

21

décembre 1997

Actualité et dossier *en* **santé publique**

Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique

dossier **Vieillessement,**
âge  **santé**

21

décembre
1997

HC
SP

Haut Comité de la
Santé Publique

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Haut Comité de la santé publique
8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
télécopie 01 40 56 79 49

Président

Bernard Kouchner,
secrétaire d'État à la Santé

Vice-Président

Pierre Ducimetière

Rapporteur général

Guy Nicolas

Secrétaire général

Joël Ménard,
directeur général de la Santé

Secrétaire général adjoint

Geneviève Guérin

Actualité et dossier
en
santé publique

Directeur de la publication

Joël Ménard

Rédacteur en chef

Patricia Siwek

Comité de rédaction

Ségolène Chappellon, Denis Couet, Lucie Degail, Pierre Ducimetière, Jean-François Dodet, Ruth Ferry, Geneviève Guérin, Jean-Claude Henrard, Diane Lequet-Slama, Claudine Le Grand, Guy Nicolas, Philippe-Jean Parquet

Secrétaire de rédaction

Marie-Josèphe Strbak

Téléphone de la rédaction 01 40 56 79 56

Recherche documentaire Centre français de documentation en santé publique

Réalisation Philippe Ferrero

Secrétariat Myrielle Toi, Josette Esdras

Ont participé à ce numéro

Jean-Claude Henrard

Geneviève Laroque, Anne Tursz, Marie-Claude Romano, Sophie Schapman, Jean Martin, Claudine Parayre, Françoise Facy, C. Messina, Joëlle Gaymu, Isabelle Rouch-Leroyer, Jean-François Dartigues, Cécile Delcourt, Isabelle Girard, Coudin Geneviève, Beaufile BÉatrice, Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi, Bernard Cassou, Dr Michel Allard, Francis Derriennic, Annie Touranchet, Serge Volkoff, Marie-Gabrielle David, Christophe Starzec, Nicolas Brouard, Laurent Caussat, Claude Philippe, Pierre Mormiche et Françoise Nouhen

Dépôt légal janvier 1998 – ISSN 1243-275X

Le dossier « Vieillesse, âge & santé » se trouve encarté entre les pages 18 et 19. Il est numéroté de I à XLVIII. La reproduction totale ou partielle des éléments publiés dans ce numéro est autorisée sous réserve de la mention :

Haut Comité de la santé publique,

Actualité et dossier en santé publique n° 21

Actualité et dossier *en* santé publique

Sommaire

- **1 Éditorial**, *Geneviève Laroque*
- **2 Actualité**
La santé des enfants, la santé scolaire. Une réponse et un dispositif appropriés ?, *Anne Tursz, Marie-Claude Romano*
Fonds d'intervention en santé publique. Appel à projets régionalisé 1996, *Sophie Schapman*
- **13 International**
Le système de santé suisse. Une période de mutation, *Jean Martin*
- **19 Organisme**
Centre de liaison, d'étude, d'information et de recherche sur les problèmes des personnes âgées
- **20 Alcoologie**
Observation et recherche en alcoologie. Intérêts et limites de l'épidémiologie, *Françoise Facy*
- **24 Formation**
DESS action gérontologique et ingénierie sociale (Agis)
- **25 Études**
L'émergence de nouveaux problèmes de santé, *Claudine Parayre*
- **29 Recherche**
Neuropsychologie et neurobiologie du vieillissement cérébral, *Inserm Unité 324*
- **30 Documentation**
- **34 Législation & réglementation**
- **35 L'actualité du Haut Comité**
Le rapport *Santé des enfants, santé des jeunes*
Saisine « Santé mentale »
- **37 Calendrier**

dossier

Vieillesse, âge & santé

Dossier coordonné par **Jean-Claude Henrard**



Après avoir appris à conserver vivants les petits enfants, nos sociétés ont appris à conserver vivants leurs adultes, de plus en plus longtemps, et il semble que cette déferlante des « âgés » n'ait pas fini de progresser.

L'avance en âge est une victoire de la vie. Les sociétés ont une attitude très ambiguë à l'égard de ce double vieillissement :

l'avance en âge individuelle de chacun, de plus en plus longue, le « vieillissement » de la société elle-même, par l'augmentation de la proportion des classes d'âge supérieures en son sein.

D'une part, chacun se réjouit d'espérer vivre plus longtemps, de voir ses proches vivre plus longtemps. Dans une famille, il est commun de voir coexister quatre générations : le petit enfant, ses « jeunes » parents, les parents « matures » de ceux-ci, des parents « âgés » de ces derniers.

Dans le même temps, chacun s'inquiète de la qualité de sa propre avance en âge, de l'état de santé et d'autonomie des plus âgés, de lourdes souffrances éventuelles de ceux-ci et de leur entourage.

D'autre part, la société, garante de cohésion entre catégories sociales et entre générations, garante d'un consensus politique et moral, se préoccupe de fournir à chacun les moyens de participer à la vie sociale, par des productions et échanges financiers, matériels, intellectuels et affectifs.

Elle redoute, aussi, que la « charge » du maintien de revenus à ceux que l'âge dispenserait de « gagner leur vie » par leur travail — les « retraités » — et celle des soins, de l'accompagnement des plus âgés, des moins valides — les « personnes âgées dépendantes » — deviennent insupportables aux populations d'« âge actif ». Ces charges l'inquiètent d'autant plus que la situation économique générale et l'importance du chômage peuvent induire des évolutions dans les priorités sociales.

« Ajouter des années à la vie en ajoutant de la vie aux années » est, depuis déjà quelques lustres, un slogan favori des gérontologues, de ceux qui étudient

l'avance en âge, comme de ceux qui s'emploient au mieux être des femmes et des hommes d'âge avancé.

La notion même de « vieillesse » devient instable. Les activités personnelles ou sociales, la participation à la production économique, la consommation des « seniors » donnent lieu à de multiples analyses, elles-mêmes fractionnées, si, comme certains le disent, la « seniorité » commence dès la cinquantaine, alors que les personnes de cet âge peuvent encore espérer vivre près ou plus de trente ans !

L'avance en âge permet-elle de distinguer des « périodes approximatives » dans le cours de la vie, définies par des données physiologiques, supposées objectivables ? Ces périodes le seraient-elles par des données plus sociales, comportementales, statutaires, très liées à l'état de la société dans un lieu et une époque donnés ? L'ouverture administrative de droits, spécifiée par un âge donné, pensions de retraite, prestations sociales « en faveur des personnes âgées », se fait le plus souvent à partir de 60 ou 65 ans, parfois plus tôt, parfois plus tard. Certains dispositifs protecteurs comme le maintien de locataires dans les lieux ou la facilitation d'actions en rescission de contrats dolosifs s'appliquent après 70 ou 75 ans. L'âge moyen des usagers des services à domicile et des établissements gérontologiques dépasse désormais largement 80 ans.

Verte vieillesse, robuste grand âge s'opposent à vieillesse infirme, maladies de l'âge. L'avance en âge multiplie les risques.

Si la pauvreté des gens âgés recule grâce au développement des régimes de retraite, plus de 10 % des retraités, surtout des vieilles femmes, sont obligés de recourir au Fonds de solidarité vieillesse.

Si les relations entre les générations demeurent vivaces et intenses, nombre de vieilles personnes qui habitent seules — c'est le cas de la grande majorité des femmes âgées — risquent d'être enfermées ou de s'enfermer dans un isolement social et affectif douloureux et dangereux.

Si l'accès aux soins de santé existe de plus en plus et la consommation médicale des personnes âgées est importante, la qualité des soins préventifs ou curatifs n'est pas toujours assurée et l'avance en âge est accompagnée de la survenue de maladies fréquemment multiples et chroniques.

Si plus de 82 % des Français âgés de plus de 80 ans demeurent dans des domiciles privés, ceux qui doivent se résoudre à résider dans une institution spécialisée, en raison de conditions sociales défavorables ou d'un état de santé et de validité défaillant, ne trouvent pas toujours la qualité d'accueil, d'accompagnement et de soins nécessaire, indépendamment de conditions financières encore largement inadaptées.

Les politiques publiques « en faveur » de la vieillesse affichent une primauté à la prévention des effets négatifs du vieillissement et aux mesures diverses de soutien à la vie en milieu « ordinaire ». Pratiquement, les dépenses les plus importantes sont effectuées pour compenser ou pallier les risques survenus.

Cette apparente contradiction tient aussi à ce que la « verte vieillesse » ne demande pas de mesures particulières pour que l'on « s'occupe » d'elle, mais peut, sans doute, profiter des politiques générales destinées à améliorer les conditions de vie de l'ensemble de la population.

Par contre, la « vieillesse fragile » nécessite qu'il soit tenu compte de sa fragilité. Pour cela, il est indispensable que soient renforcés la connaissance des risques de fragilité et le développement des moyens de l'entourer.

L'âge est un paramètre important dans la mise en œuvre de tout appareil d'accompagnement social ou de tout appareil de soins. Est-il pour autant pertinent d'en faire un critère discriminant dans les dispositifs administratifs et financiers, nécessairement arbitraire et, partant, inévitablement inéquitable ?

Geneviève Laroque

Présidente de la Fondation nationale de gérontologie

La santé des enfants, la santé scolaire

Une réponse et un dispositif appropriés ?

Quel est l'état de santé des jeunes Français ? Comment l'apprécie-t-on ? Comment s'effectuent le dépistage et le suivi des problèmes de santé dans les établissements scolaires ? Cet article fait le point d'une situation perfectible et propose quelques pistes.

La période périnatale a été et est toujours largement explorée notamment grâce aux enquêtes nationales menées par l'unité 149 de l'Inserm, et la période néonatale fait toujours l'objet d'enregistrements systématiques des principaux indicateurs de santé. Au-delà de cette période, les certificats de santé obligatoires concernent les enfants âgés de 9 mois et 2 ans. Par ailleurs, depuis quelques années, les adolescents et les jeunes sont l'objet d'un très grand intérêt de la part de nombreux chercheurs et leur santé et leurs comportements ont été très largement étudiés. En revanche il existe un manque cruel d'informations sur la santé somatique et la santé mentale du jeune enfant. Or, c'est bien à cet âge que se crée la personnalité du futur adolescent puis du futur adulte. Cet article se propose donc de s'intéresser spécifiquement à la santé des enfants âgés de 2 à 10 ans environ, en tentant de dresser le tableau épidémiologique de leur état de santé, d'examiner le rôle du service de promotion de la santé en faveur des élèves comme outil de connaissance de l'état

de santé d'une part, et d'action en faveur d'une meilleure santé d'autre part, et enfin de mener une réflexion sur les possibles améliorations de ce dispositif et sur les actions à entreprendre dans ce but.

Que sait-on de la santé des enfants en France ?

À partir d'enregistrements de routine comme les statistiques des causes médicales de décès ou celles de l'hospitalisation publique, ou en utilisant certaines grandes enquêtes, on peut tenter de dresser le tableau de l'état de santé des enfants, en rappelant les problèmes de fiabilité des sources utilisées et en mettant en lumière les lacunes dans la connaissance précise de cet état de santé.

