

LA PREVENTION EN GERONTOLOGIE

Extrait du cours de M. Ph. PITAUD

Directeur de l'Institut de Gérontologie Sociale

Professeur associé à l'Université de Provence

LA PREVENTION, ENJEU LOCAL OU NATIONAL

La prévention est depuis longtemps morcelée, aussi bien au niveau de son financement que de la multiplicité des structures intervenant dans ce domaine.

Elle en devient même souvent inopérante dans la mesure où elle s'inscrit dans des logiques institutionnelles différentes ou contradictoires.

En séparant les compétences de façon parfois artificielle, la décentralisation a sans doute accentué encore cet éclatement. Mais elle permet aussi l'émergence d'initiatives nouvelles mieux adaptées aux réalités locales. Ces initiatives s'efforcent, en particulier grâce à une approche globale des problèmes, de dépasser le clivage artificiel établi entre le sanitaire et le social.

Qu'elles soient nationales ou locales, les actions de prévention sont de plus en plus évaluées, en particulier pour convaincre les "financeurs" de l'intérêt qu'ils ont à les poursuivre, du fait des économies qu'elles permettent par ailleurs. Une véritable évaluation de la prévention ne peut en réalité se fonder sur cette seule logique financière qui n'intègre pas la dimension éthique ni celle du temps.



D.E.S.S. "A.G.I.S."



Université de Provence

3, place Victor Hugo - Case 75

13331 MARSEILLE CEDEX 3

Tél. 04 91 10 67 90 - Fax 04 91 10 62 85

Vieillir avec le travail

Il paraît, de ce fait, évident que les conditions de travail jouent un rôle parfois déterminant, aussi bien dans l'affectation, que dans l'exclusion de la main-d'œuvre de certains postes de travail. En effet, les phénomènes de vieillissement peuvent avoir des conséquences importantes, tant sur la pathologie, que sur la mortalité des travailleurs concernés qui justifieraient d'une certaine manière, leur éviction.

On retiendra pour l'essentiel, avec A. Laville et C. Teiger¹⁴, que si le vieillissement est un processus où se révèlent nettement certains facteurs intrinsèques, il est également un processus sur lequel convergent de nombreux facteurs extrinsèques. Parmi ces derniers, les conditions de travail laissent un certain nombre de traces, dues aux accidents, mais aussi aux agressions répétées subies pendant le temps de travail.

13. DESPLANQUES G., « La mortalité, un phénomène social », in *La Revue Française de la Santé Publique*, n° 29, 1^{er} trimestre 1985, p. 34.

14. LAVILLE A., TEIGER C., « Vieillissement et facteurs socio-économiques » in *Santé Publique et Vieillessement*, INSERM, 1981, p. 63-68.

Des entretiens, que nous avons réalisés à l'occasion d'une recherche menée auprès de retraités de la sidérurgie, illustrent bien le contenu de ces agressions quotidiennes¹⁵ :

« J'étais toujours dehors avec le mauvais temps : il fallait partir à 4 heures du matin et retourner vers 7 ou 8 heures. »

« L'hiver, il faisait froid, j'avais toujours les mains dans le pétrole et elles étaient jaunes jusque là ; ça, c'était la circulation du sang qui ne se faisait pas. De plus, ce n'était pas chauffé et j'avais toujours les pieds gelés. »

« C'était de pire en pire, sur les cadences, j'arrivais plus à récupérer. Maintenant, je me suis refait une santé mais je sentais que je dégringolais. »

« Les postes qu'on faisait ici, c'était mortel ; changer de poste trois fois dans une semaine, il y a rien de plus mortel, j'en avais assez, j'étais crevé. »

« 37 ans de travail, dans des conditions pas toujours très bonnes et même, il faut le dire mauvaises parfois, c'est assez fatigant. Je suis fatigué ».

