

Dossier

Vieillesse, âge & santé

Sommaire

- **II Regards démographiques sur le vieillissement**
- **IV Vieillesse et âge**
 - IV Les processus de vieillissement et l'âge de la vieillesse
 - XII Les représentations relatives aux personnes âgées
- **XVI Âge et santé**
 - XVI La consommation médicale des personnes âgées
 - XX Les pathologies oculaires liées à l'âge
 - XXII La ménopause
 - XXV L'ostéoporose postménopausique
- **XXIX Modes de vie**
 - XXIX Conditions de logement et loisirs des personnes âgées
 - XXXII Les relations entre générations à la naissance des petits-enfants
- **XXXVI Tribune**
- **XLVIII Bibliographie Adresses utiles**

Le dossier du vieillissement a été reconnu par la communauté internationale des sciences médicales et de la santé comme étant un dossier prioritaire insuffisamment débattu. En octobre 1997, 100 revues généralistes ont publié un numéro offrant une large place aux travaux concernant ce vaste domaine. Dans ce dossier qui fait suite à celui sur « Santé publique et grand âge » plusieurs auteurs présentent différents regards sur les processus de vieillissement et leurs effets sur la santé et les modes de vie.

Le regard démographique sur le vieillissement exprime l'évolution de la structure par âge de la population française et les changements profonds dans les situations domestiques : régression du veuvage, augmentation de l'isolement (qui ne doit pas être confondu avec la solitude) délaissé à l'âge de la retraite de la vie en institution.

Le vieillissement biologique (sénescence) doit être distingué du vieillissement chronologique. L'un et l'autre sont en étroites relations mais ils peuvent s'écarter l'un de l'autre du fait de conditions d'existence différentes liées au genre et à la classe sociale qui génèrent des histoires de vie différentes. À un âge avancé les facteurs génétiques prédominent, réduisant le rôle des écarts socio-économiques.

Si la représentation de la vieillesse à connotation négative est assez consensuelle les personnes âgées n'y adhèrent pas et les personnes âgées que l'on connaît bénéficient volontiers d'une image flatteuse.

En pratique, la sénescence peut donner lieu à plusieurs types d'effet qui interfèrent de façon variable avec la santé (bonne ou mauvaise) dont plusieurs exemples sont donnés. La sénescence est responsable d'altérations structurales et fonctionnelles qui *surajoutent leurs effets* aux maladies dégénératives telles que les démences, la dégénérescence maculaire liées à l'avance en âge. Certains changements physiologiques liés au vieillissement ont un impact clinique direct tels par exemple, la *ménopause* génératrice de certaines formes d'ostéoporose, les modifications des protéines du cristallin responsables de cataracte. On parle alors de *pathologies associées* au vieillissement. Cet ensemble de faits explique pour partie, la grande part des personnes âgées dans la consommation médicale.

Les modes de vie des retraités ont changé du fait de l'amélioration considérable de leurs revenus durant la période 1970-1990. En outre, les femmes de 50-65 ans sont de plus en plus la personne pivot des familles à quatre générations.

Regards démographiques

En 1995, près de 20 % des Français (soit plus de 11 millions) avaient fêté leur 60^e anniversaire, 7 % (soit plus de 4 millions) leur 75^e et 1,8 % (soit plus d'un million) leur 85^e, dans les années soixante ces proportions n'étaient que de 17 %, 4 % et 1 %, dans 30 ans elles pourraient atteindre 28 %, 10 % et 3 %¹.

Les causes du vieillissement démographique

Le vieillissement démographique est traditionnellement mesuré par la croissance de la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus. Mais, fixer un seuil de la vieillesse est en partie arbitraire du fait de la complexité de la notion d'âge, de l'évolution et de la multiplicité des réalités qui se cachent derrière un même chiffre : compte tenu, par exemple, de l'amélioration de l'état de santé à chaque âge, la réalité biologique de la population des aînés est extrêmement mouvante. L'âge de 60 ans repose en particulier sur le fait que les personnes qui ont fêté cet anniversaire sont socialement de plus en plus marquées du sceau de l'inactivité professionnelle et sont donc fortement dépendantes de revenus de transferts.

Le vieillissement démographique est en premier lieu la conséquence de la baisse de la fécondité. Juste un exemple pour preuve : si notre pays avait gardé sa fécondité du milieu du XVIII^e siècle (soit 5,4 enfants par femme),

tout en bénéficiant des progrès réellement enregistrés en termes de mortalité, notre structure par âge ne serait que très peu différente de celle qui prévalait il y a quelque 250 ans (soit environ 6 % de 60 ans et plus et 42 % de moins de 15 ans). En revanche, aujourd'hui, plus de 1,5 milliard de personnes peupleraient notre territoire² ! Fort heureusement donc, pourrions-nous dire, la France a diminué sa fécondité et corollaire inévitable, elle a vieilli. Aussi loin que l'on remonte dans les statistiques et quel que soit le seuil de la vieillesse pris en considération, à quelques exceptions près, la proportion de personnes âgées n'a cessé de croître en France. Égale à moins de 13 % au début du siècle, la part des 60 ans et plus dans la population totale atteignait 16 % après la seconde guerre mondiale et près de 20 % aujourd'hui. *A contrario*, la proportion de jeunes a diminué régulièrement (plus de 34 % de moins de 20 ans en 1900, 26,3 % aujourd'hui) « l'effet de ciseaux » est net, les points de pourcentage perdus au bas de la pyramide se sont ajoutés au sommet. Mais à la diminution séculaire de la fécondité s'ajoute depuis l'après-guerre, la baisse de la mortalité comme facteur accélérateur du vieillissement. Il faut dire que la mortalité est si faible de la naissance à la fin de la vie active que les progrès ne sont désormais substantiels qu'aux âges élevés : non seulement les indivi-

us sont plus nombreux à accéder au seuil de la retraite, et on ne peut bien évidemment que s'en féliciter, mais ils y séjournent plus longtemps. Ainsi, par exemple, moins de 60 % des femmes de la génération 1900 étaient encore vivantes à 60 ans, les femmes nées 30 ans plus tard ont eu dans plus de 80 % des cas la chance de fêter cet anniversaire. De plus, si les premières avaient à cet âge, une espérance de vie de l'ordre de 21 ans, pour les secondes, cette durée de vie à la retraite pourrait être plus longue de cinq années³ ! Autre exemple, les femmes de la génération 1910 ont été quasiment aussi nombreuses (44 %) à survivre jusqu'à 80 ans que celles de la génération 1890 jusqu'à 60 ans (45 %).

Les projections de population intègrent cette poursuite de la baisse de la mortalité à laquelle s'ajoutera, dès 2005, l'arrivée au seuil de la retraite des classes pleines du baby-boom : on pourrait assister à une multiplication par 1,5 des effectifs de 60 ans et plus d'ici 2020, à leur quasi-doublement d'ici 2050. Quelle que soit l'hypothèse de fécondité prise en compte et par là-même l'effectif futur de la population française, la part des 60 ans et plus dans la population totale est appelée à croître (elle dépassera 26 % en 2020 et 33 % en 2050⁴), le rapport des 20-59 ans aux 60 ans et plus appelé à se détériorer : égal à 2,7 en 1995, il pourrait être divisé par 2 d'ici 2050. Ces évolutions po-

sent, notamment, le problème du financement de notre système de retraite, sujet suscitant une abondante littérature^{5, 6, 7} : si l'on s'accorde généralement sur la nécessité de sa réforme, l'éventail des solutions préconisées est large (baisse du niveau des pensions servies, augmentation des cotisations pesant sur les actifs, recul de l'âge de la retraite, recours à la capitalisation) et le débat sur le partage et le consentement par chacun des efforts à supporter reste amplement ouvert.

Quelques 40 générations constituent la fraction la plus âgée de notre population, autant donc d'histoires démographiques spécifiques qui agissent, notamment, sur l'évolution au fil du temps, de la part des très anciens parmi les anciens : en 1962, 5 % des 60 ans et plus avaient fêté leur 85^e anniversaire, ils sont aujourd'hui 9,2 %. Du fait de l'arrivée aux grands âges des classes creuses de la première guerre mondiale le vieillissement interne de la population âgée devrait dans un proche avenir connaître une légère accalmie mais, à un horizon plus lointain 15 voire 20 % des 60 ans et plus pourraient avoir franchi le seuil de 85 ans. Qu'en est-il des implications en terme de santé publique de ces évolutions ? S'il a été montré que le vieillissement démographique n'a eu, et n'aura à moyen terme, qu'un effet limité sur la croissance de la consommation médicale⁸, un point d'incertitude demeure : celui de l'évo-

Évolution de la population française et de sa structure par âge

	1901	1946	1962	1975	1995	2010*	2020*	2050*
Population française (en milliers)								
Population totale	38 486	40 125	46 422	52 600	58 265	61 721	63 453	65 098
Structure par âge (en pourcentage)								
Moins de 20 ans	34,2	29,5	33,1	32,1	26,3	24,2	22,7	20,7
20-59 ans	53,0	54,5	49,8	49,5	54,0	53,0	50,5	45,6
60 ans et plus	12,7	16	17,1	18,4	19,9	22,8	26,8	33,7
75 ans et plus	2,5	3,4	4,4	5,1	7,1	8,9	9,5	15,2
85 ans et plus	0,3	0,4	0,9	1,1	1,8	2,5	3,3	6,9

* hypothèse 1,8 enfants par femme, source : Insee

sur le vieillissement

lution future de la demande de soins de longue durée pour les personnes dépendantes.

Comment vivront les plus de 60 ans ?

Du fait de l'inertie des phénomènes démographiques, nous pouvons avec une grande marge de certitude prévoir l'effectif futur de la population, sa structure par âge... et donc mettre l'accent sur certains problèmes attendus : on ne peut nier que l'avenir démographique appellera des réformes de notre système de retraite, de nouveaux besoins en terme de prise en charge de la dépendance. Mais, il est beaucoup plus difficile de prévoir l'environnement, notamment économique, de la société de demain et par là-même sa capacité à intégrer, plus ou moins facilement selon son degré d'optimisme, ces nouvelles données démographiques. Autre point d'incertitude, et non des moindres : comment vivront les 60 ans et plus de demain ?

Nous sommes, en effet, ici en présence d'un groupe d'âge qui se renouvelle avec rapidité : plus de 41 % des 60 ans et plus présents au recensement de 1990 ne faisaient pas partie de ce groupe d'âges 8 ans plus tôt, près de 34 % des effectifs initiaux sont morts durant la période. Ce renouvellement des générations transforme le vécu de la vieillesse, l'exemple de l'évolution des situations domestiques est à ce titre explicite.

L'un des principaux déterminants de la vie après 60 ans est la situation matrimoniale. Or, fait remarquable, le veuvage est en constante régression au cours du temps. Résultat des formidables gains en matière de mortalité aux grands âges et donc du recul à chaque âge, de la probabilité de décéder pour chacun des membres du couple, ce dernier survit plus longtemps, l'âge moyen des nouveaux veufs se trouve par là-même différé. Conséquence essentielle et évidente de cette

chute du veuvage, vivre en couple concerne une fraction de plus en plus importante de la population âgée : tel était le cas de 52,8 % des 60 ans et plus en 1962, 58,6 % aujourd'hui. Après la vie en couple, l'isolement résidentiel est le style de vie le plus courant chez les anciens et il ne cesse de progresser. Les veufs⁹ optant beaucoup plus souvent pour la vie en solitaire, cette tendance a plus que compensé la baisse du veuvage : 21 % des 60 ans et plus vivaient seuls en 1962, ils sont aujourd'hui 26,5 %. En outre, l'isolement concerne des personnes de plus en plus âgées : 26,6 % des isolés de 60 ans et plus avaient, en 1982, 80 ans et plus, cette proportion atteint désormais 32,9 %. Cette croissance de l'isolement s'est principalement faite au détriment de la cohabitation avec des proches.

La tendance de fond des dernières décennies, est, en effet, la régression des situations domestiques qui, d'une façon ou d'une autre, sont de la cohabitation intergénérationnelle (22,2 % des 60 ans et plus étaient dans ce cas en 1962, 10,5 aujourd'hui). La proportion d'isolés est désormais 2,5 fois plus forte alors qu'en 1962 la cohabitation avec des proches était plus fréquente que l'isolement ! Ce détachement vaut à tous les âges, et surtout dans l'extrême vieillesse où les fractions de population concernée par ce mode de vie sont les plus importantes, conséquence en particulier de l'apparition des premiers handicaps¹⁰.

C'est dans des déterminants sanitaires et sociaux qu'il faut chercher l'explication de cette distance résidentielle prise entre les générations : plus fort désir d'indépendance des jeunes et des anciens, régression de la cohabitation de plusieurs générations due à l'urbanisation et à la diminution des entreprises familiales, amélioration des conditions de vie des anciens. Tous ces facteurs conjuguent leurs effets pour faire

en sorte que les personnes âgées puissent désormais plus facilement choisir leur mode de vie et, en particulier, rester chez elles aussi longtemps qu'elles le souhaitent ou... qu'elles le peuvent. Délaissée au début de la retraite, la vie en institution¹¹ n'a en effet progressé qu'aux grands âges. Ainsi, 13,1 % des 85 ans et plus étaient concernés en 1962, 19,3 % en 1990. L'hospitalisation de longue durée, les hospices et maisons de retraite recrutent le gros de la population âgée institutionnalisée (soit 426 700 personnes sur un total de 502 100), et leurs clientèles sont constituées de personnes de plus en plus âgées. Ne faut-il pas voir dans ces tendances la disparition de « l'institutionnalisation sociale » ? Conséquence de l'amélioration des conditions de vie des anciens et d'une sélection de plus en plus forte par l'état de santé, c'est désormais le plus tardivement possible, avec l'apparition de lourds handicaps, que les anciens partiraient en maison de retraite ou seraient pris en charge par leur famille.

Ces quelques éclairages sur la vie après 60 ans nous en donnent une image fort changeante, peu de points communs entre les retraités d'hier et ceux d'aujourd'hui : les aînés franchissent de plus en plus souvent les diverses étapes de la retraite à deux, sont de moins en moins souvent hébergés par des proches et, au début de la retraite délaissent la vie en institution. Baisse de la mortalité, qui diffère l'entrée dans le veuvage, et amélioration des conditions socio-économiques des anciens sont ici en toile de fond et, on peut légitimement s'attendre à la poursuite de ces tendances. Sans nul doute, le renouvellement des générations (plus de femmes auront eu une activité professionnelle, plus de personnes seront diplômées...) améliorera encore l'autonomie des anciens même si l'incertitude reste de rigueur en ce qui concerne les

futurs choix collectifs pris en matière de financement des régimes de retraite.

Joëlle Gaymu

bibliographie

1. Q.-C. Dinh. La population de la France à l'horizon 2050. *Economie et Statistique*, Insee, n° 274, pp. 7-32, 1994
2. A. Dittgen. Le vieillissement démographique de la population française : passé, présent et futur. *Espace, Population et sociétés*, n° 1, 1992.
3. D'après J.Vallin, données non publiées.
4. Hypothèse de fécondité : 1,8 enfants par femme
5. D. Blanchet, D. Kessler. Prévoir les effets économiques du vieillissement. *Economie et Statistique*, 1990, n° 233, p. 9-19.
6. L. Vernière. Les retraites pourront-elles être financées après l'an 2000 ? *Economie et Statistique*, n° 233, 1990, p. 19-29.
7. A. Parant. Longévité et retraite. *Population et Société*, Ined, n° 310, 1996
8. J.-M. Hourriez. La consommation médicale à l'horizon 2010. *Economie et Statistique*, n° 265, 1993.
9. À ces âges, vivre seul est dans près des trois quarts des cas, la conséquence du veuvage.
10. Ainsi, par exemple, en 1962, plus de la moitié des femmes de 85 ans et plus vivaient avec un proche autre qu'un conjoint, cette proportion dépasse à peine 25% aujourd'hui.
11. Entre 4 et 5% des personnes âgées de 60 ans et plus vivent et vivaient hier, en ménage collectif.



Vieillesse et âge

Âge et représentation de la vieillesse

Qu'est-ce que le vieillissement ? Qu'entend-on par vieillesse ? Quand commence-t-elle ? Quelles sont ses causes ? Y a-t-il égalité devant le vieillissement ? Quelle image a-t-on de la vieillesse et de la personne âgée ? Ce chapitre apporte des réponses à toutes ces questions.

Les processus de vieillissement et l'âge de la vieillesse

L'absence d'un âge de la vieillesse observée dans certaines sociétés amérindiennes soulève la question de l'existence de la vieillesse en tant que telle. Une telle découverte souligne l'opposition entre le vieillissement biologique naturel universel dans les sociétés humaines et la construction du vieillissement social dans différents types de société. Nous évoquerons ici les différents processus du vieillissement individuel, en les situant, pour les aspects sociaux, dans le contexte des sociétés industrialisées. La France en est un exemple. Le pays a connu depuis un siècle de profonds changements socio-démographiques qui conduisent à examiner les définitions actuelles de la vieillesse.

La notion de vieillissement est souvent envisagée dans sa seule dimension biologique et la conception de l'avance en âge comme déclin universel est encore dominante. Or le vieillissement est un ensemble de processus, l'homme

étant à la fois un être biologique, un être pourvu de raison, dans un contexte social.

Vieillesse biologique

Le vieillissement, pour certains, a un double sens : celui de sénescence et celui d'avance en âge. La sénescence est l'expression du déroulement du temps biologique, l'avance en âge celle du déroulement du temps chronologique.

La sénescence est habituellement définie comme l'ensemble des processus biologiques qui, au fur et à mesure de l'avance en âge, rendent les individus plus sensibles aux facteurs susceptibles d'entraîner la mort. La mort peut survenir du fait d'un déclin des capacités d'adaptation de l'organisme pour maintenir ses fonctions internes face à des agressions extérieures tels que les maladies ou les accidents. Les processus propres à la sénescence répondent à quatre critères largement admis : être universel, progressif, endogène et dégénératif.

Processus commun à tous les êtres vivants, la sénescence ne s'exprime vraiment qu'après la période de reproduction. Elle évolue de façon progressive en suivant un cours modelé par les forces de l'évolution agissant sur l'espèce

Mesurer le vieillissement biologique

Mesurer le vieillissement d'un individu ou d'une population, dans sa dimension biologique, pose de multiples problèmes. Il faut reconnaître que les gérontologues rencontrent de réelles difficultés pour identifier et mesurer l'objet de leur recherche. Il n'existe pas de modèle ou de théorie qui puisse rendre compte d'une manière satisfaisante des faits rassemblés sous le vocable « vieillissement biologique ».

Ladislas Robert, l'un des spécialistes français de l'étude du vieillissement biologique, propose de définir les processus de vieillissement « comme l'ensemble des mécanismes qui diminuent progressivement la capacité de l'organisme à faire face aux exigences variables de l'environnement et à maintenir l'intégration des organes assurant les fonctions vitales essentielles ». Cette définition reste trop vague pour permettre la construction d'instruments de mesure du vieillissement biologique. Les gérontologues préfèrent focaliser leurs re-

cherches sur des marqueurs du vieillissement. Il s'agit pour la plupart de « constantes biologiques » qui évoluent avec l'âge chronologique de façon linéaire.

L'avancée en âge se caractérise, en effet, au niveau de l'organisme par des évolutions fonctionnelles dont l'intensité varie à la fois selon l'organe et la fonction considérée et selon les individus de même âge chronologique. De nombreux auteurs ont proposé des tests ou des combinaisons de tests physiologiques et psychométriques pour définir un âge fonctionnel voire biologique à côté de l'âge chronologique.

Dans les études épidémiologiques le vieillissement des populations est abordé de trois façons : soit en mettant l'accent sur le temps de vie total parcouru (probabilité de survie), soit en mesurant la performance à des tests, soit en évaluant les conséquences de l'avancée en âge en termes de déficience organique et d'incapacité.

Ces mesures soulèvent plusieurs

problèmes méthodologiques. La frontière entre vieillissement biologique et maladie n'est pas aisée à distinguer. La comparaison de groupes d'âge différents ne permet pas de séparer les effets liés au vieillissement proprement dit de ceux en rapport avec les différences de génération. Les effets de cohorte peuvent expliquer un grand nombre des différences constatées entre jeunes et vieux. Les résultats sont souvent biaisés par la sélection de tests favorisant les adultes jeunes au détriment des adultes plus âgés. Enfin, les travaux s'inscrivent systématiquement dans un modèle déficitaire du vieillissement, ne mettant l'accent que sur l'involution des capacités avec l'avancée en âge.

En définitive, il n'y a pas de critères simples et objectifs qui permettent d'apprécier globalement le degré de vieillissement biologique d'un individu ou d'une population.

Bernard Cassou

humaine depuis son apparition et fixant les limites biologiques de notre longévité à 115-120 ans environ.

Le vieillissement-sénescence est multiforme, fait d'un complexe de modifications endogènes au sein de l'organisme plus ou moins liées à l'accumulation d'effets délétères au niveau moléculaire. Les modifications cellulaires se traduisent par des changements morphologiques tissulaires dégénératifs et par une baisse des performances physiologiques et de certaines fonctions intellectuelles. À l'heure actuelle, les relations, au cours de la sénescence, entre les altérations dégénératives morphologiques et fonctionnelles d'un tissu donné sont encore insuffisamment documentées.

Il existe un vieillissement différentiel des organes et des fonctions chez un même individu. Pour de nombreuses fonctions, le vieillissement

est un processus continu. La preuve en est fournie par les relations entre structures d'âge et postes de travail : généralement, les fonctions mettant en jeu rapidité et souplesse sont les premières à décliner.

Il existe d'importantes différences morphologiques et fonctionnelles entre sujets de même âge car les paramètres homéostatiques ont une dispersion plus importante avec l'avance en âge. L'âge biologique ou fonctionnel et l'âge chronologique ne coïncident pas, et l'apparence physique renseigne souvent mieux que les épreuves physiologiques et que le nombre des années. « La sénescence n'est pas une pente que chacun descend à la même vitesse. C'est une volée de marches irrégulières que certains dégringolent plus vite que d'autres » (Howell cité par de Beauvoir).

L'âge est une donnée biologique socialement

S. de Beauvoir. *La Vieillesse*. Gallimard, Paris, 1970.

manipulée, variable avec les époques et les sociétés. Des facteurs exogènes accélèrent la sénescence : par exemple des conditions de vie pénibles. Inversement, un maintien de la forme physique, un bon équilibre moral peuvent retarder la sénescence ou en limiter les conséquences.

Au total la vitesse de la sénescence est la résultante du patrimoine génétique et des traces du parcours de vie individuel et collectif. Le premier commande la plus ou moins grande

L. Robert. *Le vieillissement faits et théories*. Dominos Flammarion, 1995.

susceptibilité aux maladies, les secondes sont liées, au niveau individuel, au hasard et à des déterminants sociaux. Le parcours de vie collectif correspond à l'histoire de chaque génération qui influe sur l'évolution du génome.

Vieillesse psychologique

En psychologie expérimentale, le vieillissement se traduit essentiellement par un déclin notam-

Facteurs sociaux de vieillissement précoce

Des différences selon le niveau économique et socioculturel.

Le vieillissement précoce d'une personne évoque l'idée que l'état de santé de cette personne ne correspond pas à l'état de santé habituel des personnes de son âge mais à celui de personnes plus âgées. Pour passer de cette approche intuitive à une mesure ou du moins à un indicateur chiffré de ce phénomène, nous avons utilisé l'indicateur individuel de morbidité du CreDES à deux dimensions, le pronostic vital et l'invalidité. L'application d'un modèle statistique simple permet d'approcher la notion de vieillissement relatif (« prématuré » ou « retardé ») qui s'exprime en années.

D'une manière générale, l'état de santé se dégrade lorsque le niveau économique ou socio-culturel est moins élevé, et la mesure de cette dégradation en terme de vieillissement relatif peut atteindre plusieurs années.

Pour les adultes, le chômage et l'absence de qualification apparaissent comme les risques sociaux de vieillissement prématuré les plus importants : les chômeurs accusent un vieillissement prématuré de près de 3 ans par rapport aux actifs. Entre les ouvriers non qualifiés (vieillesse

prématuré de 1,6 an) et les cadres supérieurs (vieillesse retardé de 2 ans), l'écart de vieillissement est de 3 ans et demi. Les employés de commerce ou de service se distinguent par un vieillissement prématuré de 1,3 an supérieur à celui des ouvriers qualifiés alors que les employés administratifs se situent à la moyenne (vieillesse relatif proche de zéro). Les effets de ces facteurs défavorables se cumulent, entraînant une différence de vieillissement relatif de plus de 5 ans entre un ouvrier non qualifié au chômage (vieillesse prématuré de 3 ans), et un cadre supérieur actif (vieillesse retardé de 2,6 ans). Dans cette relation entre activité, profession et état de santé, chacun des termes peut être cause ou effet, une mauvaise santé rend plus difficile l'acquisition d'une qualification ou la conduite d'études longues, inversement, le chômage entraîne des perturbations dans l'état de santé, les deux sens possibles de cette relation ne faisant qu'aggraver la situation des personnes qui en sont victimes.

Les autres facteurs de fragilité sociale ou familiale, disposer de revenus bas, avoir un faible niveau d'instruction, être divorcé ou veuf, appartenir à un ménage dont le chef est non qualifié ou au chômage, ne

pas bénéficier d'une protection complémentaire pour les soins médicaux, etc., sont aussi associés à un vieillissement prématuré. Ces caractéristiques sont souvent concomitantes mais au-delà de trois facteurs, l'effet additionnel d'un facteur défavorable supplémentaire n'est plus observable sur le vieillissement relatif.

De même que pour la mortalité, les différences de vieillissement relatif entre groupes sociaux sont plus marquées pour les hommes que pour les femmes.

Des enquêtes longitudinales sur les mêmes échantillons de personnes permettraient d'éclairer ces relations complexes entre vieillissement prématuré, handicaps et affections acquises ou innées et les conditions de vie, de travail, familiales, etc.

Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi

Les résultats sont issus de l'enquête annuelle du CreDES sur la santé et la protection sociale, données de 1994 et 1995 (14 132 personnes) et de 1988-1991 (30 840 personnes). Nous avons présenté la méthodologie dans « Concepts et mesure de l'état de santé en socio-économie. » Prévenir, 1996/09, n° 30. pp. 155-165, et les résultats détaillés dans « Disparités sociales de morbidité en France » CreDES n° 1177, 1997/05 et « État de santé, vieillissement relatif et variables sociodémographiques » CreDES n° 999, 1994/01.

ment des fonctions intellectuelles. Mais il y a un vieillissement différentiel de ces fonctions : déclin des facultés d'attention et de concentration, des capacités mnésiques ; maintien des facultés d'apprentissage aux situations nouvelles si le facteur temps n'entre pas en compte. Les aptitudes développées lors de l'apprentissage se maintiennent le plus ; le déclin s'observe pour celles pour lesquelles le sujet est peu entraîné ou n'a pas reçu d'instruction. Le déclin est moindre (ou plus tardif) si le niveau d'instruction est élevé.

En psychologie du développement, les dernières étapes de la vie correspondent à la recherche de son intégrité, c'est-à-dire à la recherche de sens pour sa propre vie et à sa mise en ordre par rapport au monde pour faire face au désespoir et au dégoût qui vous guettent. Le désespoir peut s'exprimer par un sentiment d'échec et de ne plus avoir le temps de retrouver son intégrité et dans un sentiment de dégoût par rapport aux autres notamment les jeunes.

Erikson a soutenu globalement la théorie du déroulement des étapes du parcours de vie par une succession des crises, lors du passage de l'une à la suivante. Lorsqu'elles ont été imparfaitement résolues elles laissent des traces qui peuvent être réactivées en fin de vie. Ainsi pour comprendre la façon dont les personnes agissent en fin de vie il est nécessaire de les replacer dans le contexte de l'ensemble de leur histoire de vie, en tenant compte de leurs réussites et de leurs échecs. Environnement et individus s'influencent mutuellement. Ainsi le développement d'un individu sera réussi si les circonstances familiales et la période sont favorables. Ce développement en retour contribuera à un développement favorable de la génération suivante. L'interdépendance des générations apparaît ainsi comme essentielle : les jeunes ont besoin des vieux tout autant que l'inverse.

