



Les JEUDIS de la FAAG *Un coup de vieux ? Non merci !
Âgisme vs réalité*
Séance 2, 15 octobre 2020

Repenser l'âge et le vivre différemment

Dr Markus Zürcher

secrétaire général de l'Académie suisse des sciences
humaines et sociales (ASSH) et
initiateur-coordonateur de a+ Swiss Platform Ageing Society,
www.ageingsociety.ch/fr/ageing-society.html

handout *complété (en italique)* par H.P. Graf, FAAG, sur la base de la
*présentation et des questions / réponses / compléments
notées pendant la séance*

Discours potentiellement discriminants

1. Le mythe du conflit intergénérationnel
2. Le mythe du survieillissement de la population
3. Le mythe de l'âge
4. Espérance de vie
5. Le mythe des coûts de la vieillesse

(1) Le mythe du conflit intergénérationnel

Frank Schirrmacher «*Le complot de Mathusalem,
la guerre des générations*» (2004)

Constat I: une «guerre des générations» ne peut pas être
établie de manière empirique.

Actuellement, on ne constate pas vraiment une
polarisation politique entre les groupes d'âge, une
nouvelle fracture dans le paysage politique suisse.

(1) Le mythe du conflit intergénérationnel

Constat II: Les liens intergénérationnels ont une influence,
maintiennent et forment la structure dans tous les domaines
(héritage social des comportements, des modèles d'action,
du capital culturel, social et économique et donc des
opportunités de vie).



(1) Le mythe du conflit intergénérationnel

Constat III: Une solidarité **intragénérationnelle** ne peut pas être établie de manière empirique

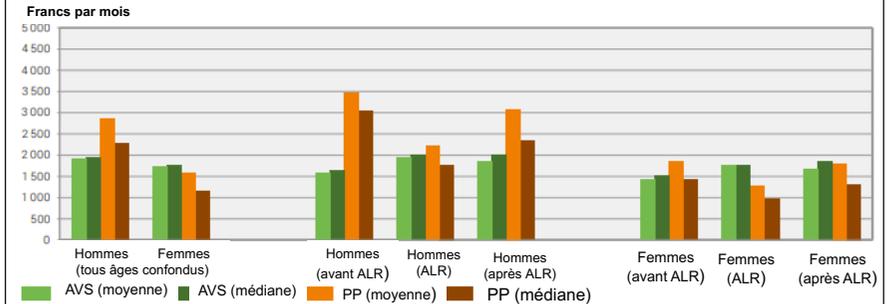
Constat IV: Des mécanismes défavorables dans le système d'assurances sociales, qui désavantagent les travailleurs aussi bien jeunes qu'âgés, pourraient éventuellement créer des conflits intergénérationnels. Effets dysfonctionnels du système qui produit la sécurité et la paix sociales.

5



Niveau des nouvelles rentes AVS et PP, par groupes d'âge et par sexe, en 2015

G1



Sources: Cdc, OFAS - Registre des rentes AVS/AI; OFS - Statistique des nouvelles rentes (NRS)

© OFS 2017

Fortes inégalités entre H et F, notamment pour la PP et si prise ALR, mais aussi pour l'AVS
En 2020, Rente AVS **minimale** pour une durée complète de cotisation 1 185.-/mois
Rente AVS **maximale** 2 370.-/mois

6



(2) Le mythe du survieillessement de la population

La démographie est «human made»

- La générativité [= le *fait de générer des enfants*] provient des décisions conscientes pour ou contre une parentalité qui inclut la disponibilité à s'occuper des générations suivantes :
« *Au travers de ses actions, espérer faire des contributions qui se convertiront en héritage* » - Erik H. Erikson.
- La démographie ne suit **aucune loi naturelle**.

7



(2) Le mythe du survieillessement de la population

La démographie est «human made»

La démographie reflète un comportement en matière de reproduction aujourd'hui largement guidé par les hommes et femmes eux-mêmes: **la décision d'avoir ou pas des enfants dépend essentiellement de la compatibilité entre la famille et le travail**

(Bernardi, Levy, Le Goff pour les modèles familiaux en Suisse).

8



(2) Le mythe du survieillissement de la population

Le vieillissement démographique résulte en premier lieu de la chute du taux de natalité et non pas de l'allongement de la vie.

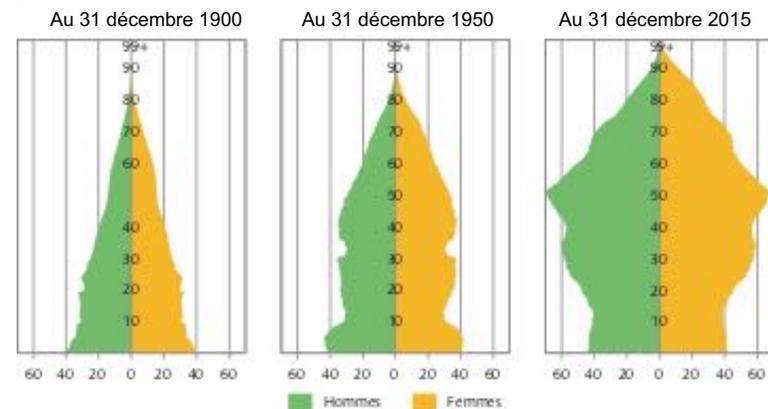
Sous-enfancement et non pas survieillissement de la population.

La **longévité** est un indicateur de bonnes conditions de vie, de progrès et de **bien-être**. La **pyramide** reflète une mortalité infantile et une **pauvreté** élevées pour de grandes parties de la population

dia rajouté

Pyramide des âges en Suisse

Nombre de personnes en mille



Sources: CFS - RFP, STATPOP

© CFS, Neuchâtel 2016

En démographie, la "pyramide des âges" est une représentation graphique de la répartition de la population (axe horizontal) d'une région en fonction de l'âge (axe vertical): d'une "pyramide" bien assise en 1900 on a passé à une "bancale botte de foin"



(2) Le mythe du survieillissement de la population

Le soi-disant survieillissement de la population

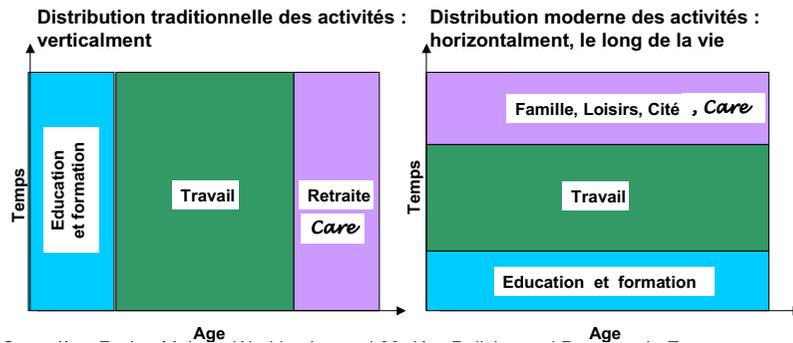
- découle du primat de la production / consommation et du délaissement de la reproduction
- la tendance à apporter davantage de capital et moins de mains dans le travail de care non rémunéré (aide et soins)



(2) Le mythe du survieillissement de la population

Étant donné que la vie ne peut pas être organisée depuis la fin, elle doit être repensée. Il serait nécessaire de **surmonter la division duale / tripartite de la vie** (égalité, compatibilité du care et de la vie professionnelle, nouvelle organisation de la vie professionnelle, politiques sociale et fiscale incluses) **et** que la société et l'État se dirigent vers un **modèle «Dual Earner – Dual Carer»**.

