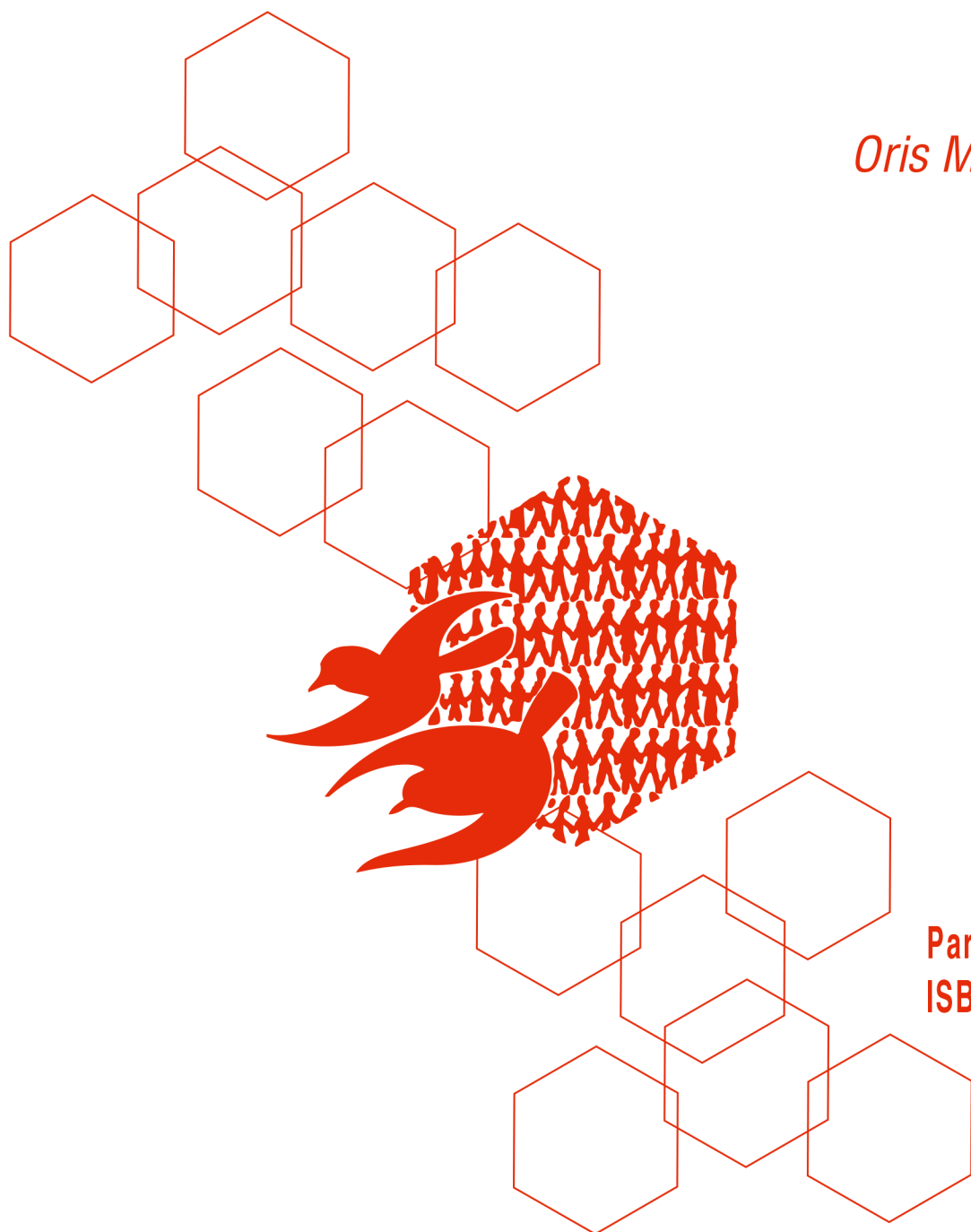


La vieillesse entre le médical et le social

Enjeux de santé, de dépendance et d'accompagnement de la fin de vie

*Pennec Sophie,
Oris Michel (éditeurs)*



Paris, 2020
ISBN 978-2-901107-04-0

ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE
AIDELF – 9, cours des Humanités - CS 50004 – 93322 Aubervilliers Cedex (France) – <http://www.aidelf.org>