« Le travail dur fait vieillir, je vois des exemples. J'ai un caractère jeune mais le reste est vieux. »

Cette vie de travail et ses inégalités se cumulent d'ailleurs comme nous l'indique Leroux¹⁶ dans son rapport au ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, avec une inégalité d'accès aux soins et une inégalité devant la mort et la maladie. Ces inégalités se retrouvent d'ailleurs en matière de prévention et plus spécifiquement dans la situation faite aux personnes âgées. L'auteur recommande à cet effet, que « les retraités et les chômeurs puissent avoir accès à la médecine du travail et soient, comme les salariés en activité, examinés dans le double souci de protection individuelle et de recherche des problèmes collectifs de santé ».

C'est d'ailleurs ce problème relatif à la continuité de la mission du médecin du travail qui est posé par Dominique Buronfosse¹⁷ dans

15. PITAUD Ph., VERCAUTEREN R., *Contribution à une approche de la destruction des identités psychosociales : le cas spécifique de la préretraite des ouvriers de la sidérurgie*. Université Aix-Marseille/MIRE. Marseille, 1986, 161 p.

16. LEROUX S., *Les inégalités devant la mort*, Paris, La Documentation Française, 1984, 140 pages. Recommandation n° 49.

la mesure où le risque de survenue d'une maladie professionnelle existe longtemps encore après le départ en retraite, et que l'arrêt brutal de l'intervention du médecin du travail prive les différents praticiens, et entre autres le gériatre, de l'avis du spécialiste.

Au moment où la part de l'existence consacrée au travail se réduit comme une peau de chagrin, en même temps que l'espérance de vie humaine gagne du terrain, le suivi médical et régulier des « extravailleurs » apparaît comme une nécessité en matière de santé publique.

Ceci devrait permettre à la personne utilisatrice de demeurer inscrite dans une dynamique de développement, rejoignant par là-même les objectifs de l'éducation pour la santé tels qu'ils ont été définis par l'Organisation mondiale de la santé en trois points :

- modifier le comportement sanitaire de l'individu et de la collectivité et renforcer les comportements favorables préexistants,
- développer chez les individus le sens des responsabilités envers leur propre santé et celle de la collectivité, et leur aptitude à participer de manière constructive à la vie de la collectivité,
- promouvoir le sens de la dignité et de la responsabilité de l'individu en même temps que celui de la solidarité et de la responsabilité collective.

Nous avons bien là les éléments pouvant éclairer une préventologie en gérontologie.

Définir le champ de la prévention médico-sociale en gérontologie

La prévention médico-sociale s'inscrit, quel que soit l'âge, dans cette dynamique de solidarité et de responsabilité collective.

Avec l'avance en âge, elle peut devenir garante d'un vieillissement positif.

D'une manière générale, nous dirons avec le Professeur Audier¹⁷, que « la prévention a un *but prophylactique*, en prônant une

17. BURONFOSSE D. et Coll., « Y a-t-il une place pour le médecin du travail au sein de l'équipe gériatrique », in *Praticiens et 3^e âge*, 1986, 6/7, p. 267-268.

hygiène de vie qui lutte contre les maladies évitables et un *but de dépistage précoce* des facteurs de risque de vieillissement accéléré ou compliqué ».

5

Avec Michel Guilhem¹⁸, on soulignera à partir des travaux menés par l'équipe de prévention de l'Institut de gérontologie sociale de Marseille, qu'il ressort de l'évaluation de bilans de santé préventifs, qu'un certain nombre de personnes âgées présentent une pathologie sérieuse nécessitant une thérapeutique d'urgence, sur laquelle il convient de nous expliquer.

De l'urgence, nous disons qu'elle est médicale et par-là, soit « immédiate », soit « différée ». L'urgence est également sociologique et pose alors le problème de l'aide sociale, comme celui de l'exercice des solidarités dans leur ensemble. *L'urgence sociologique* n'est en fait que le résultat d'une non prise en charge régulière, soit du fait de la non visibilité des sujets (marginiaux...), soit de l'occultation par les services d'aides de telle ou telle population pour des raisons diverses (mauvaise coordination entre institutions d'aides, méconnaissance des secteurs défavorisés etc.).