Surmonter la division duale / tripartite de la vie



Geneviève Reday-Mulvey, Working beyond 60- Key Policies and Practices in Europe (2005), p 2

13



(2) Le mythe du survieillissement de la population

On devrait souhaiter une **valorisation, reconnaissance et disponibilité du travail de care**, une élévation du taux de natalité, une augmentation de la participation de toutes les générations à la **vie dans son ensemble**:
la participation avant la redistribution (*être avant avoir*).

Donc passer d'une « politique de l'âge » à une « politique globale de tous les âges de la vie »

14



(3) Le mythe de l'âge

- La différence doit être faite entre l'âge chronologique, l'âge biologique et l'âge administratif.
- À l'instar du genre et de l'origine, l'âge chronologique est un critère attribué et donc discriminant.

15



(3) Le mythe de l'âge

Plus on avance dans la vie, plus le lien entre l'âge chronologique et l'âge biologique diminue et plus l'influence de l'âge social sur le vieillissement biologique augmente.

16



(3) Le mythe de l'âge

- Âge social: position dans un environnement qui change rapidement
capacité de suivre les évolutions versus dévaluation des compétences et des connaissances.
- L'âge administratif est déterminé en grande partie de manière arbitraire au niveau politique.
- L'âge chronologique n'est pas significatif.

17



(3) Le mythe de l'âge

Plus on avance dans la vie, plus les inégalités augmentent dans tous les domaines importants: salaire, fortune, opportunités sur le marché du travail, santé, compétences, relations sociales.

Les inégalités sociales se renforcent au fil de la vie: cumulo d'avantages et d'inconvénients.

18



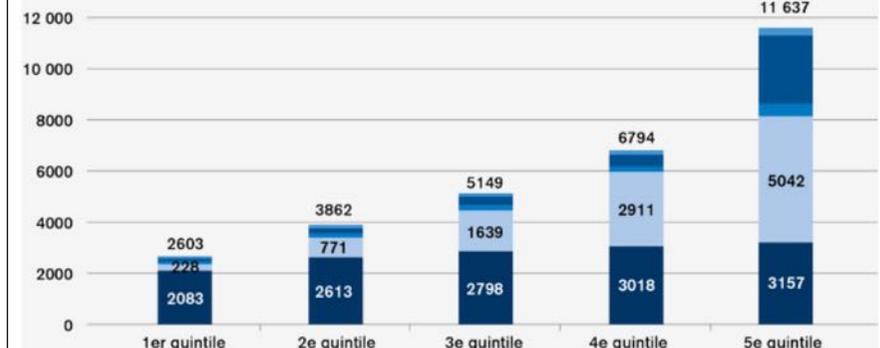
(3) Le mythe de l'âge

- Les catégories d'âge ne sont donc homogènes ni d'un point de vue social ni d'un point de vue politique.
- L'âge social influence l'âge biologique et donc considérablement l'espérance de vie et la santé
- Le vieillissement doit être considéré et compris dans une perspective de parcours de vie.

19



Revenu brut mensuel des ménages de retraités par quintile de répartition des revenus en CHF, 2012-2014



Chaque quintile représente une tranche de 20% la population

- Prestations sociales, indemnités journalières
- Revenu du patrimoine et de la location *
- Rentes AVS
- Rentes de prévoyance professionnelle
- Autres revenus (activités lucratives, transfert des ménages)

Le 2^e pilier ne compte que pour les classes de revenus supérieures

20



(3) Le mythe de l'âge: compréhension différentielle de l'âge et perspective de parcours de vie

Enseignements tirés:

Enseignement I: Ce sont les conditions et les possibilités, les opportunités saisies et manquées, les performances effectuées et le hasard, les réussites et les échecs et la chance et la malchance qui ont pour effet que les avantages et les inconvénients se cumulent pendant le parcours de vie.

Enseignement II: Il n'existe pas d'âge *au singulier*: celui-ci est formé des conditions de vie, du parcours de vie ainsi que des images et des représentations de l'âge.

Enseignement III: Parce que l'âge est *hétérogène*, il peut aussi être repensé et vécu différemment.

21



22



(4) Espérance de vie

à la naissance

- 1900: 46.4 (m) / 52.5 (f) / 1948: 66.4 (m) / 70.9 (f)
 2009: 79.8 (m) / 84.4 (f) / 2019: 81.9 (m) / 85.6 (f)
- Thomas Hobbes (1588 – 1679): 91 ans
- Alexander von Humboldt (1769 – 1859): 90 ans
- Conseiller fédéral Emil Welti (1857 – 1940): 83 ans
- Âge moyen des membres d'un Conseil d'administration en Suisse (2014): 60.6

à 65 ans

- 2009 : 18.4 (m) / 22.2 (f) / 2019 : 20.0 (m) / 22.7 (f)

à 80 ans

- 2009 : 8.8 (m) / 9.0 (f) / 2019 : 10.0 (m) / 10.5 (f)

23



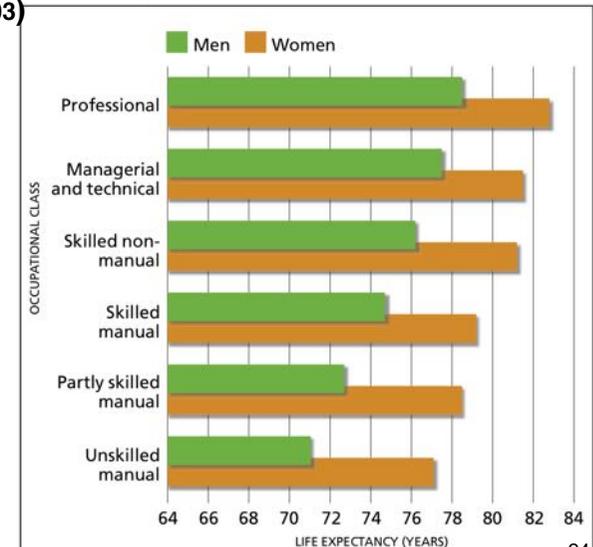
(4) Espérance de vie

Sir Michael Marmott: Social Determinants of Health –
 The solid facts (2003)

www.euro.who.int

Fig. 1.
 Occupational class
 differences in life
 expectancy,
 England and Wales,
 1997–1999

