°2, pp 81-83.
24. DECCACHE A., DOUMONT D. , (1999), Besoins de santé, de promotion santé et d'éducation pour la santé des personnes âgées, Série de dossiers documentaires, UCL- RESO, Unité d'Education pour la Santé, avril 1999, 13 p.
25. PROTIN J., (1998), Un regard sur les états de santé et les dépendances des personnes âgées vivant à domicile dans les villes moyennes d'Italie du Nord et de France à la fin des années 1980, Revue Prévenir, Cahiers d'études et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste n° 35, deuxième semestre 1998, pp 193-205.
26. Van den HEUVEL W.J.A. , (1989), The structure of Health Beliefs : a replication study among the elderly, in Les représentations de la santé, Colloque INSERM, Vol 178, pp287-296.
27. GRUBER P., (1999), Ah, les beaux jours ... , Le Vif-L'express, 19.03.1999, pp 37-38.
28. O'BRIEN COUSINS S., (1995), Social support for exercise among elderly women in Canada, Health Promotion International, Vol. 10, n° 4, pp 273-282.