

Pour bien vieillir, il faut avoir bien vécu : l'enjeu de l'Active Ageing

Edito



Dans *Mortality, Immortality and Other Life Strategies* (1992), Zygmunt Bauman explique comment notre rapport à la mort s'est déplacé, d'une condition qui nous concerne toutes et tous à une variable individuelle que nous pourrions contrecarrer par l'intensité de nos efforts. On conjure notre peur existentielle de la mort en une quête individuelle d'optimisation. Personne ne veut vieillir, parce que personne ne veut mourir et nous avons l'hubris de penser qu'avec assez d'efforts, nous pourrions nous passer totalement des deux. Il y a encore un siècle, on mourrait avant d'être vieux. Alors que l'espérance de vie dépassait rarement 50 ans, nous sommes passés en quelques décennies à une espérance de vie de plus de 82 ans. Si nous nous sommes vite habitués à vivre longtemps, une telle progression s'est surtout concentrée sur la durée de vie totale, mais l'attention à la durée de vie en bonne santé et, plus encore, en jouissant le plus possible de ce qui fait de la vie sa qualité et son sens n'a pas été intégré dans cette augmentation.

À cet égard, l'étude *Soins en fin de vie* montre combien la dernière étape reste fortement hospitalocentrée, alors qu'un recours plus précoce aux soins palliatifs favorise plus souvent la possibilité de mourir chez soi - signe qu'un accompagnement mieux réfléchi peut répondre davantage aux préférences des personnes. En effet, la fin de vie est souvent la matérialisation de ce qu'a été notre vie, on vit de ce dont on a épargné, dans la ville ou le village où l'on s'est

installé, et notre corps porte les traces du métier qu'on a mené, de ce qu'on a pu manger, entourés des personnes qui sont elles-mêmes en capacité ou non de prendre soin de nous ; notre santé mentale est la somme de ce qu'on a vécu.

Cette évidence, Alan Walker l'a formulée avec clarté : nous n'avons pas besoin d'une rhétorique de l'activation centrée sur l'emploi, mais d'une stratégie multidimensionnelle qui articule emploi, pensions, santé et soins, citoyenneté et lutte contre l'âgisme, et qui reconnaît la valeur politique d'un cadre préventif, inclusif, profondément orienté vers la dignité des personnes et la réduction des inégalités accumulées au fil des trajectoires de vie (Walker, 2002).

Dans cette vision, la vie n'est pas une course individuelle : elle est un chemin partagé. Et ce chemin n'est pas égal pour tout le monde. Les femmes, qui portent une charge invisible ; les personnes racisées, confrontées à des obstacles structurels ; les personnes précaires, empêchées par la fatigue, le stress, l'urgence du quotidien : toutes et tous vieillissent, mais pas de la même manière, pas avec les mêmes ressources, pas avec les mêmes horizons. Walker le souligne : les inégalités ne surgissent pas à l'âge de la retraite, elles s'accumulent, elles s'additionnent, elles s'installent.

A contrario de cette vision, nous vivons dans une époque hantée par la promesse d'une longévité lue en courbes et en bilans, oublieuse que le vieillissement n'est pas un déficit à gérer mais une vie à déployer. Ce n'est d'ailleurs pas un débat abstrait : comme le rappelle l'article *Budget de la santé 2026 : le modèle de concertation sous pression budgétaire*, les budgets des soins de santé sont partout sous pression. En Belgique, la norme de croissance des soins de santé est limitée et une hausse du ticket modérateur est prévue à partir de juillet 2026, avec un risque réel

de « soins de santé à deux vitesses » si l'on s'en tient à une lecture comptable du budget qui n'a pas l'ambition de choisir des objectifs de santé, à commencer la réduction des inégalités de santé. Le concept d'*Active Ageing* de Walker est une réponse partielle à ce problème. Il ne s'agit pas d'une injonction à être productif plus longtemps : c'est une politique d'égalité réelle qui relie santé, participation, protection sociale, soins et milieux de vie, pour que le « bien vieillir » soit la suite cohérente d'un « bien vivre » rendu possible dès le premier âge, et garanti pour toutes et tous, sans condition de performance ni d'adhésion aux normes dominantes. Et c'est pour permettre cette vision de la santé que le budget doit être réparti.

Vieillir, cela demande du soin : du soin donné, reçu, partagé. Cela exige des politiques publiques qui ne se contentent pas de faire durer la vie, mais qui la rendent habitable, vivable, connectée, digne ; qui ne se limitent pas à prévenir les maladies, mais qui renforcent les liens ; qui ne se bornent pas à gérer les dépendances, mais qui reconnaissent les besoins. C'est tout le sens des pistes ouvertes par l'étude *Soins en fin de vie* : briser le tabou autour de la mort, planifier plus tôt et mieux les soins de fin de vie, intégrer les désirs des patients, des dispositifs palliatifs dans les pratiques de première ligne comme à l'hôpital, lever les barrières financières et soutenir les proches - autant de leviers pour humaniser la dernière étape et, ce faisant, tenir la promesse du « bien vieillir ».

Alors oui, la fin de vie ne diffère pas de la vie qu'on a vécue plus jeune. Et elle est confrontée à une société qui ne fait peser que sur les épaules des individus tout le poids du vieillissement ; une société qui accable les plus fragiles, les plus discriminé-es, les plus isolé-es ; une société qui considère la longévité comme un défi. En revanche, elle devrait le voir comme un engagement d'égalité, de dignité, d'humanité. Cette donnée inclut la santé mentale à tous

les âges : l'étude *Recours de longue durée aux antidépresseurs en Belgique* rappelle que, malgré la diminution du nombre de nouveaux traitements, l'utilisation de longue durée persiste, avec un rôle central des médecins généralistes - d'où l'importance d'un accompagnement structuré à la réduction du traitement et des soins psychologiques de première ligne réellement accessibles pour ne pas médicaliser les détresses sociales.

Pour bien vieillir, il faut avoir bien vécu. Et pour avoir bien vécu, il faut être reconnu-e, soutenu-e, accompagné-e. C'est cela, l'*Active Ageing*. Et, en soi, c'est un projet de société.

Élise Derroitte
Vice-Présidente CM-MC

Bibliographie

- Bauman, Z. (1992). *Mortality, Immortality and Other Life Strategies*. Cambridge : Polity Press.
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55(12), 121-139.