*Différences dans
 l'espérance de vie
 selon statut
 professionnel,
 Angleterre et Pays
 de Galles,
 1997-1999*

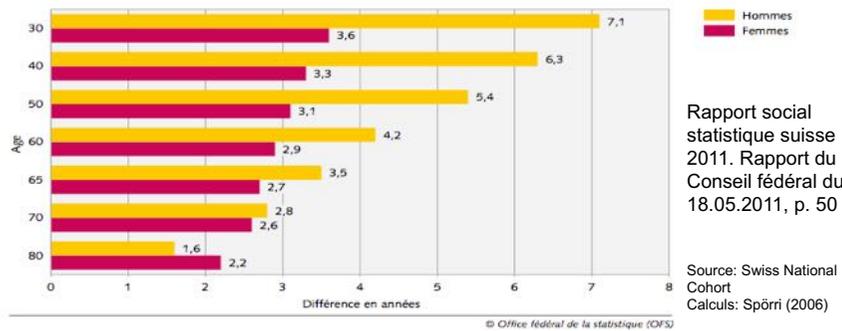


24

aussi en Suisse !

dia rajouté

Différence d'espérance de vie selon le niveau de formation (comparaison titre universitaire/scolarité obligatoire), 2007 G 3.2.1



Michel Oris et al. "En Suisse, les inégalités de vie en santé se creusent... et leur mesure se détériore" <https://sagw.ch/fr/assh/actualites/blog/details/news/en-suisse-les-inegalites-de-vie-en-sante-se-creusent-et-leur-mesure-se-deteriore>, 18.8.2020

"... la Suisse a l'une des plus hautes espérances de vie au monde Par ailleurs, de 1990 à 2015, la quasi-totalité des années de vie gagnées ont été de « bonnes » années, c'est-à-dire en santé (5,02 années dont 4,52 en santé pour les hommes ; 3,09 années, toutes en santé, côté féminin). **Cependant, tout cela ne vaut pas pour la totalité de la population suisse: ... les hommes les moins diplômés ont vu leur espérance de vie en santé stagner à 73 ans dans les années 2000 (79 ans pour les femmes). Le fossé entre les moins bien et les mieux lotis s'est creusé pour atteindre près de 9 ans en 2010 côté masculin, 5 ans côté féminin.**"

Fig. 4. Self-reported level of job control and incidence of coronary heart disease in men and women

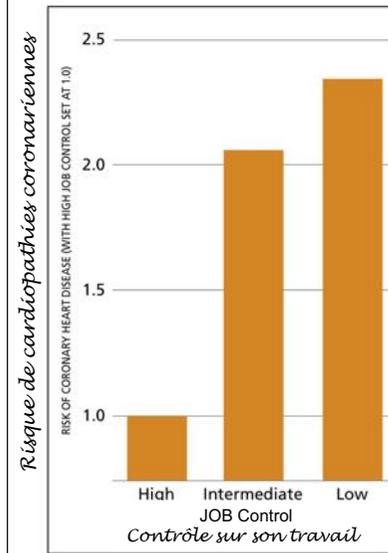


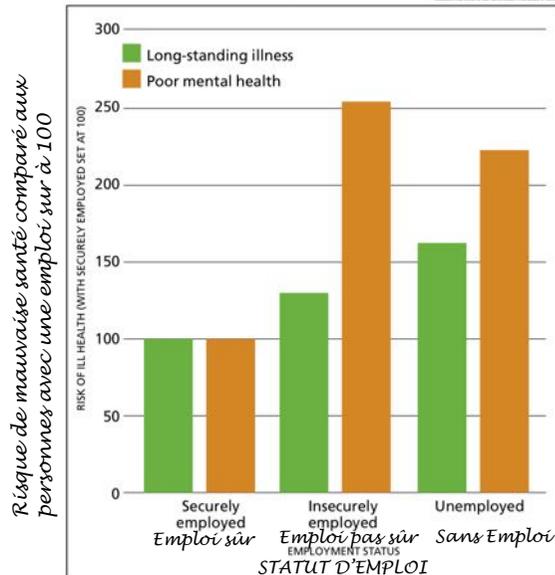
Fig. 4 Incidence du degré auto-déclaré de contrôle sur son travail sur le risque de cardiopathies coronariennes

Adjusted for age, sex, length of follow-up, effort/reward imbalance, employment grade, coronary risk factors and negative psychological disposition

Ajusté en fonction de l'âge, du sexe, de la durée du suivi, du déséquilibre effort/récompense, de la catégorie d'emploi, des facteurs de risque coronarien et d'une disposition psychologique négative

Fig. 5. Effect of job insecurity and unemployment on health

Fig. 5 Effets de l'insécurité de l'emploi et du chômage sur la santé



Risque de mauvaise santé comparé aux personnes avec une emploi sûr à 100

Fig. 6. Level of social integration and mortality in five prospective studies

Fig 5. Effets du niveau d'intégration sociale sur la mortalité dans cinq études prospectives

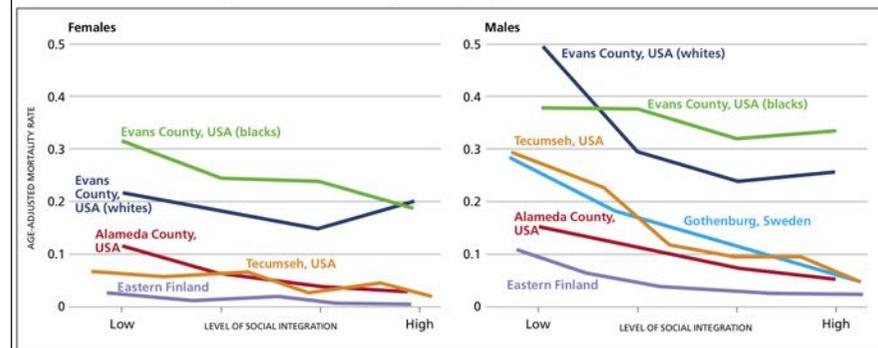
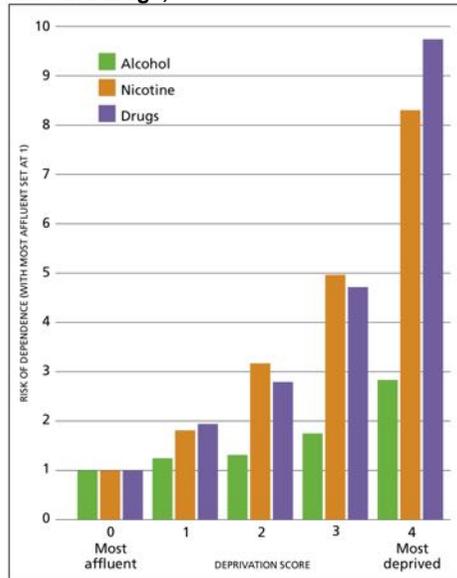