La mortalité

Les statistiques de mortalité sont un outil d'une importance inestimable car elles sont les seules qui soient exhaustives à un niveau national et établies selon des normes et avec un codage qui permettent les

comparaisons internationales et dans le temps (donc l'évaluation de certains programmes). Toutefois elles sont établies selon un découpage en tranches d'âge rigide ne correspondant pas aux stades de maturation des enfants et nous serons contraints de considérer ici les deux tranches d'âge : 1-4 ans et 5-9 ans, soit une période légèrement différente de celle qui nous intéresse. Par ailleurs ces statistiques présentent un certain nombre d'imperfections, notamment le fait qu'elles sont un outil trop grossier pour l'analyse des causes rares de décès telles que ceux dus aux maladies chroniques dans l'enfance.

En 1994¹, en France 857 enfants âgés de 1 à 4 ans sont décédés, soit 495 garçons et 362 filles avec des taux de mortalité de 32,8 et 25,1 pour 100 000. Parmi les 581 décès d'enfants âgés de 5 à 9 ans on note 338 garçons et 243 filles soit des taux de 19,1 et 14,4 pour 100 000. Les deux principaux phénomènes observa-

1 438 enfants âgés de 1 à 9 ans sont morts en France en 1994. La mortalité des garçons est 1,4 fois celle des filles. Un tiers de ces morts est dû aux accidents. 253 enfants de la même tranche d'âge sont morts de cancers ou

bles sont donc la mortalité plus élevée des plus jeunes et la surmortalité masculine à tout âge. Dès l'âge de 1 an la première cause de décès est constituée par les accidents (255 cas chez les 1-4 ans, soit 29,8 % des causes de décès dans cette tranche d'âge ; 201 cas chez les 5-9 ans, soit 34,6 % des causes de décès). Entre 1 et 4 ans les tumeurs et les anomalies congénitales arrivent au 2^e rang des causes de décès à égalité (114 cas pour chacun de ces diagnostics). Chez les 4-9 ans les tumeurs sont la deuxième cause (139 cas) et les maladies du système nerveux et des organes des sens la troisième (50 cas).

L'évolution dans le temps de cette mortalité est favorable avec toutefois des variations selon les diagnostics et il faut noter que les comparaisons internationales montrent que les taux de mortalité accidentelle sont toujours supérieurs en France à ceux de pays voisins proches par le niveau socio-économique et les possibilités de prise en charge en urgence des grands traumatismes².

La morbidité

Contrairement à ce qu'on observe pour la mortalité, il n'existe pas de données de morbidité exhaustives à un niveau national et on est contraint de réunir un faisceau de données recueillies de façons diverses par des sources d'information multiples et de nature variée, concernant des populations différentes. Toutefois des convergences peuvent être trouvées ; ainsi les statistiques de l'hospitalisation publique³ comme les résultats de l'enquête sur la santé et les soins médicaux menée en population générale (par entretien à domicile) en 1991-1992 par l'Insee, le Credes et le Sesi⁴, indiquent que, chez les enfants âgés de moins de 15 ans, les principaux problèmes de santé sont : les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies de l'œil et les affections de la sphère bucco-dentaire. Les traumatismes sont la deuxième cause d'hospitalisation des garçons.

La tranche d'âge des « moins de 15 ans » est trop large pour permettre une analyse fine des phénomènes morbides observés tout au long de la petite enfance, toutefois les données concernant les trou-

Dès la maternelle, 10 % des enfants présentent des troubles de l'acuité visuelle. Ceci est confirmé lors du bilan de 6 ans.

bles visuels sont corroborées par les résultats des dépistages effectués dans le cadre de bilans de santé pratiqués en école maternelle (environ 10 % de troubles de l'acuité visuelle chez les enfants âgés de 3 à 6 ans)^{5,6}. Lors du bilan obligatoire de la 6^e année, on retrouve des pourcentages très voisins voire identiques. Ainsi dans le département de l'Isère en 1992, on a trouvé une prévalence des troubles de l'acuité visuelle de 9 % chez 537 élèves de CP et constaté que seulement 47 % des enfants ne présentaient aucun trouble visuel⁷. Dans le Val-de-Marne⁸, une analyse de l'évolution entre 1991-1992 et 1995-1996 a montré des taux de troubles sensoriels variant de 10 à 28 %, avec un taux de 14 % pour la période la plus récente (dont 10 % de troubles visuels et 4 % de troubles auditifs). Dans ce même département, en 1995-1996, à l'issue du bilan de 6 ans, 28 % des enfants ont été envoyés en consultation dont 17 % pour des pathologies non suivies (dont 4 % d'asthme), 8 % pour des difficultés scolaires, 4 % pour des troubles du comportement, et 2 % pour des signes de maltraitance. C'est dire l'importance de ce bilan obligatoire qui pourtant est loin d'être effectué de manière exhaustive et ceci de façon variable selon les départements (par exemple dans 80 % des cas en Seine-Saint-Denis en 1996-1997, 59 % dans le Val-de-Marne, 83 % en Seine-et-Marne alors que des anomalies avaient été détectées et concernaient de 20 à 34 % des élèves dans ces mêmes départements)⁹. Certains enfants sont vus deux fois, en maternelle et à l'école primaire, d'autres jamais. Par ailleurs il faut noter que, dans les milieux défavorisés, 60 % des familles ne donnent aucune suite aux avis donnés⁸. On observe pourtant chez les enfants de ces familles une prévalence particulièrement élevée de la plupart des troubles. Ainsi en 1995-1996 dans le Val-de-Marne, chez les élèves de CE1 à CM2 scolarisés dans des zones d'éducation

prioritaire (Zep), dans le cadre « d'examen effectués à la demande », on observait 33 % de difficultés scolaires et 12 % de signes de maltraitance (23 % et 5 % respectivement hors Zep). Dans ce même département, on a constaté entre 1991-1992 et 1995-1996 une augmentation du sentiment de « mal-être » de 6 à 19 %.

Les bilans de la sixième année montrent bien l'importance des troubles psychoaffectifs et des difficultés scolaires et il faut noter que ces problèmes se profilent bien avant puisque, selon des résultats de bilans de santé en école maternelle, il existe 8 % de retards de langage et 15 % d'anomalies de la motricité fine chez les enfants âgés de 3 à 6 ans⁵.

Ce « mal-être » des enfants scolarisés dans le primaire est confirmé par l'analyse des données des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile qui montre que les enfants âgés de 5 à 9 ans représentent 43 % des 290 000 enfants suivis dans ces secteurs en 1993¹⁰, ce qui revient à une prévalence de consultations pour cette tranche d'âge de 3,6 % par rapport à la population française du même âge. Malheureusement les données produites par ces secteurs ne comportent ni diagnostics, ni informations sur la sévérité des troubles.

L'enfance handicapée

À partir de données statistiques provenant du Sesi, on peut noter qu'au 1^{er} janvier 1992, 107 946 enfants ou adolescents étaient présents en établissement médico-social d'éducation spéciale. Les garçons étaient plus nombreux que les filles (sex ratio de 1,56), les enfants d'âge préscolaire (moins de 5 ans) représentaient 2,5 % de l'ensemble des cas, les enfants d'âge scolaire constituant la majeure partie de l'effectif : 60,5 % des sujets avaient entre 6 et 15 ans. Les retards mentaux constituent la majorité des causes d'accueil en établissement d'éducation spéciale, soit 57,8 % des cas. Les troubles

En 5 ans, dans le Val-de-Marne, la fréquence du sentiment de « mal-être » des jeunes élèves est passée de 6 à 19 %.

sont de gravité variable avec une prédominance de retards moyens et légers.

À partir des données du Creai (Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées) d'Île-de-France et de l'enquête ES95¹¹, on peut constater les graves carences et incohérences dans la prise en charge de ces enfants handicapés. En effet il existe en Île-de-France un déficit de plus de 1 000 places pour accueillir les enfants de cette région et 10 %

d'entre eux sont placés en province et 0,5 % en Belgique ; pourtant des enfants de province sont placés en Île-de-France et il y existe un excédent de places pour certaines déficiences (déficiences auditives, visuelles, motrices), mais 3 % des déficients auditifs, 5 % des déficients

visuels et 9 % des déficients moteurs ne sont pas scolarisés.

L'enfance maltraitée

Selon l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas)¹², 74 000 enfants se trouvaient « en danger » pour l'année 1996, soit 21 000 enfants maltraités (victimes de violences physiques, de cruauté mentale, d'abus sexuels ou de négligences lourdes) et 53 000 enfants « en risque » (dont les conditions d'existence peuvent mettre en péril la santé, la sécurité, l'éducation ou la moralité). Parmi les enfants maltraités, 6 500 cas d'abus sexuels ont été recensés (soit 18% de plus qu'en 1995), avec une prévalence plus forte en zone rurale, ce qui est d'interprétation difficile, le dépistage et le signalement pouvant être plus aisés dans ces zones. De même c'est avec précaution qu'il faut considérer l'augmentation régulière et importante du nombre total d'enfants

74 000 enfants se trouvaient « en danger » en 1996 : 21 000 enfants maltraités et 53 000 enfants « en risque »

en danger : 35 000 en 1992, 45 000 en 1993, 58 000 en 1994, 65 000 en 1995. Il peut s'agir là d'un simple phénomène d'amélioration du signalement, mais la précarisation des familles peut également jouer un rôle, comme l'atteste la plus forte augmentation des signalements pour les enfants en danger (+18 %) par rapport aux enfants maltraités (+5 %), le seuil des critères de signalement des cas ayant dû baisser chez beaucoup de professionnels face à la paupérisation générale. Comme on l'a vu précédemment l'école est l'un des lieux d'élection du dépistage de la maltraitance. Sa prévalence, lors des bilans de 6 ans, reste assez stable, de l'ordre de 1 à 2 %⁸ avec toutefois, on l'a vu, de grosses différences selon les lieux de scolarisation.

La quasi-totalité des enfants en France passe par l'école, y compris les très jeunes enfants, puisque 99 % des enfants âgés de 2 ans révolus sont scolarisés¹³. L'école est donc bien le lieu où pourrait se faire un véritable travail de santé publique, permettant de connaître l'état de santé réel des enfants et de combler ainsi de graves lacunes comme, par exemple, le manque de données détaillées sur la santé mentale. Toutefois, comme on l'a vu, la surveillance épidémiologique effective des jeunes scolarisés n'est pas réellement réalisée ni, en fait, réalisable, pour des raisons qui sont détaillées ci-dessous. Par ailleurs, il est important d'analyser si le fonctionnement du dispositif du service de promotion de la santé en faveur des élèves répond actuellement aux besoins des élèves, et d'évoquer des pistes pour une meilleure promotion de leur santé.

Le dispositif actuel du service de promotion de la santé en faveur des élèves¹⁴

Le service de promotion de la santé des élèves est composé de médecins, d'infirmières et de secrétaires médicales. Le travail se fait en équipe sur un secteur géographique comprenant un ou plusieurs lycées, les collèges et les écoles qui s'y rattachent. Il est essentiel de comprendre

la double fonction du médecin de l'éducation nationale :

- **Médecin du travail des élèves** : l'équipe médicale doit contribuer à faire de l'école un lieu de vie et de communication en prenant en compte les conditions de travail, l'hygiène, la sécurité et les facteurs de risque spécifiques.

- **Médecin de santé publique des enfants** : l'équipe doit promouvoir la santé en faveur de tous les jeunes scolarisés en vue de contribuer à leur bon équilibre, à leur épanouissement, et d'assurer leur insertion à l'école. Dans ce domaine il convient de souligner l'importance primordiale que revêt l'existence d'une concertation entre les structures et les personnels de santé relevant de l'Éducation nationale et ceux relevant du ministère de la Santé ou des collectivités locales.