La vieillesse entre le médical et le social. Enjeux de santé, de dépendance et d'accompagnement de la fin de vie

Édité par Sophie Pennec et Michel Oris
2020

Sophie Pennec, Michel Oris	3
La vieillesse entre le médical et le social. Enjeux de santé, de dépendance et d'accompagnement de la fin de vie	
Mamadou Coumé, Yves Mongbo Armand Medessi, Cheikh Tacko Diop	7
Vieillir en Afrique : états des lieux et perspectives pour un vieillissement réussi	
Maimouna Sanou, Lalla Berthé-Sanou, Abdramane Berthé, Blahima Konate, Korotimi Sanou, Maxime Drabo, Fatoumata Badini-Kinda	15
Euthanasie des personnes âgées à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) : représentations sociales et pratiques	
Yao Robert Djogbenou, Alpha Amadou Diallo, Henri Bello Fika	31
Itinéraires thérapeutiques des personnes âgées et facteurs associés au Cameroun	
Yacine Alahyane	51
Vieillissement en migration et accès aux droits : le cas des personnes âgées nord-ouest-africaines résidant à Aubervilliers	
Marthe Nicolet	65
Autour de la fin de vie des aînés. Ce que nous disent les remerciements des familles sur les accompagnants	
Vitor Pinheira, Maria João Guardado Moreira, Carlos Maia	79
Transition en santé et processus de vieillissement dans une région de l'intérieur du Portugal	

Transition en santé et processus de vieillissement dans une région de l'intérieur du Portugal

PINHEIRA Vitor*
GUARDADO MOREIRA Maria João*
MAIA Carlos*

■ Résumé

Le vieillissement de la population portugaise est actuellement une réalité bien ancrée. Si ses causes et son évolution sont connues au niveau national, c'est beaucoup moins le cas au niveau régional, en considérant les situations socioéconomiques, les conditions de santé et d'accès aux services de santé et d'aide sociale. La région de la Beira Interior est l'un des territoires les plus vieillissants d'Europe. Elle se caractérise par un contexte de périphérie et par des mouvements de migration de la part des plus jeunes. Notre objectif a été (1) d'analyser les processus de vieillissement des régions intérieures du Portugal et comment les communautés perçoivent ces processus ; (2) de développer des outils d'analyse et d'intervention ainsi que préparer des instruments et des propositions pour soutenir l'élaboration de politiques de vieillissement du territoire et répondre aux besoins de la population et des organisations locales.

Dans le cadre de l'élaboration d'un plan gérontologique municipal et d'un Projet PerSoParAge¹, à partir d'un questionnaire adapté de l'OARS (Older Americans Resources and Services), l'Instituto Politécnico de Castelo Branco a recueilli des données sociodémographiques, sur la santé, sur les ressources sanitaires disponibles, la facilité et le temps d'accès à ces ressources, ainsi que sur les besoins et les attentes que chaque personne a par rapport à son propre processus de vieillissement. L'échantillon (n = 372) a été stratifié selon trois grands groupes d'âges à partir de 50 ans. Les données ont été analysées au moyen de tests de statistique inférentielle sur des échantillons ayant une distribution normale.

Les différences au niveau de l'accessibilité des services de santé disponibles, ainsi que certaines caractéristiques sociodémographiques dans les échantillons ruraux, expliquent les différences observées en termes de santé autoévaluée et de perception de son évolution pendant les 5 dernières années. Les réseaux d'aide sociale gagneraient à davantage prendre en compte la perception du vieillissement et des conditions dans lesquelles il se produit par les personnes âgées elles-mêmes.

In fine, grâce aux données récoltées, le processus de vieillissement des territoires intérieurs est mieux documenté. Sur cette base, il est possible de renforcer les orientations qui constitueront les axes stratégiques des plans gérontologiques de ces territoires, permettant aux autorités locales de prendre des décisions plus adéquates.

Ce travail a été réalisé avec le soutien de la municipalité d'Idanha-a-Nova et de FCT dans le cadre du projet PerSoParAge – Ressources personnelles et sociales pour l'autonomie et la participation sociale dans une société vieillissante (POCI-01-0145-FEDER-023678).

* Instituto Politécnico de Castelo Branco/Age.Comm.