Dans cet esprit quel peut être, ou quel doit être le rôle d'un service de consultation-prévention ?

C'est très certainement et dans le meilleur des cas, un rôle de dépistage médical qu'accompagne une prise en compte des données psychologiques et sociales propres au patient ; rôle auquel s'adjoint une étude épidémiologique dont l'objectif est le repérage des facteurs de risques.

Mais la prévention, dans ce domaine, se heurte à plusieurs obstacles : le premier est financier, le second est celui de l'information, le troisième est l'action sociale elle-même.

Abordons l'aspect financier. Les sujets âgés souvent plus ou moins démunis, ne font pas l'investissement matériel d'une médecine préventive. Il faut donc leur apporter cette prévention sous une forme gratuite. Cette notion de gratuité peut, à certains, paraître inopportune, voire choquante. Ainsi l'aspect financier est l'affaire de notre société

18. Marius AUDIER, *Vieillesse, Le temps parallèle*, Marseille, 1989, 99 pages.

19. « Prévention de l'urgence Médico-Sociale chez le sujet âgé » in *Actes des Rencontres Départementales de Gérontologie Sociale*, Marseille, Conseil général des Bouches-du-Rhône, 194 pages + annexes.

6

toute entière, qu'il faudra convaincre qu'une prévention, bien faite, coûte moins cher que le traitement, au sens large, d'une maladie ou la prise en charge complète d'un état de dépendance du point de vue social.

Quand au second obstacle, c'est celui de l'information concernant une possibilité de prévention médico-sociale, qui doit parvenir en priorité aux plus démunis. Or ce sont justement, en règle générale, ceux qui sont les plus difficiles à atteindre²⁰.

Le troisième obstacle concerne l'action sociale. Il s'agit d'une pudeur, d'une fierté, particulièrement importante chez les personnes âgées, associée à un refus de changement dans leur mode de vie, qui inhibe pratiquement toute demande spontanée dans ce domaine.

Nos travaux²¹ montrent qu'en matière de prévention le besoin est bien réel et que les préretraités ou les retraités d'aujourd'hui témoignent, par leur attitude, d'une prise de conscience de leur corps comme d'un intérêt certain pour le suivi de leur état de santé.

Ce besoin, compte tenu de l'évolution de ces populations au plan socio-culturel, se traduira dans un avenir proche par une demande sociale croissante, à laquelle il sera difficile de ne pas apporter de réponses effectives.

À la lumière de notre développement, il paraît évident qu'il reste à faire un effort particulier en direction des groupes socio-professionnels les plus exposés durant leur vie de travail (généralement les plus modestes), afin que ces derniers se saisissent de cette opportunité de prévenir la maladie et les complications qu'elle entraîne. Ce sont eux, en effet, qui profitent le moins spontanément des services de ce type. Qu'il s'agisse de l'action sanitaire ou de l'action sociale, des efforts très nets doivent être déployés dans cette direction, ceci pour l'exercice d'une plus grande justice sociale.

20. Comme le remarque Moatti (1991) « c'est un fait bien établi que ce sont les groupes sociaux aux niveaux d'éducation les plus élevés et ayant un statut supérieur qui profitent le plus des moyens de prévention et qui modifient le plus leur comportement individuel dans le sens préventif ».

21. AUDIER, PITAUD, GUILHEM, FONDARAI. *Épidémiologie d'une consultation préventive en Gériatrie (étude sur 615 sujets)*. Institut de Gériatrie Sociale, Marseille, 1989, 91 pages.