Pour Jung, il y a également différentes priorités entre les deux moitiés de la vie.

Perspective sociale sur le vieillissement

La vision positiviste et naturaliste de la fin du XIX^e siècle avance l'idée que chaque société définit un parcours des âges de la vie caractérisé par des étapes spécifiques (petite enfance, écolier, adolescent, adulte, etc.) et fixe des conditions d'accès d'une étape à une autre. Ce code

B. Arcand. La construction culturelle de la vieillesse. In Santerre, G Letourneau (eds) : *Vieillir à travers le monde*. Les Presses de l'Université de Laval, Laval, 1989.

E. H. Erikson. *The life cycle completed*. Norton, New York, 1986

M. Gognalons-Nicolet. Du vieillissement normal au vieillissement réussi aspects culturels, sociaux et psychologiques. *Cahiers Psychiatriques Genevois*, 1994, 17, 11-36

S. Arber, J. Ginn. *Gender and later life*. Sage, London, 1991.

C. G. Jung. *L'âme et la Vie*. Buchet /Chastel, Paris, 1965

spécifique dit quels sont les événements particulièrement significatifs socialement de l'avance en âge. C'est le critère d'utilité sociale liée aux modes de subsistance qui constitue dans les différentes sociétés la dimension commune de la vieillesse. Dans notre société où le salariat est généralisé, la prise de retraite est particulièrement chargée de sens. L'incapacité totale à se rendre utile aux autres et la nécessité d'être pris en charge par la collectivité définit socialement la sénilité.

Concrètement, cette vision assigne au vieillissement social une succession de changements habituellement cumulatifs, irréversibles et souvent brutaux. Ils concernent le rôle familial, professionnel, les ressources, les relations sociales, la santé. Ces changements en moins sont parfois contrebalancés par des changements en plus.

Cette vision risque de négliger le caractère *différentiel* du parcours de vie. Le parcours de chacun dépend d'une part des particularités de son histoire personnelle liée notamment à son genre et, d'autre part de celle de son groupe social d'appartenance.

Vieillir a une signification différente pour les *femmes et les hommes* ce qui donne lieu à une double norme de vieillissement. Ceci peut résulter de différence entre le statut de l'âge chez l'homme et chez la femme.

L'avance en âge prend une signification diverse selon les *catégories professionnelles* ou

Statut du grand âge chez l'homme et la femme

Le grand âge par exemple concerne essentiellement les femmes du fait des écarts de longévité entre les sexes. Les femmes très âgées ont souvent des revenus limités du fait de l'absence d'activité professionnelle antérieure ou d'une carrière incomplète. Elles sont fréquemment veuves et donc vivent seules. Lorsqu'elles sont mariées, elles ont souvent à prendre soin de leur mari plus âgé, atteint de maladies chroniques et de réduction des capacités à effectuer seul les activités de la vie quotidienne. Lorsqu'elles sont elles-mêmes atteintes d'incapacités, elles doivent y faire face seule ou se faire aider par (une de) leur fille ou belle-fille. Quelques unes des femmes les plus âgées seront amenées à déménager chez un de leurs enfants. Elles constitueront aussi le groupe le

les types d'activités professionnelles ; pour les travailleurs de l'industrie peu qualifiés on assiste à une déqualification progressive. À l'inverse dans certaines professions, l'avancement se fait à l'ancienneté. La fin de l'activité professionnelle, étant donné sa signification, a été particulièrement étudiée. Elle apparaît comme classant les individus en plusieurs groupes selon leur classe sociale, leur niveau culturel.

Enfin les structures économiques et sociales influencent la façon dont on vieillit par l'économie compétitive de marché, le système des pensions, la plus ou moins grande disponibilité de services d'aides, le développement du complexe médico-industriel.

Transition démographique et changements socio-culturels au xx^e siècle

Au tournant du xx^e siècle, la population âgée de 65 ans et plus représentait en France 8 % de la population totale (ce qui était le pourcentage le plus élevé). Cette proportion a atteint plus de 10 % en 1950. En 1975, en France, le groupe âgé de 75 ans a représenté 5 % de la population totale. La Suède sera le premier pays dont la population âgée de plus de 80 ans atteindra 5 % avant 2000/2001.

Ce vieillissement sociétal est dû à la baisse considérable des taux de fertilité et des taux de mortalité, notamment infantile (elle est passée de 137 ‰ naissances vivantes, en 1900, à 7,2 ‰, en 1990). Cette dernière baisse est responsable du très grand nombre de survivants parcourant l'ensemble du parcours de vie.

Depuis les années soixante-dix, le déclin de mortalité profite aux âges supérieurs à 60 ans témoignant d'une inversion du mode de mortalité dominant depuis deux siècles. À présent, il s'observe aux âges les plus avancés d'où un allongement de la durée de vie moyenne de ces groupes.

L'écart entre les sexes n'a cessé de croître du fait d'un plus fort déclin de mortalité dans le sexe féminin. Il s'ensuit ce que certains appellent une *féminisation de l'avance en âge*.

Ces changements démographiques se sont accompagnés d'un accroissement du rôle de l'État dans la régulation des rapports entre générations avec la mise en place progressive d'un système de pensions pour les personnes atteignant un âge donné. Il s'en est suivi une moindre obligation de prise en charge financière des

parents âgés par leurs enfants et parallèlement pour les personnes âgées une façon de vivre de plus en plus indépendante.

Les réseaux sociaux et les relations entre générations se sont profondément transformés. Les migrations à l'âge de la retraite ont augmenté élargissant les distances avec les enfants. L'augmentation du nombre de divorces a un impact sur les relations entre générations. Les contacts avec les pairs sont devenus plus importants.

Les femmes ont connu en outre des changements considérables qui leur sont propres : réduction du nombre moyen d'enfants et rapprochement des naissances dans les premières années du mariage ; allègement du travail domestique ; accroissement de leur participation à la force de travail. Mais le partage des rôles domestiques entre les sexes est resté pour partie en l'état notamment en ce qui concerne l'aide aux parents âgés.

Ces changements démographiques et culturels ont des conséquences en terme de définition de la vieillesse.

L'augmentation du nombre et de la proportion de personnes âgées dans la société a pour conséquence de centrer l'étude du vieillissement humain sur la vieillesse et ses problèmes. La notion de *vieillesse de la population*, introduite par Alfred Sauvy en 1928 s'appuyant sur les modifications de la structure d'âge de la population (baisse du nombre de jeunes femmes entraînant une baisse des naissances), a connu une rapide consécration. Elle véhicule un cortège d'effets défavorables pour l'avenir du pays dont la base est purement idéologique tel le « vieillissement de la civilisation ».

Si le vieillissement des populations rend la *définition de la vieillesse* plus importante en terme politique, il n'y a pas de définition claire de la vieillesse, ni de consensus sur la façon de la définir : âge chronologique, physiologique, ou en fonction d'événements significatifs comme la retraite (ou le veuvage).

Les définitions administratives de la vieillesse

Elles sont prédominantes. Le groupe des vieillards est, depuis la fin du xviii^e siècle, la catégorie âgée de 60 ans et plus. La retraite étant devenue, depuis la seconde guerre mondiale, une expérience de masse, l'âge

H. Le Bras. Le vieillissement de la population : de la rhétorique à l'idéologie. *Revue de Affaires sociales*, 1994, 48, (1), 157-176

Prévenir le vieillissement pathologique

La société française est confrontée au vieillissement de sa population. Assurer le bien-être physique et psychique à un âge avancé est l'un de ses nouveaux défis. Les personnes âgées de plus de 65 ans veulent vivre longtemps et en bonne santé. Que faire ? Comment prévenir le vieillissement pathologique et notamment la dépendance physique ? Il est classique de souligner que des actions de prévention peuvent permettre de réduire les menaces que font peser sur la santé le mode de vie, l'environnement physique et social ou des affections passées inaperçues. Cela est vrai pour l'adulte jeune. Qu'en est-il pour la personne âgée de plus de 65 ans ? Que signifie prévenir la dépendance du grand âge habituellement définie comme le fait d'avoir besoin de l'aide d'un tiers pour réaliser les actes de la vie quotidienne ?

Les axes de prévention

La prévention peut être envisagée dans quatre directions :

- la première concerne le ralentissement des processus du vieillissement biologique. Les actions sont, de nos jours, très limitées. S'il existe de nombreuses théories du vieillissement, aucune ne permet aujourd'hui d'intervenir sur le phénomène. Cet état des connaissances limite les possibilités d'action. Cet objectif reste largement du domaine de la recherche ;
- la deuxième direction vise à corriger le niveau des facteurs de risque pouvant conduire à des maladies chroniques et invalidantes. On connaît les méfaits chez l'adulte jeune du tabagisme, de la sédentarité, de l'obésité, etc. Leurs conséquences sont retardées et surviennent habituellement après 60 ans. Leur dépistage et leur prévention devraient, en fait, débuter avant cet âge. Par con-

tre, la valeur prédictive de ces facteurs, lorsqu'ils apparaissent après 60 ans et encore plus après 75 ans, est discutée ;

- dépister précocement des maladies asymptomatiques pouvant bénéficier d'une thérapeutique efficace est l'objet de la troisième direction. Cet objectif soulève de nombreux problèmes chez les personnes âgées de plus de 75 ans. Au fur et à mesure de l'avance en âge, les frontières entre vieillissement et maladie, entre vieillissement normal et vieillissement pathologique sont difficiles à distinguer. D'autre part, il n'y a pas toujours consensus dans le corps médical quant à la conduite à tenir face à une affection asymptomatique, potentiellement invalidante ou pouvant réduire la durée de vie, découverte après 75 ans. Le dépistage des cancers après 75 ans devrait relever d'une surveillance clinique individuelle, tout comme la mise en évidence d'une ostéoporose. Nous manquons de données épidémiologiques, relevées de façon rigoureuse, dans des populations non sélectionnées de personnes de plus de 75 ans et montrant un bénéfice substantiel en termes de durée de vie et de qualité de vie ;
- la quatrième direction consiste à « repousser » le moment de survenue de la perte d'autonomie fonctionnelle. De substantiels progrès ont été accomplis dans la compréhension des mécanismes à l'origine de cette perte d'autonomie. Il importe de distinguer trois domaines : les altérations biomédicales (ou déficiences sensorielles, cognitives, ostéo-articulaires, sphinc-

tériennes, etc.), leurs conséquences fonctionnelles (ou incapacités dans les gestes de la vie quotidienne) et le désavantage social (besoin d'aide). Chacun de ces domaines peut faire l'objet d'une évaluation ou bilan débouchant sur des recommandations. Il importe de resituer la personne âgée dans son réseau relationnel et son environnement physique qui doit faire l'objet d'une évaluation pour identifier les risques de chute et d'accident au sens large.

Prévenir le vieillissement pathologique ne doit pas se réduire à une simple approche médicale. Il doit s'intégrer dans une dynamique plus large qui vise à identifier des « trajectoires » pouvant conduire à une perte d'autonomie fonctionnelle. Il importe ainsi d'apprécier la capacité à faire face aux difficultés liées à l'avance en âge, notamment en ap-

préciant l'estime de soi, le vécu de la vieillesse, l'état psychoaffectif, les dimensions de la qualité de vie, etc. Évidemment, les processus de vieillissement ne débutent pas à 65 ans. C'est la façon dont on a vécu qui, en partie, détermine le vieillissement. Bien vieillir suppose que l'on ait su ou pu aménager sa vie et son travail de telle façon qu'ils favorisent le développement de la santé ou du moins qu'ils en préviennent l'altération précoce. Certes, il existe des limites dans l'efficacité des mesures préventives chez les personnes âgées, mais ces limites ne sont pas aussi étroites que ne le pense un grand nombre de personnes âgées et de professionnels de la santé.

Prévenir le vieillissement pathologique consiste à répertorier avec la personne âgée l'ensemble des éléments qui conditionnent sa qualité de vie au grand âge.

Bernard Cassou

d'*éligibilité* pour la *pension* de retraite du plus grand nombre désigne l'*âge d'entrée* dans la *vieillesse* c'est-à-dire 60 ans pour les deux sexes en France ou 65 ans dans la plupart des pays européens et aux États-Unis.

Dans la mesure où la *vieillesse* peut s'étendre sur vingt ans ou plus, cette définition administrative amalgamant plusieurs générations âgées est contestée. Des distinctions ont conduit à subdiviser la période de la *vieillesse* sur une *base chronologique*, distinguant les personnes du troisième âge, personnes retraitées ou jeunes vieux de moins de 75 ans et les personnes du quatrième âge, personnes âgées ou vieux vieux de plus de 75 ans. Plus récemment certains ont défini les vieux les plus âgés ou les très vieux comme ceux ayant 85 ou plus.

Les découpages chronologiques sont critiquables car ils amalgament au sein de mêmes groupes d'âge des personnes dont l'histoire de vie, le contexte socio-culturel et économique sont, outre l'état de santé, très différents et ne prennent pas suffisamment en compte l'effet génération. Les différences entre générations (ou cohortes) de même âge mais nées à des périodes différentes sont cependant considérables : avoir 60 ans aujourd'hui n'est pas identique à 60 ans au début du siècle. Ne serait-ce que le nombre et la proportion de sexagénaires bien plus considérables qui ne peuvent qu'avoir une forte incidence sur le fait de se considérer comme vieux ou non. Des différences s'observent d'ailleurs sur des périodes de temps beaucoup plus courtes.

Les définitions prenant en compte la santé

La définition de la population âgée ne peut donc se réduire à une définition administrative et impose la prise en compte du vieillissement physiologique et du vieillissement social dont les données de mortalité sont un reflet. Il importe alors de les replacer dans le temps et dans l'espace en tenant compte du contexte général du moment et du pays considéré. La *vieillesse* en effet, tout en étant liée au vieillissement, n'apparaît pas comme un phénomène naturel — il n'y a pas de vieux animaux sauvages — mais comme un *fait éminemment culturel* variant selon les époques et les lieux. Le déclin de mortalité des deux derniers siècles écoulés résulte de notre capacité à modifier les forces qui

F. Cribier. *ibidem*.
Ainsi en 1990 en France, la vie moyenne est de 65 ans chez les hommes et l'espérance de vie de 72 ans.

P. Bourdelais. *L'âge de la vieillesse*. Éditions Odile Jacob, Paris, 1993

F. Cribier. Les générations se suivent et ne se ressemblent pas : deux cohortes de nouveaux retraités parisiens de 1972 et 1984. *Annales de Vaucluse*, 1991, 30-31, 1.

S. J. Olshansky. The practical implications of increasing human life expectancy. *Europ J Publ Health*, 1995, 5, 35-39.

ont agi pendant des milliers d'années sur la sélection naturelle de nos espèces. Dès lors il nous semble important de s'interroger sur la signification de la *vie moyenne*. N'est-elle pas dans un pays donné, à un moment donné la résultante moyenne du patrimoine génétique de l'ensemble de la population et de ses conditions socio-économiques ? L'entrée dans la *vieillesse* ne peut-elle alors être définie par l'âge immédiatement supérieur à la *vie moyenne* ? L'inconvénient d'un tel indicateur est qu'il ne tient pas compte de l'état de santé des personnes vivantes qui, pour les décideurs des secteurs de la santé et de l'action sociale, est essentiel. Il est plus judicieux pour eux de prendre en compte la fraction de la population âgée pouvant nécessiter une aide de la collectivité, c'est-à-dire les personnes à capacité réduite.

Certains auteurs proposent de tenir compte de l'état de santé en prenant comme base de référence une année donnée, la probabilité pour

Durée de vie moyenne et espérance de vie

Si l'espérance de vie est un indicateur très connu du grand public, la durée de vie moyenne traduit plus fidèlement le vieillissement des populations.

L'espérance de vie à la naissance est un indicateur statistique très parlant et très performant pour décrire les conditions conjoncturelles de la mortalité. Cette espérance de vie n'a pourtant pas grande signification

quant à la durée de vie réelle des hommes puisque à ce jour aucune population ne peut prétendre avoir vécu plus de 60-65 ans en moyenne. C'est donc 10 à 15 ans de moins que ce qu'un enfant né aujourd'hui pourrait espérer vivre si les conditions de mortalité par âge observées durant l'année 1997 restaient inchangées (définition de l'espérance de vie). Certes, ces enfants pourront sans doute espérer vivre encore plus longtemps puisque la mortalité aux âges élevés continue de baisser, mais ces durées de vie sont trop futuristes et trop éloignées des conditions réelles. Car la réalité est là, l'Europe vieillissante est néanmoins bien jeune au regard de son espérance de vie et la faible proportion de personnes âgées de plus de 80 ans résulte de la très forte mortalité infantile qui sévissait encore au début du siècle (120 décès avant

les hommes de survivre 5 ans à 65 ans (ou 70 ans), période correspondant grossièrement aujourd'hui à une espérance de vie sans incapacité. La valeur de cette probabilité permet de rechercher chaque année un âge équivalent par rapport à l'année de référence. Cette comparaison ne tient pas suffisamment compte des modifications des causes de décès ce qui est partiellement corrigé si l'on considère l'âge où l'espérance de vie est en moyenne de 10 ans. La mise en perspective de cet âge permet d'évaluer l'ampleur de la baisse de mortalité durant la période de fin de vie. Un indicateur synthétique composé de ces deux dimensions propose un âge évolutif pour des personnes dont l'état de santé serait proche.

Les autres définitions

Dans les années soixante, en France, des géron-

l'âge d'un an). De plus, les maladies infectieuses ont également emporté prématurément des populations jeunes jusque vers le milieu des années cinquante si bien que les survivants âgés sont aujourd'hui beaucoup plus rares qu'on ne le croit, même sans tenir compte des deux guerres mondiales. Comment mesurer par un indicateur aussi simple et commode que *l'espérance de vie*, une *durée de vie moyenne* qui tienne compte de la mortalité réelle passée de toutes les générations encore représentées aujourd'hui. Nous proposons pour y répondre, d'établir la statistique annuelle des proportions de survivants de chaque génération et d'en faire la simple somme. Ce nouvel indicateur de *durée de vie moyenne* peut également se définir mathématiquement et démographiquement comme le nombre moyen d'années vécues par la population entre deux instants t et $t+dt$, sous l'hypothèse que cette population ait toujours connu un rythme constant de naissances (n dt) mais subit la mortalité réelle du pays. L'espérance de vie se définit, rappelons-le, de manière analogue mais avec l'hypothèse supplémentaire que la mortalité (les taux de mortalité par âge) soit restée inchangée et identique aux taux observés entre ces mêmes instants.

La différence est nette : la durée de vie moyenne mesurée ainsi en France en 1994

est de 66 ans seulement pour les hommes et de 73 ans pour les femmes contre respectivement une espérance de vie de 74 et de 82 ans.

L'espérance de vie est plus élevée d'environ deux ans au Japon, ce qui traduit l'avance actuelle indéniable des Japonais en matière de santé, mais la durée de vie moyenne au Japon est inférieure d'environ deux ans à celle de la France (63 contre 65 ans en 1990 pour les hommes) démontrant ainsi que la baisse de la mortalité y est plus récente. En Russie et en Ukraine l'espérance de vie a décliné au milieu des années quatre-vingt et stagne aujourd'hui mais le calcul de la durée de vie moyenne quand il sera possible (il faut estimer au moins quatre-vingt années de statistiques de mortalité par âge) montrera une augmentation continue de la durée de vie moyenne. Autrement dit, malgré la stagnation de la mortalité ces pays ont de plus un réel problème de vieillissement de leur population. Ainsi, la durée de vie moyenne est un nouvel indicateur indépendant des structures par âge comme des conditions passées de natalité ou de migration qui, en utilisant les seules données de mortalité, traduit beaucoup plus fidèlement le vieillissement des populations que ne le fait l'espérance de vie.

Nicolas Brouart

R. Lenoir. L'invention du « troisième âge » et la constitution des agents de gestion de la vieillesse. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 26-27, 57, 1979.

L'âge de la vieillesse est alors, pour les hommes, respectivement de 59,2, 63,7, 67,4 ans en 1900, 1947, 1985 et pour les femmes de 62,4, 68,0, 73,9 ans les années correspondantes.

P. Laslett. The emergence of the third age. *Ageing Society* 1987, 7, 133.

tologues sociaux ont proposé la conception du troisième âge. Cette nouvelle conception de la vieillesse mettait l'accent sur la possibilité de poursuivre des activités sociales et des activités de loisirs et une plus grande indépendance. Cette vision allait de pair avec d'une part un statut social dévalorisé (le fait de quitter la force de travail exclut les personnes des rôles les plus valorisés et les prive de toute utilité sociale) et un mode de vie réévalué (avoir une vie de loisirs bien remplie) et d'autre part une grande diversité et des inégalités entre générations, genres et classes sociales. La conception du troisième âge en repoussant la vieillesse à un âge plus tardif lui conférait une image purement négative confondue avec celle de maladie incurable.

En Grande-Bretagne, Laslett considère que le troisième âge, analysé sur une base démographique, est à la fois une donnée collective et une affaire personnelle. C'est l'attribut d'une nation, aussi bien que d'un individu. Son apparition selon des modalités jamais vues auparavant dans l'histoire de l'humanité devrait être considérée comme positive plutôt que de l'être négativement et comme le cadre de changements à la fois dans la vie intellectuelle et culturelle des individus et dans la vie économique et démographique des nations. Mais en fait tandis qu'émerge le troisième âge, les stéréotypes négatifs sur les dernières périodes de la seconde partie de la vie persistent.

Enfin pour certains, la vieillesse ne devrait se référer à aucun âge chronologique particulier mais à un état d'incapacité fonctionnelle éprouvée subjectivement, selon les dires des personnes âgées elles-mêmes.

Le processus de vieillissement peut être envisagé dans une perspective biologique ou psychologique mais la définition de la vieillesse en tant qu'étape de la vie est une construction sociale. Les idées sur le vieillissement biologique et psychologique sont incorporées dans des attitudes sociales au niveau de la société tout entière. Les travaux sur la vieillesse issus pour une grande part du changement démographique, qui est un phénomène social, nécessitent des investigations sociales sur les interrelations entre les faits matériels sur la vieillesse et la signification idéologique entourant le phénomène du vieillissement.

Jean-Claude Henrard

Les représentations relatives aux personnes âgées

Les travaux portant sur les attitudes et les stéréotypes relatifs aux personnes âgées et à la vieillesse sont pléthoriques et essentiellement d'origine nord-américaine. L'intérêt des gérontologues nord-américains pour ce problème a une double origine : d'une part la gérontologie y est depuis longtemps un domaine scientifique à part entière, d'autre part la discrimination à l'égard des minorités y est officiellement combattue. En témoigne le fait que le terme « agisme », d'usage relativement récent en France, est « inventé » en 1969 par le gérontologue américain Robert Butler qui identifie sous ce nom une forme très répandue de préjugés relatifs au vieillissement et aux personnes âgées, source de discrimination sociale et censée reposer, comme le racisme, sur des croyances fausses et une généralisation abusive (le stéréotype). Cet agisme est combattu depuis dans les médias, les écoles, etc.

Un rapide bilan de la recherche sur les stéréotypes et attitudes relatifs aux personnes âgées montre qu'elle a commencé dans les années cinquante. En 1952 : Tuckman et Lorge construisent une « échelle des stéréotypes à l'égard des personnes âgées » qui leur permet d'affirmer que ces stéréotypes sont généralement négatifs et partagés par tous les groupes d'âge. Cette échelle a donné lieu à différentes critiques. D'autres mesures furent ensuite proposées qui permettent de conclure que les sujets interrogés n'ont pas toujours une image négative de la vieillesse. En 1981, Lutsky recense les travaux accumulés sur les attitudes et les croyances relatives aux personnes âgées et à la vieillesse, article qui fait date puisqu'il ne permet pas de conclure à l'existence certaine de ce fameux agisme. L'auteur montre que les attitudes sont, de façon consistante, plus neutres ou positives que négatives. Ceci confirme l'affirmation de Brubaker et Powers : les attitudes envers la vieillesse et les personnes âgées sont plus diversifiées qu'on ne le pensait. Bien plus, une analyse minutieuse des attitudes complique toute généralisation : ainsi un ensemble important de données suggère que les sujets

interrogés émettent des jugements négatifs à propos des membres de la catégorie « personnes âgées » et de la « vieillesse » en général, si le chercheur leur en donne l'occasion. En outre, il faut souligner le rôle clé joué par les attitudes et croyances relatives à la santé, surtout à propos de « la vieillesse ». Dans la mesure où il existe des perceptions de la santé des personnes âgées comme étant d'emblée « mauvaise », les évaluations des sujets peuvent ne pas représenter adéquatement leurs réelles réactions aux stimuli « simplement » vieux. Une façon d'estimer l'impact de telles inférences sur l'orientation des attitudes est donc de demander aux sujets de décrire « une personne âgée en bonne santé ». Mais en fait on peut ajouter que toute généralisation paraît impossible car ces études utilisent des mesures d'attitude différentes (mesures d'attrait, désir d'association, réactions bonnes / mauvaises) et par là sont difficilement comparables.

À partir des années quatre-vingt les méthodes d'analyse statistique se sont sophistiquées : les analyses multidimensionnelles ont fleuri permettant de découvrir, au-delà de la simple énumération de traits positifs et négatifs attribués aux personnes âgées, différents sous-types associés à la vieillesse. Cette différenciation du stéréotype sur les personnes âgées en un certain nombre de sous-types se retrouve à propos des femmes et des noirs. Citons Brewer qui a pu mettre en évidence trois sous-types : la grand-mère (vieux jeu, traditionnelle et bonne), le vieil homme d'État (autoritaire, conservateur, digne), le citoyen âgé ou senior citizen (isolé, inquiet, faible). Plus récemment Schmidt et Boland ont dénombré huit sous-types négatifs (abattu, légèrement handicapé, vulnérable, très handicapé, mégère, bourru, reclus, voisin bruyant, mendiant) et quatre sous-types positifs (conservateur, patriarche libéral, grand-parent parfait, sage).

Le vieux, c'est toujours l'autre

Citons enfin une étude récente qui repère à travers les multiples recherches citées plus haut, les représentations sous-jacentes de la vieillesse. L'auteur, Cornelia Hummel, identifie trois images distinctes de la vieillesse. Deux d'entre elles sont associées aux personnes âgées en général : l'image de la vieillesse ingrate, à connotation négative et l'image de la vieillesse

• M. B. Brewer, V. Dull, L. L. Lui. (1981). Perceptions of the elderly : Stereotypes as prototypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 656-670.

• M. B. Brewer, L. L. Lui. (1984). Categorization of the elderly by the elderly : Effects of perceiver's category membership. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 10, 585-595.

• M. B. Brewer, L. L. Lui. (1989). The primacy of age and sex in the structure of person categories. *Social Cognition*, 7, 262-274

► J. Tuckman, I. Lorge. (1953). Attitudes toward old people. *Journal of Social Psychology*, 37, 249-260.

D. F. Schmidt, S. M. Boland. (1986). Structure of perceptions of older adults : Evidence for multiple stereotypes. *Psychology and Aging*, 1, 255-260.

► Lutsky, N. S., (1980). Attitudes toward Old Age and Elderly Persons. *Annual Review of Gerontology*, 1, 287-336

► T. H. Brubaker, E. A. Powers. (1976). The stereotype of « old » : A review and alternative approach. *Journal of Gerontology*, 31, 441-447.

épanouie qui est connotée positivement. Une troisième image, uniquement associée à une sous-catégorie de la catégorie générale, est celle de la grand-mère. Si la vieille ingrate fait bien l'objet d'une représentation sociale partagée, la vieille épanouie n'est encore rencontrée que dans certains milieux (chercheurs, groupes de pression). Or cette vieille ingrate, si consensuelle, est paradoxale puisque les personnes âgées elles-mêmes ne s'y identifient pas. En effet quand elles sont interrogées on s'aperçoit qu'elles utilisent des stratégies cognitives leur permettant d'échapper à l'appellation « personnes âgées ou vieux ». En d'autres termes la personne âgée ce n'est jamais soi, c'est quelqu'un d'autre davantage marqué par le déclin physique, plus âgé, etc. L'auteur en conclut que finalement « on est dans la situation où un objet social, la vieille, fait l'objet d'un consensus autour d'une représentation cohérente et solide alors que cette représentation n'a pas de sujet. Ça rappelle la représentation sociale de la folie ou du handicap c'est-à-dire de l'altérité. » Comme celle de la folie, cette représentation témoigne de la peur d'une altérité. En construisant une telle représentation on se « défendrait de la vieille en la rejetant hors des frontières de notre identité alors qu'on est tous potentiellement vieux et que notre société est pleine de vieux ».