■ Abstract

The aging of the Portuguese population is a well-established reality. Regarding the aging process, we know the causes and its evolution. Unlike regional aging processes in terms of socio-economic conditions, health conditions and access to health and social services that are less well known to them. The Beira Interior region is one of the oldest regions in Europe and is characterized by a peripheral context and by migration from the youngest. Our objectives have been to (1) analyze the aging processes of the inner regions of Portugal and how the communities perceive this processes and, (2) develop proposals and tools for analysis and intervention and prepare tools and proposals to support the development of aging policies and the needs of population and local organizations.

As part of the development of a municipal gerontological plan and the PerSoParAge Project¹ and using an adapted OARS questionnaire (Older Americans Resources and Services), the Instituto Politécnico de Castelo Branco collected socio-demographic data, health data, the available health resources, the ease and time of access to these resources, as well as the needs and expectations that each person has about his/her aging process. The data were divided into five-years age groups, beginning at age 50, in a stratified sample (n = 372). The data were analyzed using inferential statistical tests on samples with a normal distribution.

Differences in accessibility to available health services, as well as some socio-demographic characteristics in rural samples, may explain the differences with the following variables: health condition, disability, perception of physical and mental health, and change over the course of the last 5 years, and conditioning the perception of the needs and expectations of the aging process of these populations. In addition, social support networks may also condition the perception of the aging process and the conditions in which it occurs.

With this data, it is possible to better know the aging process of these territories, which will strengthen the guidelines that will form the strategic pillars of gerontological plans to help local authorities to take more adequate decision.

Introduction

Le débat sur les politiques de santé – dimension d'importance cruciale pour les personnes âgées – continue de se déployer pour l'essentiel sans leur participation, sans se fonder sur une documentation solide qui permette de dépasser les stéréotypes. Collecter des données démographiques et épidémiologiques sur le vieillissement constitue donc un défi qu'il importe de relever (Lloyd-Sherlock, 2005). Dans une perspective d'analyse populationnelle et démographique, l'évolution de la santé peut être considérée sous différents angles : à travers la mortalité, à travers les données cliniques les plus accessibles, celles collectées de manière routinière comme la pression artérielle, ou encore à travers l'étude des parcours de vie. La première perspective est utile à l'analyse de la relation entre la longévité et la santé, pour autant que l'on assume une relation directe. Les deux autres impliquent des ressources financières et humaines importantes (Defo, 2014).

La définition de vieillesse active, proposée par Rowe et Khan (1997), correspondant à une vieillesse sans maladie, ne suffit pas pour expliquer la raison pour laquelle certaines personnes âgées, malgré leurs conditions de santé pluri-pathologiques, considèrent que leur vieillissement soit actif. Le revenu et l'éducation sont déterminants dans cette perspective, et les dimensions psychologiques de la santé incluent des concepts comme la qualité de vie, le stress, l'anxiété, la dépression, le soutien social et le

sentiment de maîtriser sa vie. La santé se conçoit donc dans sa dimension objective mais aussi dans sa dimension subjective (Tkatch *et al.*, 2017).

La santé autoévaluée par les individus eux-mêmes peut être considérée comme une mesure globale de l'état de santé, puisque lors d'une évaluation de leur santé, les personnes âgées incluent leur perception de leurs réserves physiologiques et psychologiques, ainsi que la fonction sociale en plus des aspects cliniques (Idler et Kasl, 1995). Au-delà de facteurs comme l'âge, le sexe, l'éducation ou le revenu (Shields et Shoostari, 2001), l'intégration et le sens d'appartenance à une communauté peuvent être importants pour la perception de la santé (Shields, 2008).

La préservation de l'autonomie des personnes âgées est en rapport avec des indicateurs importants de leur perception de la santé, comme la quantité de médicaments par jour, les capacités sensorielles, la qualité du repos, la nutrition et les activités de loisir pratiquées. Elle est aussi déterminante pour préserver leur intégration au sein de leur communauté (Machon *et al.*, 2016). L'état fonctionnel, essentiel à la détermination du niveau d'autonomie, doit être pris en compte. Outre son caractère fondamental, son impact sur la perception de la santé peut influencer d'autres variables et affecter d'autres déterminants de la santé autoévaluée. Quant à l'accessibilité aux services de santé, elle peut conditionner non seulement la satisfaction par rapport à ces services mais aussi, elle-aussi, la santé perçue. Son niveau ressenti, sa qualité subjective, varient selon des facteurs socioéconomiques mais aussi en fonction de la localisation spatiale en lien avec les politiques et l'organisation des systèmes de santé (Paul, Hakobyan et Valtonen, 2016).