**L'ACTION PREVENTIVE MEDICO-SOCIALE ET L'EDUCATION
POUR LUTTER CONTRE LE VIEILLISSEMENT ACCELERE
FACTEUR D'ENTREE DANS LA DEPENDANCE.**

Depuis 1981, sur l'initiative de son fondateur Monsieur Le Professeur Marius AUDIER, l'Institut de Gerontologie Sociale poursuit une action de Prévention et de promotion de la Santé et du Bien-vieillir en faveur des personnes âgées.

S'adresser à tous par la gratuité et l'annualité du Bilan.

Ces bilans s'adressent aux plus de 60 ans. Ils sont ouverts à tous sans exception, donc y compris à ceux n'ayant aucune couverture sociale (étrangers ou personnes n'ayant pas fait valoir leurs droits). Chacun peut bénéficier d'un bilan annuel.

Les bilans réalisés à l'I.G.S. constituent un dépistage de base comportant peu d'examen complémentaires.

Ils s'adressent, également, aux populations en situation marginales à partir de 50 ans.

L'intérêt d'une telle action qui touche environ 1 500 personnes chaque année sur quatre sites réside dans le fait que l'axe d'approche est la santé mais que l'objectif est le domaine psycho-social. En ce sens, les équipes confirment leur volonté de développer les actions de prévention notamment en direction des groupes à risques à savoir les populations âgées relevant de milieux socio-économiques défavorisés ou ayant subies des contraintes de travail particulièrement difficiles.

Dans cette perspective, elles affirment leur soutien au maintien d'une fréquence annuelle d'une part et d'autre part au renforcement de l'esprit "redynamisation" du bilan comme de son caractère d'orientation sociale vers des activités diverses (bénévolat, loisir culturels, etc ...).

INSTITUT DE GERONTOLOGIE SOCIALE - Association Loi 1901

Fondateur : Professeur M. AUDIER

CONSULTATIONS ET RECHERCHE

148, rue Paradis - B.P. 2 - 13251 MARSEILLE Cedex 20 - C 91 37 03 79 - Fax : 91.37.19.73

SIRET : 384 255 824 00011 - APE 913 E

La spécificité de l'action réside donc, au delà de la prise en compte et du dépistage des problèmes de santé, dans une démarche de redynamisation de la personne âgée; ceci permettant de lutter contre :

- l'isolement et la solitude
- la dépendance et l'entrée dans la réduction de l'autonomie;
- le sentiment de rejet social lié au cumul de la pauvreté et de l'âge (destruction narcissique).

Proposer un esprit du Bilan qui évite la seule médicalisation : une façon de lutter en amont contre la Dépendance.

Les bilans relativement simples sont réalisés par des médecins diplômés en Gériatrie, et donc parfaitement informés des spécificités des personnes âgées. A l'issue de ce bilan, les consultants sont renvoyés vers leur médecin traitant qui poursuivra les investigations ou mettra en place un éventuel traitement. Ceci également pour répondre aux règles déontologiques de la profession.

Ce bilan est en quelque sorte l'occasion de faire un état "des lieux" : ne se limite pas strictement à l'aspect médical. Il est le moment d'aborder aussi la situation sociale des consultants ainsi que leurs difficultés sur le plan de la mémoire et sur le plan psychologique. Ainsi, deux psychologues peuvent accueillir les consultants chez qui le Médecin aura mis en évidence un besoin pour réaliser des tests de mémoire et/ou avoir un entretien.

Avec l'expérience, l'équipe médicale a compris qu'au-delà du bilan de santé, une chose importante à apporter aux personnes âgées était une information. Le bilan est donc l'occasion de proposer des conseils d'hygiène de vie dans les conditions de communication exceptionnelles : un dialogue. Et en allant plus loin, les médecins mettent à profil ce contact pour sensibiliser les personnes âgées dans le sens d'une prise en charge de leur santé.

Autrement dit, c'est le moment psychologique privilégié pour leur faire comprendre que malgré leur âge, leur santé est un capital de grande valeur, et que leur corps mérite d'être surveillé, protégé, aimé. C'est dans ce sens que nous proposons aux consultants un suivi annuel; il faut les rencontrer souvent pour entretenir cette dynamique de prise en charge de leur santé.