Une telle perspective, largement « dominante » qui considère les stéréotypes et les attitudes comme reposant sur de « fausses » croyances, peut laisser croire qu'un apport d'informations « justes » suffirait à régler le problème. Ainsi pour dissocier vieille de maladie, il suffirait d'éviter qu'une information statistique « la proportion des personnes âgées hospitalisées est plus élevée que dans le reste de la population » par exemple, ne se transforme, une fois parvenue dans le public, en une fausse croyance « la plus grande partie des personnes âgées sont en mauvaise santé ». Le secret résiderait donc dans l'éducation, dans le fait de montrer qu'il existe des personnes âgées qui contredisent les stéréotypes. De la même manière on peut imaginer qu'il serait également facile de modifier les autres stéréotypes mis en évidence par Palmore et régulièrement rencontrés dans les résultats de recherches sur l'image de la vieille (asexualité, laidur, déclin mental, démence, inutilité, isolement, pauvreté, dépression). Or, peu d'études rapportent les bienfaits supposés de telles campagnes d'infor-

C. Hummel. *Images de la vieille, représentation de l'altérité*. Mémoire de diplôme d'études supérieures en sociologie, Université de Genève, 1995

P. Roux, J.-C. Deschamps, W. Doise, A. Clémence. (1995). *Stéréotypes et solidarité dans le cadre des relations entre générations*, rapport final de recherche pour le Fonds National Suisse de la Recherche Scientifique (PNR 32 « Vieillesse »), ISPP, Université de Lausanne.

S. T. Fiske, S. L. Neuberg. (1990). A continuum of impression formation from category based to individuating processes: influences of information and motivation on attention and interpretation. In M. P. Zanna (Ed), *Advances in experimental social psychology Vol. 23*. New York: Academic Press

E. Palmore. (1977). Facts on Aging: A short quiz. *The Gerontologist*, 17, 315-320

mation sur la modification des stéréotypes relatifs aux personnes âgées ; cependant, on sait depuis longtemps que les tentatives éducatives mises en place aux États-Unis pour changer les jugements relatifs aux noirs, aux femmes ou aux handicapés n'ont pas obtenu les succès attendus.

Des démarches de recherche plus novatrices permettent de penser qu'il existe d'autres voies de compréhension du phénomène. Ces recherches partent de l'idée que les stéréotypes ne sont pas de la simple appropriation de « mauvaise » information mais qu'on se forme des impressions sur autrui à partir d'informations que l'on sélectionne. L'intérêt porte dans ce cas sur la dynamique des processus.

Une image ambiguë

On peut ainsi citer une recherche de Patricia Roux et Alain Clemens qui s'intéressent à la dynamique présidant à la formation d'impression à propos des personnes âgées et des jeunes. Rappelons qu'il existe deux types d'informations auxquelles nous sommes quotidiennement confrontés : d'une part celles qui portent sur des catégories abstraites, plutôt diffusées par les experts et les médias et qui peuvent être appliquées à tous les membres de ces catégories, d'autre part celles qui nous viennent de notre connaissance de personnes particulières que l'on côtoie dans notre environnement. Aussi, quand on rencontre un autrui inconnu (dans l'étude citée, une personne âgée ou une personne jeune) de quels éléments va-t-on se servir pour le juger ? Où va-t-on se situer sur le continuum, mis en évidence par Fiske et Neuberg, qui va d'évaluations basées sur l'appartenance catégorielle (ici âgée ou jeune) à des impressions formées à partir d'éléments individualisés (elle me rappelle ma grand-mère ou ma fille) ? Lors de cette rencontre avec un autrui inconnu les stéréotypes attachés à la catégorie vont-ils disparaître ou du moins être atténués ? Dans l'expérience rapportée, les sujets interrogés doivent faire des descriptions de vieux et de jeunes « en général » mais aussi de portraits concrets représentant des personnes jeunes et âgées. Les résultats montrent que « les stéréotypes associés aux « vieux », en tant qu'entité globale, sont particulièrement déprimants et éloignés de la situation réelle de la grande majorité des personnes âgées alors que les jeunes sont perçus

plus positivement. » Au contraire quand on montre des photos de personnes âgées et de personnes jeunes les images données sont « aussi flatteuses pour les personnes âgées que pour les jeunes... Pourtant les différences inter-générationnelles n'ont pas disparu. » C'est dire que quand on rencontre une personne âgée concrète, cela ne signifie pas que l'on oublie les préjugés et les stéréotypes mais plutôt que « d'activer les stéréotypes négatifs dévolus aux « vieux » on mobilise des images plus proches, plus concrètes, largement infiltrées par le portrait d'un bon grand-parent. » Les gens sont donc capables à la fois de donner des images extrêmement négatives des personnes âgées quand on leur en donne l'occasion, mais aussi d'y opposer des descriptions chaleureuses proches des images de grands-parents quand on leur demande de décrire une personne âgée concrète. Les auteurs concluent que « c'est donc en mobilisant des images spécifiques de personnes âgées, des prototypes liés au familial, que l'on parvient à modérer les propos stéréotypés qui dénigrent la catégorisation en général. »

Une autre perspective de recherche renonce à réfléchir en termes de « stéréotypes » ou de « fausses croyances » pour centrer son attention sur les « représentations sociales » c'est-à-dire sur les logiques de fonctionnement de sujets sociaux qui ne sont pas de simples réceptacles d'informations ni des machines à traiter de l'information. La prise en compte des attentes que nous entretenons concernant les comportements de personnes appartenant à différents groupes sociaux a ainsi permis d'expliquer les « surprenantes » attitudes positives vis-vis des personnes handicapées ou âgées souvent mises en évidence dans les recherches. De la même manière, on remarque que de nombreux chercheurs enregistrent, sans s'en étonner, qu'on attribue passivité, manque d'énergie, et lenteur aux personnes âgées, comme s'il s'agissait de véritables caractéristiques de leur personnalité. Une étude plus fine présente à des sujets jeunes une liste de comportements permettant d'exprimer des émotions telles que la joie, la tristesse, la peur ou la colère. On demande si chacun d'eux caractérise plutôt une personne jeune ou une personne âgée. « Danser, éclater de rire, sauter de joie, s'agiter, crier, s'enfuir, faire des gestes agressifs... » sont considérés comme faisant partie du répertoire comportemental des jeunes alors que les personnes âgées

G. Coudin, S. Krauth-Gruber. (1997). Emotional experiences in old and young people : stereotypes and self reports. Unpublished manuscript.

B. Beaufile. (1996). Représentations de la vieillesse et de la longévité. In Henrard, J. C., Clément, C., & Derriennic, F. (Eds). *Vieillesse, Santé, Société*. Paris : Inserm.

B. Beaufile, H. Paicheler. (1988). Attentes, perception et impression : l'effet rebond. *Psychologie Française*, 33, (1-2), 68-74.

H. Paicheler, B. Beaufile, J.-F. Ravaud. (1987). Personnalisation et stigmatisations sociales. In Beauvois et al. (Eds). *Perspectives cognitives et conduites sociales*. Fribourg : Delval.

se contentent de « pâlir, respirer lentement, avoir les yeux pleins de larmes, soupirer, trembler... ». Ces deux *patterns* de réponses renvoient bien à deux « styles ». Pour les jeunes, un style moteur : ils agissent en déplaçant leur corps dans l'espace. Pour les vieux et leurs limitations physiques supposées, restent les manifestations neurovégétatives, la réaction plutôt que l'action. Si l'on renonce à raisonner en termes de fausses croyances ou de pensée erronée, pour chercher des « raisons » aux jugements émis, force est de mettre en relation de tels résultats avec la prégnance des oppositions *activité, travail* vs. *passivité, inactivité, retraite, retrait* (« retiré des voitures »). Nous avons pu mettre en évidence l'importance de cette dimension dans la formation des impressions en faisant attribuer des caractéristiques de personnalité à des personnes jeunes vs. âgées, décrites comme actives vs. inactives malgré elles. On constate que c'est bien l'activité qui est source de différenciation maximale des jugements et non l'âge en tant que tel.

La dimension activité/inactivité se révèle donc fondamentale dans nos représentations de l'axe jeunesse/vieillesse. Montrer des personnes âgées actives, dynamiques, faisant du jogging ou du vélo en survêtement, c'est rester dans cette même logique en essayant de redresser une pensée fautive par un message informatif « regardez-bien, vous vous trompez, les personnes âgées ne sont pas inactives ». On a pu montrer, dans le domaine des personnes handicapées, qu'une telle orthopédie cognitive ne faisait que renforcer les représentations initiales des sujets qui réduisaient l'écart entre leurs attentes et le personnage présenté en catégorisant la personne comme « exceptionnelle » et n'invalidant pas leurs attentes habituelles. La dimension « activité/inactivité » n'est pas, en elle-même, axiologiquement orientée. L'activité peut être connotée négativement comme agitation et l'inactivité peut positivement renvoyer à la sagesse. Dès lors, les possibilités de changement de nos valeurs s'avèrent autrement complexes...

Geneviève Coudin, Béatrice Beaufile

Le centenaire

Normalité exceptionnelle ou exception normale ?

6 000 d'entre nous sont centenaires, pourquoi ? qui sont-ils ? leur nombre continuera-t-il à croître ?

La fin du xx^e siècle restera marquée par l'émergence d'une nouvelle strate de la population : les centenaires. Leur nombre est passé de 200 en 1953 (pour une France qui comptait alors 40 millions d'habitants) à 3 000 en 1988 (pour 50 millions d'habitants) et à plus de 6 000 en 1998 (pour 60 millions d'habitants). De toutes les tranches de la population, c'est celle qui, en pourcentage, a présenté la plus forte augmentation, la plus forte croissance. On estime qu'ils seront plus de 150 000 en 2050 !

Les futurs centenaires ont cinquante ans

Voilà qui peut paraître bien lointain : en fait les futurs centenaires de cette époque sont les quinquagénaires d'aujourd'hui. Avec les conditions socio-sanitaires actuelles (celles de la fin des années quatre-vingt-dix), une forte proportion de ces quinquagénaires est « condamnée » à devenir centenaire. Il n'est guère possible de déterminer quels sont les heureux (ou malheureux) élus, mais ils existent et ils ignorent tout de leur avenir. Si d'ici-là les conditions sanitaires s'améliorent (et la plupart des indicateurs permettent de le penser), leur nombre sera peut-être bien supérieur à cette estimation. Il n'est pas interdit à quelque Cassandre de prédire que les épidémies d'encéphalopathie spongiforme, de virus Ebola, de sida et quelques autres « pestes » encore inconnues à ce jour feront des ravages tels que la tendance s'inversera et que le nombre de centenaires diminuera de manière marquante. En fait l'impact de ces maladies, s'il apparaît terrifiant, reste numériquement faible. À l'opposé de nombreux facteurs de progrès comme l'hygiène alimen-

taire (le contrôle et la conservation des aliments par le froid, la diversité des régimes...), le chauffage central, le tout-à-l'égout, la protection de l'environnement (air et eau) ont des impacts considérables sur la durée de vie. La médecine tant curative (en particulier les progrès de l'anesthésie, de la chirurgie, le traitement des maladies qui tuent et celui des maladies qui handicapent, en particulier les affections dégénératives) ont bouleversé le profil démographique de notre pays. Le dépistage précoce de certaines maladies à un stade où elles sont encore curables, le fait de disposer de ressources économiques après la retraite, un travail moins harassant ont également des conséquences notables ; bien sûr l'invention des antibiotiques et des vaccins sont les exemples les plus connus.

Le fait d'être ou de devenir centenaire n'est donc pas nouveau : depuis la nuit des temps c'est une possibilité qui était exceptionnelle certes mais qui apparaissait réalisable et qui était reconnue. La Bible (et on trouve des témoignages équivalents dans d'autres cultures) reconnaît à plusieurs reprises le fait de vivre cent ans comme normal. Depuis peu, depuis quelques décennies seulement, c'est devenu un phénomène beaucoup plus fréquent. Ce changement est un événement absolument marquant, déterminant dans l'histoire de l'humanité. Jusqu'à présent le fait de mourir se répartissait de manière égale à tous les âges de la vie : actuellement, il se concentre aux âges élevés. Depuis deux siècles, l'espérance de vie progresse à une vitesse exceptionnelle, plus vite que cela n'a jamais été le cas. Les gains ont d'abord été le fait d'une chute

Les centenaires

Des personnes optimistes et autoritaires

Le centenariat devient une probabilité de plus en plus plausible. Face aux maladies très rares de vieillissement accéléré (comme le syndrome de Werner ou le progeria), c'est le modèle parfait de gérontologie positive. Il pose deux questions : est-ce bien d'être centenaire (est-ce enviable ?) et si oui, comment faut-il faire pour y arriver. C'est pour répondre à ces questions que la Fondation Ipsen a lancé dès 1990 une grande étude épidémiologique pour étudier cette tranche de la population jusque-là méconnue. On a appris de la sorte qu'il y avait seulement 1 homme pour 7 femmes, qu'il existait des différences géographiques. Pour la première fois, il a été possible de dessiner le sommet de notre pyramide des âges avec une forme régulière et harmonieuse. Le profil psychologique des centenaires se démarquait du reste de la population : bien que très âgées, c'était des personnes plus tournées vers l'avenir que vers le passé, pour lesquelles aujourd'hui est plus la veille de demain que le lendemain d'hier. Leur tempérament était plutôt gai, optimiste, autoritaire. Cependant, de manière assez curieuse, les hommes ont obtenu des performances meilleures que les femmes, et ce, dans tous les domaines explorés. Les choses ne sont pas si simples : si vous voulez devenir centenaires (et pour certains vous n'aurez pas le choix), il vaut mieux être une femme qu'un homme car vous avez plus de probabilités (ou de chances ou encore de risques selon l'appréhension de chacun sur cette éventualité) d'y arriver ; mais une fois que

de la mortalité infantile. Celle-ci a correspondu avec la transition démographique, à savoir le passage d'un régime de fécondité élevée associé à un régime de mortalité élevée à un régime de fécondité faible et de mortalité faible (et l'on peut inverser les deux termes de chaque proposition). Cette modification est survenue pour la première fois au monde vers 1750 en France puis a gagné tous les pays européens. Plus tard, c'est la chute de la mortalité des femmes entre 20 et 40 ans, mortalité liée à la reproduction (les femmes prenaient de nombreuses fois le risque de grossesse et d'accouchement et, à chaque fois, le risque était élevé ; aujourd'hui, non seulement les femmes ne prennent plus le risque que 1,7 fois dans leur vie mais, à chaque fois, ce risque est de-

venu très faible). Les gains réalisés à ces deux périodes de la vie (mortalité infantile et mortalité liée à la reproduction) sont maintenant très faibles. Simultanément, les jeunes adultes ne meurent plus et le taux de survivants reste très longtemps fort élevé. Il y a un siècle, parmi toutes les personnes nées en 1833, il ne restait, 65 ans plus tard (à l'âge de la retraite), plus qu'un survivant sur dix. Aujourd'hui, lorsque l'on considère les personnes nées en 1933 (un siècle plus tard donc), la proportion est exactement l'inverse : il y a 9 survivants sur 10. Le gain d'espérance de vie se fait maintenant aux âges élevés : d'une manière réaliste, on pourrait dire que « les vieux refusent de mourir ! » (et ils ont bien raison !).

Michel Allard



Âge et santé

Des pathologies exemplaires liées au vieillissement

L'allongement de la vie s'accompagne-t-il d'une augmentation des maladies et des handicaps ? Les études sur le sujet ne sont pas concordantes. Même si toutes les consommations médicales n'augmentent pas avec l'âge, on sait que les personnes âgées ont un recours aux soins plus fréquent. D'autre part, on connaît mieux les pathologies liées à l'âge, elles font l'objet de nombreuses recherches.

La consommation médicale des personnes âgées

Le vieillissement s'accompagne en général de l'augmentation du nombre et de la gravité des affections et d'une dégradation de l'état de santé. Face aux besoins de soins engendrés, les réponses dépendent des techniques et des connaissances médicales, du réseau de soins, du niveau de vie et du contexte économique et social. Dans les pays développés, elles entraînent une augmentation des dépenses médicales des adultes en fonction de l'âge.

Les dépenses médicales globales

◀ La consommation médicale peut se mesurer en terme de quantités ou d'évaluations financiè-

res. En 1996, la dépense entraînée par la consommation de biens et services médicaux est estimée, en France, à 700 milliards de francs, soit 12 000 francs par personne.

Les personnes de 65 ans et plus ont dépensé en biens et services médicaux environ 2,6 fois plus que la moyenne de la population, le double pour les personnes de 65 à 74 ans, près du triple de 75 à 84 ans et 4,5 fois au-delà de 85 ans (tableau ci-contre). Ces sommes sont affectées à de moins en moins de personnes au fur et à mesure que l'âge augmente. Ainsi, 61,4 % de la consommation médicale totale sont consacrés aux personnes de moins de 65 ans, 39,6 % aux personnes de 65 ans et plus (15,3 % de la population), et 8,8 % à celles de 85 ans et plus, (1,9 % de la population).

La dépense de biens et services médicaux est scindée en deux grands postes d'égale importance :

- l'hospitalisation dans les établissements publics ou privés, généraux ou spécialisés, de court, de moyen ou de long séjour, à laquelle sont rattachés les forfaits soins versés par l'assurance maladie aux sections de cure médicale,

Ensemble des rémunérations versées aux producteurs par l'Assurance maladie, les ménages, les mutuelles, assurances privées, collectivités locales, l'Etat, les associations caritatives,

etc.

Eco-Santé France 1997

aux maisons de retraite, hospices ou logements-foyers. L'hospitalisation représente 49,7 % de la consommation médicale totale, 48,3 % pour l'hospitalisation proprement dite et 1,4 % pour les forfaits soins ;

- les soins « de ville » aux patients ambulatoires ou soignés à domicile — soins de médecin, de dentiste, d'infirmier, de kinésithérapeute, analyses, cures, transports de malades, prévention individualisable, produits pharmaceutiques, prothèses — 50,3 % de la consommation médicale totale, 29,2 % pour les services et 21,2 % pour les produits pharmaceutiques et prothèses.

Cette répartition varie avec l'âge. L'hospitalisation représente 51 % de la dépense médicale des personnes de 65 à 74 ans, et augmente pour atteindre 63 % pour les personnes de 85 ans et plus. De même, la part des forfaits soins passe de 0,1 % entre 65 et 74 ans à 7 % au-delà de 85 ans (tableau et graphique ci-contre).

Inversement, la part des soins de ville diminue, passant respectivement de 24 % (services) et 25 % (biens) pour les personnes de 65 à 74 ans à 16 % et 14 % pour les personnes de 85 ans et plus.

Aussi bien pour les soins de ville que pour l'hospitalisation cette augmentation résulte de la conjonction d'une proportion de consommateurs plus grande et d'une dépense par consommateur plus élevée.

Recours fréquents aux soins bien que toutes les consommations médicales n'augmentent pas avec l'âge

Alors que les besoins de soins augmentent avec l'âge, la mobilité diminue, d'où une forte augmentation des soins pouvant être reçus à domicile (visites de généraliste, d'auxiliaire, produits pharmaceutiques) ; les consultations de généraliste, les séances de spécialiste (consultations et actes techniques) et les analyses biologiques augmentent avec l'âge, puis cessent de croître et même, diminuent à partir de 70 ou 80 ans (graphique page suivante).

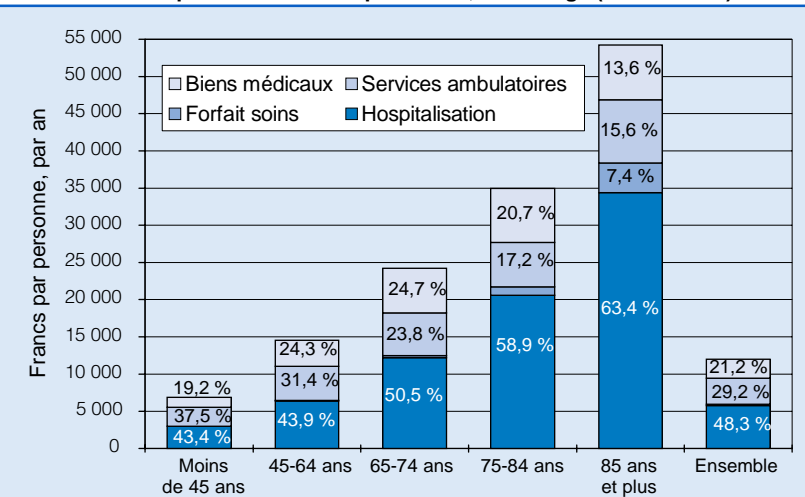
Les généralistes effectuent 31,5 % de leur séances au domicile du patient et les spécialistes 2 %. Parmi les spécialistes, ceux dont la clientèle est plus âgée se déplacent parfois, ainsi les cardiologues effectuent 5,4 % de leurs séances au domicile du patient et les rhumatologues 2,6 %. Pour les cardiologues, les rhumatologues

Estimation des dépenses médicales par nature, selon l'âge (France 1996, en francs par personne et par an)

	Hospitalisation	Forfait soins	Soins ambulatoires médicaux	Biens médicaux	Consommation de biens et services médicaux	Population moyenne 1996
Moins de 45 ans	2 977	0	2 573	1 315	6 866	36 495 720
45-64 ans	6 402	49	4 579	3 547	14 578	12 944 529
65-74 ans	12 218	260	5 753	5 974	24 206	5 162 366
75-84 ans	20 565	1 144	6 006	7 223	34 938	2 640 455
85 ans et plus	34 390	3 999	8 475	7 361	54 224	1 136 547
Tous âges	5 800	163	3 506	2 545	12 014	58 379 616
65 ans et plus	17 451	996	6 085	6 530	31 062	8 939 368

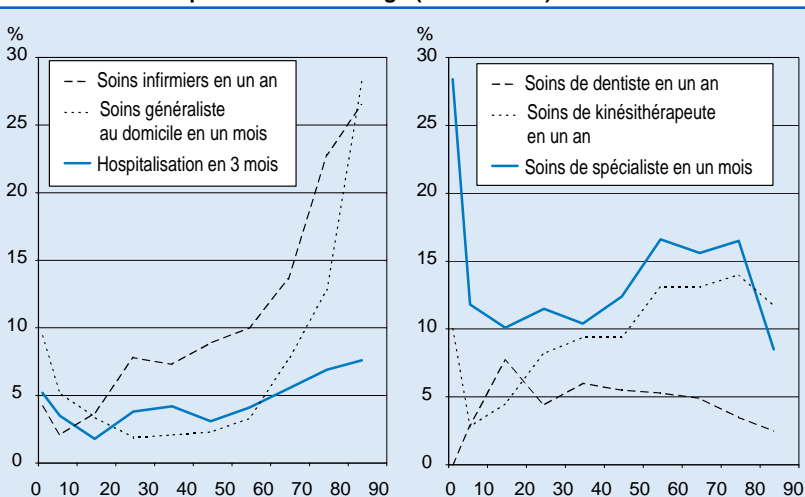
Source : An. Mizrahi, Ar. Mizrahi. « Évolution de la consommation médicale des personnes âgées », *Gerontologie et Société*, 30 ans de politiques vieillesse, n° 81, décembre 1997.

Estimation des dépenses médicales par nature, selon l'âge (France 1996)



Source : An. Mizrahi, Ar. Mizrahi. *Ibidem*.

Recours aux soins par nature selon l'âge (France 1996)



Source : An. Mizrahi, Ar. Mizrahi. *Ibidem*. Données : enquête annuelle sur la santé et la protection sociale 1996. S. Dumesnil, N. Grandfils, Ph. Le Fur, An. Mizrahi, Ar. Mizrahi. *Santé, soins et protection sociale en 1996*. Paris : Cnedes, n° 1 204, 1997.

et les ophtalmologistes les séances destinées aux patients âgés, et tout spécialement ceux de 80 ans et plus, représentent une part importante de leur activité (graphique ci-dessous). Les besoins de consultations de spécialiste, d'exams d'imagerie ou de biologie n'ont, a priori, aucune raison de décroître avec l'âge ; des obstacles, tels que les déplacements nécessaires, l'éloignement des producteurs ou les dépassements plus fréquents, en freinent sans doute la diffusion vers les personnes les plus âgées ou entraînent des hospitalisations.

Les soins dentaires ont un profil paradoxal selon l'âge, faibles voire nuls pour les nourrissons et les personnes âgées et élevés pour les autres adultes, diminuant à partir de 55 ans. Cette faible consommation des personnes âgées correspond sans doute à l'appareillage très insuffisant étant donné le coût élevé des prothèses, même après les remboursements de la sécurité sociale et des organismes sociaux.

L'hospitalisation augmente continuellement avec l'âge mais change de nature

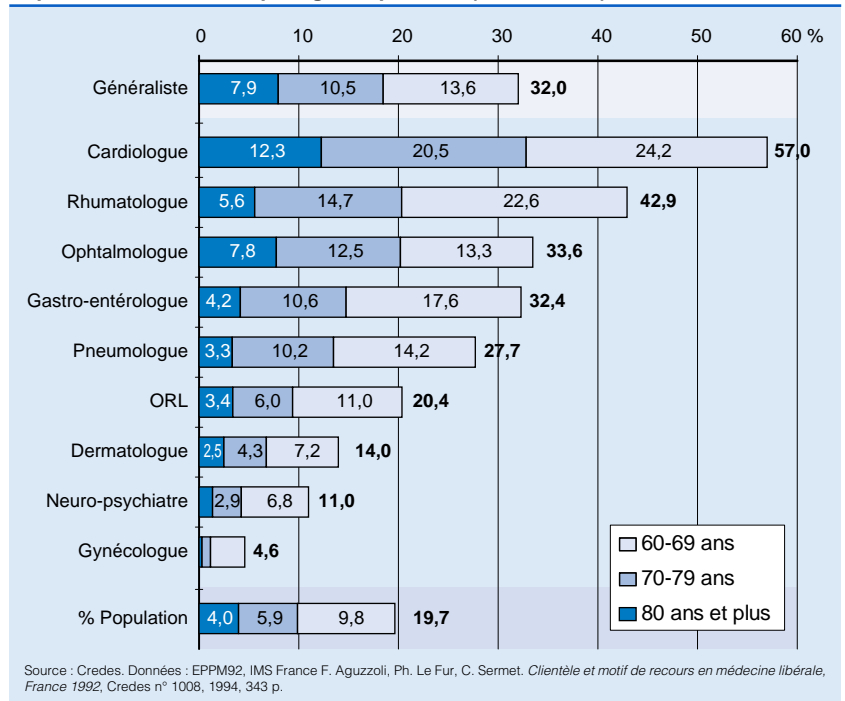
L'hospitalisation augmente fortement avec l'âge. Tant la nature des services fréquentés que les durées de séjour et l'intensité des soins reçus se modifient avec l'âge. Au taux d'hospitalisation plus élevé des personnes âgées s'ajoute une durée de séjour en moyenne plus longue, mais des densités de soins par jour moins importantes.

Le taux d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée, augmente rapidement avec l'âge, passant de 190 séjours par an pour 1 000 personnes de 45 à 64 ans à 316 séjours entre 65 et 74 ans et 566 au-delà de 85 ans. De plus, la durée de séjours passe de 8,9 jours de 65 à 74 ans à 9,6 jours de 75 à 84 ans et 12,7 jours au-delà de 85 ans. Le nombre de journées en court séjour passe de 1,3 jour de 45 à 64 ans à 3,9 jours au-delà de 65 ans (7,2 jours au-delà de 85 ans).

Environ 74 000 personnes, dont 94 % sont âgées de 65 ans et plus, résident à demeure, ou pour de longues périodes, dans les services hospitaliers de soins de longue durée (antérieurement appelés « long séjour »).