La santé autoévaluée est une mesure utilisée par les personnes afin d'évaluer l'état de leur santé, par rapport à leurs circonstances, leurs attentes et aussi par rapport à leurs pairs (selon les mécanismes de comparaison sociale mis en évidence par les psychologues). C'est souvent l'indicateur qui détermine le plus leurs comportements liés à la recherche et à la consommation en matière de santé (Idler et Kasl, 1995). La santé autoévaluée est considérée par l'Organisation Mondiale de la Santé comme l'une des six composantes du vieillissement actif et en bonne santé (Paul, Ribeiro et Teixeira, 2012). Elle a aussi l'avantage de pouvoir être mesurée à partir d'une seule question, dans laquelle on demande aux individus de classer leur santé selon une échelle qualitative (Machon *et al.*, 2016).

Objectifs

Quatre objectifs principaux ont été définis pour cette étude, en lien avec le développement d'un projet (**Projet PerSoParAge – Ressources personnelles et sociales pour l'autonomie et la participation sociale dans une société vieillissante**) et l'élaboration d'un *Plan Gériatologique Municipal* dans la commune de Idanha-a-Nova :

- analyser les processus de vieillissement des régions intérieures du Portugal ;
- analyser comment les communautés perçoivent les processus de vieillissement ;
- développer des propositions et des outils d'analyse et d'intervention qui répondent aux défis des régions vieillissantes de l'intérieur du Portugal, sur la base d'une étude du territoire ;
- préparer des instruments et des propositions pour soutenir l'élaboration de politiques de vieillissement du territoire et répondre aux besoins de la population et des organisations locales.

Méthodologie

Il s'agit d'une recherche de nature quantitative, conduite par le biais d'une enquête par questionnaire adressé à la population âgée de 50 ans et plus (vivant dans la communauté et ayant les capacités cognitives nécessaires pour répondre au questionnaire).

La communauté étudiée appartient à la commune de Idanha-a-Nova, qui est une municipalité de la région la plus intérieure du Portugal, faisant frontière avec l'Espagne. Il s'agit d'une municipalité au territoire étendu (1 416 km²), mais avec une faible densité (6,16 habitantes/km² en 2015), un peuplement dispersé, distribué en une trentaine de villages. L'indice de vieillissement¹ y est de 4,31 et l'indice de longévité² y atteint 69,8. 41,3 % de la population est âgée de 65 ans et plus et 20 % de 80 ans et plus (INE, 2016).

L'échantillon (n = 372) est représentatif de la population de la commune (environ 7 % de la population), stratifié par groupes d'âge de cinq ans, selon le sexe et le voisinage avec un intervalle de confiance de 95 %. Les calculs ont pris pour base les estimations de la population pour 2016 et le recensement de 2011. L'analyse a été effectuée en regroupant les individus en trois grandes tranches d'âge : 50-64 ans (n = 111) ; 65-79 ans (n = 153), 80 ans et plus (n = 108).

Les enquêtes ont été conduites sur la base du questionnaire OARS – *Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* (Fillenbaum, 1981), qui comprend des questions sur la santé : a) utilisation des services (accessibilité et fréquence), b) consommation de médicaments, c) perception de l'état de santé, d) évolution de santé et d) besoins de services de santé.

Résultats

Les résultats sur la consommation de services et de produits révèlent sans surprise une consommation inférieure dans le groupe des 50-64 ans, plus grande parmi les 80 ans et plus (tableau 1).