.../..

L'écoute des consultants est importante car c'est elle qui permet de rechercher les problèmes sociaux, environnementaux, affectifs.

Le bilan et l'entretien est ainsi l'occasion de valoriser ces personnes à leurs propres yeux en leur montrant qu'il est possible, quel que soit l'âge, de prendre soin de soi. Enfin, il faut souligner que si un bilan annuel peut apparaître tel un luxe du point de vue médical, il est par contre important pour ces personnes, de savoir qu'on s'intéresse à elles, qu'on les encourage, preuves à l'appui (les résultats du bilan) à se battre et que leur vie à encore un sens pour eux et pour la Société toute entière.

Une intervention sous forme d'éducation au vieillissement.

L'enjeu est de faire reculer les limites de la perte d'autonomie en amont. Un travail d'éducation accompagne cette activité d'intervention. L'esprit même de la consultation, qui n'est pas exclusivement médicale, constitue le premier support de ce travail d'éducation. Des instruments ad hoc ont ainsi été produits. Des documents d'information et de conseils sont disponibles. Le **Livret de conseils** remis à chacun des consultants est un fascicule conçu par les médecins de l'Institut de Gérontologie Sociale.

Reprenant le vieil adage selon lequel "prévenir vaut mieux que guérir", l'organisation d'un bilan personnalisé en situation doit s'inscrire dans cette perspective de prévention. Il en est ainsi du **Passeport pour la retraite, du livret Conseils contre les chaleurs de l'été**, diffusé afin d'éviter les accidents liés à la chaleur excessive dans les régions méditerranéennes, des interventions au sein des quartiers et dans les foyers de vieux travailleurs à partir d'un diaporama sur l'hygiène alimentaire mis au point par l'institut. Ces interventions sont réalisées avec le concours d'une Assistance Sociale spécialisée sur l'accès aux droits. Préserver la dignité de l'être vieillissant et favoriser les actions de dépistage de base, moins coûteuse qu'une action sur la dépendance, une fois le risque survenu, forment donc les principes de l'Institut de Gérontologie Sociale.

.../..

Description de la pratique du Bilan.

- 1) - Rendez-vous pris sans aucune démarche administrative et sans aucune limitation autre que l'âge (60 ans et 50 ans sous conditions).
- 2) - Consultation de 30 à 45 mm avec un gériatre : sensibilisé à l'action sociale,
 - * Entretien libre, à l'écoute de la plainte spontanée;
 - * Questionnaire systématique à la recherche de signes fonctionnels méconnues ou sous-estimés, appareil par appareil;
 - * Questionnaire sur les antécédents personnels et familiaux;
 - * Examen clinique systématique;
 - * Electrocardiogramme;
 - * Première évaluation des troubles de la mémoire;
 - * Recherche des difficultés psychologiques;
 - * Mise en évidence prudente (les personnes âgées sont souvent pudiques dans ce domaine) des situations sociales difficiles.
- 3) - A l'issue de ce bilan peuvent être proposés si besoin et toujours gratuitement :
 - * Un examen vasculaire Doppler;
 - * Un rendez-vous avec une psychologue;
 - * Une prise en charge par une assistante sociale relevant du réseau CRAM ou CCAS.
- 4) - Enfin un compte-rendu est adressé au consultant avec mission de le communiquer à son médecin traitant.
- 5) - Dans les cas de personnes complètement démunies l'Institut est en relation avec Médecins sans Frontières pour assurer leur prise en charge médico-sociale au plan curatif.
- 6) - Dans les cas où la personne est titulaire d'une carte Sécurité Sociale mais ne possède pas de mutuelle ou n'a pas les moyens de faire l'avance, des solutions du type Aide médicale gratuite ou Mutuelle de la Solidarité sont recherchées avec les Assistantes Sociales CRAM ou CCAS.