La notion de dépense d'hospitalisation au niveau individuel est rendue floue par une législation privilégiant la tarification ou le paie-

Répartition des séances par âge et spécialité (France 1992)



- S. Dumesnil, N. Grandfils, Ph. Le Fur, An. Mizrahi, Ar. Mizrahi. *Santé, soins et protection sociale en 1996*. Credes. Paris : Credes, n° 1 204, 1997.
- An. Mizrahi, Ar. Mizrahi. *Évolution de la consommation bucco-dentaire et renoncement aux soins*, Communication présentée au Congrès de l'Association dentaire française en novembre 1993, Credes n° 1 005.

Taux d'hospitalisation

Nombre de séjours de 24 heures ou plus pour 100 personnes et par an.

- ▶ M. C. Mouquet. (1996). *Les pathologies traitées en 1993 dans les services de soins de courte durée — Enquête de morbidité hospitalière 1992-1993 — Tome 1*. Documents statistiques n° 274, Sesi, 253 p.

- ▶ An. Mizrahi, Ar. Mizrahi. (1997) « Dépenses d'hospitalisation des personnes âgées ». *Gérontologie et Société*, L'hôpital, n° 80, 1997.

ment forfaitaire de l'activité des établissements hospitaliers. Le cas limite est représenté par le budget global hospitalier, mais cela est également vrai dans le cas du prix de journée, voire d'un éventuel paiement par groupes homogènes de malades : la mesure de la dépense hospitalière, basée sur les services effectivement fournis, conduit à des résultats différents de celle issue de valeurs forfaitaires et présentée au début de cet article.

Ainsi les dépenses d'hospitalisations basées sur la valeur forfaitaire des prix de journée d'hospitalisation en distinguant uniquement court, moyen, long séjours et psychiatrie, augmentent très rapidement avec l'âge étant 5,4 fois plus élevées pour les personnes de 85 ans et plus que pour celles de 45 à 64 ans. Une valorisation des soins (hors nursing) réellement effectués selon la nomenclature générale des actes professionnels ramène ce rapport à 3,4.

L'intensité des soins hospitaliers diminue en effet avec l'âge, induisant que l'importance des soins au cours d'une hospitalisation n'est pas proportionnelle au nombre de journées. Cette diminution de l'intensité des soins résulte d'un double phénomène :

- lorsque l'âge augmente, la proportion de

personnes hospitalisées dans les services à forte intensité de soins (court séjour) diminue,

- dans chaque catégorie de service, l'intensité des soins diminue lorsque l'âge augmente.

En médecine par exemple, où l'intensité des soins au-delà de 85 ans est de 43 % inférieure à celle entre 45 et 64 ans, le nombre de jours d'hospitalisation par personne et par an pour les personnes de 85 ans et plus est 8,1 fois supérieur, alors que la quantité de soins reçus l'est de 4,7 fois. Il en est de même en chirurgie.

Cette plus faible intensité concerne la plupart des soins, actes chirurgicaux et endoscopiques, imagerie, examens (biologiques, ECG, cathétérismes, ...), consultations de médecin, rééducation, réadaptation, ergothérapie, psychothérapie, actes de diététicien, radiothérapie, chimiothérapie, dialyse ou lithotripsie, pharmacie. Pour toutes les catégories de soins, la dépense estimée par jour d'hospitalisation est inférieure au-delà de 85 ans à celle entre 45 et 64 ans.

Les disparités selon l'âge de l'intensité des soins aux hospitalisés sont plus importantes au niveau de l'ensemble de l'hospitalisation, cumulant un effet de « filière », les patients les plus âgés étant hospitalisés dans des services à faible intensité de soins, et une consommation quotidienne des soins diminuant lorsque l'âge augmente dans chacune des catégories de service.

Cette diminution de l'intensité des soins avec l'âge peut avoir plusieurs causes dont certaines, de nature socio-administrative, peuvent être corrigées (absence de solution adéquate à la sortie), et d'autres, intrinsèques à la plus grande fragilité des patients âgés, nécessitent d'étaler dans le temps les examens et les soins.

La majorité des personnes âgées vit à domicile

La dégradation de l'état de santé, accompagnée ou non de conditions familiales ou socio-économiques défavorables, peut rendre difficile le maintien à domicile de certaines personnes et le taux d'hébergement en institution (établissements d'hébergement ou de soins de longue durée) augmente avec l'âge, passant de 1,2 % de 65 à 74 ans à 17,7 % au-delà de 85 ans. Même aux très grands âges, la vie en institution reste minoritaire.

Par rapport aux personnes âgées à domicile, le recours aux soins des personnes résidant en institution est plus élevé pour les soins de mé-

- Ph. Le Fur, C. Sermet. *Les soins d'infirmiers et d'auxiliaires aux personnes âgées de 80 ans et plus en institution : Enquête Nationale France 1987-1988*. Credes n° 933, 1992, 77 p.

- C. Sermet. *Le recours au médecin des personnes âgées en institution*. Credes n° 907, 1991, 93 p.

- An. Mizrahi, Ar. Mizrahi. *L'hospitalisation des personnes âgées résidant en institution (taux d'hospitalisation, durée de séjour, service fréquenté)*. Credes n° 863, 1990/11, 95 pages.

- M. Sabourdin. *Évolution des disparités des dépenses médicales 1970-1980-1991 : enquête sur la santé et les soins médicaux, France 1970, 1980, 1991-92*. Credes n° 1168, 1997/04, 146 p.

- An. Mizrahi, Ar. Mizrahi. *Évolution à long terme des disparités des dépenses médicales. France 1960-1970-1980*, Credes n° 721, 1986/12, 172 p.

- F. Aguzzoli, C. Sermet. *Consommation pharmaceutique des personnes âgées en institution*. Credes n° 988, 1993/10, 110 pages.

decin et d'infirmière, sensiblement équivalent pour l'hospitalisation et moins élevé pour les autres types de soins de ville (dentiste, biologie etc.).

Un profil non immuable

La consommation médicale totale présente, en fonction de l'âge, un profil qui rappelle celui de la mortalité au début du siècle : élevée aux deux extrémités de la vie, nourrissons et personnes âgées, et aux âges de la maternité pour les femmes. Si les groupes démographiques les plus fragiles consomment le plus de soins, il n'en a pas été toujours ainsi et ce n'est pas vrai pour tous les soins.

Ainsi, en 1960, toutes les consommations médicales non hospitalières décroissaient à partir d'un certain âge (entre 60 et 80 ans selon le type de soins). Entre 1960 et 1991, un rattrapage très net s'est produit pour les personnes les plus âgées : en 1960, les soins de généraliste au domicile du patient augmentaient moins vite à partir de 60-69 ans et diminuaient au-delà de 70-79 ans. Dix ans plus tard, on n'observait plus de baisse, mais encore une augmentation moins rapide au-delà de 70-79 ans. En 1991, cette consommation augmente régulièrement avec l'âge. De même, la croissance des soins infirmiers et de kinésithérapie pour les personnes âgées a fortement augmenté entre 1980 et 1991, entraînant une croissance continue avec l'âge qui n'existait pas antérieurement. La consommation de produits pharmaceutiques a suivi la même évolution et traduit l'extension des traitements médicamenteux aux maladies longues et chroniques des personnes âgées.

Au cours des années quatre-vingt, l'accès aux soins dentaires s'est étendu aux personnes âgées qui n'ont cependant pas rattrapé leur retard sur ce plan, la consommation de soins dentaires continuant de diminuer avec l'âge après 60 ans.

Les consommations médicales des personnes âgées ont augmenté plus rapidement que celles du reste de la population et ce rattrapage a porté sur pratiquement tous les soins de ville. Il a été particulièrement marqué pour les soins de généraliste au domicile du patient, la pharmacie et les soins d'auxiliaire. Mais l'accès aux soins plus spécialisés et techniques, séances de spécialiste, analyses, radiologie, s'est aussi développé plus rapidement pour les personnes âgées que pour le reste de la population.

Alors que les besoins de soins de tous ordres augmentent avec l'âge, la mobilité diminue, ce qui entraîne indirectement une modification de la structure des dépenses médicales et détermine en partie le profil des consommations de soins des personnes âgées axé sur l'hospitalisation et les soins pouvant être dispensés à domicile, privé ou collectif (maisons de retraite et logements-foyers).

La consommation médicale plus élevée des personnes âgées peut être analysée en relation avec leur plus grande morbidité (nombre de maladies par personne, incapacités, taux de mortalité). Deux indicateurs ont été utilisés pour évaluer la variation de la consommation médicale selon l'âge « à morbidité constante » : le nombre de maladies par personne et l'indicateur de morbidité unidimensionnel du CreDES. Avec les deux modèles, la dépense médicale des adultes, à morbidité constante, est indépendante de l'âge.

L'effet des facteurs socio-économiques sur les consommations médicales s'atténue avec l'âge

L'absence de protection complémentaire, un faible niveau d'instruction, de bas revenus, l'appartenance à un groupe socioprofessionnel défavorisé, entraînent un moindre recours aux soins les plus spécialisés, aussi bien pour l'ensemble de la population que pour les personnes les plus âgées. Toutefois, les différences sont moins accentuées pour les personnes âgées que pour les adultes plus jeunes ; plusieurs causes peuvent être évoquées :

- la proportion de femmes augmente avec l'âge et les différences socio-économiques de recours aux soins sont moins marquées pour elles que pour les hommes,
- les variables socio-économiques ayant un impact sur la consommation médicale des adultes insérés dans la vie sociale ont moins d'effet pour les personnes âgées avec la disparition des risques immédiats liés à l'activité professionnelle et dont les conditions de vie sont peut-être plus uniformes ; des variables familiales, de voisinage, d'environnement médico-social sont peut-être plus pertinentes pour analyser les variations de leurs dépenses médicales.

Les phénomènes démographiques sont continus et les limites fixées à l'âge de la vieillesse sont arbitraires : quel que soit le seuil retenu,

le groupe des personnes âgées n'est pas homogène et les différences entre « jeunes vieux » et « vieux vieux » sont aussi importantes qu'entre « jeunes » et « vieux ». Les limites des âges extrêmes 80, 85, 90 ans, conditionnent l'amplitude des résultats.

L'effet de l'âge sur la consommation médicale est plus important que celui des facteurs socio-économiques (profession, niveau d'instruction, revenu,...). Dans la mesure où l'état de santé se dégrade avec l'âge, qui peut ainsi être considéré comme un indicateur de besoin de soins, l'augmentation de l'effet de l'âge au cours des quarante dernières années traduit une meilleure diffusion des soins vers les groupes démographiques qui en ont le plus besoin. Cette évolution a été accompagnée d'une amélioration de l'état de santé et de l'espérance de vie à tous les âges. Ces progrès ne sont pas irréversibles, et pour se poursuivre dans le climat actuel de forte contrainte économique, ils nécessitent une attention accrue pour que les mesures de maîtrise des coûts des soins n'entraînent pas un retournement de tendance pour les plus vulnérables en particulier les personnes âgées.

Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi

► An. Mizrahi, Ar. Mizrahi. *Évolution de la consommation pharmaceutique par personne et par maladie : enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux 1980-1991*. CreDES n° 1071, 1995/05, 22 pages.

Les pathologies oculaires liées à l'âge

La cécité est un problème très fortement lié à l'âge : le risque de cécité est dix fois plus élevé après 65 ans et 20 fois plus élevé après 75 ans que chez les personnes plus jeunes. Ceci s'explique par l'existence de pathologies liées au vieillissement des différentes structures de l'œil : cristallin (cataracte), rétine (dégénérescence maculaire liée à l'âge), nerf optique (glaucome). Ces pathologies touchent la fraction de la population qui va augmenter le plus rapidement dans les années à venir. On peut donc s'attendre à voir les besoins en soins ophtalmologiques augmenter de manière exponentielle. Déjà, les maladies oculaires tiennent une place particulière dans l'ensemble des maladies invalidantes, puisque seules les incapacités dues aux maladies oculaires et aux maladies mentales ont progressé en France de 1980 à 1991, les incapacités dues aux autres causes

◀ Klein R, Klein BE, Linton KL, De Mets DL. The Beaver Dam Eye Study : visual acuity. *Ophthalmology* 1991 ; 98 : 1310-5.

◀ Robine JM, Mormiche P, Sermet C. Vie et santé s'allongent : un effet conjoint de meilleures conditions de vie et des progrès médicaux ? In : *Données sociales 1996*. La société française. Champsaur P, ed. Insee, Paris, 1996.

étant en régression (maladies cardiovasculaires, ostéo-articulaires, ...) ou stables (maladies endocrines, auditives, respiratoires, cancers,...).

La dégénérescence maculaire liée à l'âge

La DMLA consiste en une dégénérescence du centre de la rétine (macula), zone essentielle pour la vision. La DMLA est actuellement la principale cause de cécité dans les pays industrialisés : dans une étude américaine, elle représentait à elle seule 57 % des cas de cécité chez les sujets de plus de 43 ans. Cette pathologie se développe surtout aux âges élevés, la prévalence des formes sévères passant de 0,6 % chez les 55-64 ans, à 7,1 % chez les plus de 75 ans. Elle serait actuellement en forte augmentation, en raison du vieillissement de la population.

Des études prospectives en population générale sont nécessaires afin de préciser l'histoire naturelle de cette pathologie, face à laquelle les ophtalmologistes sont désarmés.

En effet, il n'existe à l'heure actuelle aucun traitement réellement efficace de cette pathologie. Dans une petite fraction des cas (environ 10 %), un bénéfice peut être obtenu par un traitement au laser de la macula. Ce traitement détruit une partie de la zone visuelle et entraîne donc, en lui-même, une baisse de la vision, mais permet de la stabiliser par la suite. D'autres traitements, en particulier par radiothérapie, pourraient concerner une plus grande partie des cas. Ils sont en cours d'évaluation.

La cataracte

Avec l'âge, le cristallin s'opacifie, entraînant une baisse progressive de la vision : c'est la cataracte. Sa très grande fréquence aux âges avancés en fait une maladie liée au vieillissement, environ la moitié des sujets de plus de 75 ans examinés en sont atteints. La prévalence est de plus de 20 % pour les sujets de plus de 60 ans.

Le seul traitement disponible actuellement est l'extraction du cristallin, avec, dans la plupart des cas, implantation d'un cristallin artificiel. Avec le vieillissement de la population, la demande en interventions chirurgicales va croissant. Ainsi, aux États-Unis, l'extraction du

Steinberg EP, Javitt JC, Sharkey PD, Zuckerman A, Legro MW, Anderson GF et al. The content and cost of cataract surgery. Arch Ophthalmol 1993 ; 111 : 1041-9.

▶ Klein R, Wang Q, Klein BE, Moss SE, Meuer SM. The relationship of age-related maculopathy, cataract, and glaucoma to visual acuity. Invest Ophthalmol Vis Sci 1995 ; 36 : 182-91.

▶ Klein R, Klein BEK, Linton KLP. Prevalence of age-related maculopathy. The Beaver Dam Eye Study. Ophthalmology 1992 ; 99 : 933-43.

▶ Macular Photocoagulation Study Group. Argon laser photocoagulation for neovascular maculopathy after five years : results from randomized clinical trials. Arch Ophthalmol 1991 ; 1109-14.

▶ cristallin est l'acte chirurgical le plus fréquent. Si la cataracte apparaît souvent aux ophtalmologistes comme un problème bénin, du fait de l'existence d'une intervention chirurgicale efficace et comportant peu de risques, elle représente un important problème socio-économique. De plus, malgré la possibilité d'un traitement efficace, elle reste l'une des causes principales de cécité dans les pays occidentaux, car toutes les personnes atteintes de cataracte ne se font pas opérer.

Facteurs de risque des pathologies oculaires

En ce qui concerne l'étiologie de la cataracte et de la DMLA, une hypothèse actuelle met en avant le rôle des radicaux libres. Les radicaux libres sont générés dans la rétine et le cristallin par divers phénomènes, dont l'exposition à la lumière et certains processus métaboliques normaux. S'ils ne sont pas inactivés, les radicaux libres peuvent entraîner des dommages par l'oxydation des lipides, des protéines et de l'ADN. Les micro-nutriments à propriétés anti-oxydantes (vitamines A, E et C), et les enzymes anti-oxydantes pourraient réduire les dommages produits au niveau de la rétine et du cristallin en inactivant les radicaux libres. D'abord fondée sur des expériences sur l'animal, l'hypothèse d'un rôle protecteur des antioxydants pour les pathologies oculaires commence à se confirmer chez l'homme, au travers d'études épidémiologiques. Comme la lumière produit des radicaux libres, une forte

Pola

Les pathologies oculaires liées à l'âge

Il s'agit d'une étude prospective en population, qui se déroule dans la ville de Sète. Dans le cadre de cette étude, 2 500 personnes de 60 ans ou plus ont été recrutées entre juin 1995 et juillet 1997. Elles seront revues trois ans après leur examen initial, en 1998-1999. L'étude Pola est l'une des rares études au niveau mondial dans laquelle des mesures biologiques complexes du système anti-oxydant (vitamines, enzymes, oligo-éléments) ont été réalisées.

exposition à la lumière a été mise en cause dans l'étiologie de la cataracte et de la DMLA. Cependant, les résultats sont extrêmement discordants et ne permettent aucune conclusion. D'autres facteurs, comme le tabac ou des facteurs génétiques, semblent avoir un rôle dans le développement de ces pathologies.

Christen WG. Antioxidants and eye disease. *American Journal of Medicine* 1994 ; 97 : 14S-17S.

actuellement de 50 ans en moyenne dans les pays occidentaux industrialisés, et il ne semble pas avoir varié au cours du siècle.

Les conséquences sur la santé qui sont attribuées à la ménopause sont multiples et variables, en fréquence comme en gravité. Pour les symptômes, il s'agit de symptômes vasomoteurs, bouffées de chaleur et sueurs nocturnes, de troubles trophiques vaginaux, de troubles de l'humeur, irritabilité, nervosité, dépression, d'insomnie, de maux de tête, de troubles urinaires, de douleurs articulaires et de fatigue.

Une meilleure compréhension des pathologies oculaires liées à l'âge

Les pathologies oculaires liées à l'âge vont peser d'un poids de plus en plus important dans les années à venir, du fait du vieillissement de la population. La plus préoccupante de ces pathologies est certainement la DMLA, dont la prévalence est importante et contre laquelle nous ne disposons d'aucun moyen. Au niveau international, il existe encore peu d'études épidémiologiques permettant de mettre en évidence les facteurs de risque de ces pathologies. C'est devant ce constat que notre équipe a mis en place l'étude Pola. Cette étude devrait permettre de faire un pas significatif dans la compréhension du vieillissement pathologique du cristallin et de la rétine.

Cécile Delcourt

La ménopause

Plus de 10 millions de femmes sont actuellement ménopausées en France, et 300 000 environ le deviennent chaque année. La définition clinique de la ménopause est rétrospective puisque l'on considère habituellement qu'une femme est ménopausée lorsqu'elle présente une aménorrhée égale ou supérieure à un an. La date de la ménopause est alors celle des dernières règles. La ménopause chirurgicale se définit par l'ablation des deux ovaires. La préménopause désigne la période, de quelques mois à quelques années, qui précède la ménopause et qui peut correspondre à des irrégularités menstruelles ou à des troubles fonctionnels. La périménopause comprend cette période et continue jusqu'à la fin de l'année qui suit l'arrêt des règles. Au bout d'un an d'aménorrhée, la femme rentre dans la période de post-ménopause ou ménopause confirmée. L'âge de survenue de la ménopause est

Paquid : étude du vieillissement cérébral

Méthodes

Les personnes qui ont accepté de participer à l'étude ont d'une part répondu à un questionnaire comprenant des données socio-économiques et médicales, et ont d'autre part réalisé une batterie de tests neuropsychologiques.

Le questionnaire initial comprenait des variables démographiques, des mesures d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle (échelle de Katz pour les activités de la vie courante, échelle de Lawton et Brody pour les activités instrumentales de la vie courante, échelle de Rosow et Breslau pour les activités physiques). La symptomatologie dépressive était mesurée par l'échelle du Center for epidemiologic studies depression (CES-D) scale. Les fonctions intellectuelles étaient examinées grâce à une batterie de tests neuropsychologiques destinés à évaluer les fonctions cognitives globales, la fluidité verbale, l'attention visuo-spatiale, le raisonnement logique simple et la conceptualisation. À l'issue de l'évaluation neuropsychologique, les psychologues complétaient systématiquement un questionnaire évaluant les critères de démence du DSM-III-R. Dans un second temps, les sujets répondant à ces critères étaient vus à domicile par un neurologue afin de valider le diagnostic de démence et d'en préciser son étiologie. La même procédure a été

Paquid est une enquête épidémiologique dont l'objectif général est d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, d'en distinguer les modalités normales et pathologiques, et d'identifier les sujets à haut risque de détérioration physique ou intellectuelle chez lesquels une action préventive serait possible¹. Cet objectif est réalisé au moyen de la mise en place d'une cohorte de 4 000 personnes âgées, en Gironde et Dordogne, suivies depuis déjà huit ans et pendant encore au moins cinq ans dans l'avenir. Deux axes de recherche principaux ont été développés : le vieillissement cérébral et la perte d'autonomie fonctionnelle du sujet âgé.

L'étude du normal et du pathologique a pour buts :

- d'analyser l'évolution du fonctionnement cérébral après 65 ans, à travers des tests neuropsychologiques évaluant la mémoire et certaines fonctions cognitives ;
- d'estimer la prévalence, l'incidence et les facteurs de risque d'une démence sénile, et plus particulièrement de la maladie d'Alzheimer ;
- d'identifier au moyen des tests neuropsychologiques les individus susceptibles de développer une démence, afin de pouvoir ultérieurement évaluer des stratégies préventives ou thérapeutiques chez ces sujets ;
- d'étudier la symptomatologie dépressive du sujet âgé, et sa liaison avec la survenue d'une démence ;
- d'étudier l'évolution des démences incidentes en termes de dépendance, de mortalité et d'entrée en institution.

L'étude de la perte d'autonomie fonction-

Parmi les grandes pathologies, l'ostéoporose et les maladies cardio-vasculaires ont une fréquence particulièrement élevée en post-ménopause par rapport à la période d'activité génitale. Certains auteurs ont parlé d'un « syndrome ménopausique » comme d'une entité clinique réunissant plusieurs types de symptômes ainsi que des maladies somatiques et psychologiques. Pour d'autres, un tel syndrome comprendrait comme seuls « vrais » symptômes de la ménopause les manifestations vasomotrices et les troubles de la trophicité vaginale, et comme

- ▶ J. W. W. Studd, S. Chakravarti, D. Oram. The climacteric. *Clin Obstet Gynecol*, 1977, 4 : 3-29.
- ▶ R. A. Wilson, T. A. Wilson. The fate of the non-treated post-menopausal woman: a plea for the maintenance of adequate estrogen from puberty to the grave. *J Am Geriat Soc*, 1963, 11: 347-362.

grande pathologie, l'ostéoporose. Aujourd'hui, la réalité d'un syndrome ménopausique est toujours débattue.

Difficile estimation du problème

Estimer la fréquence des symptômes associés à la ménopause pose plusieurs problèmes. Les difficultés à construire des échantillons représentatifs en population générale ont conduit à faire des estimations sur des populations

nelle du sujet âgé a pour objectifs spécifiques :

- de décrire l'état fonctionnel des personnes âgées en termes de déficiences, incapacités et handicaps, et étudier les liaisons entre ces trois concepts, ainsi qu'avec la mortalité ;
- d'estimer l'incidence de l'entrée en incapacité, mais aussi du retour à l'autonomie, et identifier les facteurs favorables ou péjoratifs qui y sont associés ;
- d'étudier les liaisons entre incapacité et détérioration intellectuelle ;
- de déterminer les facteurs propres au sujet ou à son environnement qui entraînent un risque élevé d'entrée en institution à court terme, chez des sujets vivant auparavant à leur domicile.

Les résultats concernant la perte d'autonomie fonctionnelle ont été publiés dans *AdSP* n° 20².

Démence : 4,3 % des plus de 65 ans

Le taux de prévalence de la démence a été estimé en Gironde à 4,3 % des sujets de 65 ans et plus^{1,3}. Ce taux augmente avec l'âge de manière exponentielle. La prévalence de la maladie d'Alzheimer est de 3,05 %.

L'incidence de la démence et celle de la maladie d'Alzheimer ont été estimées sur une durée de suivi de 5 ans, pour les départements de la Gironde et de la Dordogne⁴. L'incidence globale de la démence et celle de la maladie d'Alzheimer ont été estimées respectivement à 1,59 et 1,17 pour cent personnes-années. Pour la démence comme pour la maladie d'Alzheimer, l'incidence augmente de manière exponentielle avec l'âge.

En matière de facteur de risque de démence et de maladie d'Alzheimer, on note que :

- la prévalence et l'incidence augmentent de manière exponentielle avec l'âge⁴.
- l'incidence de la démence est plus élevée chez les hommes avant 75 ans, et chez les femmes après 75 ans⁵.
- le risque de démence est plus faible chez les sujets ayant un plus haut niveau d'études. Ces résultats ont été mesurés en prévalence et en incidence^{4,5}.
- le fait de jardiner, de voyager et de bricoler est associé à un risque moindre de démence alors que d'autres activités ne le sont pas (lecture, jeux de société...)⁶.
- aucune association significative entre tabagisme et risque de démence ou de maladie d'Alzheimer n'a été retrouvée⁷.
- une association significative entre consommation modérée de vin et diminution du risque de démence et de maladie d'Alzheimer a été montrée⁸.
- l'existence d'une symptomatologie dépressive ne semble pas liée à la survenue de la démence⁹.

Les performances à plusieurs tests neuropsychologiques sont prédictives de la survenue d'une démence incidente deux à trois ans plus tard^{10, 11} ; certains de ces tests sont très simples et utilisables en médecine générale¹². Les fonctions d'attention contrôlée semblent être parmi les fonctions cognitives les plus perturbées dans la phase préclinique¹³.

**Isabelle Rouch-Leroy,
Jean-François Dartigues**

1. J.-F. Dartigues, M. Gagnon, P. Michel, et al. Le programme de recherche Paquid sur l'épidémiologie de la démence. Méthodes et résultats initiaux. *Rev Neurol* 1991 ; 147 : 225-230.
2. P. Barberger-Gateau. Paquid : étude de la perte d'autonomie fonctionnelle. *Actualité et dossier en santé publique*, n° 20, 1997.
3. L. Letenneur, L. Dequae, H. Jacqmin, et al. Prévalence de la démence en Gironde. *Rev Epidémiol Santé Pub* 1993 ; 41 : 139-145.
4. L. Letenneur, D. Commenges, J.-F. Dartigues, et al. Incidence of dementia and Alzheimer's disease in elderly community residents of South-Western France. *Int J Epidemiol* 1994 ; 23 : 1256-1261.
5. L. Letenneur, V. Gilleron, D. Commenges, et al. Are gender and educational level independent predictors of dementia and Alzheimer's disease ? Incidence data from the Paquid Project. (Soumis).
6. C. Fabrigoule, L. Letenneur, J.-F. Dartigues, et al. WAIS Similarities Subtest performance as predictor of dementia in elderly community residents. *J Am Geriatr Soc* 1995 ; 43 : 485-490.
7. L. Letenneur, J.-F. Dartigues, D. Commenges, et al. Tobacco consumption and cognitive impairment in elderly people. A population-based study. *Ann Epidemiol* 1994 ; 4 : 1256-1261.
8. J.-M. Orgogozo, J.-F. Dartigues, S. Lafont, et al. Wine consumption and dementia in the elderly : a prospective community study in the Bordeaux area. *Rev Neurol* 1997 ; 153 (3) : 185-192.
9. C. Dufouil, R. Fuhrer, J.-F. Dartigues, et al. A longitudinal analysis of the association between depressive symptomatology and cognitive deterioration. *Am J Epidemiol* 1996 ; 144 (7) : 634-641.
10. J.-F. Dartigues, L. Letenneur, C. Fabrigoule, et al. Cognitive predictors of dementia in elderly community residents. *Neuroepidemiology* 1997 ; 16 (1) : 29-30.
11. C. Fabrigoule, S. Lafont, L. Letenneur, et al. WAIS Similarities Subtest as predictors of dementia in elderly community residents. *Brain and Cognition* 1996 ; 30 (3) : 323-326.
12. I. Rouch-Leroy, C. Fabrigoule, L. Letenneur, et al. A practical psychometric approach to detect preclinical stage of dementia. *Journal of American Geriatrics Society* 1998, Lett. In Press.
13. C. Fabrigoule, I. Rouch, A. Taberly, et al. Cognitive process in preclinical phase of dementia. *Brain* 1998. In Press.

particulières, notamment de femmes venues consulter pour des manifestations en rapport avec la ménopause, entraînant probablement des surestimations. De plus, il est nécessaire, mais difficile, d'estimer dans l'expression des symptômes le rôle respectif des modifications hormonales, du vieillissement et de la représentation culturelle de cette période de la vie. Enfin le dernier problème inhérent aux études concernant la ménopause est celui de la définition même du statut ménopausique.