Dans le cadre de ses missions, le service de promotion de la santé en faveur des élèves intervient auprès des jeunes enfants selon quatre axes.

La réalisation des bilans de santé

Ceux-ci sont effectués à des âges importants du développement de l'enfant et de sa scolarité. Il est nécessaire pour la bonne scolarité de l'enfant que le dépistage des handicaps soit effectué le plus précocement possible. Selon l'article L 191 du code de la Santé publique : « *au cours de la 6^e année, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale* ». Ce bilan et les dépistages sensoriels effectués par les infirmières doivent permettre d'apprécier l'état de santé global de l'enfant et visent à prévenir les inadaptations scolaires qui pourraient résulter de handicaps ou de difficultés psychologiques susceptibles de nuire à sa scolarité. Le médecin ou l'infirmière indique à la famille les moyens de remédier aux troubles constatés et tente d'obtenir son adhésion pour la mise en œuvre des moyens appropriés (consultations spécialisées, appareillages). Pourtant, alors que ces bilans de santé de la 6^e année sont obligatoires, on note que les équipes médicales, surchargées notamment par les interventions dans le cadre de la maltraitance, ne peuvent plus les assurer de façon exhaustive.

Les parents ou les élèves peuvent demander des examens médicaux dans le cadre scolaire.

Le suivi des élèves par des examens à la demande

La demande peut être exprimée par les parents, l'élève lui-même, le médecin, l'infirmière, l'assistante sociale ou tout membre de l'équipe éducative. Ces examens sont offerts à tous les enfants et en particulier aux plus vulnérables ou défavorisés chez lesquels un déficit sensoriel ou somatique peut tout particulièrement provoquer ou aggraver un échec scolaire. Ce sont des moments privilégiés pour proposer à l'enfant une écoute, l'aider à maîtriser ses difficultés pour une meilleure intégration dans la vie scolaire. Les familles sont informées de toute affection ou trouble découvert à l'occasion de ces examens. Le médecin de l'Éducation nationale leur donne tous conseils utiles sur les orientations thérapeutiques souhaitables, sur les possibilités offertes au niveau des réseaux d'aide spécialisés et des structures de soins ou de rééducation. Il donne également aux enseignants, en respectant le secret professionnel, les recommandations appropriées afin que toutes mesures soient prises pour faciliter la bonne adaptation des élèves.

C'est dans ce cadre que se situent le suivi des élèves en difficulté et le suivi des élèves handicapés ou atteints de maladies chroniques dont il est indispensable de faciliter l'intégration chaque fois que cela est possible.

Pour les enfants malades, le projet d'accueil individualisé (circulaire n° 93-248 du 22 juillet 1993) permet la prise de médicaments et tout aménagement répondant aux besoins spécifiques de l'enfant. Ces mesures devraient permettre, si elles étaient appliquées, de diminuer les retards scolaires liés aux absences répétées, à la fatigue, aux soins et traitements.

Pour les enfants atteints d'un handicap, les conventions et projets d'intégration rendent possible, à chaque fois que l'état de l'enfant le permet, la scolarisation dans l'école de son quartier et évite ainsi des transports épuisants et la désinsertion de son milieu.

Le suivi des élèves pour lesquels une inaptitude à la pratique de l'éducation physique et sportive a été prononcée est également assuré ainsi que les actions médico-psychopédagogiques concourant à l'adaptation et l'orientation.

Les interventions en situation d'urgence pour la protection de l'enfant en danger ou victime de mauvais traitement

La circulaire n° 97-119 du 15 mai 1997, relative à l'organisation du dispositif de prévention des mauvais traitements à l'égard des élèves, précise le rôle de l'Éducation nationale et de ses personnels dans la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs. Elle détaille les actions de mobilisation et de formation des personnels à mettre en place et définit les liens de collaboration à nouer avec les collectivités locales, les autres services de l'État et les associations, parties prenantes de la protection de l'enfance.

Le médecin effectue l'évaluation de la situation vécue par l'enfant et rédige un constat des lésions organiques ou des troubles psychologiques induits par la maltraitance. Les obligations du Code pénal sont rappelées dans la circulaire n° 97-175 du 26 août 1997.

L'éducation à la santé

La mission de l'école est d'intégrer la dimension santé publique auprès des acteurs de l'Éducation nationale et de développer l'éducation à la santé de manière globale par la connaissance de soi, la citoyenneté, l'apprentissage de la responsabilité, la gestion des risques.

L'objectif est de donner à l'enfant les moyens de faire des choix et d'être acteur de son propre projet de vie, en déroulant des actions de la petite section de maternelle au CM2 avec un programme modulaire par cycle.

Les contenus doivent être toujours positifs et viser à rendre actifs les élèves. Il est important que l'enfant puisse se situer par rapport à une norme fluctuante qui tient compte de sa maturité, de son développement psychoaffectif et psychosocial.

suite p. 6

Bibliographie

1. Inserm. *Statistiques des causes médicales de décès*. Paris, 1994.
2. Organisation mondiale de la santé. *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales*. OMS. Genève, 1995.
3. *Annuaire des statistiques sanitaires et sociales : la morbidité dans les hôpitaux*. Ministère du Travail et des Affaires sociales/Sesi. Paris, 1996.
4. *Annuaire des statistiques sanitaires et sociales : enquête sur la santé et les soins médicaux*. Insee/Credes/Sesi. Ministère du Travail et des Affaires sociales/Sesi. Paris, 1996.
5. Y. Lehingue, F. Fassio, I. Momas, J.-P. Daures. *Surveillance épidémiologique des enfants des écoles maternelles de l'Hérault lors des bilans de santé du service de protection maternelle et infantile*. Revue d'épidémiologie et de santé publique. 1992 ; 40 : 25-32.
6. D. Barot. Dépistage des troubles sensoriels en école maternelle dans une circonscription rurale. *Santé publique*. 1992 ; 6 : 59-67.
7. M. Zorman, M. Jacquier-Roux. *Entraînement visuel et apprentissage de la lecture en cours préparatoire*. Rectorat de l'Académie de Grenoble. Rapport mars 1994.
8. M.-C. Romano. *Rapport médical 1995-1996*. Département du Val de Marne. Service de promotion de la santé en faveur des élèves.
9. M.-C. Romano. *Rapport médical 1996-1997*. Service de promotion de la santé en faveur des élèves. Académie de Créteil, 1997.
10. *Les secteurs de psychiatrie infantile-juvénile en 1993*. DGS. Paris, 1994.
11. *Les enfants et adolescents handicapés en Île-de-France*. CREAI d'Île-de-France/ministère du Travail et des Affaires sociales. Paris, 1997.
12. Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas). *Observatoire national de l'enfance en danger. La lettre*. N° spécial, Paris, novembre 1997.
13. J.-C. Emin, A. Fallourd. *Éducation, formation*. In : *Données sociales 1996 : la société française*. Insee. Paris, 1996.
14. Circulaire n° 91-148 du 24/06/1991 : missions et fonctionnement du service de promotion de la santé en faveur des élèves.
15. Haut Comité de la santé publique. *Santé des enfants, santé des jeunes en France*. Rapport à la Conférence nationale de santé. Paris, 1997.
16. M. Zorman, M. Jacquier-Roux, C. Micheyl, L. Collet. *Audition, résultats scolaires*. Rapport d'activité au ministère de l'Éducation nationale. Grenoble. 1994.

L'animation se fait en liaison avec les enseignants directement concernés. Les échanges avec des groupes d'élèves permettent de mieux cerner leurs préoccupations et de répondre à leurs attentes en les aidant ainsi à s'engager eux-mêmes dans une démarche de prévention.

Dans quel objectif faut-il intégrer l'éducation à la santé dans le projet d'école ?

Les textes du 15 février 1990 sur le projet d'école ne font pas état de la santé.

Le terme de « santé » est trop réducteur : il est nécessaire de transformer le projet pédagogique en un vrai projet éducatif en envisageant une éducation globale tenant compte de tous les facteurs et des besoins pour une meilleure qualité de vie de la communauté scolaire (loi d'orientation, respect des cultures, des religions, des différences).

Si l'on utilisait l'école comme un lieu support pour définir de nouveaux objectifs de santé publique, le regard et le comportement des enseignants changeraient : l'enfant ne serait plus seulement un élève.

Le projet signe la cohérence de l'éducation globale. Il est construit à partir de l'évaluation des besoins des élèves et du repérage des situations facteurs de risque. Dans ce domaine, les médecins et les infirmières de l'éducation nationale sont les conseillers techniques privilégiés.

Au regard de ces missions, le constat est inégal selon les régions mais en-deçà de ce qui devrait être escompté.

Environ 15 % des enfants scolarisés en maternelle et en école élémentaire bénéficient d'un suivi par le service de promotion de la santé.

Moins de 10 % de ces élèves bénéficient d'une éducation à la santé.

Il serait temps de s'interroger sur les moyens à donner pour assurer un réel suivi dès la petite enfance. Actuellement, quelques moyens sont donnés pour les adolescents mais rien n'est fait pour le jeune enfant de 6 à 10 ans.

Environ 15 % des enfants scolarisés en maternelle et en école élémentaire bénéficient d'un suivi par le service de

Les assistantes sociales scolaires ont été enlevées du premier cycle et commencent la prévention en collège. La tendance actuelle est de favoriser le nombre des infirmières dans les collèges et lycées au détriment

des maternelles et des écoles primaires, donc au détriment des dépistages.

En outre, il n'existe aucun suivi des personnels et le fractionnement des thèmes et du travail des personnes rend impossible la prévention.

Comment s'interroger sur les problèmes de santé, sur le mal-être des jeunes et sur la violence sans assurer une prévention globale et un suivi de tous les acteurs du système éducatif ? Vouloir prendre en charge le mal-être des élèves sans prendre en charge le mal-être des adultes qui les encadrent est une gageure. La communauté éducative, dans son projet, ne saurait atteindre ses objectifs sans promouvoir, prendre en compte, le bien être, l'équilibre et l'épanouissement de tous ses membres.

Que peut-on attendre du service de promotion de la santé ?

« Les missions et les organisations du service de promotion de la santé en faveur des élèves doivent être repensées en fonction du nécessaire suivi des jeunes en difficultés [...]. L'école, de la petite section de maternelle jusqu'à l'université, doit être un lieu privilégié de dépistage, d'écoute et de conseil. »¹⁵

L'encadrement réglementaire existe mais une rationalisation s'impose pour en permettre une réelle application. Il n'a jamais été appliqué faute de volonté pour passer de l'esprit des textes aux moyens d'agir.

La mise en place des missions ne peut se faire que si l'on s'en donne les moyens. Il faut pouvoir :

- Optimiser les ressources humaines existantes en renforçant les effectifs des

Vouloir prendre en charge le mal-être des élèves sans prendre en charge le mal-être des adultes qui les encadrent

médecins et infirmières afin qu'ils soient plus disponibles et puissent participer aux différentes instances institutionnelles destinées à repérer les difficultés et analyser les problèmes.

- Mettre en place des structures de dépistage des jeunes en situation de détresse ou de difficulté dans les écoles.

- Prendre réellement en charge les enfants et adolescents en difficulté.

- Veiller au respect des droits de l'enfant dans les établissements. Créer ou développer une équipe de volontaires dans chaque école qui serait à l'écoute des problèmes. Garantir les règles du secret professionnel.

- Assurer les bilans de 6 ans, en concertation avec la PMI. Le « dossier médical de liaison » entre les services de PMI et de promotion de la santé devrait permettre le développement de cette concertation.