Pour ce qui est de la consommation de médicaments, il en ressort que 87,4 % des individus de 50 à 64 ans ne prennent aucun médicament régulièrement. Par contre, dans le groupe plus âgé, pas moins de 85,4 % des personnes prennent des médicaments quotidiennement. Cependant, la consommation de ce groupe présente une moyenne quotidienne plutôt faible (2,35 médicaments/jour) si l'on considère que les situations de prise simultanée de plusieurs médicaments sont fréquentes dans cette population. Les consultations en médecine familiale sont aussi moins fréquentes parmi les 50-64 ans (35,1 % n'y ont pas du tout eu recours les 6 derniers mois). La moyenne de consultations des 6 derniers mois est plus élevée chez les plus âgés (3,35 consultations). Par contre, les consultations de spécialistes privés sont plus fréquentes chez les plus jeunes, ce qui pourrait s'expliquer par un niveau plus élevé de ressources économiques. D'un autre côté, le recours aux urgences hospitalières (total des déplacements aux urgences au cours des 6 derniers mois) est plus élevé chez les plus jeunes, peut-être en lien avec

¹ Nombre de personnes âgées pour 100 jeunes de 0 à 14 ans

² Nombre de personnes de plus de 75 ans pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus

une plus faible utilisation des systèmes de santé préventive (médecine familiale) et parce que le groupe est composé en majorité d'actifs, qui ne recourent habituellement aux services de santé que lorsque la situation est grave (tableau 1). Il est important de signaler que pour pouvoir utiliser les urgences hospitalières, il faut aller à l'hôpital de la municipalité voisine et le temps nécessaire pour y accéder peut varier entre 30 et 75 minutes.

Tableau 1. Questions liées à l'utilisation des produits et des services (accessibilité et fréquence)

	50-64 ans	65-79 ans	80 ans et plus
N'utilise pas de médicaments	87,4 %	5,9 %	4,6 %
Nombre moyen de médicaments	1,29	2,06	2,35
Aucune consultation en médecine familiale	35,1 %	22,0 %	20,4 %
Nombre moyen de consultations en médecine familiale	2,13	2,75	3,35
Aucune consultation en médecine privée	84,7 %	81,7 %	92,6 %
Nombre moyen de consultations en médecine privée	2,06	1,57	1,11
Aucun épisode médical d'urgence	88,3 %	80,4 %	88,0 %
Nombre moyen d'épisodes médicaux d'urgence	1,92	1,34	1,57
Aucune hospitalisation	94,6 %	91,5 %	91,7 %
Nombre moyen d'hospitalisations	1,16	2,75	1,0

La majorité des individus de 50-64 ans autoévaluent leur santé comme normale ou bonne (respectivement 39,6 % et 36,9 %). Ces proportions diminuent dans le groupe des 65-79 ans (normale = 47,1 % et bonne = 30,1 %). Parmi les 80 ans et plus, la perception est en majorité bonne (48,1 %), mais mauvaise est la seconde catégorie la plus choisie avec une fréquence de 31,5 % (tableau 2).

Tableau 2. Santé autoévaluée selon le groupe d'âge

Réponses	50-64 ans		65-79 ans		80 ans et plus	
	N	%	N	%	N	%
Très bien	4	3,6	1	0,7	2	1,9
Bon	41	36,9	46	30,1	19	17,6
Normal	44	39,6	72	47,1	52	48,1
Mauvais	21	18,9	34	22,2	34	31,5
Très mauvais	1	0,9	0	0	1	0,9
Total	111	100	153	100	108	100

Au cours des 5 dernières années, l'évolution de l'état de santé a été évaluée par le biais d'une question (dont les options de réponse étaient *Mieux*, *Pareil* ou *Pire*, correspondant aux catégories, 1, 2 et 3). Dans toutes les tranches d'âge, la tendance est clairement négative, avec plus d'évidence chez les plus âgés, qui montre une valeur moyenne de 2,64, proche du 3 qui correspond à *Pire* (tableau 3).

Tableau 3. Évolution de la santé sur les 5 dernières années

	N	Moyenne	Minimum	Maximum
50-64 ans	111	2,31 (+/- 0,685)	1 (mieux)	3 (pire)
65-79 ans	153	2,54 (+/- 0,573)	1 (mieux)	3 (pire)
80 ans et plus	107	2,64 (+/- 0,605)	1 (mieux)	3 (pire)
Total	371	2,50 (+/- 0,630)	1 (mieux)	3 (pire)

Ces différences entre les groupes sont statistiquement représentatives ($p = 0,000$). Les résultats sur l'évolution de la santé présentent une corrélation négative ($r = -0,137$) avec le nombre de jours disponibles pour utiliser les services de santé (dans beaucoup de localités, les consultations en médecine familiale ne sont disponibles qu'à peine une fois par semaine et, dans le pire des cas, une matinée à peine tous les 15 jours). Il y a aussi une corrélation positive ($r = 0,246$) par rapport au nombre de consultations en médecine familiale les 6 derniers mois. L'évolution de la santé au cours des 5 dernières années présente une corrélation positive avec l'âge ($r = 0,261$). Ce sont les plus âgés qui présentent les évolutions les plus négatives.