Fig. 7. Socioeconomic deprivation and risk of dependence on alcohol, nicotine and drugs, Great Britain, 1993

Fig. 7. Précarité socio-économique et risque de dépendance à l'alcool, à la nicotine et aux drogues, Grande-Bretagne, 1993



plus prospère Degré de précarité plus précaire₂₉

(4) Espérance de vie – Ce qui nous donne une longue vie

- En termes sociaux, la **longévité** est un indicateur de bonnes conditions de vie, de progrès et de **prospérité**. La **pyramide**, d'autre part, représente l'extrême mortalité infantile et la **pauvreté** pour de larges pans de la population.
- Individuellement, la longévité est une expression de **reconnaissance**, d'appréciation, d'**autodétermination** et de **succès**.

(4) Espérance de vie Ce qui nous garde en bonne santé

The EveryONE Project™

Advancing health equity in every community
American Academy of Family Physicians – AAFP (2018)

Why treat people and send them back to the conditions that made them sick in the first place ?
/ Pourquoi soigner des personnes et les renvoyer aux conditions qui pour commencer les avaient rendu malades ?

- Sir Michael Marmott

The EveryONE Project™ (Michael Marmott)

Le projet TOUT le monde

- Accès aux soins médicaux
- Accès à des aliments nutritifs
- Accès à l'eau potable et à des services publics fonctionnels (par exemple, l'électricité, les installations sanitaires, le chauffage et le refroidissement)
- Environnement social et physique de la petite enfance, y compris garde d'enfants
- Éducation et éducation à la santé
- Ethnicité et orientation culturelle
- Soutien familial et autre soutien social
- Genre
- Ressources en matière de logement et de transport
- Capacités linguistiques et autres capacités de communication



(5) LE MYTHE DES COÛTS DE LA VIEILLESSE

Le bien-être comme nouvelle valeur cible du système de santé:

- Atteindre, maintenir et encourager l'indépendance
- Compréhension de la santé individualisée, contextualisée et dynamique: interactions entre les compétences et l'environnement

- Selon l'approche des capacités, créer des conditions permettant aux compétences (abilities) et aux ressources (capacities) existantes d'être utilisées



(5) Qu'est ce donc que la „santé“?

Définition OMS de 1948

«..... un état de complet bien-être physique, mental et social, et ... pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

Conséquences imprévues:

- L'absolutisme, associé à des diagnostics de plus en plus affinés, favorise la médicalisation
- En raison de l'évolution démographique, les maladies non transmissibles, chroniques et les handicaps ne sont pas l'exception, mais la règle : environ la moitié des personnes de plus de 55 ans en Suisse vivent avec au moins une maladie chronique
- La santé absolue est un type idéal inexistant, intellectuellement construit, qui n'est ni opérationnalisé ni mesuré - une norme qui n'existe pas dans la réalité: selon cette définition absolue tout le monde serait "malade"...
- L'individu réel existant avec ses capacités et ses restrictions n'est pas pris en compte

(5) Qu'est ce donc que la „santé“?

Définitions récentes plus dynamiques



Bertrand Kiefer "La santé parfaite", Rev Med Suisse, 30.11.2011, p. 2376:
 « ... Pourquoi continuer, demandent les auteurs *) , avec une définition pour laquelle "la plupart des gens sont la plupart du temps malades" ?
 Eux proposent un autre [...] "cadre conceptuel" [...]

la santé ne peut se cerner que de façon «dynamique». Elle doit être fondée sur la résilience, c'est-à-dire «la capacité à faire face à la difficulté, à maintenir et restaurer son intégrité, son équilibre et son sens du bien-être». [...]

«la santé est la capacité de s'adapter et de se prendre en charge» face à des problèmes physiques, émotionnels et sociaux. »

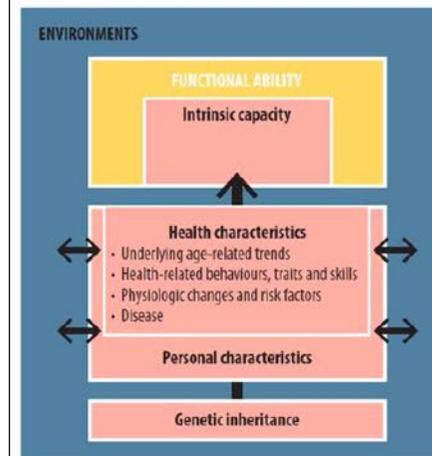
*) Huber Machteld, et al. Health : How should we define it ? BMJ 2011;343:235-7

Décennie du vieillissement en bonne santé, 2020-2030, OMS, 2020, p.4

« Le vieillissement en bonne santé peut être une réalité pour tous. Cela nécessitera de passer d'une conception du vieillissement en bonne santé caractérisée par l'absence de maladie à la promotion des aptitudes fonctionnelles qui permettent aux personnes âgées de faire ce qu'elles apprécient. ...»

(5) Le mythe des coûts de la vieillesse

Figure 1. Healthy Ageing (source: WHO World Report on Ageing and Health (forthcoming))



Capacités intrinsèques = ensemble de toutes les capacités physiques et mentales d'un individu

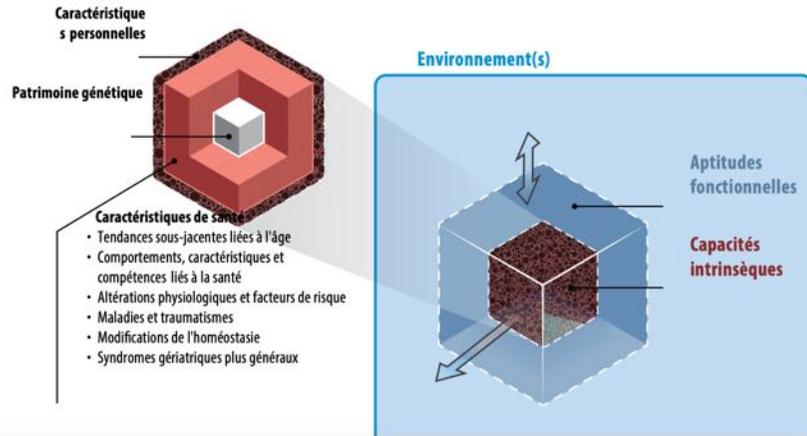
Aptitudes fonctionnelles incluent les attributs liés à la santé qui permettent aux individus d'être et de faire ce qu'ils jugent valorisant. Elles sont constituées des capacités intrinsèques de l'individu, des caractéristiques pertinentes de l'environnement, et des interactions entre l'individu et ces caractéristiques.