- Assurer l'éducation à la santé dès la maternelle. Tous les professionnels s'accordent à dire qu'il est nécessaire de penser globalement les actions de prévention et d'envisager une réelle coordination. La mission de l'école est d'intégrer la dimension santé publique auprès des acteurs de l'Éducation nationale et de développer l'éducation à la santé de manière globale. La formation des intervenants agissant auprès des enfants est nécessaire.

- Former les enseignants et les personnels à pouvoir détecter les difficultés et le mal-être de l'élève.

- Former les médecins et les infirmières sur la construction de la personnalité de l'enfant, les troubles mentaux associés au développement somatique et psychique, les troubles médico-sociaux et psychoaffectifs et les facteurs qui les favorisent.

- Informer sur leurs droits les populations en situation précaire et les aider dans les démarches d'accès aux soins. Il pourrait être envisagé que le médecin de l'Éducation nationale ou l'infirmière donnent des bons de « consultation gratuite ». Réfléchir aussi sur des solutions à apporter dans les zones rurales qui souffrent de l'éloignement des services de soins.

- Lever les obstacles créés par le cloisonnement des différentes structures qui interviennent auprès de l'enfant (éducatives, sociales, judiciaires, médicales).
- Créer de véritables indicateurs permettant d'avoir des données fiables de morbidité.

Il est nécessaire aussi que chacun, dans le cadre de ses compétences, s'interroge sur ses pratiques pour :

- Placer réellement l'élève au centre du dispositif.
- Permettre de repérer le plus tôt possible son mal-être.
- Créer les conditions et se donner les moyens d'un travail pluridisciplinaire cohérent pour mettre en place une éducation au savoir-être.

Il conviendrait aussi de diffuser plus largement les données recueillies par les professionnels chargés de la promotion de la santé des élèves et notamment les résultats d'expériences innovantes comme celles d'entraînements auditifs ou visuels^{7,16}.

Rappelons enfin que six ans peut être un âge bien tardif pour dépister certaines déficiences ou troubles des acquisitions ou identifier de graves problèmes de relations intra-familiales, et que c'est donc dans la collaboration entre la PMI et l'école qu'on peut espérer voir des bilans et des dépistages plus précoces. On l'a vu plus haut, la plupart des troubles de l'acuité visuelle dépistés lors des bilans de six ans étaient repérables dès l'école maternelle. Plus tôt de tels déficits seront identifiés, plus grandes seront les chances qu'ils n'induisent pas d'échecs scolaires. ■

Six ans peut être un âge bien tardif pour dépister certains problèmes.

Anne Tursz

Pédiatre, épidémiologiste, directeur de recherche, Inserm U. 304, Paris

Marie-Claude Romano

Médecin de santé publique, conseiller auprès du recteur de l'académie de Créteil

alcoologie

REVUE TRIMESTRIELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE

Sommaire 1997, 19 (4) : 373-460

Éditorial

- 14 juillet 1997, *Jean-Dominique Favre*

Mémoires

- Alcoolisme et psoriasis. Étude préliminaire des relations réciproques, *Dominique Barrucand Claire Emsellem, Samir Tilikete, Henri-Jean Aubin*
- L'alcoolisation pathologique des hospitalisés au CHU de Caen, *François Vabret, Rémy Morello, Hervé Jean, Jean-François Desson, Annie Davy*
- Les sociétés dites de tempérance au XIX^e siècle en milieu anglo-saxon, *Bernard Hillemand*
- Ivresses et alcoolopathies à l'hôpital, après 75 ans. Étude rétrospective sur trois ans dans un centre hospitalier général, *Pascal Menecier, Catherine Simonin, Laure Menecier-Ossia, Daniel Debatty*
- Dosage de la carbohydate déficient transferrin. Diagnostic des patients alcooliques à gamma GT normales, *François Planche, Florence Hourcade, Éliane Albuissou, Marie Nadia Meunier, Roger Planche, Michel Reynaud.*

Alcoologie de terrain

- L'expression du sujet alcoolodépendant par l'émotion et par le discours, *Jean Morenon, Martine Morenon*
- L'alcoolodépendance en Tunisie. Facteurs socioculturels spécifiques, *Fatima Dellagi, Saïda Douki*

Libres propos de...

- Georges Nugue, La prévention de l'alcoolisme auprès des conscrits au début du siècle

Congrès

- 8^e journée d'alcoologie du Nord-Est, décembre 1996, Nancy

Vie de la SFA

- Chimiothérapies et conduites d'alcoolisation, *26 septembre 1997, Paris*
- Alcool et famille, *13 novembre 1997, Paris*
- Groupes : les associations d'aide aux personnes ayant un problème avec l'alcool, Groupe Normandie- Bretagne
- Prochaines réunions de la SFA. Nouveaux membres

Informations

- Annonces. Enseignements. Thèses et mémoires. Actualités. Livres. Agenda. Index 1997

Alcoologie, Pr Jean-Dominique Favre, 101, avenue Henri Barbusse. 92141 Clamart Cedex
téléphone et télécopie : 01 41 46 69 51



Fonds d'intervention en santé publique

Appel à projets régionalisé 1996

Fin 1992, la santé publique a bénéficié d'une dotation budgétaire exceptionnelle de 100 millions de francs appelée *Fonds d'intervention en santé publique*. Une première procédure d'attribution des crédits par appel à projets a permis de financer 86 projets. La totalité de la dotation budgétaire de 1992 n'ayant pas pu être attribuée, une seconde procédure d'allocation d'un montant de 24 millions de francs a été mise en place en 1995 et a permis de retenir 46 projets.

L'origine et le contexte du Fonds d'intervention en santé publique (Fisp) ont été décrits précédemment¹. Pour rappel, « *Fin décembre 1992, lors de la discussion au Parlement de la loi de finances rectificative pour 1992 et dans un contexte de modification de la loi Evin du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (dispositions concernant la retransmission en France de manifestations de sport automobile sponsorisées à l'étranger par des marques de tabac), certains membres du Haut Comité de la santé publique proposèrent au Gouvernement de déposer un amendement destiné à donner à la politique de santé publique des moyens financiers supplémentaires. A donc été voté un amendement gouvernemental à la loi de finances rectificative ainsi libellé : "sont accordés [...] 100 millions de francs [...] au titre IV du budget des Affaires socia-*

les et de l'Intégration [...] afin d'abonder la subvention au Groupement d'intérêt public Réseau national de santé publique pour le financement d'actions d'études et d'actions de communications et de promotion de la santé, notamment dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme". »

Une convention fut signée le 8 janvier 1993 entre le ministre chargé de la Santé et le Réseau national de santé publique (RNSP) pour charger ce dernier de procéder à l'attribution des crédits.

Un premier appel à projets fut engagé en 1993 qui a conduit à sélectionner 86 projets. En dehors de cette procédure, un certain nombre d'actions conduites par l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (Andem) et l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA) ont bénéficié d'un soutien financier du FISP.

À l'issue de cette première répartition du Fonds d'intervention en santé publique, il restait un crédit de 24 millions de francs pour lequel une seconde procédure d'allocation a été mise en œuvre en 1995.

Un appel à projets régionalisé

Pour cette seconde procédure, le principe d'attribution par appel à projets a été maintenu. Sur proposition du directeur général de la Santé, les thèmes retenus pour ce second appel à projets ont été : l'usage du tabac, la consommation excessive d'alcool, le lien santé-précarité.

Par ailleurs, il fut décidé que ce second appel d'offres devrait soutenir le développement de projets régionaux sur les trois thèmes choisis, afin de contribuer au renforcement de la régionalisation des politiques de santé. En effet, la mise en place progressive des conférences régionales de santé, l'identification des priorités de santé publique au niveau de la région, et plus récemment les ordonnances sur la réforme de la protection sociale, confortaient ce rôle stratégique des régions dans l'orientation des politiques de santé. Le choix d'un appel à projets régionalisé fut donc retenu.

Dans cette configuration, les principaux partenaires du RNSP furent les di-

Grille d'évaluation des dossiers soumis au comité national de sélection du Fisp

Les projets ont été évalués selon les critères suivants :

1. pertinence par rapport aux notes de problématiques de l'appel à projets
2. « valeur ajoutée » dans le contexte régional
3. adéquation entre le projet et le problème de santé publique posé
4. choix et rigueur de la méthodologie
5. faisabilité du projet (calendrier, ressources, acceptabilité...)
6. pertinence du budget et rapport « qualité-prix » du projet
7. caractéristiques de l'équipe : son expérience, ses références, éventuellement la multipluridisciplinarité et la capacité de travailler en réseau
8. exposé des résultats attendus et des méthodes d'évaluation du processus, des résultats et de l'impact.

reactions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass).

Toutefois, afin de ne pas écarter a priori des projets de qualité ne s'inscrivant pas dans une dimension exclusivement régionale, il a été décidé d'intégrer également les dossiers de dimension nationale et interrégionale.

Une circulaire (DGS /VS n° 96/18 du 15 janvier 1996) a défini les principes de l'appel à projets et la répartition des responsabilités entre le RNSP et les Drass. Elle confie à ces dernières le rôle d'animation locale pour faire émerger des projets de santé publique, les présélectionner, les coordonner et les transformer en un programme régional.

Le RNSP, quant à lui, a été chargé d'effectuer la sélection définitive parmi les programmes préalablement retenus par les Drass.

L'appel à projets a été lancé en mai 1995 par voie de presse. Il a entraîné plus de 150 demandes d'inscription. Les candidatures ont été classées selon l'origine géographique des projets proposés. Pour les projets régionaux, les promoteurs ont été invités à se rapprocher de leur Drass. Les projets nationaux et interrégionaux ont été gérés directement par le RNSP.

Pour assurer une diffusion la plus large possible, les Drass ont également été chargées de relayer l'annonce de

presse en contactant les principaux intervenants régionaux susceptibles d'élaborer et de mettre en œuvre des projets de santé publique.

La sélection des projets

Les projets régionaux ont tout d'abord été examinés par un comité régional d'experts placé sous la responsabilité des Drass.

Après cette première sélection, les projets retenus ont été adressés au RNSP, et ont été examinés par trois instances :

- le comité national de sélection, constitué de trois experts par thème, choisi par le conseil d'administration du RNSP et de trois membres de son conseil scientifique, a été chargé, sur la base d'un jugement technique, de proposer une liste de projets susceptibles d'être sélectionnés.
- le conseil scientifique du RNSP avait mission d'examiner la validité de la procédure de sélection et de donner un avis sur la proposition de sélection émise par le comité national d'experts.
- le conseil d'administration du RNSP devait faire une sélection définitive sur la base des propositions des instances précédentes, en introduisant des critères plus généraux de répartition du budget, de pertinence en terme de santé publique,

d'équilibre entre les thèmes et entre les régions, et de cohérence nationale.

Afin de donner un cadre aux soumissionnaires, les experts du comité national de sélection ont rédigé une note de problématique sur chaque thème retenu. Ils se sont appuyés, dans chacun de ces domaines, sur une analyse détaillée des besoins de santé publique en France.

Une grille d'évaluation fut élaborée pour permettre aux experts d'apprécier les projets. Elle fut aussi adressée aux promoteurs afin qu'ils prennent connaissance des critères à partir desquels leurs projets seraient jugés (voir encadré ci-contre).