La fréquence des bouffées de chaleur est très variable selon les études. Les pourcentages les plus élevés rapportés dans la littérature se situent entre 65 % et 85 % pour des femmes en début de ménopause. Si les bouffées de chaleur sont les manifestations de la ménopause les plus caractéristiques dans les pays occidentaux, dans d'autres populations ce symptôme est beaucoup moins fréquent, voire même inexistant. Les femmes Maya ménopausées ne ressentent pas de bouffées de chaleur. Ce phénomène ne s'explique pas par des différences de dosages hormonaux entre ces femmes et les femmes occidentales. D'après deux enquêtes menées parallèlement au Japon et au Canada, 10 % des Japonaises ménopausées rapportent des bouffées de chaleur dans les deux semaines précédant l'étude, contre 31 % de femmes canadiennes.

En ce qui concerne la dépression, à partir de données d'études dont la méthodologie est satisfaisante, aucune augmentation significative de la fréquence de la dépression au début de la ménopause n'a été mise en évidence. Les phénomènes dépressifs contemporains de cette période apparaissent liés aux antécédents de dépression, aux modifications de la vie des femmes, en particulier familiales, aux facteurs sociaux et aux symptômes qui accompagnent les modifications hormonales plutôt que directement à ces modifications.

Une nette augmentation du risque coronarien a été observée en cas d'ovariectomie bilatérale. La ménopause naturelle s'accompagne d'une augmentation vraisemblablement plus modérée de ce même risque. Avant 50 ans, on constate une prédominance des maladies artérielles ischémiques chez l'homme, différence entre les sexes qui tend à disparaître progressivement après cet âge. En ce qui concerne les facteurs de risque cardio-vasculaire, la ménopause s'accompagne d'une augmentation de la fraction LDL du cholestérol et donc détermine

un profil défavorable par rapport au risque de maladie cardiovasculaire.

La prise en charge de la ménopause

Les problèmes de santé liés au vieillissement devenant de plus en plus importants dans les sociétés industrialisées ; la prise en charge médicale de la ménopause représente un enjeu économique particulièrement important. Actuellement, cette prise en charge passe essentiellement par le traitement hormonal substitutif (THS), traitement estrogénique auquel il est recommandé d'associer un progestatif chez les femmes ayant conservé leur utérus, afin d'éviter les effets néfastes sur l'endomètre des estrogènes utilisés seuls.

Chez les femmes souffrant de bouffées de chaleur, plusieurs essais randomisés ont montré l'efficacité des estrogènes et leur supériorité par rapport aux placebo. De manière plus globale, la qualité de vie de femmes se plaignant de symptômes climactériques est améliorée par le traitement hormonal substitutif. Pour les troubles dépressifs contemporains de la ménopause, les troubles mineurs semblent améliorés par le THS, mais ses effets sur la dépression plus sévère sont plus inconstants. L'effet bénéfique des estrogènes sur la trophicité vaginale est communément admis, mais il n'est pas clairement démontré. D'après une synthèse des essais portant sur l'efficacité des estrogènes sur l'incontinence urinaire, le traitement apporte une amélioration subjective significative des troubles, sans qu'on puisse affirmer son efficacité sur des critères objectifs.

Actuellement, les questions que suscite l'utilisation du THS concernent ses aspects préventifs sur le risque cardiovasculaire et sur celui de la maladie d'Alzheimer, ainsi que son éventuel effet néfaste sur le cancer du sein. Les effets du THS sur l'ostéoporose, dont certains aspects sont encore à préciser, sont traités ci-après (cf. p. XXVI).

L'effet du THS sur le risque cardiovasculaire a été analysé dans de nombreuses études de cohorte, et plusieurs méta-analyses ont été réalisées, qui rapportent une diminution du risque de maladies cardio-vasculaires de 30 à 45 % chez les femmes ménopausées qui ont utilisé ou qui utilisent au moment de l'étude un traitement estrogénique. Dans toutes ces études, il s'agit de l'effet d'estrogènes oraux administrés seuls et

▶ K. T. Khaw. Epidemiology of the menopause. *British Medical Bulletin*, 1992, 48 : 249-261.

M. C. Martin, J. E. Block, S. D. Sanchez, C. D. Arnaud, Y. Beyene. Menopause without symptoms : the endocrinology of menopause among rural Mayan Indians. *Am J Obstet Gynecol*, 1993, 168 : 1839-45.

◀ S. Campbell, M. Whitehead. Oestrogen therapy and the menopausal syndrome. *Clin Obstet Gynaecol*, 1977, 4 : 31-47.

▶ K. T. Khaw. Epidemiology of the menopause. *British Medical Bulletin*, 1992, 48 : 249-261.

◀ D. H. Barlow. Hormone replacement therapy and other menopause associated conditions. *British Medical Bulletin*, 1992, 48 : 356-367.

◀ C. H. Lauritzen. The female climacteric syndrome : significance, problems and treatment. *Acta Obstet Gynecol*, 1976, 53 : 47-61.

▶ J. L. Stanford, N. S. Weiss, L. F. Voigt et al. Combined estrogen and progestin hormone replacement therapy in relation to risk of breast cancer in middle-aged women. *Jama* 1995;274:137-142

d'origine équine. Les traitements recommandés en Europe sont des traitements estro-progestatifs, avec des estrogènes dits naturels. Aucune étude sur les effets cardiovasculaires de traitements administrés par voie transcutanée ou transdermique n'a été retrouvée. En ce qui concerne les traitements estro-progestatifs, l'étude prospective de la Nurses' Health Study rapporte un risque relatif de 0,39 (IC : 0,19-0,78) chez les utilisatrices par rapport aux non-utilisatrices.

Des effets à long terme encore mal connus

Compte-tenu des biais inhérents aux études d'observation dont tous ces résultats sont issus, l'existence d'une surestimation de l'effet protecteur du THS sur le risque cardiovasculaire est indéniable. Le problème est de connaître son ampleur afin d'estimer au mieux le degré réel d'efficacité du traitement. Les réponses à ces questions ne pourront venir que des résultats d'essais contrôlés, qui commencent à s'organiser.

La première étude dont les résultats ont suggéré un effet protecteur des estrogènes sur le risque de maladie d'Alzheimer a été publiée en 1984. Depuis, onze études d'observation, dont quatre études prospectives, ont été publiées. Sur les huit plus récentes, six ont trouvé une diminution significative de ce risque chez les femmes traitées par rapport aux femmes jamais traitées, de l'ordre de 50 %. Si ces résultats sont prometteurs, ils sont tout à fait insuffisants pour affirmer que l'effet protecteur des estrogènes sur le risque de maladie d'Alzheimer est réel et d'une telle ampleur.

L'association entre traitement estrogénique et risque de cancer de l'endomètre est aujourd'hui bien connue. Pour prévenir ce risque, il est indispensable d'associer aux estrogènes des progestatifs pendant 12 à 13 jours par mois.

De nombreuses études sur le lien entre traitement estrogénique et cancer du sein ont été publiées. Sur deux méta-analyses d'enquêtes cas-témoins, l'une conclut à l'absence d'augmentation du risque, sauf peut-être en cas de prise de fortes doses. La deuxième montre une absence d'augmentation du risque après cinq ans d'estrogènes, mais une augmentation de 30 % après quinze ans de traitement. Depuis, les résultats de deux études cas-témoins ont été

G. A. Colditz, M. J. Stampfer, W. C. Willet, C. H. Hennekens, B. Rosner, F. E. Speizer. Prospective study of estrogen replacement therapy and risk of breast cancer in postmenopausal women. *J Am Med Assoc*, 1991, 264: 2648-2653.

E. R. te Velde, H. A. I. M. van Leusden. Hormonal treatment for the climacteric: alleviation of symptoms and prevention of postmenopausal disease. *Lancet*, 1994, 343: 654-658.

J. P. Vandenbroucke JP. Postmenopausal oestrogen and cardioprotection. *Lancet* 1991, 337: 833-834

H. G. Schrott, V. Bittner, E. Vittinghoff, D. M. Herrington, S. Hulley for the HERS research group. Adherence to national cholesterol education program treatment goals in postmenopausal women with heart disease. The Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS). *Jama* 1997; 277: 1281-1286.

A. Panini-Hill. Does estrogen replacement therapy protect against Alzheimer's disease? *Osteoporosis Int* 1997; Suppl. 1:S12-S17,

L. F. Voigt, N. S. Weiss, J. Chu, J. R. Daling, B. McKnight, G. Vanbelle. Progestagen supplementation of exogenous oestrogens and risk of endometrial cancer. *Lancet*, 1991, 338: 274-277.

V. Ringa, G. Breart. Ostéoporose post-ménopausique : aspects épidémiologiques. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 1992 ; 21 : 607-615.

W. D. Dupont, D. L. Page. Menopausal estrogen replacement therapy and breast cancer. *Arch Intern Med*, 1991, 151: 67-72.

négatifs, alors qu'une troisième étude, prospective, a montré un risque multiplié par 1,3 pour les femmes sous traitement depuis 10 à 15 ans. Le suivi prolongé de cette cohorte a aussi montré une augmentation du risque des femmes sous estro-progestatif. La relation entre le THS et le cancer du sein n'est donc pas démontrée, mais un tel effet ne peut pas non plus être définitivement éliminé.

Les questions que soulève l'utilisation à long terme du THS sont nombreuses et les données disponibles encore insuffisantes pour y répondre, mais l'attitude médicale par rapport à un tel traitement ne dépend pas seulement d'arguments scientifiques. Les décisions reposent aussi sur des conceptions personnelles de la maladie et de la qualité de la vie. La ménopause doit-elle être considérée comme une pathologie d'insuffisance endocrinienne ou comme une part du processus général de vieillissement ?

Virginie Ringa

L'ostéoporose postménopausique

L'ostéoporose, affection liée à l'âge qui concerne essentiellement les femmes, est l'atteinte la plus fréquente du squelette. Elle se caractérise par des fractures de fragilité, et s'accompagne d'une diminution de la masse osseuse, ou ostéopénie. L'ostéoporose post-ménopausique concerne les femmes jusqu'à 70 ans environ ; au-delà on parle d'ostéoporose sénile, qui touche aussi les hommes. Les principales fractures ostéoporotiques sont les fractures du poignet, qui surviennent dans les 10 ans suivant la ménopause, les fractures vertébrales qui atteignent les femmes dans la soixantaine et les fractures du col du fémur, les plus tardives et les plus graves. En France, l'incidence annuelle des fractures de l'extrémité supérieure du fémur est de 170 pour 100 000 personnes (de 20 ans et plus) chez les femmes et de 62 pour 100 000 chez les hommes. On ne dispose pas de données précises sur la fréquence des autres fractures.

La définition exacte de l'ostéoporose a évolué au cours du temps. La dernière en date est celle de l'OMS, fondée sur les mesures de la

densité minérale osseuse (DMO). La norme correspond à une valeur de la DMO ou du contenu minéral osseux différant de moins d'un écart-type de la moyenne de référence de l'adulte jeune. Une masse osseuse faible (ostéopénie) correspond à une valeur de la DMO ou du contenu minéral osseux différant de plus d'un écart-type de la moyenne de l'adulte jeune mais de moins de 2,5 écarts-types de cette valeur. L'ostéoporose est définie par une valeur de la DMO ou du contenu minéral osseux inférieure de 2,5 écarts-types ou davantage à la moyenne de l'adulte jeune. L'ostéoporose grave correspond à une valeur de la DMO ou du contenu minéral osseux inférieure de 2,5 écarts-types ou davantage à la moyenne de l'adulte jeune et coexistant avec une ou plusieurs fractures.

À partir d'un âge qui correspond à une masse osseuse maximale, ou pic de masse osseuse, et qui se situerait avant 25 ans, on observe une diminution progressive du contenu minéral osseux chez les sujets des deux sexes. La perte osseuse s'accélère après la ménopause, les femmes perdant en moyenne 3 % de leur masse osseuse chaque année. Plus le pic de masse osseuse est élevé, plus le sujet peut perdre d'os avant d'atteindre le seuil critique à partir duquel il est à risque élevé de fracture. La perte osseuse caractéristique de l'ostéoporose survient chez chaque femme à un rythme et à une intensité différents, mais globalement, à partir d'études faites aux États-Unis, on estime que le risque pour une femme adulte de se fracturer le col du fémur au cours de sa vie est de 15 %. À 80 ans, la plupart des femmes d'origine blanche présentent au moins une déformation partielle au niveau du rachis liée à l'ostéoporose.

L'ostéoporose peut altérer à divers degrés la qualité de la vie. Les fractures de l'extrémité supérieure du fémur nécessitent toujours une hospitalisation. Elles entraînent une augmentation de la mortalité de 12 à 20 % dans l'année qui suit l'accident. Les fractures vertébrales ont des conséquences moins lourdes, mais elles peuvent être très handicapantes car sources de douleurs aiguës ou chroniques.

L'âge et le sexe sont des déterminants essentiels de la perte osseuse. La densité osseuse est plus élevée chez l'homme que chez la femme, à tous les âges et pour tous les sites osseux. Cette différence augmente considérablement après la ménopause. Entre 20 et 90 ans,

B. L. Riggs, H. W. Wahner, E. Seeman, et al. Changes in bone mineral density of the proximal femur and spine with aging : differences between the postmenopausal and senile osteoporosis syndromes. *J Clin Invest* 1982 ; 70 : 716-723.

B. E. Nordin, A. G. Need, B. E. Chatterton, M. Horowitz, H. A. Morris. The relative contributions of age and years since menopause to postmenopausal bone loss. *J Clin Endocrinol Metab*, 1990, 70 : 83-88.

M. F. R. Sowers, D. A. Galuska. Epidemiology of bone mass in premenopausal women. *Epidemiologic Reviews* 1993 ; 15 : 374-398.

E. Seeman, J.L. Hopper, L. A. Bach, M. E. Cooper, E. Parkinson, J. McKay, G. Jerums. Reduced bone mass in daughters of women with osteoporosis. *N Engl J Med* 1989 ; 320 : 554-558.

S. R. Cummings, J. L. Kelsey, M. C. Nevitt, K. J. O'Dowd. Epidemiology of osteoporosis and osteoporotic fractures. *Epidemiol Rev* 1985 ; 7 : 178-208.

S. R. Cummings, J. L. Kelsey, M. C. Nevitt, K. J. O'Dowd. Epidemiology of osteoporosis and osteoporotic fractures. *Epidemiol Rev* 1985 ; 7 : 178-208.

la masse osseuse au niveau du col du fémur baisse de 58 % chez les femmes, et de 40 % chez les hommes. Les estrogènes ont un rôle majeur dans l'ostéoporose post-ménopausique. La ménopause chirurgicale accélère la perte osseuse, qui est ralentie ou supprimée par la prise d'estrogènes substitutifs. Des récepteurs aux estrogènes ont été mis en évidence sur des cellules osseuses humaines, suggérant une activité directe de ces hormones sur l'ostéof ormation. La part respective de l'âge et de la ménopause sur la perte osseuse est difficile à déterminer, mais un modèle construit à partir de l'étude de femmes ménopausées américaines suggère qu'à 70 ans une femme a perdu 11 % d'os du fait de la ménopause, et 18 % du fait de l'âge. L'origine ethnique, l'immobilisation prolongée, la prise de corticoïdes, la minceur sont d'autres facteurs de risque identifiés avec certitude. Les femmes noires ont une densité osseuse plus élevée et ont deux fois moins de fractures que les femmes blanches. Ces différences ne sont pas entièrement expliquées par des différences de poids. Des facteurs génétiques familiaux ont aussi un effet sur la masse osseuse. Parmi les facteurs liés au mode de vie, l'alcool et le tabac sont des facteurs de risque de fractures.

Il existe aussi des facteurs protecteurs d'ostéoporose, comme un apport de calcium suffisant, une activité physique modérée, et l'obésité après la ménopause.

Les résultats concernant l'influence des facteurs liés à l'histoire gynécologique, tels que la parité, l'allaitement et l'utilisation de contraceptifs oraux sont variables selon les études.

Éviter la première fracture

La survenue de fractures est liée non seulement à la masse osseuse, mais aussi à des facteurs extra-osseux. Les traumatismes en cause sont d'intensité variable. La plupart du temps les fractures vertébrales chez les femmes âgées surviennent sans traumatisme évident, ou simplement à l'occasion d'une toux. Les fractures du col du fémur sont le plus souvent la conséquence d'une chute, et les fractures du poignet ne surviennent jamais sans traumatisme externe. De plus, avec l'âge, non seulement la fréquence des chutes augmente, mais leur gravité aussi. Le sujet âgé se protège mal de ces chutes, du fait de l'altération de ses réactions de

Enquête Estev santé-travail

À la fin des années quatre-vingt, des médecins du travail, associés à des équipes de recherche en épidémiologie, gérontologie, ergonomie, ont décidé de mettre sur pied une enquête de grande ampleur sur l'évolution de la santé avec l'âge, en milieu de travail.

Le lancement de cette enquête, nommée Estev (enquête santé travail et vieillissement), était lié à des constats et projections démographiques : le vieillissement de la population active débute et se poursuivra durablement, parce que les « baby-boomers » de l'après-guerre sont aujourd'hui quinquagénaires, et parce que les jeunes entrent de plus en plus tard dans les entreprises, voire n'entrent plus du tout dans certains secteurs qui ne recrutent guère. D'où un enjeu important dans la pratique professionnelle des médecins du travail : bien placés pour observer le vieillissement au travail, ils sont impliqués dans la gestion de ses conséquences, en termes d'aptitudes notamment. Par ailleurs, les connaissances scientifiques sur les relations entre âge, travail et santé ne sont pas abondantes, et rares sont celles qui fournissent en ce domaine des éléments chiffrés.

D'où l'idée de recueillir des informations détaillées sur les conditions de travail — présentes et passées — et sur l'état de santé, d'un vaste échantillon de salariés (ils seront finalement 21 378, hommes et femmes, âgés de 37, 42, 47, et 52 ans lors de la première phase d'enquête), grâce au concours de plusieurs centaines de médecins du travail et selon un protocole aussi rigoureux que possible. L'enquête s'est déroulée en 1990, puis a été rééditée en 1995 auprès des mêmes salariés (87 % d'entre eux ont pu être revus), mais seules les données de 1990 ont été

exploitées jusqu'à présent. Elles ont donné lieu à de nombreux articles, à des communications dans des congrès et à la réalisation d'une monographie¹.

Les douleurs ostéo-articulaires, les troubles du sommeil, l'hypertension artérielle, les déficits auditifs, la santé perçue, l'usage de médicaments à visée psycho-active ont fait l'objet des premières analyses transversales². Chacun de ces problèmes de santé est relié à l'âge et aux conditions de travail passées et/ou présentes. La prévalence des symptômes déclarés par les salariés est relativement élevée compte tenu qu'il s'agit de jeunes adultes. L'enquête met également en évidence les effets des sélections qui opèrent au travail dans certains groupes de salariés. À côté des contraintes de pénibilité, la perception globale de son travail par le salarié semble jouer un rôle important dans la présence ou non de symptômes. Enfin, les résultats de la phase transversale soulignent l'importance des parcours professionnels avec cumul des expositions à des contraintes physiques et organisationnelles et leur intrication avec l'avancée en âge¹.

La persistance ou l'extension de contraintes de travail exigeantes et usantes pourraient entraîner la multiplication de situations ingérables pour l'affectation de la main-d'œuvre, dans un contexte de vieillissement démographique. Avec deux issues, dont aucune ne serait satisfaisante : les recours systématiques aux cessations anticipées d'activité, qui certes apportent un soulagement aux salariés les plus

éprouvés, mais laissent en place les facteurs de « vieillissement accéléré ou prématuré » pour tous les autres ; ou le maintien du statu quo, avec pour chacun un effort accru de sollicitation de son propre organisme, et des troubles de santé qui s'aggravaient à moyen et long terme.

Les premiers résultats de nature épidémiologique de l'enquête Estev, associés aux apports d'autres disciplines scientifiques, suggèrent d'autres orientations possibles, dans le domaine de l'amélioration des conditions et de l'organisation du travail. Ces orientations, attentives aux différences entre individus et notamment aux différences liées à l'âge, peuvent avoir

des retombées positives pour bien d'autres salariés que les « salariés âgés ». Elles méritent d'être élaborées de façon précise et réfléchie, ce qui plaide pour une attitude anticipatrice dans les entreprises, attitude que les médecins du travail, aux côtés d'autres acteurs, pourraient contribuer à développer.

Les analyses issues des données recueillies en 1995 (analyses qui commencent) devraient encourager et alimenter les réflexions anticipatrices en élucidant les effets respectifs de l'âge, de la génération, et de la date d'enquête, dans les relations constatées.

Francis Derriennic, Annie Touranchet, Serge Volkoff

1. F. Derriennic, A. Touranchet, S. Volkoff. *Âge, travail, santé : études sur les salariés âgés de 37 à 52 ans, Estev 1990*. Paris : Les Éditions Inserm, 1996, 440 p.

2. A. Touranchet, F. Derriennic, S. Volkoff. *Santé, travail et âge : résultats de l'enquête Estev 1990*. Actualité et dossier en santé publique, 1996, n°15, 18-23.

La mise en évidence des liens entre problèmes de santé, âge et conditions de travail

protection neuro-musculaires. Les altérations de la vue sont aussi prédictives du risque de chute chez les femmes âgées.

La prévention est aujourd'hui le meilleur moyen de traiter l'ostéoporose. Non seulement il n'existe pas de traitement qui permette de restituer à l'os sa qualité initiale une fois qu'il a été atteint, mais de plus, pour une même valeur de la masse osseuse, le risque de nouvelle fracture augmente avec les antécédents de fracture. Le but principal de la prévention est d'éviter la survenue d'une première fracture. Plusieurs types d'intervention sont possibles à différents âges de la vie. Dans l'enfance et l'adolescence, il s'agit de permettre à l'os d'atteindre une densité maximale au moment du pic de masse osseuse. Toutefois, l'acquisition du capital osseux dépend fortement de facteurs génétiques, ethniques ou familiaux. Plus tard, le traitement visera chez la femme à diminuer la perte osseuse post-ménopausique, et encore plus tard celle liée au vieillissement. Un certain nombre de comportements alimentaires ainsi que le mode de vie pourraient influencer la perte de masse osseuse chez les adultes. À distance de la ménopause, la perte osseuse et les risques de fracture sont placés sous l'influence de plus en plus forte de facteurs nutritionnels et environnementaux.

Actuellement, chez la femme, le traitement de choix pour la prévention de l'ostéoporose est le traitement hormonal substitutif. Les autres traitements préventifs non hormonaux sont le calcium, l'exercice physique, la calcitonine, les bisphosphonates et la vitamine D. Seule, l'association calcium et vitamine D chez les femmes âgées a fait la preuve de son efficacité sur la prévention des fractures.

Beaucoup d'études ont été réalisées pour évaluer l'effet de la supplémentation calcique sur l'os, mais son efficacité reste très controversée. Les essais randomisés ont des résultats variables.

Chez l'adulte jeune l'exercice aurait un effet bénéfique sur l'acquisition du capital osseux, sauf en cas de surentraînement. En revanche, l'effet thérapeutique de l'exercice physique sur l'ostéoporose est très discuté.

L'alendronate, un bisphosphonate, a fait la preuve de son efficacité sur la prévention de nouvelles fractures chez des femmes présentant déjà des fractures vertébrales. Les nouveaux bisphosphonates sont en cours d'évaluation.

L'efficacité sur la prévention de la perte os-

► P. Dargent-Molina, F. Favier, H. Grandjean, et al. Fall-related factors and risk of hip fracture : the EPIDOS prospective study. *Lancet* 1996 ; 348 : 145-149.

◀ Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormone replacement therapy : collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52 705 women with breast cancer and 108 411 women without breast cancer. *Lancet* 1997 ; 350 : 1047-1059.

◀ M. G. Lê. Traitement hormonal substitutif de la ménopause et risque de cancer du sein. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1996 ; 25 : 684-687.

seuse du traitement hormonal substitutif (THS), association d'estrogènes et de progestatif chez les femmes non hystérectomisées, a été prouvée dans de nombreux essais. En ce qui concerne la prévention des fractures, le risque de fracture des femmes sous THS est diminué de moitié par rapport à celui des femmes non traitées. Toutefois, du fait des biais liés aux études d'observation d'où proviennent ces résultats, l'effet protecteur du THS est sans doute surestimé dans ces enquêtes. Pour conférer une protection maximale, le traitement estrogénique devrait être commencé en début de ménopause et pris sans arrêt jusqu'à la fin de la vie. Compte-tenu des effets éventuellement délétères du THS pris pendant 10 ans et plus sur le risque de cancer du sein, prendre un THS sur une très longue période n'est peut être pas dénué de risque. Une autre stratégie de prise a ainsi été évoquée, qui consisterait à commencer le THS plusieurs années après la ménopause, entre 65 et 70 ans. Toutefois l'efficacité de cette modalité de traitement reste à confirmer.

Virginie Ringa

► Consensus development conference : diagnosis, prophylaxis, and treatment of osteoporosis. *Am J Med* 1993 ; 75 : 646-650.

► R. Lindsay. Prevention and treatment of osteoporosis. *Lancet* 1993 ; 341 : 801-805.

► M.-C. Chapuy, M.-E. Arlot, F. Dubœuf, et al. Vitamin D3 and calcium to prevent hip fractures in elderly women. *N Engl J Med* 1992 ; 327 : 1637-1642.

► B. Gutin, M. J. Kasper. Can vigorous exercise play a role in osteoporosis prevention ? *Osteoporosis Int* 1992 ; 2 : 55-69.

P. D. Delmas. Hormone replacement therapy in the prevention and treatment of osteoporosis. *Osteoporosis Int* 1997 ; suppl 1 : S3-S7



Modes de vie

Revenus et relations entre générations

Si les revenus des personnes de plus de 60 ans ont augmenté depuis 1960, il demeure de grandes disparités. Cette amélioration globale des conditions de vie des personnes âgées a eu une incidence notable sur leur mode de vie et sur les relations entre les générations.

Conditions de logement et loisirs des personnes âgées

Il est indéniable qu'au cours des dernières décennies la situation matérielle des personnes âgées s'est fortement améliorée, non seulement dans l'absolu, mais aussi relativement à celle des personnes en âge d'activité.

La progression substantielle des pensions depuis une vingtaine d'années a donné aux nouvelles générations de retraités une relative autonomie financière et contribué à la diminution, lente mais régulière, de la cohabitation avec les enfants. Par ailleurs la « société de consommation » tout autant que le niveau d'éducation plus élevé des retraités les plus jeunes suscitent des besoins de loisirs, de contacts avec l'extérieur au travers des associations de retraités, de clubs du troisième âge, etc.

Le passage à la retraite s'accompagne assez souvent d'un changement de localisation ou de logement, et également, d'un développement

des activités associatives pour meubler le temps libre laissé par la cessation d'activité. Mais la participation à la vie sociale aux cours des premières années de retraite est de moins en moins active au fur et à mesure que l'on vieillit.

L'âge détermine aussi d'autres différences dans les modes de vie des plus de 60 ans, notamment dans le type d'habitat et son environnement qui sont le reflet de différences de génération.