Environnement = ensemble des facteurs du monde externe qui constitue le contexte dans lequel vit un individu

Viellissement en bonne santé = processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui permet aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être
 ≠ certain niveau d'aptitudes fonctionnelles

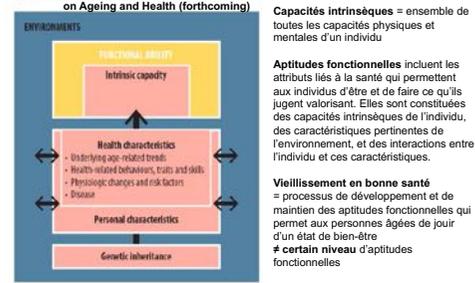


Fig. 2.1. Vieillir en bonne santé

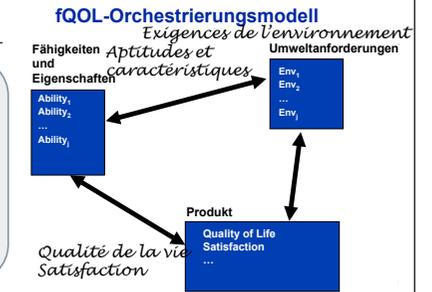
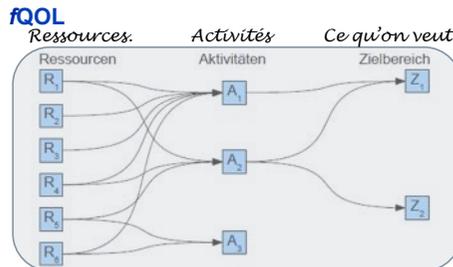


Rapport mondial sur le vieillissement et la santé, OMS (2015) p.33

Figure 1. Healthy Ageing and Health (forthcoming)



Modèle d'orchestration de la qualité de vie familiale - fQOL



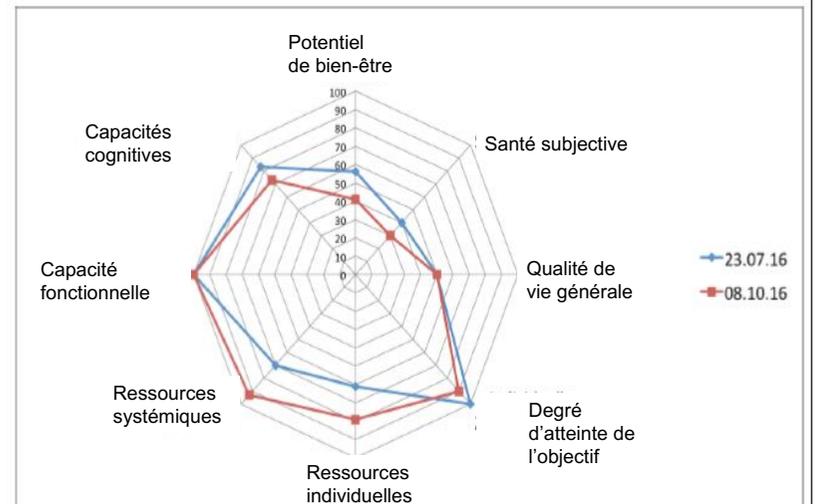
Qualité de vie d'un point fonctionnel: Représentation subjective des aptitudes pour faire ce qu'on souhaite atteindre

(5) Healthy Ageing Profile – pour tout le monde

WHO Healthy aging	Mobility profiles	Specific instruments
Environments	1. Neighborhood green space 2. Walking within and outside the local neighborhood: Main destinations used for walking and frequency and duration of walks to each destination (self-report)	1. Data collected from high resolution landmap true colour aerial photography (Gong, Gallacher, Palmer, & Fone, 2014) 2. Neighborhood Physical Activity Questionnaire (NPAQ; Giles-Corti, Timperio, Cutt, Pikora, Bull, Knuiiman, ... & Shilton, 2006)
Functional ability	Being and doing what one has reason to value with respect to mobility (self-report)	Modified version of the Schedule for the Evaluation of the Individual Quality of Life (SeIQOL; O'Boyle, Brown, Hickey, McGee, & Joyce, 1993)
Age-related trends	1. Balance (self-report) 2. Gait (self-report) 3. Gait (real-life measure): Walk analysis	1. Performance Oriented Mobility Assessment (POMA; Tinetti, 1986) 2. Telephone-based Mobility Assessment Questionnaire (TMAQ; Vergheze, Katz, Derby, Kuslansky, Hall, & Lipton, 2004) 3. GaitRite (http://www.gaitrite.com/index.html)
Behaviors	1. Physical activity (real-life measure): Body-mounted sensors to assess 16 different states of physical activities 2. Physical activity (self-report): Weekly frequency and duration of various physical activities	1. Barcoding human physical activity to assess chronic pain conditions (Paraschiv-Ionescu, Perruchoud, Buchser, Aminian, 2012) 2. CHAMPS Physical Activity Questionnaire (Stewart, Mills, King, Haskell, Gillis, & Ritter, 2001)
Traits	Personality traits (self-report)	NEO-FFI (Courneya, & Hellsten, 1998)
Skills	Fear of falling (self-report): Low levels of fear	Falls Efficacy Scale International (FES-I; Yardley, Beyer, Hauer, Kempen, Piot-Ziegler, & Todd, 2005)
Interactions	1. Motives and goals (self-report): In leisure and health sports and the psychological conditions for sport commitment (e.g., Body/Appearance, Positive Exercise Experiences) 2. Goals: Goal identification in cognitive	1. Berner Motiv- und Zielinventar höheres Erwachsenenalter (BMZI-HEA; Motives and Goals Inventory in Old Age; Schmid, Molinari, Lehnert, Sudeck, & Conzelmann, 2014) 2. Cognitive rehabilitation (Clare, 2010)

MARTIN Mike., MROCEK Dan. K., & CLARE Linda Intrinsic capacity and functional ability: How to operationalize it through the use of individual data, criteria for measurement, data standards and use in modelling outcomes of interest, and key gaps. Background paper for WHO Working Group on Metrics and Research Standards for Healthy Aging, 27-31 March, 2017, Geneva