Chaque projet a été examiné et noté par deux experts membres du comité national de sélection sur la base suivante : projet à conserver ; projet à discuter ; projet à rejeter. À partir de ces avis et d'une discussion générale, l'ensemble du comité national de sélection a ensuite voté à la majorité l'acceptation ou le rejet du projet.

Les résultats de la sélection

Jusqu'à la date limite du 30 novembre 1996, 155 projets ont été adressés au RNSP répartis comme suit :

- 118 projets régionaux sur un total de 300 projets soumis (39 %), ont été présélectionnés et transmis par les Drass
- 15 projets interrégionaux
- 22 projets nationaux.

Du point de vue des thèmes de santé publique retenus, on note :

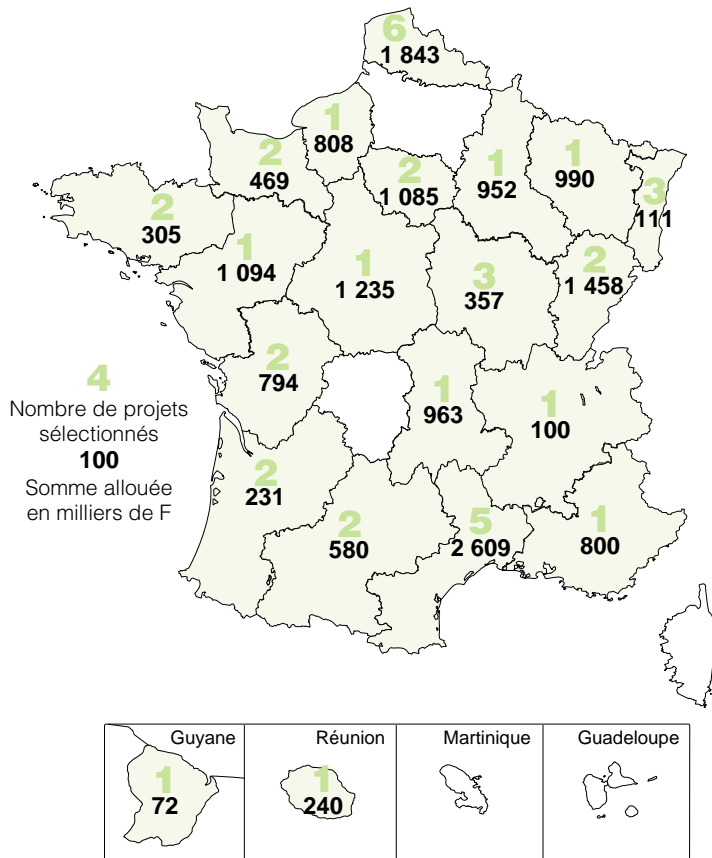
- 115 projets concernant un thème unique dont 55 projets précarité, 36 projets alcool et 24 projets tabac ;
- 25 projets concernant deux thèmes dont 23 projets alcool-tabac et 2 projets alcool-précarité ;
- 15 projets englobant les trois thèmes, alcool, tabac, précarité.

Ces 155 projets représentaient une demande de presque 106 MF.

Le conseil d'administration, après avis des experts, a retenu 46 projets (41 régionaux, 3 interrégionaux et 2 nationaux) totalisant un budget de 19 943 465 F.

Conformément à l'objectif de cet

Projets et sommes allouées par région



appel à projets qui était de renforcer la régionalisation de la politique de santé publique en finançant des projets régionaux, la dimension régionale a été privilégiée par rapport à la dimension nationale et interrégionale. Les projets régionaux représentent ainsi 89 % des projets sélectionnés, et 86 % des budgets alloués. À l'origine, ils ne représentaient que 76 % des projets déposés et 60 % des budgets demandés.

Cinq régions n'ont vu aucun de leurs projets sélectionnés. Par ailleurs, la répartition des financements est très variable d'une région à l'autre (voir carte).

La répartition thématique est la suivante : 14 projets précarité, 12 projets

alcool, 7 projets tabac, 7 projets alcool-tabac, 6 projets alcool-tabac-précarité.

Le suivi des projets

Les résultats de l'appel à projets ont été notifiés par le RNSP aux promoteurs.

Une circulaire (DGS n° 97/590 du 9 septembre 1997) définit les principes de la procédure de suivi des projets sélectionnés dans le cadre de cette deuxième répartition du Fonds d'Intervention en santé publique. La procédure de suivi technique des projets est de la responsabilité des Drass. Elles assurent l'interface entre les promoteurs et le RNSP. Ce der-

nier a la responsabilité de la gestion des conventions.

Le conseil d'administration du RNSP a par ailleurs exprimé le souci que le RNSP et les Drass accompagnent les promoteurs dans le déroulement de leurs travaux. Il a souhaité qu'un comité de suivi scientifique piloté par le RNSP se mette en place. Ce comité national d'experts assurera un rôle d'expertise auprès du RNSP. Il sera plus particulièrement chargé de se prononcer sur la qualité des travaux menés et de faire des propositions sur la valorisation des résultats obtenus.

Ce second appel à projets du FISP a montré une forte motivation des équipes régionales. Le nombre important des dossiers déposés auprès des Drass, plus de 300, est révélateur du dynamisme et de la mobilisation des chercheurs et intervenants en santé publique régionaux, mais aussi des besoins considérables en études et actions dans le domaine de la santé publique. En revanche, la sélection a permis de mettre en évidence les insuffisances méthodologiques existant encore en France dans ce domaine.

Enfin, il faut souligner l'ampleur du travail accompli par les Drass dans chaque région et leur rôle d'interlocuteur privilégié dans le champ de la santé publique en France. ■

Bibliographie

1. Bernadette Roussille. 100 millions pour la santé publique. *Actualité et dossier en santé publique*, n° 4, septembre 1993.

Sophie Schapman

Chargée du suivi du Fonds d'intervention en santé publique au RNSP

Liste des projets acceptés par le FISP

Régions		
Organisme	Responsable	Budget
Alsace		
Association départementale des professionnels de santé du Haut-Rhin (ADPS)		
Intervention du CHAA de Colmar et du CDPA à l'abri de nuit de l'association Espoir	E. Malgarini	22 423 F
CPAM de Strasbourg		
La prévention du tabagisme en milieu scolaire	C. Tschamber	20 000 F
Rectorat de Strasbourg		
Vigie Cancer	D. Livert	69 000 F
Aquitaine		
Association pour l'aide à l'insertion sociale (Asais)		
Alcool et précarité : approche médico-psycho-sociale pour le développement de réseaux ambulatoires	M. Lemasson	147 000 F
Prado 33		
La santé des sans-abri. Quel projet ?	G. Bodin	84 000 F
Auvergne		
CHU Clermont-Ferrand		
L'alcoolisation excessive en Auvergne	M. Reynaud	963 000 F
Basse-Normandie		
Université de Caen		
L'alcoolisation en Basse-Normandie : évaluation des besoins de prise en charge	X. Le Coutour	155 000 F
Association interdisciplinaire de recherche sur le tabagisme en Basse Normandie (AIRTBN)		
Dynamisation d'une région par les professionnels de santé dans le domaine du tabagisme	B. Le Maitre	314 400 F
Bourgogne		
Observatoire régional de la santé		
Evaluation du dispositif de détection et de prise en charge de la souffrance alcoolique	B. Lemery	91 656 F
Comité départemental d'éducation pour la santé (codes)		
Les jeunes et leur santé. Actions tabac et alcool	P. Fagnot	136 000 F
Comité antituberculeux d'entraide et d'éducation sanitaire de Côte d'Or (Caeesco)		
Un lieu d'accueil, d'écoute et d'aide au sevrage tabagique	L. Jeannin	129 400 F
Bretagne		
Coordination des soins et de la recherche en alcoologie (Cosra)		
Urgences hospitalières et alcool	D. Richard	105 000 F
Délégation régionale de prévention de l'alcoolisme en Bretagne (DRPA)		
« La scène des risques »	A. Cercle	200 000 F
Champagne Ardenne		
Collège régional d'éducation pour la santé (Cres)		
École du souffle	F. Ihuel	952 000 F
Centre		
CPAM du Loiret		
Coordination médico-sociale dans le Loiret : implication de la médecine libérale dans les mesures d'accompagnement social du patient	J. Chiffe	1 235 000 F
Franche Comté		
Comité départemental de prévention de l'alcoolisme (CDPA)		
Evaluation d'une action auprès des conducteurs ayant un problème d'alcool	P. Gache	1 000 000 F
Mutualité du Doubs		
Projet d'amélioration de l'état de santé des jeunes en situation de précarité	P. Fuchs	498 000 F
Guyane		
Centre d'action éducative		
Bande dessinée : prévention de la maltraitance	A. Bougerol	72 000 F
Haute-Normandie		
CHU Rouen		
Création d'un pôle Santé Précarité dans l'agglomération rouennaise	A. M. Rozier	808 000 F
Île-de-France		
Centre de recherche sur les enjeux contemporains en santé publique (Cresp)		
Le recours à l'hôpital des malades confrontés à des difficultés sociales économiques et juridiques	D. Fassin	535 000 F
Institut de l'humanitaire		
Morbidité et filières de soins des patients en situation de précarité en région parisienne : étude multicentrique	J. Lebas	550 000 F
Languedoc Roussillon		
Alès Santé		
Réseau Ville-Hôpital-Alcool du bassin sanitaire alésien	F. Demateis	307 000 F

Épidaure

Aide à l'arrêt du tabac, implication du médecin généraliste dans le cadre de la consultation de prévention

H. Sancho-Garnier 1 676 862 F

Comité audois d'éducation pour la santé (Caes)

L'énergie, c'est pas fait pour partir en fumée

A. Ducros 35 000 F
M.C. Sabadie

Centre Hospitalier de Béziers

Accueil et prévention des difficultés relationnelles concernant les pré-adolescents et les adolescents

M. Galtier 460 193 F

Union des mutuelles de France du Gard

Études et actions communautaires dans le cadre d'un programme de développement social du quartier à forte précarité

B. Pissaro 130 000 F

Lorraine

Collège régional d'éducation pour la santé (Cres)

Programme alcool en Lorraine. Promotion de la santé : action et évaluation

M. Barthélemy 990 000 F

Midi-Pyrénées

Observatoire régional de la santé

La politique d'accès aux soins et à la santé des plus démunis : pour une méthodologie d'analyse des besoins et des réponses

F. Cayla 400 000 F

Comité médico-social pour la santé des migrants

« Quand tout est perdu, il est vital de se retrouver soi-même »

A. Martin 180 000 F

Nord-Pas-de-Calais

Collège régional d'éducation pour la santé (Cres)

Mallette pédagogique « les amis de mon jardin »

Ph.-J. Parquet 150 000 F

Carrefour d'initiative et de réflexion, autour de la maternité, l'enfance, la vie affective et sexuelle, de la région Nord-Pas-de-Calais (Cirm)

Alcoolisme et grossesse. Campagne de sensibilisation et d'information du public

A. Roussel 95 000 F

Association périnatalité prévention recherche information (APPRI)

Tabagisme et grossesse. Recherche-Action en région Nord-Pas-de-Calais

M. Delcroix 650 000 F

Mairie de Béthune

Programme de prévention tabagique : spectacle de marionnettes

M. Lorthiois 14 540 F

Comité départemental de prévention de l'alcoolisme (CDPA)

Renforcer les moyens documentaires, pédagogiques et l'aide méthodologique des professionnels du Nord-Pas-de-Calais, pour le développement d'actions de prévention des risques liés aux conduites d'alcoolisation des femmes durant la grossesse