L'enquête du Centre d'étude des revenus et des coûts (Cerc) sur les ressources et conditions de vie des ménages de 60 ans et plus sur laquelle s'appuie cet article a été réalisée en 1989 et 1990, avec le concours des directions régionales de l'Insee et de la direction générale des Impôts. Cette enquête a touché un échantillon représentatif de ménages ordinaires où vit au moins une personne de 60 ans et plus, soit 8 071 ménages.

Les changements de résidence au moment de la retraite

Près d'un ménage de personnes âgées sur cinq a déménagé au moment de la retraite, et le plus souvent c'est le cas des ménages aisés. La fréquence de ces changements varie assez sensiblement en fonction de la catégorie sociale.

Parmi les indépendants, les artisans-commerçants ont plus souvent déménagé que les agriculteurs (25 % contre 14 %), parmi les salariés ceux qui se trouvent en haut de l'échelle sociale plus que ceux qui sont en bas : 29 % des cadres, 11 % des ouvriers non qualifiés.

Les changements de résidence ont été fréquemment programmés au moment de la retraite : près d'un tiers de ceux qui ont déménagé se sont installés, lorsqu'ils ont cessé leur activité, dans un logement qu'ils possédaient déjà.

La raison économique de changement n'apparaît pas comme un facteur déterminant. Les motivations principales des déménagements à la retraite sont la vie à la campagne, le retour au pays et le rapprochement familial. D'autres raisons, comme la santé, le soleil ou le confort d'un nouveau logement apparaissent ensuite à un degré moindre.

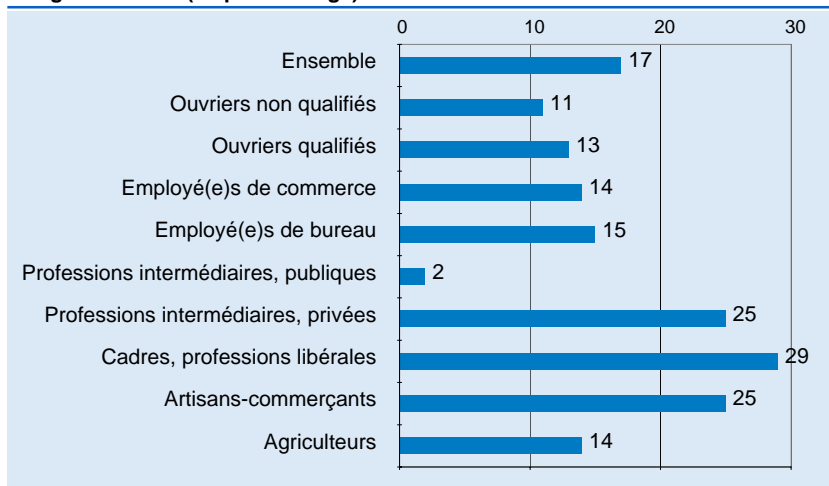
Les retraités de la région parisienne ne sont pas ceux qui ont le plus souvent déménagé au moment de leur retraite comme on pouvait s'y attendre. Il semble que les retraités parisiens récents optent pour de nouveaux comportements : au départ définitif, se substitue progressivement l'attrait d'une double résidence qui permet de passer les beaux jours à la campagne et de profiter l'hiver des richesses culturelles de la vie parisienne. Ainsi un retraité parisien récent sur cinq, conserve son appartement à Paris tout en faisant de longs séjours en Province.

Le logement

Ce besoin d'un nouveau cadre de vie traduit bien les changements qui interviennent au moment de la retraite et surtout avec l'avancé en âge : les plus de soixante ans passent davantage de temps chez eux que les actifs, et de plus en plus au fur et à mesure qu'ils vieillissent.

Ce souci d'un chez soi confortable pour la retraite a conduit près de 60 % des personnes âgées à acquérir un logement avant de cesser leur activité.

Proportion de personnes ayant déménagé au moment de leur retraite selon la catégorie sociale (en pourcentage)



Toutefois, le statut de propriétaire est plus répandu chez les 60-70 ans que parmi les plus âgées. Plus d'un tiers de ces derniers sont locataires et près de 16 % sont logés à titre gratuit. Il y a beaucoup de femmes parmi les plus de 80 ans et notamment de veuves, parce que les hommes vivent en moyenne moins longtemps que leurs conjointes. Ces dernières cohabitent plus volontiers avec un de leurs enfants

F. Cribier. Les migrations de retraite des Parisiens. *Population*, mai-juin 1992.

Logement et équipements des personnes de 60 ans et plus (en pourcentage)

	60 à 64 ans		70 à 74 ans		80 ans et plus	
	65 à 69 ans	75 à 79 ans	Ensemble	Ensemble	Ensemble	Ensemble
Statut d'occupation du logement						
Propriétaires	66,4	67,7	56,2	53,3	41,4	57,5
Locataires	26,1	24,1	32,0	29,3	33,7	28,6
Logés à titre gratuit	5,6	5,5	8,5	10,4	15,6	9,0
Usufruitiers	1,9	2,5	3,0	6,7	8,7	4,6
En viager	0,1	0,2	0,3	0,3	0,5	0,3
Surface du logement						
20 m ² ou moins	0,2	0,7	1,3	0,9	0,9	0,7
21 à 40 m ²	5,3	6,3	11,7	11,3	20,0	10,6
41 à 60 m ²	15,9	17,8	24,7	27,6	28,6	22,4
61 à 80 m ²	30,5	28,7	25,7	27,4	23,2	27,3
81 à 100 m ²	25,6	22,6	20,3	19,6	14,3	20,6
Plus de 100 m ²	22,5	24,0	16,3	13,2	13,1	18,3
Équipements divers						
Téléphone	94,4	96,3	94,4	94,4	88,6	93,6
Lave-linge	90,4	89,9	81,7	75,0	61,5	79,9
Téléviseur couleur	84,7	86,8	84,5	83,2	75,7	83,0
Téléviseur noir et blanc	21,3	18,1	15,1	15,8	18,8	18,1
Réfrigérateur	97,6	96,5	94,8	96,1	93,7	95,8
Basse-cour	21,0	19,6	13,1	13,1	10,0	15,7
Jardin potager	50,4	50,1	41,0	40,3	34,6	43,7

après leur veuvage. Des différences de générations peuvent aussi expliquer que les plus âgées soient moins souvent propriétaires : ils étaient actifs à une époque où les conditions d'acquisition d'un logement étaient moins favorables que dans les années plus récentes, et où l'endettement pour se loger n'était pas une pratique aussi courante.

Une proportion non négligeable de personnes âgées vivent dans de grands appartements. Mais si près d'une personne de 60 à 70 ans sur trois vit dans un grand appartement (plus de 80m²), les plus âgées, qui vivent souvent seules, ont le plus souvent des logements plus petits.

Ces différences liées à l'âge se retrouvent également dans certains équipements que comporte le logement, ainsi que dans le confort qu'il présente.

Les plus de 80 ans sont toujours beaucoup moins nombreux à posséder une télévision, un lave-linge, ou le téléphone. Ils disposent également moins souvent d'un jardin potager ou d'une basse-cour.

Leur logement est également assez souvent moins confortable que celui des personnes plus jeunes. Ils ne sont que 67 % à disposer d'une salle de bain confortable (4 % en possèdent deux). Près de 40 % ne disposent pas de chauffage central mais seulement d'appareil de chauffage indépendant.

Les loisirs

Avec la rupture du rythme professionnel, la retraite offre aux personnes âgées de larges périodes de temps libre qu'il leur faut meubler. La vie associative constitue alors souvent un substitut aux relations et activités professionnelles passées.

L'appartenance à la vie associative au sens général (clubs du 3^e âge, associations sportives, de consommateurs, professionnelles, voire politiques, religieuses, etc.) concerne une personne âgée sur quatre (27 %) et dans des proportions voisines pour les hommes (29 %) et les femmes (26 %).

Les clubs du troisième âge viennent largement en tête avec 38 % des inscriptions, suivis par les associations sportives (14 %), puis, d'assez loin, par les associations d'anciens combattants (7 %), religieuses (6 %) ou humanitaires (6 %), les associations de personnes originai-

Confort du logement (en pourcentage)

	60 à 64 ans		70 à 74 ans		80 ans et plus	
	65 à 69 ans		75 à 79 ans		Ensemble	
Installation sanitaire						
Deux ou plusieurs salles de bain	7,6	7,1	6,1	4,3	4,2	5,9
Une salle de bain	81,2	80,0	78,7	74,6	67,0	76,2
Un lavabo ou coin douche	5,1	5,4	7,3	10,2	10,6	7,7
Pas de sanitaire	6,1	7,5	7,9	10,9	18,2	10,2
Types de chauffage¹						
Chauffage central collectif	17,9	16,8	18,7	18,5	19,6	18,2
Chauffage central individuel	53,9	54,3	48,6	45,7	40,8	48,9
Appareil de chauffage						
indépendant seulement	28,6	29,6	33,5	36,2	39,2	33,3
Cheminée à feu ouvert	9,6	9,4	9,2	7,1	5,9	8,2
Pas de chauffage	1,0	0,5	0,8	0,5	0,3	0,6

1. Le total par ligne est supérieur à 100 parce que plusieurs types de chauffage peuvent exister dans un même logement.

Participation à une activité collective des personnes de 60 ans et plus (en pourcentage)

	60 à 64 ans		70 à 74 ans		80 ans et plus	
	65 à 69 ans		75 à 79 ans		Par type	
Sportive ou culturelle	35,0	36,3	10,9	10,7	7,1	13,9
De consommateur	30,4	34,8	15,2	13,0	6,5	1,7
Professionnelle	32,2	34,8	13,0	11,3	8,7	4,3
Mutualiste	25,9	31,0	12,1	17,2	13,8	2,2
Anciens combattants	10,3	23,4	25,0	28,8	12,5	7,0
Club du 3 ^e âge	12,3	26,2	14,4	23,3	23,8	36,9
Retraités	24,8	32,4	11,7	15,9	15,2	5,5
Loisirs	24,6	30,3	16,4	19,7	9,0	4,6
Humanitaire	32,5	32,5	11,3	11,9	11,9	5,7
Personne même région	31,3	31,3	15,6	9,4	12,5	1,2
Groupement politique	35,6	42,2	6,7	13,3	2,2	1,7
Groupement religieux	25,5	34,4	9,2	17,8	14,1	6,2
Autre association	30,6	37,6	8,3	13,2	10,3	9,1
Proportion de personnes participant à une activité	27,8	31,4	29,0	28,3	23,3	100,0

res d'une même région ne recueillant que 1 % des participants.

L'appartenance à ces organisations ne signifie cependant pas que les personnes âgées y participent activement. Les clubs du troisième âge, les associations sportives, les groupements religieux et les associations humanitaires paraissent très fréquentés (1 fois par semaine ou au moins 1 fois par mois) par 60 à 80 % de leurs membres âgés, alors que les associations mutualistes, d'anciens combattants, régionales ou de consommateurs ne le sont que rarement, voire jamais.

En outre, tant l'appartenance que la fréquentation sont sensiblement décroissantes avec

l'âge et les multi-appartenances peuvent être concentrées sur certaines catégories de personnes âgées, très actives dans ces domaines.

En vieillissant, les personnes de plus de 60 ans sortent de moins en moins. Ainsi, alors qu'auparavant, la plupart des personnes âgées se déplaçaient sans hésitation un peu partout, à partir de 75 ans, elles sont de plus en plus nombreuses à limiter leur déplacement à leur quartier. Après 80 ans, près d'un tiers ne sortent plus du tout. C'est donc, à ce moment-là, à la maison, que les personnes âgées cherchent une occupation. La télévision a le plus de succès auprès d'elles, quelque soit leur âge, et presque toutes la regardent, très souvent. La lecture leur paraît aussi très attractive, un peu moins souvent après 80 ans pour des problèmes de vue. La radio est également très écoutée. Le bricolage est surtout pratiqué avant 70 ans, alors

Relations et séjours des personnes âgées (en pourcentage)

	60 à 64 ans		70 à 74 ans		80 ans et plus	
	65 à 69 ans	75 à 79 ans	Ensemble			
Famille	88,7	88,5	87,7	84,1	85,2	86,9
Amis	94,9	94,4	94,1	90,4	91,0	93,0
Voisins	92,1	93,1	92,0	92,1	92,4	92,4
Séjour dans la famille, chez les amis	36,9	39,6	37,6	35,4	30,2	36,0

la possibilité de séjourner chez des membres de leurs famille ou des amis. Là encore, les plus jeunes sont plus nombreuses à avoir été accueillies que les plus âgées. Néanmoins, cet écart reste relativement faible, puisque 30 % des plus de 80 ans ont séjourné ainsi contre 37 % des 60-70 ans.

Marie-Gabrielle David, Christophe Starzec

Déplacement au cours de la journée (en pourcentage)

	60 à 64 ans		70 à 74 ans		80 ans et plus	
	65 à 69 ans	75 à 79 ans	Ensemble			
Reste assis ou couché	0,7	0,8	2,4	2,9	7,9	3,0
Reste à la maison	5,1	7,3	8,9	16,4	30,6	13,8
Reste dans le quartier	8,3	10,3	13,9	23,1	27,8	16,6
Se déplace partout	85,8	81,6	74,8	57,6	33,7	66,6

Loisirs des personnes de 60 ans et plus (pourcentage de personnes pratiquant un loisir)

	60 à 64 ans		70 à 74 ans		80 ans et plus	
	65 à 69 ans	75 à 79 ans	Ensemble			
Lecture	89,8	91,8	88,3	86,3	78,6	87,0
Radio	84,1	81,7	77,1	79,5	71,1	78,9
Télévision	96,5	97,0	95,0	96,2	90,7	95,1
Bricolage	72,7	66,9	56,3	44,0	28,8	54,0
Couture, tricot, tapisserie	33,6	32,8	34,0	37,2	32,7	33,9
Cinéma, théâtre, concert	23,2	22,6	18,5	13,3	6,9	17,0

que couture, tricot ou tapisserie distraient un tiers des personnes âgées de chaque groupe d'âge.

Outre ces occupations, les relations avec leur famille ou des amis deviennent de plus en plus précieuses pour les personnes vieillissantes. Ainsi en est-il des contacts avec la famille, les amis ou les voisins : les personnes âgées sont un peu plus nombreuses à recevoir des visites ou des coups de téléphone de leurs amis que de leur famille et elles le sont un peu moins à partir de 75 ans qu'auparavant. Par contre, seules un peu plus d'un tiers des personnes âgées a eu

Les relations entre générations à la naissance des petits-enfants

Au cours de ces dernières décennies, l'allongement rapide de l'espérance de vie, cumulé à la diminution de la natalité, ont bouleversé la structure démographique de la parenté. La famille actuelle se déploie généralement sur trois et souvent sur quatre générations. Aujourd'hui, il n'est plus rare à 50-60 ans d'avoir à la fois un de ses parents encore vivant et des enfants d'âge adulte (en lignée directe, c'est-à-dire sans tenir compte de la lignée du conjoint). C'est aussi durant cette période de la vie que l'on voit naître ses premiers petits-enfants.

L'arrivée des petits-enfants, et donc l'entrée dans la grand-parentalité alors que l'on n'appartient pas à la génération aînée, multiplie les possibilités d'échanges : échanges motivés d'une part, par les difficultés liées au vieillissement de la génération aînée et d'autre part, par les besoins en matière de garde suscités par la présence des petits-enfants. Dès lors, quel arbitrage s'instaure entre les sollicitudes des parents âgés et celles, grandissantes, de leurs descendants ?

Les revenus des personnes âgées

Données parcellaires sur le patrimoine et les ressources des personnes âgées.

Le patrimoine et les ressources des personnes âgées sont très mal connus. Les données dont on dispose ne portent pas sur des populations homogènes, tantôt il s'agit des inactifs ou des retraités dont certains sont âgés de moins de 60 ans, tantôt il s'agit des personnes de plus de 59 ans dont certaines sont professionnellement actives.

Dans l'ensemble des revenus des foyers fiscaux[1] dont le chef est âgé de 60 ans ou plus, les retraites représentent près de 75 % du revenu total, patrimoine et revenu d'activité environ 10 %. Pour les couples et les hommes sans conjoint qui sont plus jeunes, les revenus d'activité restent une source importante de revenu, prédominante pour 9 % des ménages. Les femmes sans conjoint, plus âgées, perçoivent des prestations non imposables dans près de 6 % des cas.

Le niveau des pensions par rapport aux revenus du travail, l'étendue de la pauvreté au sein de la population âgée et pour cette dernière par rapport aux autres générations sont des questions importantes à examiner lorsque l'on étudie les revenus chez les personnes des générations de retraités. En France, leur situation économique a connu d'importants changements depuis les années soixante, passant d'une situation d'ensemble de pauvreté et d'assistance au début de la période, à une moyenne de *revenus* égale à 80 % du dernier salaire précédant la retraite (pour la large part des personnes âgées ayant eu

une carrière professionnelle complète) à la fin des années quatre-vingt.

Le revenu total moyen annuel des foyers fiscaux dont une personne au moins a 60 ans ou plus était de 113 000 francs en 1993, soit 9 300 francs par mois[2]. En 1993, un couple a un revenu fiscal moyen de 12 000 francs mensuel, un homme seul de 8 000 francs et une femme seule de 6 300 francs. Le *revenu par unité de consommation* des ménages (en affectant aux différentes personnes du foyer fiscal le coefficient 1 pour le chef du ménage, 0,7 pour le conjoint, 0,5 par enfant à charge) équivaut à 6 500 francs par mois, en 1993. Il est un peu supérieur en moyenne à celui des ménages dont le chef est âgé de moins de 60 ans[2].

La comparaison de la distribution des revenus des ménages et des revenus individuels montre une dispersion importante (le rapport inter-décile[3] est égal à 4,7 et passe à 3,9 si l'on considère les revenus par personne) témoignant de la persistance des *inégalités* : en 1993, le revenu fiscal d'un homme âgé vivant seul est égal en moyenne à 66 % de celui d'un couple marié et à 127 % de celui d'une femme vivant seule. Elle témoigne aussi de l'existence d'une poche de *pauvreté* (ménages ayant des revenus inférieurs à la moitié de la médiane des revenus de l'ensemble des ménages[4]) persistante parmi 15 % des ménages âgés de 75 ans et plus (percevant le minimum vieillesse dont le montant est de 3 433 francs par mois pour une personne seule et de 6 158 francs pour deux personnes au 31 décembre 1997). et une relativement importante proportion

de ménages pauvres dans le groupe âgé de 50-59 ans (qui est en moyenne le groupe le plus prospère). Les situations de grande pauvreté assimilables au revenu minimum d'insertion sont plus rares que dans les ménages plus jeunes.

Dans l'ensemble, du fait de la plus grande longévité des femmes, l'âge et le sexe combinent leurs effets pour déterminer des inégalités. Les principaux facteurs liés aux disparités de revenu sont, en dehors du veuvage et du fait de vivre seul, le niveau de diplôme, la mobilité professionnelle durant la vie de travail, les conditions pour l'obtention de la pension de retraite, le lieu de vie.

Les estimations des revenus dépendent beaucoup des concepts, des méthodes et des sources utilisés. Le revenu par unité de consommation des ménages âgés de 60 ans et plus est en moyenne légèrement supérieur à celui des ménages moins âgés[1]. Les différences entre les groupes socio-économiques sont dues à des différences dans le montant total des contributions.

Jean-Claude Henrard

1. Les foyers fiscaux sont constitués du contribuable, de son conjoint, des personnes fiscalement à sa charge (enfants et ascendants invalides).

2. Centre d'études sur les revenus et les coûts (Cerc) *Revenus et conditions d'existence des personnes de plus de 60 ans* vol n° 1, 1993, 90 p.

3. Rapport entre le revenu au-dessus duquel se situent les 10 % de ménages ayant les revenus les plus élevés et celui au-dessous duquel se situent les 10 % des ménages ayant les revenus les plus faibles.

4. Hourriez J. M., Legris B. Le niveau relatif des personnes âgées *Economies et Statistiques*, n° 283-284, 137, 1995.

À travers la densité des relations et la fréquence de l'aide, ce sont précisément les liens que cette génération intermédiaire (ou génération pivot) établit avec les deux autres, selon la présence des petits-enfants, que nous nous proposons d'apprécier ici.

Des liens familiaux solides

À la naissance des petits-enfants, les relations familiales se réorganisent. Les « nouveaux » grands-parents (au sens où leurs petits-enfants sont en bas âge) accordent davantage de temps à ceux de leurs enfants qui ont fondé une famille : ils sont 26 % à se rencontrer quotidiennement alors que seulement 18 % fréquentent à ce rythme leurs autres enfants. Cette dissymétrie dans les relations avec leurs enfants est, en partie, occasionnée par la plus grande proximité géographique de leurs enfants géniteurs : 43 % vivent à moins de 10 km du foyer de leurs petits-enfants alors qu'ils ne sont que 31 % à habiter à cette distance de leurs autres enfants. La proximité géographique est un facteur déterminant dans l'appréciation des rapports intra-familiaux. Elle n'explique pas à elle seule cette plus grande fréquence des relations avec ceux de leurs enfants devenus, à leur tour, parents. En effet, à distance géographique donnée, le rythme auquel ils rencontrent leurs enfants reste fortement différencié : quand la distance qui les sépare est inférieure à 10 km, près de la moitié rencontrent tous les jours ou presque ceux de leurs enfants qui ont fondé une famille, alors qu'ils ne sont que 43 % à fréquenter aussi couramment leurs autres enfants. Bien que la fréquence des relations soit fortement conditionnée par la proximité des acteurs, la naissance des petits-enfants tend à multiplier les opportunités de rencontres.

La plus grande attention que cette génération pivot prête à sa descendance, n'écarte pas la génération qui précède, celle de leurs parents, du cercle familial. Qu'ils aient ou non des petits-enfants, les relations avec les plus âgés restent occasionnelles (15 % fréquentent ses parents quotidiennement). On voit, en effet, toujours plus rarement ses parents que ses enfants. D'une génération à l'autre les pratiques se perpétuent, ce sont généralement les enfants qui font la démarche de se rendre chez leurs parents.

L'importance des visites, expression visible

C. Bonvalet, D. Maison, H. Le Bras, L. Charles. Proches et parents. *Population*, 1993, 1, p. 83-110.

J. Coenen-Huther, J. Kellerhals, M. von Allmen. *Les réseaux de solidarité dans la famille*, Réalités sociales, Lausanne, 1994, 370 p.

A. Pitrou. *Les politiques familiales. Approches sociologiques*, Alternatives sociales, Syros, 1994, 287 p.

de l'existence de relations entre ces générations, n'est pas forcément le signe d'une plus grande proximité affective. Les relations dans la parenté sont, en effet, soumises aux règles culturelles en matière d'obligations familiales et plus fortement en présence des petits-enfants. Les flux d'échanges qui circulent au sein de la famille caractérisent plus directement la qualité des relations : « *On ne demande pas un service, on ne le « rend » pas, à quelqu'un avec qui l'affinité est faible ou nulle* ».

Des solidarités entre générations vivaces

L'exercice des solidarités à travers deux domaines, les dons ou les prêts d'argent et les services domestiques, traduit à la fois, la fréquence et l'importance des échanges qui circulent au sein de la famille moderne.

D'une façon générale, les aides en argent sont principalement descendantes, des plus âgés vers les pivots et les jeunes et, des pivots vers les jeunes. Elles prennent rarement le sens ascendant. Les services domestiques sont plus généralisés entre les générations. La capacité à fournir aussi bien qu'à recevoir évolue à mesure que l'on vieillit. La génération pivot est au cœur du réseau d'entraide : c'est la principale dispensatrice de services et, plus fréquemment, en faveur de ses enfants que de ses parents.

En présence de petits-enfants, les services domestiques qu'ils fournissent à leurs descendants se développent davantage : près de 9 grands-parents sur 10 se consacrent à leurs enfants dont 82 % au moins pour la garde. Si on

▶ Sont exclus des calculs les enfants qui cohabitent encore au foyer parental.

Ce domaine d'intervention regroupe : l'aide à la décoration du logement, au linge, au ménage, à la préparation des repas, aux courses, à l'arrosage des plantes, au bricolage, ainsi que les soins à la santé et la garde des petits-enfants.

▶ En dehors de ceux dont les petits-enfants sont trop jeunes pour être gardés.

L'enquête « relations entre générations et soutien familial »

Cet article s'appuie sur les données de l'enquête « relations entre générations et soutien familial » portant sur trois générations adultes d'une même famille. La lignée enquêtée est ancrée précisément sur la génération pivot, âgée de 49 à 53 ans, entourée de ses parents âgés, autour de 77 ans et de ses enfants adultes, âgés de 25 ans en moyenne. Près de la moitié des quinquagénaires ont des petits-enfants dont l'âge moyen est proche de 3 ans.

Cette enquête a été menée par la Cnav en 1992 avec la collaboration de l'Insee. 1 958 entretiens ont été effectués auprès de la génération pivot, 1 217 pour celle de leurs parents et 1 493 auprès de la génération de leurs enfants.

exclut le soutien pour la garde, ils ne sont plus que 60 % à intervenir auprès de leurs enfants, soit une fréquence d'aide comparable à celle observée dans les familles à trois générations. Quand leurs enfants s'installent dans la vie familiale, les dons et prêts d'argent deviennent moins courants : 30 % des jeunes parents déclarent recevoir une aide en argent de leurs parents contre plus de 45 % quand ils n'ont pas d'enfants. Aux différentes étapes de la jeunesse et de l'installation dans la vie adulte correspondent différents types d'échanges au sein de la famille : durant la période de transition, l'aide va directement aux enfants, par la suite elle s'effectue le plus souvent à travers les petits-enfants.

En même temps, bien que les opportunités de soutiens aux descendants se multiplient, les grands-parents sont encore plus de la moitié à offrir une aide domestique à leurs parents âgés (contre près de 60 % en l'absence de petits-enfants). La mobilisation plus importante des pivots en présence d'une quatrième génération familiale, atténue leur rôle auprès des plus âgés, mais elle ne les isole pas pour autant du circuit des solidarités.

La garde des petits-enfants : une affaire de femmes

Qu'elle vienne en complément ou qu'elle se substitue totalement à un service de garde externalisée, la garde par les grands-parents est une pratique très généralisée : ils sont plus de 8 sur 10 à rendre ce service à leurs enfants, soutien qui, dans plus de 80 % des cas, s'effectue principalement en dehors des périodes de vacances. La disponibilité des grands-parents, et plus particulièrement celle de la grand-mère favorise ce soutien. Près de 86 % d'entre elles se voient confier la garde de leurs petits-enfants. Quand elles ne travaillent pas, 46 % s'y consacrent de façon hebdomadaire, alors que cette proportion chute de treize points parmi celles qui exercent une activité professionnelle.

Du côté des jeunes parents, près de 83 % reçoivent le soutien de leur entourage pour la garde. Ce service est plus particulièrement développé par la lignée maternelle, quand toutefois la distance géographique le permet. Les sollicitations des jeunes parents sont aussi largement dépendantes de l'activité professionnelle de la mère. Ainsi, le soutien de l'entou-

C. Attias-Donfut. Les solidarités entre générations. *Données Sociales*, Insee, 1996, p. 317-323.

► L. Roussel, O. Bourguignon. *La famille après le mariage des enfants*. Paris : Puf et Ined, *Travaux et Documents*, 1976, 78, 258 p.

► F. Bloch, M. Buisson. *Faire garder ou garder les enfants : une affaire de femmes. Entre rétribution, valeur d'usage et valeur de lien*, Rapport de recherche, GRS, CNRS, 1996, 479 p.

rage revient, en général, aux jeunes couples dont les deux membres sont actifs, et qui bénéficient par conséquent d'un niveau de vie plus élevé que la moyenne des jeunes parents de cette génération. La présence de petits-enfants offre de nouvelles opportunités d'échanges familiaux. Le mécanisme des solidarités reste cependant fortement imprégné des normes et des capacités propres à chaque milieu social. Ce sont, en effet, dans les familles les mieux dotées en capital social, économique, culturel que le circuit des solidarités est le plus efficace : *au cumul des ressources correspond un cumul des aides*.

