

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.