D. Playoust 297 000 F

CHRU Lille

Analyse des pratiques professionnelles lors du sevrage médicalement assisté (alcool) et création d'indicateurs de qualité à usage des praticiens ville-hôpital

T. Danel 637 000 F

Pays de Loire

Conseil régional de prévention de l'alcoolisme (CRPA)

Prévention primaire des conduites d'alcoolisation à risque pour une population scolaire (5-15 ans)

R. Chapuis 1 094 931 F
P. Ardwidson

Poitou Charentes

Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA)

Action de formation en alcoologie à destination des personnes intervenant auprès des publics les plus démunis

F. Casadebaig 450 000 F

Comité régional d'éducation pour la santé (Cres)

Aide à l'arrêt du tabagisme via des professionnels de santé

A. Hirsch 344 220 F

Provence Alpes Côte-d'Azur

Comité régional d'éducation pour la santé (Cres)

Famille et santé. Contre l'exclusion

J.-L. San Marco 800 000 F

Réunion

Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)

Suivi d'une cohorte de nouveau-nés de mères alcoolisées

D. Lamblin 240 000 F

Rhône-Alpes

Comité départemental de prévention de l'alcoolisme (CDPA)

4A : aide, associations, accompagnement, alcool

G. Bulot 100 000 F

Franche Comte, Île-de-France, Languedoc Roussillon

Comité régional d'éducation pour la santé (Cres)

Influence de la pauvreté sur la fréquentation scolaire et l'alimentation des élèves du 2^e degré

G. Leynaud-Rouaud 800 000 F

Guadeloupe, Guyane, Martinique

Association de recherche en psychologie pour l'étude du groupe et de l'expression (Arpege)

Étude comparative en milieu scolaire sur les déterminants psychosociaux des conduites d'initiation à l'usage de tabac et d'alcool

M. A. Pierrot 232 240 F

Basse-Normandie, Languedoc-Roussillon

CHU Nîmes

Analyse médico-économique de la prise en charge de patients hospitalisés pour sevrage alcoolique en milieu spécialisé

J.-L. Balmes 326 600 F

France

Comité national contre le tabagisme (CNCT)

Étude (enquête et observatoire) et actions sur les promotions des produits du tabac

G. Dubois 900 000 F

Évaluation du respect des dispositions du décret du 29 mai 1992 dans un certain nombre de lieux publics

P. Boucher 546 000 F

Le système de santé suisse

Une période de mutation

La Suisse est un pays où les compétences en matière de santé sont réparties entre le Gouvernement fédéral et les Cantons. Victime, ces dernières années, comme la plupart des pays occidentaux, à la fois de difficultés économiques et d'une croissance continue des dépenses sanitaires, la Suisse réorganise son système de santé en plaçant l'éthique au cœur de sa réflexion.

La Suisse est un pays de 7 millions d'habitants, avec un des revenus par habitant les plus élevés du monde, où la vie par ailleurs est chère, et qui a vécu pratiquement sans chômage au cours du dernier demi-siècle. On connaît depuis 1990 environ une stagnation/récession, avec environ 5 % de sans-emploi. Son système politique fédéraliste veut que la Confédération ne dispose que des prérogatives qui lui sont expressément attribuées par la Constitution fédérale (« Les cantons sont souverains en tant que leur souveraineté n'est pas limitée par la Constitution fédérale », art. 3 de cette dernière). Traditionnellement, les vingt-six cantons, de tailles très diverses, sont notamment compétents dans le domaine de la santé publique et de l'organisation du système de soins, ainsi que de l'éducation et de la police. Néanmoins, en matière de santé, la ligne de partage a progressivement changé en raison de l'ampleur des problèmes à traiter : au fil

des années, la Confédération s'est vu confier de nouvelles tâches, s'agissant particulièrement de législation relative aux assurances maladie, accident et invalidité (de même que l'assurance vieillesse). Par ailleurs, les cantons ont créé des organismes intercantonaux, notamment pour le contrôle des médicaments.

Répartition des compétences

Les domaines qui sont du ressort du Gouvernement fédéral sont principalement les maladies transmissibles (et les vaccins et sérums), le contrôle des denrées alimentaires, celui des stupéfiants, des toxiques, la délivrance des diplômes des professions médicales (médecin, dentiste, pharmacien, vétérinaire, mais les cantons restent compétents pour les autres professions de la santé) et les assurances sociales, de même que les relations internationales (OMS, Conseil de l'Europe) et la

protection de l'environnement^{1, 11}. Des démarches constitutionnelles et législatives sont en cours, en vue de donner à la Confédération des compétences en matière de procréation médicalement assistée, génie génétique et médecine de transplantation.

Dans un contexte tout à fait prospère jusqu'il y a peu, le système alliait une pratique libérale de la médecine avec un soutien des pouvoirs publics aux soins en institutions (hôpitaux, établissements pour malades chroniques) et un filet de sécurité sociale généralement dense. Il s'agit typiquement de ce que l'OMS a appelé « système pluraliste »^{2, 10}. À titre illustratif, la figure de la page 14 montre la répartition des charges financières incombant à différents acteurs (il s'agit d'un calcul pour le canton de Vaud quoique non identiques, les situations des autres cantons montreraient une diversification comparable).

La santé de la population

Mentionnons quelques éléments de comparaison. Le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a adopté en 1984 trente-huit buts stratégiques dans le cadre de la démarche « Santé pour tous en l'an 2000 ». Les progrès réalisés ont fait

l'objet d'une évaluation triennale ; un rapport couvrant la période 1989-1991 a été suivi d'un second pour 1993-1994, qui permettent de situer la Suisse par rapport à dix-huit autres pays de la région. Dans l'ensemble, elle est dans le peloton de tête. Cependant, par rapport à la moyenne européenne, des progrès (à savoir une diminution des chiffres actuels) doivent être faits spécialement dans cinq domaines :

- la consommation de cigarettes ;
- le pourcentage de matière grasse dans l'alimentation ;
- le nombre de suicides ;
- le cancer du sein ;
- les tumeurs de l'appareil respiratoire dans la population féminine.

Il est essentiel aussi, aujourd'hui, de rappeler que l'équité sociale est un aspect

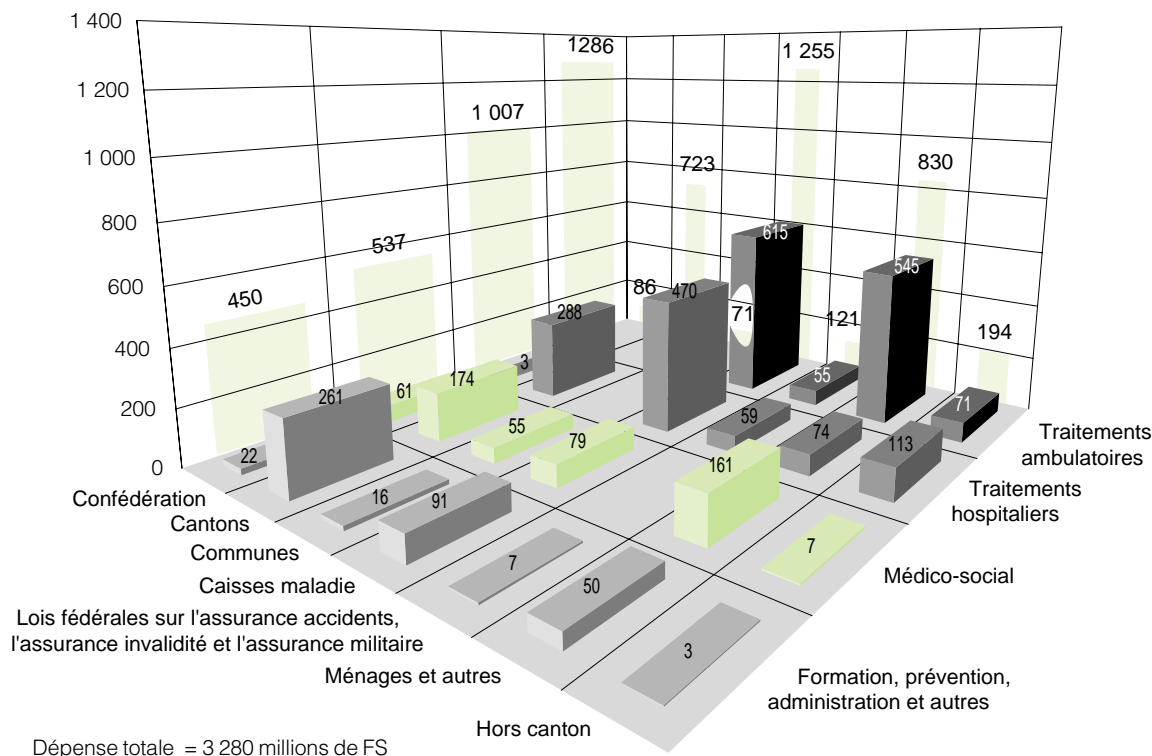
fondamental de la santé publique (« *Public health is social justice* » disent nos collègues anglo-saxons³). Malgré les efforts faits pour garantir un accès universel aux soins, les inégalités face à la santé persistent voire s'accroissent, y compris en Suisse. Cela est dû au fait qu'une grande partie des déterminants de la santé ne relèvent pas des services de soins. Pour une part, les différences de style de vie entre les groupes sociaux expliquent ces inégalités : répartition sociale du tabagisme, des mauvaises habitudes alimentaires ou de l'inactivité physique, entre autres. Mais d'autres aspects, comme les écarts de revenus au sein de la même communauté, exercent un effet propre. On peut rappeler que le premier déterminant de la santé satisfaisante d'un groupe est le fait de bénéficier de condi-

tions socio-économiques suffisantes. Au moment où la Suisse connaît une recrudescence de difficultés de type social, ces problèmes de santé publique exigent une attention renouvelée^{4,5,6}. Il convient encore de relever l'importance de la problématique environnementale et de la qualité du milieu de vie, et l'attention que les professionnels de santé doivent y porter de manière accrue⁷.

Le risque de « la médecine pour la médecine »

Un colloque tenu à Genève en 1995, par une association de médecins en pratique privée, avait pour titre « La médecine : pour ou contre la santé ? ». C'est une boutade pour une part, mais pour une part

Financement des dépenses de santé par secteur dans le canton de Vaud en 1993 (en millions de francs suisses)



Source : Conseil d'État, 1997, p. 119. Mise en forme : adsp

seulement. Comme on peut critiquer « l'art pour l'art », il faut être attentif au danger de la médecine pour la médecine. En d'autres termes, constamment poser la question de l'utilité concrète vraisemblable des démarches entreprises pour la santé du patient. Cela vaut en Suisse comme ailleurs. Le fait est que la pratique des multiples professionnels et la puissance (souvent agressive) des moyens thérapeutiques entraînent de plus en plus de risques objectifs, physiques, qui viennent s'ajouter à l'indésirable médicalisation des existences personnelles et de la vie sociale. Il convient d'examiner quels éléments renforcent la tendance à une approche très (trop) biomédicale, technicisée, une *providers' approach* (approche de dispensateurs) par rapport à une *consumers' approach* (qui tient compte en premier lieu de l'utilisateur).