Des normes d'entraide qui se perpétuent

Dans les familles à trois comme à quatre générations, les pivots sont au cœur du réseau d'entraide familiale. La façon dont les choses se passent généralement quand ils apportent une aide, reflète clairement les normes selon lesquelles les rapports entre les générations s'établissent.

Ce sont, en effet, dans les familles où les pivots proposent spontanément leurs services et, en même temps, sont prêts à répondre aux sollicitations des autres générations, que les flux d'échanges sont les plus vivaces. Par contre, quand l'aide repose uniquement sur les demandes explicites de la parenté (c'est-à-dire lorsque les pivots n'offrent pas spontanément leurs services), les relations avec leurs descendants restent plus limitées. Enfin, quand leur soutien n'est attaché à aucune règle, le réseau d'entraide familiale est alors rarement mobilisé.

En présence de petits-enfants, l'investissement des grands-parents dans la garde est d'autant plus fréquent que le réseau des solidarités est actif : parmi les jeunes parents qui profitent de cette aide, près de 66 % reçoivent, en même temps, d'autres services domestiques. En l'absence de garde auprès de la quatrième génération, ils ne sont plus que 56 % à bénéficier d'autres types d'aides des grands-parents. On voit par là que la présence des petits-enfants contribue au maintien des normes de solidarités préétablies. Elle a pour effet de revitaliser le circuit des échanges dans les familles où il fonctionne, tout en creusant l'écart avec les familles où les relations entre les générations restent plus ténues.

Isabelle Girard

L'avenir des panthères grises sera-t-il vert (et rose) ?

Le point de vue qui suit ne doit pas être pris à tort comme celui d'un spécialiste du vieillissement, ni dans ses aspects démographiques ou épidémiologiques, ni dans ses aspects médicaux ou biologiques. Il y a à peine cinq ans que Jean-Marie Robine m'entraînait dans la production des premières données sur l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité dans notre pays — grâce aux questions introduites dès 1980 à sa demande et celle d'Alain Colvez dans la série des enquêtes décennales sur la santé de l'Insee¹.

J'exprime donc plutôt ici les questions d'un spectateur, passionné par l'enjeu qui sous-tend la multiplication des débats, colloques, publications consacrés à l'avenir de nos « aînés » (comme disent nos collègues québécois) et aux évolutions de leur espérance de vie et de leur espérance de santé. Pas seulement, comme l'étiquette « Insee » pourrait le faire penser, parce qu'il détermine tout à la fois l'avenir des comptes de l'assurance-vieillesse et de l'assurance-maladie. Mais aussi parce qu'il me paraît impensable de rester insensible aux interrogations et controverses des chercheurs sur la limite de l'existence humaine et sur la nature et les causes exactes du vieillissement individuel. C'est pourquoi je parlerai souvent à la première personne, pour bien marquer la subjectivité et la fragilité des lignes qui suivent.

Quand je tente de recenser les posi-

tions défendues et les arguments agités, il ne m'apparaît que deux points d'accord à peu près général. Le premier est celui du « vieillissement », ainsi baptisé il y a déjà deux tiers de siècle par Alfred Sauvy² : le nombre et la proportion des « personnes âgées » vont croître de façon considérable dans les décennies qui viennent. Le second est récent et provisoire : c'est que l'état de santé des sexagénaires, septuagénaires, octogénaires voire celui de leurs parents encore vivants s'est nettement amélioré au cours des quinze dernières années des deux côtés de l'Atlantique nord.

Le premier est particulièrement sûr, fondé sur des données démographiques d'une grande solidité et accepté par tous les intervenants. Ainsi les toujours indispensables projections démographiques de notre ami Dinh Quang Chi — dont nous avons fêté avec émotion le départ à la retraite il y a quelques jours — annoncent-elles pour la France l'accroissement des nombres de survivants à tous les grands âges, et d'abord « la multiplication des centenaires »³.

Mais l'interprétation de ces données et l'évaluation de leurs conséquences sont beaucoup plus discutées. Leur auteur est d'ailleurs le premier à nous mettre en garde sur ce point : elles ne nous permettent nullement de conclure que le nombre et la proportion des personnes « vieilles » augmentera ?

C'est le problème de la distinction

entre « âge » — au sens de l'état-civil — et « vieillesse » — au sens de l'affaiblissement physique ou mental au cours du temps — qui est posé ici. Patrice Bourdelais résume bien cette incertitude du sens à accorder aux projections des démographes lorsqu'il nous demande quel est « l'âge de la vieillesse ». Ses recherches d'historien éclairent ce point fondamental que la vieillesse dans nos sociétés n'a jamais été définie à partir de critères médicaux ou biologiques, mais par le regard consensuel, habituel ou réglementaire de la société².

Entre optimisme et pessimisme : les thèses classiques démenties

C'est naturellement un débat très ancien : n'y a-t-il pas toujours eu de verts barbons, et pourquoi ce phénomène ne se généraliserait-il pas sous l'effet de conditions de vie meilleures, et d'une protection médicale accrue ? Pour illustrer l'ampleur de l'effet des conventions choisies, Patrice Bourdelais suggère par exemple, au lieu de classer comme « vieux » ceux d'entre nous qui ont dépassé tel âge (en général jusqu'à présent 60 ou 65 ans, mais de plus en plus souvent, dans les débats spécialisés, 75 ans) de considérer comme tels ceux dont l'espérance de vie n'est plus que d'un certain nombre d'années (10 ans par exemple). Ce faisant, il considère que l'espérance de survie est en quelque sorte l'indicateur de vieillissement le plus approprié.

Avec cette approche, il montre qu'aucun vieillissement significatif — au sens d'un accroissement du poids des personnes « âgées » dans la population — ne s'est produit en France depuis... la Restauration. Et que l'on peut donc légitimement s'interroger sur l'évolution de cet indicateur dans le demi-siècle à venir.

En somme, la question centrale n'est pas celle du nombre des barbons, mais celle de leur état de conservation. Et sur ce point, malgré un accord provisoire et récent concernant le diagnostic sur l'évolution des quinze dernières années, ce sont les divergences et l'incertitude qui dominent.

Il y a moins de cinq ans, quand j'ai commencé à découvrir l'état des réflexions dans le domaine de la santé des aînés, le débat était dominé depuis près de deux décennies par l'opposition de deux écoles. Et curieusement, le manque d'assurance actuelle dans les prévisions épidémiologiques et l'interprétation de la progression de l'espérance de vie me semble venir de ce que les résultats désormais disponibles et reconnus ne tranchent pas en faveur d'une des deux thèses classiques, mais les démentent toutes deux. Ce qui dans un premier temps nous laisse évidemment un peu orphelins.

Rappelez-vous, chacune des deux théories rivales soutenait sa part d'optimisme et sa part de pessimisme. La première^{4,5} tenait le raisonnement suivant : les progrès médicaux vont accroître l'espérance de vie en sauvant de la mort les individus les plus faibles (côté optimiste), sans pour autant prévenir ou guérir les maladies invalidantes inéluctablement liées au vieillissement individuel, et donc va survenir une véritable pandémie des incapacités (côté pessimiste). La seconde⁶ opposait que l'espérance de vie ne saurait dépasser un seuil proche, en raison de la nature de l'espèce humaine (côté pessimiste), et qu'en conséquence, d'ici peu le seul rôle des progrès médicaux serait d'améliorer l'état de santé des survivants (côté optimiste)^{4,5,6}.

Force est de constater aujourd'hui à la lumière des derniers résultats que ces deux raisonnements concurrents sont démentis par les faits. Comme les précédentes, la « limite indépassable » de la durée de vie moyenne selon Fries est en voie d'être dépassée — et la base même de son raisonnement disparaît. Quant à la « pandémie des incapacités » prédite par Gruenberg et Kramer, après avoir semblé se vérifier dans les enquêtes américaines des années soixante et soixante-dix, tous les chercheurs conviennent maintenant, en Europe comme aux États-Unis, qu'elle ne s'est pas poursuivie depuis la première moitié des années quatre-vingt.

On voit même se développer une critique très argumentée de la lecture des évolutions américaines antérieures, sou-

tenant que la santé s'améliorait déjà aux grands âges, mais que l'interprétation des grandes enquêtes épidémiologiques n'avait pas su surmonter les biais inhérents à ces outils⁷. Ce qui constitue d'ailleurs une réconciliation des résultats d'enquêtes avec l'appréciation des praticiens de la gériatrie.

On a peut-être moins souligné ce qui me semble relever de deux erreurs « idéologiques » communes aux deux écoles. La première est qu'elles accordaient un rôle primordial, voire exclusif, à l'action de la médecine, sans beaucoup parler de l'évolution des conditions de vie et de travail. Ensuite et peut-être surtout, chacune d'entre elles s'appuyait sur un incontournable *deus ex machina* : la « sélection naturelle » pour Gruenberg et Kramer, qui se vengerait d'une médecine pratiquée par des apprentis sorciers en ne leur laissant à traiter que des survivants grabataires, et « l'horloge biologique » pour Fries, qui fixerait un horizon indépassable à l'existence humaine.

C'est sans doute la remise en question de cette vision « naturaliste » du vieillissement individuel et collectif de l'espèce humaine qui sera au cœur de nos débats à venir. « Qu'est-ce que le vieillissement ? », voilà évidemment la question.

L'élément perturbateur central de la réflexion me paraît devoir être que l'espèce humaine n'est pas livrée au simple jeu des conditions naturelles d'existence ; sa propre action est susceptible de modifier le déroulement du vieillissement collectif (au sens démographique du terme) et du vieillissement individuel (au sens pathologique). Ne parlons pas ici, et pourtant leur influence est immense, des tragédies guerrières ou alimentaires, et limitons-nous aux côtés *a priori* positifs de l'action humaine. Celle-ci peut intervenir de façon indirecte, notamment en modifiant les conditions de sa propre existence — dont l'influence sur sa propre santé est considérable. Elle peut intervenir de façon réfléchie et préventive, en jouant sur l'exposition aux facteurs de risque, en pratiquant des traitements précoces ou en développant des campagnes de vaccinations. Elle peut intervenir de façon réfléchie et postérieure, en

développant ses techniques de soins vis-à-vis des atteintes morbides.

Les théories de pandémie des incapacités, fondées sur la référence à la « sélection naturelle », ignorent ou minorent le rôle essentiel des conditions de vie, de l'exposition aux facteurs de risque, et des soins préventifs. Elles ne prennent pas en compte l'effet de l'amélioration de ces facteurs non pas simplement sur la survie, mais sur la résistance et l'état de santé de l'ensemble des populations qui en bénéficient. C'est cet « oubli » qui autorise leurs conclusions alarmistes.

La question posée plus directement encore par la vision de Fries est celle de la nature du vieillissement individuel. Est-ce un phénomène réglé d'avance, inhérent à l'espèce, incontournable et inaltérable ? Cela est vite apparu comme difficile à soutenir alors que l'on assistait à une progression continue et rapide de l'espérance de vie, essentiellement imputable pour nos pays développés au cours des trois dernières décennies à la diminution de la mortalité aux âges élevés⁸.

Aussi l'idée s'est-elle répandue de scinder le processus du vieillissement en deux parts : l'une due aux agressions extérieures (conditions de vie, infections, blessures...) et l'autre considérée comme endogène, susceptible de se manifester quelles que soient les conditions externes⁹.

Bien que cette idée soit très largement partagée aujourd'hui, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une simple façon de conserver le point de vue « naturaliste » antérieur en « faisant la part du feu ». Car force est de constater depuis quelques années au moins, que la part dite endogène, naturelle, sur laquelle la médecine en particulier serait par essence désarmée, abandonne une à une nombre de ses positions. Parmi les exemples les plus récemment parvenus à l'oreille du public des non-spécialistes — et donc de l'auteur de ces lignes —, on citera bien sûr l'ostéoporose et la maladie d'Alzheimer. L'une comme l'autre sont désormais passibles d'un traitement préventif. La première voit apparaître depuis peu aux États-Unis des soins curatifs ; quant à la seconde, il suffit de se rappeler les récen-

tes polémiques autour de l'absence d'examen médical du corps de Jeanne Calment pour prendre conscience qu'il n'y a pratiquement plus aucun doute : c'est une maladie, ne touchant que les personnes qui « l'attrapent », et non une fatalité touchant chacun l'heure venue.

En somme, le spectacle des progrès récents de la médecine et de la connaissance vient nous souffler à l'oreille cette conclusion qu'il me semble avoir entendue déjà dans la bouche de Françoise Forette (qu'elle m'excuse si je la cite mal) : « le vieillissement ne serait-il pas après tout que la part de l'inconnu ».

Point de vue optimiste, car il implique qu'avec les progrès de la connaissance, on pourra toujours intervenir plus et mieux contre la dégradation « due au vieillissement », améliorant ainsi continûment la santé aux grands âges. Mais aussi point de vue d'un optimisme mesuré, car en ce domaine comme en d'autres, notre ignorance ne disparaîtra jamais totalement. ■

Pierre Mormiche

Chargé de mission à la division Enquêtes et études démographiques, Insee

Références

1. J.-M. Robine, P. Mormiche. L'espérance de vie sans incapacité augmente. *Insee Première*, n° 281, 1993.
2. P. Bourdelais. *L'âge de la vieillesse*. Paris : Éditions Odile Jacob, 1993.
3. Dinh Quang Chi. La population de la France à l'horizon 2050. *Insee, Economie et Statistique*, n° 274, 1994.
4. E. M. Gruenberg. The failure of success. *Milbank Memorial Foundation Quarterly/Health and Society* 1977, 55 : 3-34.
5. M. Kramer. The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1980, 62 (Suppl. 285) : 282-297.
6. J. F. Fries. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med*, 1980, 303 : 130-135.
7. Waidmann, Bound et Schoenbaum. The illusion of failure : Trends in the self-reported health of the U. S. Elderly. *Milbank Memorial Foundation Quarterly/Health and Society*, 1995, vol 73 (2) : 253-287.
8. Fondation Ibsen. Longevity : to the limits and beyond, *Contributions au colloque Médecine et Recherche du 19 avril 1996*, 1996, Paris.
9. J. Vallin. Life expectancy : past, present and future possibilities. In : J. M. Robine, C. D. Mathers, M. R. Bone, I. Romieu. *Calculation of health expectancies : harmonization, consensus achieved and future perspectives*. Paris : Colloque Inserm/John Libbey Eurotext Ltd, 1992, 63-77.



Retraites

L'urgence d'un nouveau débat

A l'été 1993, il était dans l'ordre des choses d'estimer qu'un cycle du débat sur les retraites venait de s'achever. Le gouvernement avait fait voter au printemps une loi qui prévoyait en premier lieu la création d'un Fonds de solidarité vieillesse destiné à prendre en charge au moyen de ressources nouvelles certaines dépenses « non contributives » du régime général d'assurance vieillesse de la sécurité sociale et des régimes alignés sur lui (salariés agricoles, artisans, commerçants et industriels). Parallèlement, ce Fonds de solidarité vieillesse devait assumer le remboursement de la dette accumulée par ces régimes. Au total, cette réforme devait alléger de plus de 40 milliards de francs les dépenses supportées par les régimes de retraite de base.

La réforme des retraites de 1993

Au-delà de cette remise à plat des finances des régimes de retraite, la loi de 1993 avait également amorcé l'ajustement des paramètres techniques du régime général d'assurance vieillesse et des régimes alignés sur lui. Elle avait institué le principe de l'indexation des pensions sur les prix jusqu'en 1998 inclus. Et dès le mois d'août 1993, des décrets programmaient l'allongement progressif à 160 trimestres, contre 150 antérieurement, de la durée d'assurance ouvrant droit à une pension

à taux plein dès soixante ans, ainsi que le passage progressif de la règle des dix meilleures années à celle des vingt-cinq meilleures années pour la détermination du salaire de référence servant à calculer la pension.

Au total, la réforme de 1993 se présentait donc comme un vaste ensemble de mesures, portant autant sur le court terme — la résorption des déficits passés — que sur le long terme — l'ajustement progressif des paramètres des régimes aux changements à venir du contexte démographique. Elle se situait dans le droit fil des propositions contenues dans le Livre blanc sur les retraites publié en 1991¹, tout en intégrant des arguments qui s'étaient introduits ultérieurement dans le débat, comme l'idée de distinguer « solidarité » et « assurance » au sein des dépenses de retraite, dont la création du Fonds de solidarité vieillesse constituait la concrétisation. Elle fut enfin accueillie par une opinion et des organisations syndicales remarquablement indifférentes. Tout portait donc à croire, à la fin de l'année 1993, que la France s'était mise en demeure de rattraper son retard sur ses principaux partenaires en matière de réforme des systèmes de retraite, et que l'absence de réaction de l'opinion constituait le dividende des efforts d'information et d'explication déployés par les pouvoirs publics lors de la publication du Livre blanc sur les retraites.

Un environnement démographique, économique et social dégradé

Quatre ans plus tard, force est de revoir ce jugement. En premier lieu, la publication en octobre 1995 du rapport « Perspectives à long terme des retraites »² dissipe fortement l'optimisme en vigueur lors de la mise en œuvre de la réforme des retraites. La faiblesse de la croissance et la montée du chômage enregistrées au cours de la première partie de la décennie quatre-vingt-dix conduisent à réviser en baisse les perspectives d'évolution du nombre de personnes actives. En outre, les nouvelles projections démographiques³ admettent désormais l'hypothèse de la poursuite continue de la baisse de la mortalité, alors que le Livre blanc supposait leur stabilisation au début du *xxi*^e siècle : de la sorte, le taux de dépendance — nombre de personnes âgées de 20 à 59 ans sur nombre de personnes âgées de 60 ans et plus —, devrait chuter jusqu'à 1,6 en 2040 dans le scénario démographique central, soit plus bas encore que dans les scénarios du Livre blanc.

Dans cet environnement modifié, la réforme de 1993 n'aurait finalement pour seul effet que de ramener approximativement l'évolution jusqu'en 2040 des cotisations d'équilibre au niveau que prévoyait le Livre blanc, soit environ 40 % des revenus d'activité, contre 19 % en 1990. Autrement dit, l'impact financier de la réforme de 1993 se borne à « remettre les compteurs à zéro » au regard des modifications de l'environnement macro-économique et démographique depuis le début de la décennie quatre-vingt-dix, mais l'ampleur de l'ajustement à opérer jusqu'en 2040 reste inchangé. Pour obtenir une réduction appréciable de ce choc démographique et financier, il faudrait imposer à l'ensemble des régimes de retraite — c'est-à-dire aux régimes spéciaux de base et aux régimes complémentaires — des réformes de la même ampleur que celle mise en œuvre dans le régime général.

Un autre élément nouveau de préoccupation est relatif à l'avenir des régimes complémentaires de retraite. En avril

1996, les partenaires sociaux gestionnaires des régimes complémentaires de retraite des salariés du secteur privé — l'Arrco pour les non-cadres, l'Agirc pour les cadres — ont conclu un accord important qui programme l'évolution des paramètres de ces régimes à l'horizon 2005⁴. Au-delà de mesures ordinaires d'ajustement — hausse de la valeur d'achat des points de retraite, durcissement des règles de revalorisation des pensions, réduction des avantages non contributifs —, l'accord du 25 avril institue une solidarité financière entre l'Arrco et l'Agirc, officiellement pour compenser pour le régime des cadres l'incidence des relèvements discrétionnaires par les pouvoirs publics du plafond de la sécurité sociale qui érodent l'assiette des cotisations à ce régime. Mais en réalité l'affaiblissement des recettes de l'Agirc a des causes structurelles, qui tiennent à la démographie des cadres, désormais moins favorables que par le passé, et aux changements importants des pratiques des entreprises quant à la rémunération des cadres, puisqu'à l'heure actuelle plus de 20 % des cadres, au sens de la convention collective, sont rémunérés en deçà du plafond de la sécurité sociale. Au total, il est difficile de ne pas voir dans ce renforcement de la coordination entre les deux grands régimes interprofessionnels de retraite complémentaire le signal d'un affaiblissement de la frontière entre cadres et non-cadres qui structurerait traditionnellement l'organisation de la retraite en France. En ce sens, l'accord du 25 avril 1996 jette un doute sur la solidité de l'architecture d'ensemble du système de retraite.

Enfin, l'observation du climat social depuis deux ans environ fait apparaître une certaine résistance du monde salarié à l'adaptation des régimes de retraite aux évolutions démographiques. On se rappelle l'hostilité des salariés du secteur public à l'idée d'une révision des régimes spéciaux de retraite initialement incluse dans le plan de réforme de la sécurité sociale présenté en novembre 1995. On a vu également monter l'aspiration à la cessation précoce d'activité dans certaines professions, particulièrement dans le

secteur des transports. Ces événements constituent un faisceau d'indices défavorables à la poursuite de l'ajustement des régimes de retraite, et en particulier à l'évolution des régimes spéciaux de retraite.

Aggravation des prévisions démographiques et financières, mise en question de l'architecture du système de retraite, résistance des salariés à la poursuite des ajustements, telles sont les données de la réflexion sur les retraites à moins de dix ans de l'arrivée en fin d'activité des générations nombreuses nées au lendemain de la seconde guerre mondiale. Comment s'étonner alors des campagnes en faveur du développement de l'épargne individuelle en vue de la retraite ?

C'est donc la question même de l'avenir de la retraite publique qui vient à être posée. Elle impose de dépasser l'opposition souvent théorique et rhétorique entre partisans de la retraite obligatoire par répartition, qui seule serait porteuse de valeurs de solidarité, et tenants de la capitalisation facultative, garante de l'efficacité. Il faut au contraire poser concrètement la question des contributions relatives du marché et de l'intervention publique dans la fourniture de la couverture vieillesse des Français. Il faut également construire les instruments théoriques pour lui apporter des réponses convaincantes.

La retraite comme assurance

La science économique, pour ce qui la concerne, tient à la disposition des acteurs du système de retraite un ensemble d'arguments utiles à la décision. Ceux-ci reposent fondamentalement sur l'analyse de la retraite comme une opération d'assurance : la vieillesse, ou plus précisément l'occurrence d'une période en fin de vie pendant laquelle l'individu ne pourra plus tirer de revenu d'une activité professionnelle, est un aléa, puisque la date de son commencement et sa durée sont inconnues. Sous l'hypothèse classique d'aversion pour le risque, il existe une disposition des individus à payer pour échanger un revenu certain, moyennant

le paiement de cotisations, contre un revenu entaché d'incertitude.

Le gain de bien-être lié à la mise en place de dispositifs d'assurance est-il plus ou moins important selon que la couverture vieillesse est fournie dans un cadre privé ou public ? Une première réponse à cette question repose sur l'imperfection du marché de l'assurance qui naît des asymétries d'information entre assurés et assureurs. Lorsque certaines caractéristiques individuelles qui pourraient justifier des tarifications spécifiques ne sont pas observables, comme par exemple l'état de santé, un assureur privé soumis à la concurrence éprouve des difficultés à offrir une couverture complète du risque, car, s'il discrimine insuffisamment ses tarifs, il risque de n'attirer à lui que les « hauts » risques associés aux caractéristiques inobservables. Au contraire, un régime d'assurance à affiliation obligatoire peut sans difficulté offrir la couverture complète en mutualisant les différentes classes de risque, observables ou inobservables.

Ce premier argument économique vient donc en faveur d'une large offre publique d'assurance vieillesse. Il existe toutefois un deuxième argument, aux conclusions plus nuancées, qui découle de l'hypothèse selon laquelle les individus modifient leur comportement à l'égard du risque une fois qu'ils sont assurés. Dans le cas de l'assurance vieillesse, si l'individu peut choisir l'âge auquel il part en retraite, la promesse d'une pension de montant élevé peut l'inciter à cesser au plus tôt son activité professionnelle. Si beaucoup d'individus raisonnent de la même façon sans prendre en considération les incidences de leurs comportements sur l'équilibre global du système de retraite, une fréquence importante des départs précoces en retraite entraînera une élévation des prélèvements à affecter au financement des retraites et donc à une allocation inefficace des ressources. Il est donc nécessaire de doter le système d'assurance de clauses qui incitent les assurés à y recourir parcimonieusement : par exemple, un âge minimum de départ en retraite suffisamment élevé, selon le principe du « ticket

modérateur », ou un montant de pension progressif avec l'âge de départ, selon le principe du « bonus/malus ». Ce problème de coordination des décisions individuelles dans les systèmes d'assurance, afin de dissuader des comportements de « passage clandestin » — je réalise librement mon choix individuel, et ce sont les autres qui en assumeront les conséquences par le biais de l'assurance — n'est pas propre aux régimes publics d'assurance. Mais on considère généralement qu'un assureur privé aiguillonné par la concurrence sera contraint d'assumer les coûts de contrôle d'une réglementation incitative, tandis qu'un assureur public en position de monopole n'aura guère intérêt à fonctionner autrement qu'à « guichet ouvert ».

Ainsi, les régimes obligatoires de retraite ont les caractéristiques de *services publics d'assurance*, et comme les autres services publics industriels et commerciaux, leur bilan économique résulte d'avantages — la correction d'imperfections de marché — et de coûts — la difficulté à réguler un monopole public. Ainsi, à l'opposition stérile entre répartition — solidarité et capitalisation — efficacité, l'analyse précédente fait apparaître les conditions dans lesquelles des régimes publics de retraite peuvent être économiquement supérieurs à des plans de retraite privés.

Retraite et redistribution

À ces arguments économiques s'ajoutent bien entendu des arguments d'équité. Équité entre catégories d'assurés, tout d'abord, à l'avantage des régimes publics, puisque la concurrence sur le marché de l'assurance n'est pas compatible avec l'installation de mécanismes qui assurent, par exemple, un « rendement » des cotisations vieillesse plus favorables aux bas salaires, à l'instar des dispositions en vigueur dans le régime général en faveur des assurés ayant élevé des enfants, des chômeurs ou des salariés à temps partiel. Sur un marché ouvert à la concurrence, un assureur qui pénaliserait relativement certaines catégories d'assu-

rés au bénéfice d'autres risquerait de voir sa clientèle pénalisée « écrémée » par des opérateurs concurrents.

Équité entre générations, ensuite. Le changement de contexte démographique sera fortement concentré sur la période 2005-2020. Dès lors, ce sont les générations actives pendant cette période qui, si l'on s'astreint à l'équilibre année après année des comptes des régimes de retraite, devront supporter l'essentiel des efforts. Dans une perspective de justice inter-générationnelle, il peut être utile d'alléger le fardeau de ces générations et de le reporter sur des générations antérieures et postérieures. Ceci peut être réalisé au moyen du préfinancement d'une partie des charges futures de retraite par la constitution de réserves dans les régimes obligatoires de retraite financées par une cotisation supplémentaire à prélever dès à présent, permettant d'étaler davantage dans le temps l'ajustement des paramètres techniques des régimes.

Pour défendre la retraite publique

À l'issue de cette discussion, peu des arguments anciens du débat sur les retraites sortent indemnes. L'équation « répartition = solidarité », pour commencer, ne repose que sur le seul altruisme — les actifs paient pour les retraités comme les riches pour les pauvres — pour expliquer le consentement des actifs à cotiser aux régimes de retraite, et on se doute que cela est insuffisant pour fonder solidement la mise en place sur une base large de régimes obligatoires de retraite. L'idée d'assurance, telle qu'elle a été présentée ci-dessus, permet au contraire de concilier des logiques d'intérêt individuel et de redistribution. Affirmer à l'inverse que « répartition = prélèvements obligatoires » fait bon ménage des arguments d'imperfection de marché qui fondent au contraire en rationalité économique des cotisations vieillesse obligatoires importantes, susceptibles d'améliorer le bien-être collectif. Au passage, ces arguments apportent un sérieux tempérament à la valeur de l'indicateur des prélèvements obligatoires globaux, sans prise en

considération des fonctions auxquelles ces ressources sont affectées, et ce même si le « coût social » des fonds publics, lié aux distorsions qu'introduit tout système de taxes, mérite d'être pris en considération. L'argument de « souplesse », au bénéfice des régimes privés de retraite, n'est pas sans valeur, mais à condition d'avoir apporté au préalable la preuve de l'impossibilité d'une régulation efficace des régimes publics de retraite susceptible de leur permettre de faire davantage de « sur mesure ».