(5) Analyse intégrative des compétences et ressources
 Mapping the possibility space of the environment





(5) Le mythe des coûts de la vieillesse

Symptôme ou personne

The End of the Disease Era

Mary E. Tinetti, MD, Terri Fried, MD

Table 2. Clinical Decision Making with the Disease-Oriented and Integrated, Individually Tailored Models for a 44-Year-Old Obese Man Reporting Decreased Activity Tolerance

Disease-Oriented Model	Integrated, Individually Tailored Model
<p>Collect clinical data</p> <ul style="list-style-type: none"> History (e.g., heavy tobacco and alcohol intake, occasional exercise-induced chest pain, family history of coronary artery disease) Physical examination (e.g., blood pressure 158/94 mm Hg, body mass index 31.2 kg/m², trace peripheral edema, S₃ on cardiac examination) Laboratory and ancillary testing (e.g., blood chemistries, complete blood count, chest radiograph, electrocardiogram, echocardiogram, pulmonary function tests, exercise stress test) <p>Diagnoses</p> <ul style="list-style-type: none"> Coronary artery disease, hypertension, hypercholesterolemia, tobacco and alcohol abuse <p>Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Risk factor modification (e.g., counsel to stop smoking, reduce or eliminate alcohol, lose weight, begin exercise program) Treat blood pressure (e.g., thiazide diuretic, beta-blocker, +/- angiotensin-converting enzyme inhibitor) Treat cholesterol (e.g., statin) Refer to cardiologist for further diagnosis and management 	<p>Collect patient-specific data</p> <ul style="list-style-type: none"> Patient concerns (e.g., worried about losing job which involves heavy lifting, worried about having a myocardial infarction and dying before age 50 years like his father) Patient priorities (e.g., wants to live as long as possible but does not want to take medications if they interfere with sexual functioning, energy level, or alertness; willing to trade off some increased risk of myocardial infarction or stroke to avoid these problems now) Nonbiological determinants: increased smoking and alcohol and decreased physical activity after his son died in an accident; religion is a source of support <p>Contributing factors impeding goals</p> <ul style="list-style-type: none"> Coronary artery disease, bereavement, tobacco, alcohol, depressive symptoms, employment opportunities limited by education <p>Management (based on patient's priorities)</p> <ul style="list-style-type: none"> Bereavement counseling through church Patient selects risk factor(s) that he is willing to address (e.g., Alcoholics Anonymous meeting at church) Encourage increased physical activity during daily activities rather than exercise Patient willing to start with thiazide diuretic and aspirin; later agrees to a low-dose beta-blocker because a higher dose makes him feel too tired to work; patient is interested in going to counseling <p>Outcomes</p> <ul style="list-style-type: none"> Blood pressure level Cholesterol level Myocardial infarction, stroke, heart failure, survival
<p>Outcomes</p> <ul style="list-style-type: none"> Blood pressure level Cholesterol level Myocardial infarction, stroke, heart failure, survival 	<p>Outcomes (in order of patient's priorities)</p> <ul style="list-style-type: none"> Physical activity level and sexual functioning Maintain employment Survival, myocardial infarction

Tinetti, M. E. & Fried, T. (2004). *American Journal of Medicine*, 116, 179-185.

Link for Download:
<http://www.commed.vcu.edu/IntroPH/Chronic%20Diseases/cdeendofera.pdf>

February 1, 2004 THE AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE® Volume 116



Table 2. Risk of Development of Dementia According to the Frequency of Participation in Individual Leisure Activities at Base Line.²⁷

Leisure Activity and Frequency	Subjects with Dementia	All Subjects	Hazard Ratio for Dementia (95% CI)
n(n)			
Cognitive activities			
Playing board games			
Rare	108	366	1.00
Frequent	16	103	0.26 (0.17-0.57)
Reading			
Rare	40	87	1.00
Frequent	84	382	0.65 (0.43-0.97)
Playing a musical instrument			
Rare	120	452	1.00
Frequent	4	17	0.31 (0.11-0.90)
Doing crossword puzzles			
Rare	117	407	1.00
Frequent	7	62	0.59 (0.34-1.01)
Writing			
Rare	104	382	1.00
Frequent	20	87	1.00 (0.61-1.67)
Participating in group discussions			
Rare	117	437	1.00
Frequent	7	32	1.06 (0.48-2.33)
Physical activities			
Dancing			
Rare	99	339	1.00
Frequent	25	130	0.24 (0.06-0.99)

Verghese, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. A., Kuslansky, G., Ambrose, A. F., Sliwinski, M. & Buschke, H. (2003). *Leisure Activities and the Risk of Dementia in the Elderly. N Engl J Med* 2003; 348:2508-2516 June 19, 2003
 DOI: 10.1056/NEJMoa022252

Link zum Artikel:
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa022252#article>



Notre engagement

www.ageingsociety.ch

VIIEILLISSEMENT ET SANTÉ Organisation de la Santé

ENTRE 2000 ET 2040, LE NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES DE 60 ANS ET PLUS DEVIENDRAIT SOUS-DÉTERMINÉ.

EN 2040, PLUS D'UNE PERSONNE SUR 5 AURA 40 ANS ET PLUS.

ICI À 2040, 80% DES PERSONNES ÂGÉES VIVRONT DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE.

► CHAQUE PERSONNE ÂGÉE EST DIFFÉRENTE

CERTAINS ONT UN NIVEAU DE FONCTIONNEMENT ÉGAL À UNE PERSONNE DE 50 ANS.

CERTAINES PERSONNES ONT BESOIN D'ÊTRE AIDÉES AU QUOTIDIEN.

LA SANTÉ EST ESSENTIELLE DANS LA MANIÈRE DON'T NOUS VIVONS NOTRE VIEILLISSEMENT.

► CE QUI INFLUENCE LA SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES

AU NIVEAU INDIVIDUEL

- LES COMPORTEMENTS
- LES CHANGEMENTS LIÉS À L'ÂGE
- LA GÉNÉTIQUE
- LA MALADIE

DANS LEUR ENVIRONNEMENT

- LE LOGEMENT
- DES AIDES TECHNIQUES APPROPRIÉES
- DES STRUCTURES SOCIALES
- DES TRANSPORTS

► CE QU'IL FAUT POUR VIEILLIR EN BONNE SANTÉ

- CONSIDÉRER AUTREMENT LE VIEILLISSEMENT ET LES PERSONNES ÂGÉES
- CRÉER DES ENVIRONNEMENTS ADAPTÉS AUX PERSONNES ÂGÉES
- ALIGNER LES SYSTÈMES DE SANTÉ SUR LES BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES
- DÉVELOPPER DES SYSTÈMES POUR LES SOINS DE LONGUE DURÉE

VIEILLIR EN BONNE SANTÉ, C'EST ÊTRE CAPABLE DE FAIRE TOUT CE QU'ON APPRÉCIERAIT LE PLUS LONGTEMPS POSSIBLE.