D'abord, mentionnons les facteurs aujourd'hui favorables à une pratique « retenue » de médecine pour la santé :

- l'importance croissante accordée à des rapports patient-médecin marqués par le dialogue plutôt que par une attitude doctorale/paternaliste ;
- particulièrement, l'accent mis sur l'information et l'autonomie du malade, qui implique sa participation à la prise de décision médicale. Les efforts de promotion de la santé, dans la foulée de la Charte d'Ottawa de 1986, vont dans le même sens ;
- la meilleure prise en compte des aspects psycho-sociaux ;
- les intentions et les (premières) réalisations dans le sens du contrôle de la qualité des pratiques ;
- une optique de santé communautaire et une sensibilisation au rôle de l'environnement (dans ses diverses dimensions), parmi les jeunes professionnels et quelques-uns de leurs enseignants ;
- les difficultés économiques actuelles peuvent favoriser une médecine pertinente, non polypragmatique. Cela serait réalisé dans un monde où la rareté des ressources entraînerait forcément (ou préférentiellement) des choix judicieux d'usage des moyens. Malheureusement, il n'y a pas de garantie que tel soit le cas : on peut parfaitement voir des situations

de raréfaction matérielle où, néanmoins, on continue à dépenser de manière inconsiderée dans certains secteurs tout en en « affamant » d'autres.

À l'inverse, d'autres facteurs poussent à une médecine pour la médecine :

- la surabondance de l'offre, par des corps professionnels, des établissements de soins et des équipements technologiques en excès. Problème du *numerus clausus* (limitation de l'accès aux études) qu'il faudrait introduire, qui se heurte jusqu'ici en Suisse à une certaine conception de la liberté académique ;
- l'accroissement disproportionné du nombre des spécialistes et super-spécialistes par rapport aux médecins de premier recours (de famille) aggrave encore la situation ;
- les modalités de tarification prévalant jusqu'ici, privilégiant les actes techniques et/ou opératoires (diagnostiques et thérapeutiques), exercent une influence dans le même sens ;
- cela étant, dans un secteur où, même si nous faisons de grands progrès en termes d'information et de dialogue entre soignants et soignés, l'acheteur de prestations ne pourra jamais être aussi éclairé que le voudrait la théorie libérale des mécanismes du marché, l'excès d'offre est un stimulateur fort de médecine pour la médecine ;
- sans pouvoir mener à chef un débat sur ce sujet, il est clair que le paiement à l'acte n'est pas susceptible de promouvoir une médecine économe de ses gestes. Ce système garde des aspects positifs : on est payé pour ce que l'on fait, un certain contrôle est possible. C'est probablement un bon modèle là où l'offre est limitée, où les besoins tendent à dépasser les disponibilités des prestataires, ce qui était la situation chez nous jusque dans les années soixante. Mais, dans un contexte d'offre excédentaire, ses défauts prennent du poids.

L'appréciation globale est donc que, aujourd'hui, les mécanismes qui encouragent une médecine pour la santé restent relativement faibles. Compte tenu des pressions liées à leur survie économique, il faudrait attendre beaucoup d'abnégation de la part des professionnels pour

Bibliographie

1. F. Gutzwiller, O. Jeanneret. *Médecine sociale et préventive. Santé publique*. Berne : Éditions Hans Huber, 1996.
2. Ph. Lehmann, F. Gutzwiller, J. Martin. The Swiss health system : the paradox of ungovernability and efficacy. In : M. G. Field. *Success and Crisis in National Health Systems. A Comparative Approach*. New York/ London : Routledge, 1989.
3. J. Martin. *Éthique médicale, santé publique et droits de l'homme*. (III^e Congrès mondial de bioéthique, San Francisco, 20-25 novembre 1996). *Médecine & hygiène* 55, 256-7, 1997.
4. Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) et Service cantonal de recherche et d'information statistiques. *La santé des Vaudois en 1996*. IUMSP, Bugnon 17, CH-1005 Lausanne, 1996.
5. C. E. Minder. Socio-economic factors and mortality in Switzerland. *Médecine sociale et préventive/Sozial- und Präventivmedizin* 38, 313-328, 1993.
6. W. Weiss. *La santé en Suisse*. Lausanne : Payot, 1993.
7. J. Martin. Protection de l'environnement, développement durable : quelles implications pour le médecin et l'éthique médicale ? *Bulletin des médecins suisses*. 78, 1723-9, 1997.
8. J. Martin. *Médecine pour la médecine ou médecine pour la santé*. Lausanne : Réalités sociales, 2^e édition, 1997.
9. Canton de Vaud. *Rapport du Conseil d'État sur les nouvelles orientations de la politique sanitaire (rapport NOPS)*. Lausanne : Chancellerie d'État, Document n° 281, 273 p., juin 1997.
10. Martin J. Health policy and management in pluralistic systems : Trying to make diverse and sometimes contradictory interests converge. In : E. Dekker, A. van der Werff (Eds.). *Policies for Health in European Countries with Pluralistic Systems*, 67-85. Copenhagen : World Health Organization, Regional Office for Europe, 1990.
11. Undritz N. *Le système de santé en Suisse*. Lausanne : Payot, 1988.

qu'ils s'engagent pleinement dans des modes de pratique, des concertations, des collaborations qui évitent des dérives. Le pronostic sur ce point est donc bien réservé⁸.

La loi fédérale sur l'assurance maladie et ses innovations

Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, la loi du 18 mars 1994 remplace, après une longue histoire de projets législatifs successifs, celle de 1911. Depuis le début du siècle donc, le cadre général de prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie dite sociale était fixé au plan fédéral. Ses aspects, qui ont été beaucoup débattus, étaient le fait qu'elle n'était pas obligatoire (encore que, finalement, 98 % des Suisses environ étaient correctement assurés), que des réserves pouvaient être émises au moment de l'entrée dans une caisse maladie et que les mesures préventives n'étaient pas obligatoirement remboursées (mais pouvaient l'être dans certains cas).

La loi de 1994 introduit les principes nouveaux suivants :

- instauration de l'assurance obligatoire, de subsides aux assurés de condition modeste (qui existaient auparavant aussi, sous des formes différentes), du libre passage d'une caisse maladie à l'autre et de la péréquation des risques (en fonction de l'âge et du sexe des assurés) entre caisses ;
- possibilité ouverte à de nouvelles formes d'assurances avec des choix limités de fournisseurs, en contrepartie d'une réduction de prime (caisses de santé/HMO,...) ;
- introduction de la liberté contractuelle entre assureurs et fournisseurs, qui supprime en principe toute emprise de type cartellaire et modifie l'équilibre actuel du marché des soins ;
- couverture des prestations remboursées par l'assurance de base au coût de production, en respectant la vérité des prix ;
- obligation pour les cantons d'établir une planification pour les établissements sanitaires, tenant compte du secteur privé

existant et des collaborations intercantionales ;

- limite fixant à 50 % au maximum la participation de l'assurance obligatoire au financement de l'hospitalisation en division commune des établissements publics ou subventionnés (le reste étant assumé pour l'essentiel par les cantons), et excluant de cette participation les frais d'investissement, de formation, de recherche, ainsi que ceux résultant des surcapacités ;
- statut analogue de fournisseurs de prestations ambulatoires pour les EMS (établissements médico-sociaux, pour patients chroniques, la plupart âgés) et les services à domicile ;
- exigences posées aux fournisseurs de soins en matière de comptabilité analytique, de statistique de prestations et de garantie de qualité ;
- prise en charge de mesures préventives, qu'il s'agisse de dépistage de certaines maladies ou de promotion de la santé (selon un catalogue agréé).

Un document récent de bilan et de prospective

Le canton de Vaud a 600 000 habitants (cela en fait le troisième du pays en importance démographique) et compte notamment une faculté de médecine et un hôpital universitaire. À relever à ce propos qu'un rapprochement avec les institutions homologues de Genève est en cours, en vue de la création du Réseau hospitalo-universitaire de Suisse occidentale (RHUSO), ce qui représente ici un exercice de stratégie organisationnelle et politique hors du commun. Ce canton dispose d'un réseau sanitaire dense, hospitalier spécialement, qui a mis des capacités de soins diversifiées à proximité des citoyens. Les pressions conjointes des difficultés économiques, des avancées constantes de la biomédecine et du raccourcissement des durées de séjour pour soins aigus demandent impérativement un aménagement du système, dans le sens de la concentration des plateaux techniques complexes et des professionnels spécialisés dans un nombre moindre

d'endroits. Il y a lieu aussi de mieux structurer la prise en charge des urgences préhospitalières (en s'inspirant des expériences étrangères, Samu par exemple, c'est un domaine où notre système a laissé à désirer). Un texte fondamental, le rapport sur les nouvelles orientations de politique sanitaire (rapport NOPS)⁹, a été émis en 1997 par le gouvernement du canton (Conseil d'État) et accepté par le Parlement cantonal (Grand Conseil).

Le canton de Vaud comptait 150 professionnels de la santé patentés pour 149 000 habitants en 1810 et 12 000 personnes autorisées à pratiquer (professions soumises à la législation sanitaire) pour 535 000 habitants en 1985, soit 22 fois plus par habitant. L'évolution est ancienne et coïncide avec la naissance de la clinique. Mais la force de l'expansion est récente. Elle trouve dans l'hôpital son meilleur allié. C'est ainsi, par exemple, que les accouchements dans les hôpitaux suisses passent de 44 % vers 1940 à 99 % au cours des années soixante-dix. De même, les décès, encore les plus fréquents à domicile à la fin de la guerre, interviennent en majorité (75 %) dans les institutions sanitaires quarante ans plus tard.

En trente ans, *grosso modo* de 1950 à 1980, les établissements sanitaires vaudois se sont multipliés par six. Le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) a vu ses lits multipliés par trois. La médecine de son côté s'est différenciée à un rythme rapide : 19 spécialités médicales coexistent en 1941, 32 en 1980. Les autres activités de santé ont vécu le même processus. L'ancien monopole médical des soins s'est partagé entre près de cinquante professions, dont plusieurs ont échappé progressivement au contrôle des médecins. Les médecines autres, naturelles, douces ou parallèles connaissent un essor marqué. Notons encore que, sous l'impulsion de l'État, un fort accent a été mis depuis une dizaine d'années sur le renforcement des services de maintien à domicile, qui sont actuellement à un niveau enviable de couverture et de qualité.

Aujourd'hui, dit le rapport NOPS : « Notre système est le plus cher au monde après les États-Unis. Le rapport entre la

Buts centraux de la réforme NOPS

Le Conseil d'État vaudois définit ses buts pour les prochaines années. En général, il s'agit de, *primo*, préserver voire accroître pour chacun l'accessibilité, la sécurité et la qualité des soins et, *secundo*, d'obtenir une meilleure utilisation des ressources engagées, en fonction des besoins de la population.

Pratiquement, les objectifs principaux sont :

Simplifier l'organisation

- Transformer les conditions de la coopération par le regroupement d'institutions en quelques grands réseaux de soins
- Réduire les surcapacités
- Assurer une meilleure orientation des patients
- Améliorer le suivi des patients d'une institution à l'autre
- Faciliter la coordination entre professionnels et la rendre moins coûteuse
- Favoriser les transferts de moyens vers les filières les plus performantes.

Moderniser la gestion

- Fonder l'allocation de moyens sur des bases contractuelles, explicites et mesurables
- Introduire des critères sanitaires de coûts et de qualité
- Adapter l'information de gestion à cette exigence
- Introduire des mécanismes de concurrence entre institutions de soins
- Assurer une information compréhensible et motivante de la population et des patients
- Faire une large place dans l'appréciation des résultats à la qualité perçue par les patients.