L'enjeu urgent de la courte période qui nous sépare du choc démographique est donc de recentrer le débat sur les retraites autour de la question suivante : quelle combinaison de marché et de fourniture publique est-elle susceptible d'assurer la couverture vieillesse de la façon la plus efficace, juste et souple ? Sans doute la réponse à cette question n'est-elle pas triviale, et sans doute ne faut-il pas la réduire à l'affrontement entre deux techniques, la répartition et la capitalisation, dès lors que, comme on l'a vu, des régimes publics peuvent s'accommoder de combinaisons variables de ces deux techniques. Mais il est permis de penser, à la suite des arguments précédemment invoqués, que malgré le début de crise de confiance dans les régimes obligatoires de retraite dans la période actuelle, l'existence de ceux-ci ne manque pas de fondements solides, et dès lors le consentement social à payer pour ces régimes n'est pas encore à la veille d'être détruit. ■

Références

1. Livre blanc sur les retraites (préface de Michel Rocard), La Documentation française, avril 1991.
2. Perspectives à long terme des retraites, rapport du groupe de travail du Commissariat général du Plan présidé par M. Raoul Briet, La Documentation française, octobre 1995.
3. Quang Chi Dinh. *Combien d'habitants en France dans trente ans ?* La société française, données sociales 1993, Insee.
4. L. Caussat : « Les accords du 25 avril 1996 relatifs aux régimes interprofessionnels de retraite complémentaire : un exercice d'alerte avant l'arrivée du cyclone ? », *Droit social*, n° 7-8, juillet-août 1996.

Laurent Caussat

Chef de la division Études sociales,
Insee

Politique municipale de la vieillesse

Parler en 1997, sur le plan de la commune, d'une politique de la vieillesse n'est-ce pas une gageure alors que les pouvoirs publics, sur le plan national, n'ont pas encore pris toute la dimension de l'évolution démographique, économique, sociale, que constitue cette « révolution de longévité », comme l'exprime le Professeur Françoise Forette.

Il est vrai que les élus, les médias, les acteurs socio-économiques sont plus focalisés sur les problèmes de l'emploi, des jeunes, des banlieues, de l'insertion en particulier des plus démunis.

Ma délégation comme adjoint chargé de l'action sociale et de la solidarité, et ma charge de vice-présidente du centre communal d'action sociale me permettent bien évidemment de mesurer l'étendue et la gravité de ces problèmes.

Et pourtant, dans nos villes, le vieillissement progresse, lentement mais inexorablement.

Clermont-Ferrand est une cité de 145 000 habitants, capitale de la région Auvergne, région fortement marquée par le vieillissement. Outre une espérance de vie de plus en plus élevée et des généra-

tions plus nombreuses, un troisième paramètre explique l'augmentation du nombre de personnes âgées : le souhait de « vieillir au pays ».

La commune, lieu de proximité

Les données du dernier schéma départemental pour le bassin d'équipement de Clermont-Ferrand concernant environ 220 000 habitants font apparaître une évolution forte de la population âgée.

Pour ce bassin, le pourcentage de la population âgée de plus de 75 ans, par rapport à la population totale a été et sera de 5,33 % en 1990, 6,19 % en 2000 et 9,48 % en 2015.

Ces quelques chiffres montrent l'importance des moyens à mettre en œuvre et de l'animation indispensable d'une politique de personnes âgées organisée dans le cadre de chaque centre de vie, par exemple la commune, lieu par excellence de proximité.

Les promoteurs privés, les agences de voyage, les assurances ont, du reste, bien compris depuis longtemps que les retrai-

tés, qui représenteront en l'an 2000 plus de 5 000 000 de personnes, seront encore pendant quelques années un creuset économique non négligeable.

La commune, aujourd'hui donc, ne peut être absente de ce grand défi qui est devant nous, même si, comme le souligne une enquête de l'Odas, les problèmes des personnes âgées qui étaient une priorité jusque dans les années 1985 sont relayés au 3^e voire 4^e rang après ceux concernant les familles en difficulté, les jeunes, le chômage, la délinquance, etc.

Et pourtant, la ville de Clermont-Ferrand, comme bon nombre de grandes villes d'ailleurs, n'a jamais cessé de se préoccuper de ses anciens.

Le premier foyer-logement date de trente ans, d'autres ont suivi, des résidences médicalisées ont été ouvertes malgré les difficultés importantes d'obtenir une médicalisation satisfaisante des services de l'État. Aujourd'hui, nous entamons l'adaptation de certains de nos établissements anciens pour accueillir des personnes dépendantes avec toutes les difficultés techniques, financières qui en découlent. Aurons-nous les sections de cure correspondantes et indispensables ?

Les foyers-restaurants, les clubs de quartier, d'activités se sont largement développés ; certains font preuve encore d'une grande vitalité.

Dans les années quatre-vingt nous avons créé, puis très largement développé, dans le cadre de notre centre

Évolution de la population clermontoise âgée de plus de 60 ans

	1990	1995	2000	2010	2015
60-99 ans	35 165	39 382	42 991	54 088	60 327
60-74 ans	23 665	28 450	29 031	34 590	38 900
75-99 ans	11 500	10 932	13 960	19 498	21 427

communal d'action sociale, un service de maintien à domicile où se retrouvent les services d'aides ménagères, mandataires de soins, mais également la télé-assistance et des visites à domicile. Dernier des services : le portage de repas dont bénéficient, chaque jour, 450 personnes, avec de larges possibilités de menus.

Ce sont environ 2 000 retraités âgés qui bénéficient de ces services tous les jours.

Enfin, un lieu de renseignements a été ouvert au cœur de la ville puisque nous avons aménagé un Centre d'information et de soutien aux familles ; nous souhaitons développer davantage cette action « d'aide aux aidants ».

Une interrogation pourtant : quelles seront les conséquences de la loi du 24 janvier 1997 sur la prestation spécifique dépendance dont les premières applications démontrent, comme nous l'avons si souvent exprimé, son inadéquation à l'attente des retraités, de leurs familles et aux besoins actuels ? Quelles seront également les conséquences des nouvelles orientations envisagées, semble-t-il, par les conseils d'administration de certains organismes sociaux dans la prise en charge du maintien à domicile ? Mes inquiétudes sont grandes si les pouvoirs publics, sur le plan national, ne redéfinissent pas une politique globale du vieillissement. En effet, outre l'avancée en âge et ses conséquences physiques ou psychiques, d'autres éléments entrent en jeu dans l'approche des problèmes de la vieillesse :

- les phénomènes physiologiques, sanitaires, psychologiques liés à l'évolution de la recherche, des techniques médicales, des pathologies, mais aussi liés au goût de vivre ou au désintéret manifesté par certains de nos anciens.

- le rôle de la famille : si celle-ci est encore présente aujourd'hui, tout est relatif car elle se trouve aux prises avec des difficultés liées au chômage, à l'éclatement de la cellule familiale et aux perturbations qui en découlent, à l'éloignement (dû à la mobilité de l'emploi et le phénomène n'ira qu'en s'aggravant), à l'âge (les enfants sont souvent retraités eux-mêmes). Ces quelques constats permet-

tront-ils de faire encore appel aux solidarités intergénérationnelles ? Quant à la solidarité de voisinage sur laquelle on compte beaucoup, le repli sur soi, phénomène de notre société actuelle, laisse à penser que cette aide a peu de chance d'apporter des solutions durables.

- l'environnement socio-urbain : si les conditions matérielles et le confort des logements se sont considérablement améliorés ces trente dernières années, l'urbanisation galopante n'a pas forcément tenu compte des besoins du lien social sans parler de la disparition des commerces de proximité provoquant ainsi une grande solitude pour toutes celles et ceux qui ne peuvent plus sortir du quartier, voire même de chez eux.

- les conditions matérielles et financières: même si les retraités aujourd'hui disposent de revenus souvent supérieurs à ceux des actifs, qu'en sera-t-il demain ?

- enfin, il nous faut tenir compte des phénomènes d'ethnie : nous avons dans notre ville, même si le nombre n'est pas très important, des personnes âgées vieillissantes, souvent des hommes seuls, d'origine étrangère, venus travailler dans les entreprises clermontoises qui repartent de moins en moins au pays.

Vers une politique globale basée sur la concertation

En partant de ces constats, nous sommes amenés, depuis quelques années, à nous reposer les objectifs de notre intervention en formulant l'hypothèse suivante : malgré une action concertée, réfléchie, basée sur le souhait d'offrir aux personnes âgées de la commune une palette de services cités précédemment, notre action ne correspond plus totalement aux besoins, soit des nouveaux retraités encore jeunes et dynamiques qui cherchent à garder une activité et un rôle dans la cité, soit aux personnes très âgées ou handicapées pour qui rester chez elles dans les conditions actuelles devient de plus en plus difficile et pour qui les structures traditionnelles ont montré leurs limites. Il est donc nécessaire de passer d'une politique uniquement d'équipements à une politique po-

sée en terme de réponses globales aux besoins repérés et planifiés.

Comment définir cette nouvelle politique en direction des personnes âgées ?

En premier lieu, elle doit être basée sur une solide étude des besoins : pour ce faire, il faut multiplier les lieux de dialogue et de concertation :

- concertation avec les financeurs et organismes de tutelle afin de prévoir ensemble les possibilités de réalisation et de planification dans le temps : réajustement des schémas gérontologiques, par exemple.

- concertation avec les autres intervenants associatifs et mutualistes qui assurent des responsabilités en la matière. Nous avons, depuis deux ans, constitué un groupe de travail avec l'ensemble des associations de retraités de la Ville qui interviennent dans le domaine de l'animation, afin de développer des activités complémentaires, ouvertes aux personnes des autres clubs. La semaine bleue, chaque année, est organisée en commun afin d'optimiser le travail de chacun.

- concertation avec les retraités et personnes âgées elles-mêmes par la multiplication des contacts directs à partir de notre centre d'information et par des enquêtes terrain. Avec un office d'HLM, nous sommes en train de réaliser une étude des besoins avec l'aide d'un cabinet extérieur sur tout un quartier de la ville à forte population de personnes âgées, afin d'adapter l'habitat locatif aux besoins des retraités vieillissants et de réfléchir au devenir d'un foyer-logement implanté dans le quartier qui, sur le plan architectural, ne correspond plus aux normes liées à l'accueil des personnes dépendantes.

Nous pensons développer ce type d'étude sur d'autres quartiers de la ville, afin de mieux connaître, à l'échelle communale, les besoins de nos concitoyens et ainsi d'y répondre de façon plus adaptée.

Cette concertation devra aboutir dans notre esprit à la création d'un réel pôle de gérontologie : lieu d'information, d'échanges, de planification des interventions pouvant être relayé dans les quartiers pour être au plus près des usagers.

En deuxième lieu, notre politique communale doit être tournée vers une évolution et une adaptation des structures actuelles.

L'évolution de notre service de soutien à domicile articulé autour de deux axes :

- le renforcement de la professionnalisation de notre personnel et ce, bien que de tous temps, nous ayons entrepris une importante démarche de formation continue. Le grand âge amène des compétences nouvelles indispensables à acquérir afin de mettre en place un accompagnement plus spécifique qui puisse aller jusqu'à la fin de la vie.

- le renforcement de l'accompagnement des plus handicapés, par exemple au niveau de notre portage de repas. Nous pensons créer deux postes emplois-jeunes, d'aide et d'accompagnement aux choix, au suivi de la prise du repas, afin de faire de celui-ci un temps fort d'animation de la journée.

Nous voulons également créer un poste d'animation à domicile pour optimiser le travail déjà effectué par des bénévoles.

Quand à l'évolution de nos structures d'hébergement, outre l'évolution vers une médicalisation indispensable de nos foyers logements, la construction d'établissements pour le grand âge, comme nous l'avons vu précédemment, nous devons nous pencher sur la réalisation de nouvelles formes d'accueil plus innovantes :

- développement de l'accueil à la journée ou de l'accueil temporaire pour des sorties d'hôpital ou pour permettre aux familles de « respirer » un peu.

- création de petites structures de quartier pour les personnes qui désirent rester dans leur milieu de vie.

- création d'accueil spécifique pour les populations âgées vieillissantes d'origine étrangère. Nous sommes, par exemple, en train de réfléchir à l'adaptation d'une résidence de célibataires maghrébins qui ne repartiront plus dans leur pays.

Pour ce faire, il faut certes innover, mais surtout beaucoup s'informer sur les réalisations faites par d'autres, afin d'en

tirer profit et de mettre en commun nos réflexions, nos difficultés et nos réussites et travailler en partenariat avec le milieu hospitalier, les offices d'HLM, les associations de retraités...

En troisième lieu, nous souhaitons que notre politique en faveur de nos concitoyens retraités et âgés soit transversale, en particulier, qu'elle soit présente dans toutes les réflexions municipales concernant : l'urbanisme, l'environnement, le commerce, les transports, etc.

Pas de ségrégation

En effet, je suis convaincue, comme le dit Gérard Ignasse, maître de conférence à l'Université de Rouen, dans la revue d'octobre 1997 de la *Flamboyance* : « pour ce qui concerne la population âgée, deux attitudes sont possibles : soit on revendique une identité séparée et des mesures spécifiques, soit on remet en cause l'idée même de la division de la société en classe d'âge ».

Je suis donc de ceux qui pensent, par exemple, que des équipements adaptés pour des personnes âgées sont valables pour des personnes handicapées jeunes, voire même pour des mères de famille accompagnées d'enfants...

Il en est de même pour les réflexions sur la sécurité dans les quartiers ou le maintien du lien social grâce aux petits commerces de proximité.

Il nous faut également réfléchir avec les architectes à la création de logements plus nombreux aux normes handicapés où les retraités pourront s'installer s'ils le souhaitent, et travailler avec les urbanistes à une meilleure accessibilité de la ville et des lieux publics. Un plan, récemment édité par notre service de communication, matérialisant les réalisations en la matière, est très apprécié par les personnes handicapées et âgées.

En quatrième lieu, il nous faut mettre tout en œuvre pour que nos anciens restent citoyens de leur cité, c'est-à-dire des acteurs informés et ouverts sur la vie culturelle, sportive, mais aussi sociale.

Dans ce secteur, comme en matière d'urbanisme ou de transport, c'est une

nouvelle mentalité à acquérir, afin de penser, par exemple, à adapter certains horaires de spectacles en matinée pour que les personnes âgées puissent s'y rendre plus facilement.

Renforcer les possibilités d'investissement personnel des jeunes retraités qui ont temps et compétence pour apporter leur concours dans le cadre d'un bénévolat organisé, en direction d'actions relatives à l'éducation, la culture, la santé, l'aide à la création d'entreprises...

Enfin, mieux informer nos concitoyens âgés des possibilités qui leur sont offertes par la commune ou les associations, en développant des moyens modernes de communication, comme le réseau câblé qui permet de réaliser des émissions en interne.

En conclusion, je dirai que ces quelques réflexions ne sont que le témoignage d'un élu local, persuadé qu'à l'aube du XXI^e siècle, une politique en direction des personnes âgées doit être partenariale, décloisonnée, innovante, planifiée, maîtrisée, communicable, évaluée et surtout intégrée dans la politique globale de la cité, faute de quoi nous risquons de découvrir un peu tard une nouvelle forme d'exclusion due à la grande solitude de nos anciens. ■

Françoise Nouhen

Adjointe au maire, chargée de l'action sociale et de la solidarité, vice-présidente du centre communal d'action sociale de la ville de Clermont-Ferrand

Bien vieillir ?

« **B**ien vieillir » n'est-ce pas le souhait de chacun d'entre nous pour tenter de repousser les effets du vieillissement, dont on redoute qu'il n'altère certaines de nos facultés physiques et mentales, et auquel tout être vivant est un jour ou l'autre confronté.

Cependant ce désir du « bien vieillir » revêt une acuité renouvelée dans nos sociétés développées suite aux études de nos démographes et statisticiens, qui tous prévoient une croissance rapide du nombre et de la proportion des personnes âgées au milieu du siècle prochain en raison de deux causes cumulées :

- l'allongement de la durée de la vie (l'espérance de vie a fait en un siècle un bond de trente ans pour les hommes et de trente-cinq ans pour les femmes) a pour effet que vivent ensemble quatre générations et que chaque génération parvient à des âges plus élevés que la génération précédente ;

- en second lieu, les générations du baby-boom de l'après-guerre arriveront progressivement à l'âge de la retraite à partir de 2005-2010.

On prévoit donc que la population âgée des plus de 60 ans, qui s'élève à 11 millions en 1990 atteindra 14 millions en 2010 et 17 millions en 2020.

Mais direz-vous, cette perspective est lointaine et beaucoup d'entre nous ne la verrons pas se réaliser. Dès aujourd'hui, on constate des changements de comportement de cette catégorie sociale qu'on

appelle les « vieux » au XIX^e siècle, les « anciens », les « aînés » et aujourd'hui les « seniors ».

Or malgré le contexte difficile de crise économique, un souci de « bien vieillir » anime la population des plus de 60 ans, repère statistique facile, car il s'agit de l'âge légal de départ à la retraite, à laquelle se rattachent beaucoup de personnes (en grande partie des hommes) cessant leur activité à partir de 55 ans par des mesures anticipées de préretraite.

Remarquons que le concept de la retraite, tel qu'il est appliqué en France n'a été intégré qu'à une époque récente dans notre système de protection sociale, fondé sur la solidarité au lendemain de la Guerre 39-45, comme le moyen de prévenir le risque inhérent à la vieillesse. Les Français y sont très attachés s'agissant d'une conquête sociale majeure.

Y a-t-il des recettes pour bien vieillir ?

Existe-t-il un nouveau modèle de vie à créer alors que la période de la retraite, c'est-à-dire celle où on cesse toute activité professionnelle rémunérée, devient de plus en plus longue ? Elle est actuellement évaluée en moyenne à une vingtaine d'années (l'espérance de vie pour les femmes est de 82 ans et celle des hommes de 74 ans).

D'où une double question :

Comment ces personnes vont-elles vivre et utiliser ce temps disponible ?

Comment la société supportera-t-elle le poids accru des retraites versées à une population âgée plus nombreuse et un éventuel alourdissement des dépenses de santé ?

Les réponses apportées à la première question sont hétérogènes : elles découlent pour une large part du passé vécu de la personne, de ses relations sociales, de sa formation, de sa culture et de ses revenus. Dans ce groupe d'âge d'une grande hétérogénéité sociale, on distingue le troisième âge qui concerne les moins de 75 ou 80 ans et le quatrième âge au-delà de 80 ans.

Les personnes de ces deux groupes d'âge recherchent une amélioration de la qualité de la vie et sont amenées à envisager de manière différente la vieillesse et le vieillissement, car elles bénéficient pour une large part du progrès des conditions de santé, mais aussi de l'élévation de notre niveau de vie.

Le vieillissement physiologique est repoussé à des âges de plus en plus tardifs et les recherches médicales en cours vont encore améliorer la longévité de la vie sans perte d'incapacité.

Bien vieillir dans son corps est l'une des premières préoccupations du troisième âge : d'où le développement d'activités physiques voire sportives, le soin apporté à une alimentation équilibrée, à des cures de remise en forme, à la prévention en matière de santé.

Mais il s'agit aussi de bien vieillir dans son environnement social et culturel après la rupture dans l'aménagement du temps, que crée le passage à la retraite.

Les enquêtes sociales sur les troisième et quatrième âges réservent des surprises sur la pugnacité de nos aînés à tenir leur place dans notre société comme citoyens soucieux du respect de leur dignité et d'affirmer la solidarité intergénérationnelle. L'une des difficultés d'adaptation du retraité résulte de la nécessaire reconstruction des rythmes individuels de vie satisfaisants, à partir d'un temps libre plus important. Il est généralement admis que cette adaptation sera plus aisée, si la personne maintient son insertion sociale soit par le biais de relations amicales, soit par le rôle élargi de la famille ou l'adhésion au milieu associatif.

Les enquêtes récentes ont montré la prédominance des relations familiales dans la sociabilité des personnes âgées, et notamment les contacts plus étroits entre grands-parents et petits-enfants. L'usage fréquent du téléphone, voire d'Internet, permet de maintenir des contacts s'il y a éloignement des domiciles respectifs. Les services rendus par les plus âgés aux générations plus jeunes sont souvent des dons ou prêts d'argent ou la garde d'enfants, tandis que les services reçus par les personnes âgées peuvent être l'aide aux courses, aux travaux domestiques, aux soins en cas de maladie.

Retarder l'incapacité due à l'âge, cela peut aussi signifier de participer à de nouvelles activités comme entraîner sa mémoire, se cultiver en suivant des cours de langue d'une université du troisième âge, visiter une exposition, voyager, cultiver son violon d'Ingres.

Le développement des relations de voisinage peut être un palliatif aux relations familiales ou amicales en déclin, suite à la rupture des relations professionnelles. Participer à la vie du quartier, recréer des déplacements quotidiens permettent « d'appivoiser la solitude », que peuvent ressentir dans une grande ville les personnes âgées, surtout si les caractéristiques fonctionnelles du quartier s'y prêtent par la présence de commerces,

d'espaces verts, de lieux de promenades ou de loisirs.

Un autre moyen puissant de socialisation des personnes âgées est la participation à la vie associative. Les retraités ont largement participé au développement de la vie associative en France dans les années soixante-dix, en particulier par l'essor des clubs du troisième âge. Leur diffusion a permis aux personnes isolées ou de milieux défavorisés de pratiquer des loisirs collectivement dans les domaines les plus divers et reposant sur la convivialité.

Beaucoup de retraités se sont aussi engagés dans des activités bénévoles à caractère humanitaire, de protection de l'environnement ou de solidarité à l'égard des personnes de milieu défavorisé (sans-abri, population immigrée, prisonniers, etc.) à la recherche peut-être du regard de l'autre. Au travers de ces multiples activités, ils ont le sentiment d'être utiles à la société, de transmettre aux générations plus jeunes une partie de leur savoir et de leur expérience.

Penser autrement l'organisation sociale

Mais s'il existe souvent parmi les personnes du quatrième âge la crainte d'une perte d'autonomie suite à des incapacités physiques ou mentales, reliées souvent à un environnement défavorable (isolement, faiblesse des revenus), on peut estimer que pour une majorité de personnes âgées l'allongement de la durée de vie s'est aussi accompagnée d'une meilleure qualité de vie comparée à celles des générations antérieures.

Par ailleurs, notre société consummatrice et productiviste a tendance à exclure simultanément aux deux bouts de la chaîne des générations : les très jeunes touchés par le chômage et les très vieux par la perte d'autonomie, qui les privent d'espoir et de confiance en la vie.

Qu'en sera-t-il du « bien vieillir » pour le futur ? Ici les réponses divergent suivant qu'on met l'accent sur les aspects économiques, sociaux ou psychologiques et qu'on évalue les effets du fort accrois-

sement d'une population vieillissante en fonction des tensions sociales qu'elle peut susciter.

Les contraintes économiques conduiront-elles à retarder l'âge de la retraite, comme cela a déjà été fait aux États-Unis et au Japon ? L'évolution sociale remet profondément en question le modèle fondé sur un cycle ternaire de vie comprenant successivement des périodes de formation, de travail et de retraite. Les possibilités offertes par les nouvelles technologies permettent de mieux maîtriser individuellement les temps de vie. Les politiques sociales, qui seront mises en œuvre dans les prochaines années, ne pourront pas ignorer les effets de cette révolution démographique. Elle ne manquera pas de modifier les modes de vie des retraités futurs, mais également des actifs.

Dès maintenant, l'émergence d'une utilisation différente des temps sociaux dans le parcours d'une vie, répartis entre temps de création et de procréation, temps de production rémunérée et bénévolat, temps de formation reçue ou dispensée, temps de loisirs ou de culture, amène à penser autrement notre organisation sociale en inventant des modèles nouveaux.

Nous sommes déjà entrés dans cette période de mutation. Elle nous oblige, jeunes ou vieux, actifs ou inactifs, à s'interroger sur cette nouvelle approche de la vieillesse, en respectant les désirs parfois contradictoires d'hommes et de femmes de quatre générations alors que notre démocratie repose sur un équilibre entre le libre choix des citoyens et la solidarité entre générations. ■

Claude Philippe
Présidente de l'Idar

Bibliographie

Jean-Claude Henrard, professeur de santé publique a assuré la coordination de ce dossier. Les articles et encadrés ont été rédigés par Michel Allard, directeur médical et scientifique, Fondation Ipsen • Béatrice Beauvils, maître de conférence en psychologie, Université de Paris VIII, Grifs, IFR 12 • Nicolas Brouard, directeur de recherche, Ined • Bernard Cassou, professeur en santé publique, praticien hospitalier en gérontologie, Sainte Périne, Paris • Geneviève Coudin, maître de conférence en psychologie, Université Paris V, IFR 12 • Jean-François Dartigues, professeur, Inserm U. 330, Bordeaux • Marie-Gabrielle David, chargée de mission, Insee • Cécile Delcourt, chercheur, Inserm U. 500, Montpellier • Francis Derriennic, chargé de recherche, Inserm U. 170, Villejuif • Joëlle Gaymu, chargée de recherche, Ined • Isabelle Girard, statisticienne, direction des recherches sur le vieillissement, Cnav • Andrée Mizrahi, directeur de recherche, CreDES • Arié Mizrahi, directeur de recherche, CNRS/CreDES • Virginie Ringa, médecin épidémiologiste, chargée de recherche, Inserm • Isabelle Rouch-Leroyer, docteur en médecine, Inserm U. 330, Bordeaux • Christophe Starzec, chargé de recherche, Lamia-CNRS • Annie Touranchet, médecin inspecteur du travail, Inserm U. 170, Villejuif • Serge Volkoff, statisticien, Inserm U. 170, Villejuif.
Merci à **Laurent Caussat, Pierre Mormiche, Françoise Nouhen** et **Claude Philippe** pour leurs tribunes.

Ostéoporose, Stratégies de prévention et de traitement. Paris : Les éditions Inserm, coll. *expertise collective*, 1996, 248^e édition, 200 F.

Élaborer un schéma départemental pour personnes âgées. Document méthodologique. Secrétariat d'État à la Famille, aux Personnes âgées et aux Rapatriés. Paris : ministère des Affaires sociales et de l'Intégration, 1992.

Conditions requises pour assurer l'efficacité des prestations d'aide aux personnes âgées dépendantes. Rapport du groupe de travail présidé par le docteur Alain Colvez. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'État à la Santé, direction générale de la Santé, 1997.

C. Attias-Donfut (sous la direction de). *Les solidarités entre générations, Vieillesse, Familles, Etat.* Paris : Nathan, Coll. *Essais & Recherches*, Série Sciences Humaines, 1995, 352 p.

P. Bourdelais. *L'âge de la vieillesse.* Éditions Odile Jacob, Paris, 1993.

S. de Beauvoir. *La Vieillesse.* Gallimard, Paris, 1970.

F. Derriennic, A. Touranchet, S. Volkoff. *Âge, travail, santé : études sur les salariés âgés de 37 à 52 ans, Estev 1990.* Paris : Les Éditions Inserm, 1996, 440 p.

J.-C. Henrard, S. Clément, F. Derriennic. *Vieillissement, santé, société.* Paris : Les éditions Inserm, coll. *Questions en santé publique*, 1996.

An. Mizrahi, Ar. Mizrahi. « Évolution de la consommation médicale des personnes âgées », *Gérontologie et Société*, 30 ans de politiques vieillesse, n° 81, à paraître en décembre 1997.

L. Robert. *Le vieillissement faits et théories.* Dominos Flammarion, 1995.

Fondation nationale de gérontologie

49, rue Mirabeau
75016 Paris

IFR 12 Santé, vieillissement, société

49, rue Mirabeau
75016 Paris

Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (Cnavts)

Direction études et recherche
49, rue Mirabeau
75016 Paris

Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas)

37, boulevard Saint-Michel
75005 Paris

Centre de liaison, d'étude, d'information et de recherche sur les problèmes des personnes âgées (Cleirppa)

23, rue Ganneron
75018 Paris

Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CreDES)

1, rue Paul Cézanne
75008 Paris

Adresses utiles