Hans Peter Graf, membre du Conseil de fondation de la FAAG

Note de lectures à l'appui des
version 2

JEUDIS de la FAAG. "Un coup de vieux ? Non merci ! Âgisme vs réalité"

24 septembre 2020 : "Âgisme : évolution des représentations de la vieillesse"

avec Dominique DIRLEWANGER, historien, auteur de *Les couleurs de la vieillesse*

15 octobre 2020 " Repenser l'âge et le vivre différemment"

avec Markus ZÜRCHER, Secrétaire général Académie suisse des sciences humaines et sociales
et initiateur-coordonateur de a+ Swiss Platform Ageing Society

flyer : http://plateformeaines.ch/upload/files/News/FAAG_Jeudis%20Sept-Oct%202020.pdf

Définition <https://fr.wikipedia.org/wiki/Âgisme>

L'âgisme regroupe toutes les formes de discrimination, de ségrégation, de mépris fondées sur l'âge.

Selon le Glossaire du site Stop Discrimination publié par l'Union européenne, l'âgisme est un "préjugé contre une personne ou un groupe en raison de l'âge".

Selon l'Observatoire de l'âgisme, l'âgisme est pour l'âge ce que le sexisme est au sexe ou ce que le racisme est aux "races".

Définition <https://fr.wikipedia.org/wiki/Stéréotype>

En sciences humaines, un stéréotype désigne l'image habituellement admise et véhiculée d'un sujet dans un cadre de référence donné ; cette image peut être négative, positive ou autre, mais elle est souvent caricaturale.

En psychologie sociale, un stéréotype est :

- une croyance qu'une personne entretient au sujet des caractéristiques des membres d'un exogroupe ;
- une généralisation touchant un groupe de personnes et les différenciant des autres. Les stéréotypes peuvent être généralisés à l'excès, être inexacts et résister à l'information nouvelle.

Les stéréotypes sont souvent véhiculés dans le cadre des phobies et de préjugés qu'ils maintiennent et alimentent : les microbes sont pathogènes, les insectes sont nuisibles et non-comestibles, les scientifiques sont des déséquilibrés, les Italiens mangent des macaronis, ... , les musulmans sont terroristes, ... les femmes libres et égales des hommes sont faciles,

Selon Jacques-Philippe Leyens, les stéréotypes se définissent comme des "*théories implicites de personnalité que partage l'ensemble des membres d'un groupe à propos de l'ensemble des membres d'un autre groupe ou du sien propre*".

Le contenu des stéréotypes est composé des croyances concernant les caractéristiques des membres d'un exogroupe, croyances qui sont généralisées à tous les membres de ce groupe. Les stéréotypes, qui ne sont pas nécessairement négatifs, ont pour fonction de rendre plus compréhensible et prévisible l'environnement complexe dans lequel on vit.

Les "autostéréotypes" sont les croyances que nous entretenons envers les membres de notre propre groupe d'appartenance : ainsi, les anthropologues du XIXe siècle qui catégorisaient les groupes humains, classaient toujours parmi les groupes "supérieurs" celui dont ils étaient eux-mêmes issus Grâce à leurs aspects cognitifs, les stéréotypes s'avèrent très utiles puisqu'ils aident à mettre de l'ordre et de la cohérence dans notre univers social, qui autrement serait passablement chaotique.

Formation et effets des stéréotypes

Lors du processus de catégorisation, les individus filtrent l'immense quantité d'informations qui leur parviennent de leur environnement et simplifient le traitement de celles-ci en ignorant certaines dissemblances et en exagérant les ressemblances entre les stimuli. Quand le processus de catégorisation s'applique aux humains, il s'agit alors de catégorisation sociale et ce processus influe systématiquement sur les impressions qui naissent en nous. Il s'avère que les aspects cognitifs de stéréotypes découlent directement du processus fondamental de catégorisation sociale.

La cognition humaine se réalise par les informations imposées et répétées, qui finissent par acquérir une certaine valeur auprès du public : on admet que le lieu commun a sans doute une part de vérité. Ce constat vaut particulièrement pour les jugements portés sur les habitants d'un pays étranger.

L'une des conséquences de la catégorisation sociale est que nous accentuons les différences entre les personnes appartenant à des groupes distincts et que nous minimisons les différences entre les membres d'un même groupe. De façon générale, nous avons plus tendance à minimiser les différences individuelles entre les membres de l'exogroupe qu'entre les membres de notre propre groupe. Ce phénomène de l'homogénéisation de groupe, appliqué à l'exogroupe, nous amène à percevoir qu' "eux" sont tous pareils, alors que "nous" sommes très différents les uns des autres. Cette homogénéisation de l'exogroupe, qui est la base des stéréotypes, nous permet de faire l'économie de jugements complexes sur chacun des innombrables individus que nous côtoyons quotidiennement.

Prophétie autoréalisatrice

... la prophétie autoréalisatrice insiste sur le fait selon lequel l'objet des stéréotypes va développer les compétences ou les caractéristiques se rapportant au stéréotype. ...

Menace du stéréotype

La menace du stéréotype est le sentiment qu'a un individu de pouvoir être jugé à travers un stéréotype négatif visant son groupe, ou la crainte de faire quelque chose qui pourrait confirmer ce stéréotype. Dès lors, cette menace provoque une diminution des performances de cet individu, dans un domaine où il est impliqué personnellement. ...

Discours d'ouverture du CF Alain Berset conférence sur le vieillissement et la santé, 17.2.2020

www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiqués.msg-id-78117.html (traduit de l'allemand par H.P. Graf)

... Nous devons constater :

1. Nous en savons encore beaucoup trop peu sur ce phénomène encore jeune qu'est le grand âge.
2. Notre âge chronologique en dit peu sur nous. Non seulement au début, dans l'enfance, mais surtout dans la vieillesse. La gamme s'étend ici des personnes encore engagées dans la vie active à celles qui ont un grand besoin de soins.
3. Notre image de la vieillesse est prisonnière des stéréotypes.

Les perceptions que nous avons de la vieillesse ne sont pas sans importance. Les images de l'âge ont une influence directe sur ce que les jeunes attendent de la vieillesse et sur ce que les personnes âgées pensent pouvoir faire elles-mêmes.