Ces bilans de santé de base sont des bilans de santé simples comportant peu d'examens complémentaires, adaptés à l'âge de la population et s'attachant aux fonctions vitales. L'objectif poursuivi est d'appréhender les personnes âgées d'une façon globale, humaine et de prévenir l'apparition ou l'évolution de pathologies qui risquent de porter atteinte à leur autonomie. Garantie d'un vieillissement positif, la prévention doit conjuguer les dimensions médicales et sociales.

Cette action s'inscrit en complément de l'action menée par le Centre d'Hygiène Appliquée de la CRAM qui touche environ 12 % de personnes en âge d'être vues avec une périodicité de 5 ans.

L'Institut dont le siège est accueilli au 148, rue Paradis (3 salles de consultations) par l'Entraide des Bouches du Rhône entend depuis 1990 porter son action auprès des populations les plus modestes et met en oeuvre, à ce titre, une politique de développement d'antennes sur les quartiers.

Actuellement, l'Institut dispose de trois antennes :

- **Secteur BELSUNCE**, dans les locaux de l'ASPA avec le concours du FAS et du D.S.U.

- **Secteur NORD**, dans les locaux de la ville de Marseille (XIII) - D.S.U.

- **Secteur PANIER**, avec Migration-Santé Provence association conventionnée par l'Assistance Publique, avec le concours de la Fondation de France.

En Résumé

Une action très peu répandue en France qui relève du champ des innovations :

- par son caractère humaniste
- par les populations qu'elle atteint
- par le regroupement autour de ses objectifs de partenaires relevant du secteur public, privé, associatif, bénévole.

Beaucoup plus largement, et comme nous le remarquons dans un article récent aujourd'hui, en France, la décentralisation a apporté de nouvelles compétences aux départements en même qu'elle a considérablement accru leur domaine d'intervention. Mais les départements, les représentants de l'Etat dans les départements, les organismes de la Sécurité Sociale ne peuvent pas tout faire. Il y a une nécessité de développer un partenariat avec l'ensemble des acteurs formels et informels du champ des solidarités.

Dans le contexte actuel de la nouvelle complexité de l'intervention en direction des personnes âgées à l'échelon local, les nouvelles relations entre les acteurs, les partenaires en présence, tracent les lignes d'une rupture avec les mécanismes traditionnels de production du progrès social.

Ainsi depuis les lois sur la décentralisation, on a constaté qu'au principe du Tout-Etat traduit par l'Etat-Providence s'est

substitué un principe de responsabilisation donnant naissance à une conjugaison de partenaires diversifiés.

Ce domaine, c'est aujourd'hui celui de la mixité de l'Entraide Sociale ou de ce que je nommerai, l'intersolidarité. C'est d'abord et surtout le domaine où s'exprime l'innovation.

Pour finir, je dirai, qu'après tout, la prévention en direction de nos aînés, n'a peut-être constitué pour moi qu'un prétexte pour vous montrer l'importance fondamentale d'agir ensemble, en synergie et témoigner, au-delà des difficultés, des querelles de territoire ou d'influence, voire de clientèles, que c'est chose possible.

On le voit, des regroupements de populations apparaissant hier comme des peuples, se déchirent en l'instant où nous nous réunissons, ceci pour ne pas avoir su oeuvrer ensemble et s'être ignorés les uns, les autres.

Quelle que soit la population concernée, jeunes en difficultés, handicapés, adultes marginalisés, personnes âgées en rupture de reconnaissance sociale, nous devons rechercher l'exercice du partenariat parce qu'en ces temps difficiles, c'est le seul moyen d'oeuvrer à l'harmonie de la Cité et au maintien de la cohésion des groupes qui la composent.

C'est la notre première responsabilité d'acteur du social. c'est aussi pour ce qui concerne la prévention, notre affaire de citoyens, de futurs âgés et comprendre cette impérieuse nécessité de prévenir l'avenir, nous engage comme partenaires dans la société civile locale de demain.