En ce qui concerne le besoin de services, les prestations actuelles et futures dans le domaine de la santé, deux questions ont été posées : « Pensez-vous avoir besoin de soins infirmiers ? » et « Pensez-vous avoir besoin de soins de kinésithérapie ? ». Les réponses dans les deux groupes les plus âgés (65-79 ans et 80 ans et +) démontrent nettement une tendance, de la part des plus âgés, à nécessiter des soins d'infirmier et moins de kinésithérapie (tableau 4).

Tableau 4. Ressources actuelles et évaluation des besoins

Questions	Réponse	65-79 ans		80 ans et plus		p
		N	%	N	%	
Pensez-vous que vous avez besoin de soins infirmiers ?	Oui	30	19,6	41	38,0	0,037
Pensez-vous que vous avez besoin de soins de kinésithérapie	Oui	59	38,6	29	26,9	0,009

Ce résultat est surprenant, d'autant plus que dans le recensement de 2011, plus de 40 % de la population âgée de 80 ans et plus avaient indiqué avoir des difficultés à marcher ou à monter une marche.

Conclusions

Compte tenu des résultats obtenus, nous pouvons synthétiser les conclusions en six axes principaux :

- une faible utilisation des services / ressources de santé ;
- l'état de santé autoévalué est faible, nécessitant des changements dans le modèle de soins de proximité et la création de systèmes de surveillance dans ce domaine ;
- il n'y a pas de ressources de santé spécialisées (spécialités médicales) ;
- les temps d'attente pour les chirurgies ou les consultations de spécialités médicales dans le système de santé publique sont trop élevés ;

- difficulté à identifier les besoins en matière de santé révélant une faible littératie concernant les ressources dans ce domaine ;
- plus important que les ressources disponibles, l'âge se révèle être le principal déterminant de l'évolution de la santé.

La réponse aux défis du vieillissement actif – dans la dimension de la santé – dépend de la réorganisation des politiques et des services de santé dans ces communes, afin de permettre à la population de trouver des réponses à leurs attentes.

Références bibliographiques

- Defo B. 2014. Demographic, epidemiological, and health transitions: are they relevant to population health patterns in Africa? *Global Health Action*, 7, 22443.
- Fillenbaum G, Smyer M. 1981. The Development, Validity, and Reliability of the Oars Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. *Journal of Gerontology*, 36, 428-434.
- Idler E., Kasl S. 1995. Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *Journal of Gerontology: Social Science*, 50B (6), 344-353.
- Instituto nacional de estatística. 2017. *Estimativa da população residente*. Available in: ine.pt
- Lloyd-Sherlock P. 2005. Epidemiological Change and Health Policy for Older People in Developing Countries: Some Preliminary Thoughts, *Ageing Horizons*, 2, 21-24.
- Machón M., Vergara I., Dorransoro M., Vrotsou K., Larrañaga I. 2016. Self-perceived health in functionally independent older people: associated factors. *BMC Geriatrics*, 16, 66.
- Paul C., Ribeiro O., Teixeira L. 2012. Active Ageing: An Empirical Approach to the WHO Model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 1, 382972 (doi: 10.1155/2012/382972)
- Pavitra P., Hakobyan M., Hannu V. 2016. The association between self-perceived health status and satisfaction with healthcare services: Evidence from Armenia. *BMC Health Services Research*, 16, 67. (doi 10.1186/s12913-016-1309-6)
- Rowe J., Kahn R. 1997. Successful aging. *Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Shields M., Shooshtar I.S. 2001. Determinants of self-perceived health. *Health Reports (Statistics Canada, Catalogue 82-003)*, 13 (1), 35-52.
- Shields M. 2008. Community belonging and self-perceived health. *Health Reports (Statistics Canada, Catalogue 82-003)*, 19 (2), 51-60.
- Tkatch R., Musich S., Macleod St., Kraemer S., Hawkins K., Wicker E., Arsmtrong D. 2017. A qualitative study to examine older adults' perceptions of health: Keys to aging successfully. *Geriatric Nursing*, 38, 485-490.