De nombreuses images courantes de l'âge sont le fruit d'hypothèses négatives. Elles supposent que le vieillissement s'accompagne d'une diminution des performances physiques et mentales et signifient une vie dans la dépendance. Cette vision est aussi indifférenciée que celle du vieux bonhomme en pleine forme, que la publicité aime nous présenter.

Les personnes âgées ne sont pas seulement un facteur de coût, ni un simple segment de marché lucratif. Les personnes âgées font partie intégrante de la société. Elles façonnent notre société de nombreuses façons.

Il est grand temps de s'intéresser de plus près à la vieillesse et au bien-être des personnes âgées. ...

Ken et Mary Gergen De la vulnérabilité à la capacité de changement, www.taosinstitute.net/2020-april-june

Les derniers mois ont été un défi majeur pour nous tous. Cela a été particulièrement vrai pour les personnes âgées, car bon nombre des décès dus au virus corona sont des résidents de logements collectifs, tels que des maisons de retraite. Une grande prudence est certainement justifiée. Pourtant, il y a un défi plus subtil dans le jeu lié au sens de soi. Les personnes âgées souffrent déjà d'un stéréotype général qui assimile l'âge à la faiblesse et aux incapacités. Comme l'indique la recherche, il existe également une forte tendance à appliquer ce stéréotype à soi-même à mesure que l'on vieillit. Selon la logique, "si les gens deviennent plus faibles et plus vulnérables en vieillissant, et que je vieillis maintenant, je dois être plus faible et plus vulnérable." Lorsqu'il s'agit de façonner l'avenir de la société, cette vision de soi invite à la complaisance et à l'inactivité. "Après tout, que puis-je faire ? Je suis vieux et faible."

... Comme l'ancien président Obama l'a récemment déclaré en réponse aux troubles sociaux majeurs aux États-Unis, *"le changement ne viendra pas si nous attendons une autre personne ou un autre moment. Nous sommes ceux que nous attendons. Nous sommes le changement que nous recherchons."* Ainsi, laisser le défi aux autres, parce que l'on se sent ou est traité comme *"faible, vulnérable et inepte"*, ne devrait pas être une option. Tout le monde est nécessaire.

Considérez les contributions que les personnes âgées peuvent offrir. Il y a d'abord la vie de l'expérience. On a fait face à des défis de toutes sortes, a résisté aux tempêtes et a connu des succès et des échecs. On a été témoin de ce qui a fonctionné et de ce qui a échoué, du potentiel de collaboration et de conflit, de la croissance et de la détérioration de la confiance, et plus encore. On a aussi des souvenirs du passé contre lesquels comparer le présent et mesurer nos mouvements incertains vers l'avenir. Comme le révèle la recherche sur le vieillissement, la population âgée est essentiellement le dépositaire de la sagesse pour une société. Ils ont le potentiel d'équilibrer les avantages et les inconvénients, de considérer un plus large éventail de facteurs pertinents et de résister à être emportés par les passions dominantes du moment. Ce sont des ressources vitales.

Les effectifs de la population âgée augmentent également. Avec l'augmentation de la durée de vie moyenne, la proportion de la population de plus de 70 ans augmente également. En effet, le pouvoir politique de ce groupe ne cesse de croître. Nous sommes ainsi positionnés pour que la sagesse puisse se mettre au travail. Selon les mots d'Obama, *"quelque chose de mieux nous attend tant que nous aurons le courage de continuer à atteindre, de continuer à travailler, de continuer à nous battre."* Nous avons d'énormes capacités pour façonner l'avenir.

GRAF Hans Peter "Une décennie pour le vieillissement en bonne santé", www.reiso.org/document/6473 et <http://plateformeaines.ch/upload/files/News/DecennieOMS Vieillissement FinalProposal Avril2020 extraits FAAG.pdf>

Vieillesse et pandémie, Interview de Delphine Roulet Schwab, professeure à la Haute Ecole de la santé de La Source et présidente Gerontologie.CH & Alter ego, Radio RTS 1, Tribu, 15.06.2020, 11h00, <https://www.rts.ch/play/radio/tribu/audio/vieillesse-et-pandemie?id=11366579>

Lors du Covid-19, une séparation a été opérée entre les personnes à risque et le reste de la société. Certaines personnes de plus de 65 ans, considérées comme à risque, se sont émues qu'on se préoccupe ainsi de leur santé. D'autres se sont au contraire indignées de cette "infantilisation" et la perte de leur libre arbitre. Le coronavirus, un choc pour les aînés et les aînées? [retranscription minute 22 ss]

« Je pense un premier enseignement nettement à retenir c'est que l'âgisme il est latent dans notre société : comme d'autres problématiques en lien avec les discriminations il n'est jamais très loin; il ressort dans une situation de crise et je pense que c'est vraiment important de ne pas le banaliser au quotidien. On sait que l'âgisme c'est une forme de discrimination qui est plus socialement acceptée que le racisme et le sexisme, plus fréquente également, mais on n'en parle très peu sauf là durant ces quelques semaines. Je pense que c'est un enseignement à tirer ; rester attentif au quotidien à ces stéréotypes aussi à la manière de traiter différemment les personnes en fonction de leur âge. Ca c'est pour moi c'est un premier enseignement.

Un second c'est vraiment la nécessité de donner la parole aux personnes âgées, pas qu'il y ait toujours des experts qui viennent parler pour eux. ... C'est clair que je ne peux pas parler pour eux mais que je peux en tout cas relayer un certain nombre de témoignages. Mais c'est vrai qu'on a rarement des experts âgés ou des représentants d'organisations d'aînés qui viennent parler dans les médias quand une problématique qui touche le vieillissement est abordée et je pense c'est aussi une forme d'infantilisation de ne pas donner la parole, de considérer que les aînés ne sont pas capables de parler pour eux de leur propre expérience. Et pour moi c'est un enseignement à tirer d'avoir le réflexe quand on parle d'une problématique liée à l'âge d'inviter une personne concernée comme on le fait pour d'autres problématiques de santé ou de société. »

Marianna Gawrysiak, gérontopsychologue "Je m'indigne !" publié le 1.6.2020

<https://avant-age.ch/je-mindigne>

Enquête "Le vécu des personnes de 65 ans et plus au cœur du COVID- 19". Haute Ecole de Travail social

Fribourg, prof. Christian Maggiori, cf. Communiqué du 27 avril 2020 . Premières orientations descriptives [sur base des 2480 premières réponses], www.hets-fr.ch/files/ecole/no_menu/cov65ans/CP_cov-65ans_1eres-orientations_DEF.pdf
Présentation des résultats finaux, 30.9. 2020 14h filmée et visible sur www.facebook.com/silverhomech minutes 17'30''ss