Des priorités en matière de prévention

Pour les années à venir, ces priorités, retenues par la Commission cantonale de prévention et incluses au Rapport NOPS, sont :

- Promouvoir la santé dans la petite enfance (0 à 6 ans) en favorisant le développement psychoaffectif de l'enfant ;
- Prévenir les grossesses non désirées, les avortements et les problèmes liés à la sexualité, en favorisant la naissance d'enfants désirés et leur accueil dans de bonnes conditions ;
- Diminuer la fréquence du tabagisme (facteur de risque majeur dans les deux domaines pathologiques dominants, maladies cardio-vasculaires et cancers) ;
- Diminuer la consommation moyenne d'alcool (facteur de risque de cancers, de maladies dégénératives, d'accidents) ;
- Diminuer la fréquence des accidents (circulation, sport, travail), dont les victimes sont souvent jeunes et les conséquences lourdes ;
- Améliorer l'alimentation (manger moins, moins gras et moins sucré) ;
- Améliorer l'environnement social (maintien de conditions socio-économiques acceptables pour tous) ;
- Développer le dépistage précoce des maladies, en collaboration avec les professions de soins ;
- Réduire les problèmes de santé liés à l'activité professionnelle (une nouvelle directive de la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail est entrée en vigueur en 1996, précisant dans quelles conditions les entreprises doivent faire appel à des spécialistes formés) ;
- Développer le système d'information en coordonnant mieux les enquêtes, en développant la coopération intercantonale, en poursuivant l'évaluation des interventions de prévention ;
- Maintenir les efforts engagés concernant notamment la lutte contre la toxicomanie, la surveillance des maladies infectieuses et de la couverture vaccinale, la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du sida.

densification des services de santé et les résultats sanitaires est de plus en plus ténu. Nos institutions fonctionnent sans objectifs partagés capables de mobiliser ou de contraindre les différents intervenants. Le système a poussé dans tous les sens, avec une atomisation des fournisseurs de soins, la duplication des équipements et les surcoûts associés [...]. Les observateurs sont de plus en plus nom-

breux à penser que notre système de santé est trop cher pour la qualité qu'il offre ».

D'un point de vue de santé publique, la nouvelle mortalité est faite moins d'infections que de dégénérescences, elle relève de plus en plus de facteurs liés à l'environnement et aux comportements individuels. En matière de morbidité, les maladies chroniques dégénératives occu-

pent une place désormais déterminante dans les demandes de soins et la consommation de ressources. Cette double évolution (morcellement des institutions et des pratiques d'une part, prédominance des maladies chroniques d'autre part) a accentué le décalage entre soins fournis et attentes des patients. Aux besoins du malade chronique où les pathologies multiples sont la règle, où la guérison est

l'exception, le système répond par la fragmentation.

La pression budgétaire, en l'absence d'une stratégie thérapeutique alternative, pourrait aggraver encore ce problème. La chasse aux « gaspis », la traque des journées inappropriées, la réduction des durées de séjour, la spécialisation plus accentuée de chaque institution pour mieux se positionner dans un univers plus concurrentiel, pourraient se traduire pour les patients chroniques en un parcours où les obstacles sont de plus en plus nombreux. Pour le malade en effet, la coordination des décisions, le suivi et la cohérence des actions de soins sont d'autant plus importants que sont nombreuses les institutions qu'il traverse. Or, malgré les développements interdisciplinaires et les efforts d'organisation de filières, les difficultés de faire converger connaissances et actions sur des personnes bien réelles demeurent. Nombreux sont les soignants avouant leur désarroi face à ces malades sans lésions localisables, aux causes vagues et complexes, qui peuvent représenter la moitié de la clientèle des généralistes et le fonds de commerce des services de médecine. Ces tendances accroissent l'interdépendance entre professionnels et unités de soins.

Définir et mettre en œuvre un projet de soins par patient, tenir compte de la personnalité particulière du malade, l'aider à manifester ses préférences, intégrer dans la mise en œuvre la part d'incertitude, étendre le projet de soins à la pré et post-hospitalisation, donc prendre en compte d'autres logiques de soins et d'autres modes de fonctionnement, tout cela constitue une quête épuisante et un exercice d'autant plus complexe que les séjours se raccourcissent⁹.

Éviter le système de santé à plusieurs vitesses

Ce qui précède apporte des éclairages sur la manière dont la Suisse, et un canton en particulier, entendent faire face aux défis de l'avenir. Il convient de relever combien les menaces actuelles sont réelles sur des éléments que la plupart des Euro-

péens occidentaux en sont venus au cours du dernier demi-siècle à considérer comme acquis, « normaux », en ce qui concerne les prestations médico-sociales et l'accès aux soins.

Une conférence du Council for international organizations of medical sciences (CIOMS) tenue à Genève en mars 1997, sur l'éthique, l'équité et le renouveau de la stratégie de la santé pour tous de l'OMS, a discuté la problématique fondamentale de l'équité versus utilité/utilitarisme. En général jusqu'ici, la médecine a considéré qu'il était judicieux de faire ce qui a des effets positifs, sans trop se préoccuper de savoir qui bénéficiait de ces effets. Bien que les médecins par leur formation n'aient guère été préparés à ces réflexions, il est indéniable aujourd'hui qu'il se peut que, suivant ce principe, on fournisse des prestations utiles à un segment de la population seulement ; parce que ce segment est proche du système de santé, parce que les rapports avec lui sont faciles (homogénéité culturelle et sociale), tandis que d'autres groupes peuvent être laissés avec des soins inadéquats, voire pas de soins du tout (voir la situation aux États-Unis). Or, même si dans une telle hypothèse les ressources sont employées utilement et efficacement, il n'est pas admissible qu'elles le soient préférentiellement en faveur d'une partie de la collectivité seulement. Et, même si l'efficacité globale (*aggregate good*) devait être moins grande, il est éthiquement préférable de s'assurer que les ressources (soins de santé) sont distribuées plus équitablement à l'ensemble de la collectivité. Le fait est qu'il y a des modes de faire qui font que, même dans un pays encore relativement homogène comme la Suisse, « *the rich get richer and the poor get poorer* » (on parle ici d'accès aux soins, pas de revenus matériels).

Au vu des difficultés socio-économiques actuelles, l'alternative pourrait être la suivante à l'horizon d'une vingtaine d'années :

- ou bien, dans une société qui gardera un caractère libéral et permettra l'initiative privée, mais qui aura aussi maintenu une solidarité suffisante, on fera en sorte

que l'ensemble de la collectivité ait accès équitablement à des soins pertinents, chacun en fonction de sa maladie, son accident ou son handicap. Ceci dans le cadre d'un consensus sociétal (au moins relatif) que cet accès est assuré indépendamment de la capacité à payer, et que par ailleurs il y a des circonstances où, les moyens efficaces du système de santé étant dépassés, la place est à la relation humaine, à l'accompagnement, et n'est plus aux techniques. Un aspect donc de cette nouvelle culture, largement à inventer, est qu'il y a des limites (éthiquement défendables) à définir aux revendications que peut formuler un individu donné vis-à-vis du système de soins ;

- ou bien, selon des scénarios qu'ont déjà présenté des films de fiction, nous aurons évolué vers une société fragmentée, cloisonnée, où certains bénéficieront de tout, y compris de ce qui est non pertinent et/ou inefficace, et le voudront néanmoins parce qu'il faut « tout tenter », alors que d'autres, quoique issus d'une communauté relativement solidaire du temps de leurs parents, seront l'objet de discriminations nouvelles et n'auront peut-être à leur disposition que des structures assistancielles insuffisantes. Une société qui, malgré les potentiels de ses hauts faits technologiques, sera de plus en plus à plusieurs vitesses.

L'enjeu essentiel sera d'équilibrer le débat et les arbitrages entre l'intérêt individuel et l'intérêt commun, dont il faudra à différents égards (re)définir le sens et la place. ■

Dr Jean Martin

Privat-docent à la Faculté de médecine, Médecin cantonal, Service de la santé publique, Cité-Devant 11, CH-1014 Lausanne

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 resituant, 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 vieillesse ingrate fait bien l'objet d'une représentation sociale partagée, la vieillesse épanouie n'est encore rencontrée que dans certains milieux (chercheurs, groupes de pression). Or cette vieillesse 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 vieillesse, 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 vieillesse 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 vieillesse 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 vieillesse (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 vieillesse, 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).

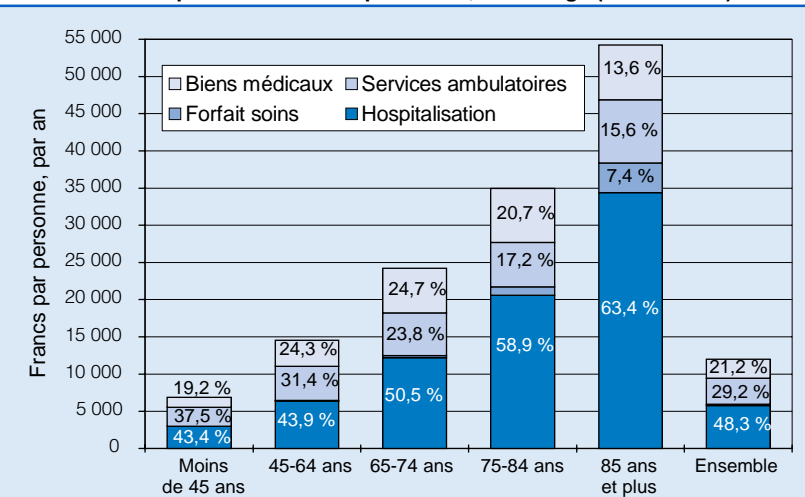
Les généralistes effectuent 31,5 % de leur séances au domicile du patient et les spécialistes 2 %. Parmi les spécialistes, ceux dont la clientèle est plus âgée se déplacent parfois, ainsi les cardiologues effectuent 5,4 % de leurs séances au domicile du patient et les rhumatologues 2,6 %. Pour les cardiologues,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

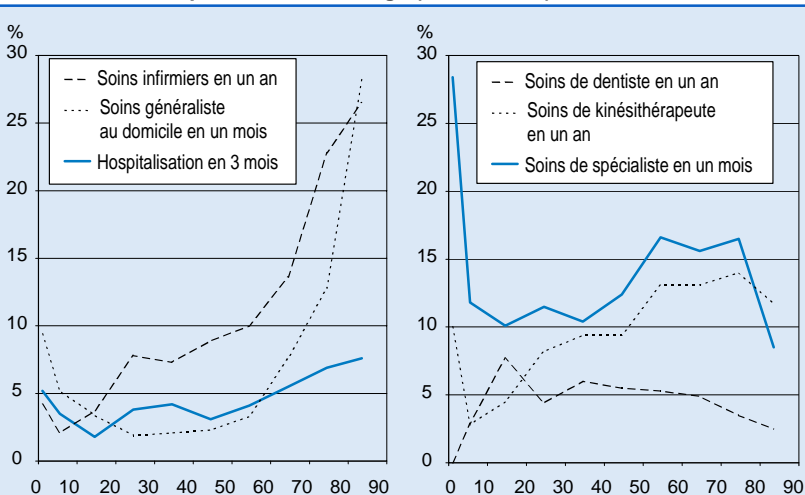
Source : An. Mizrahi, Ar. Mizrahi. « Évolution de la consommation médicale des personnes âgées », *Gerontologie et Société*, 30 ans de politiques vieillesse, n° 81, décembre 1997.

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 : Credes, 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

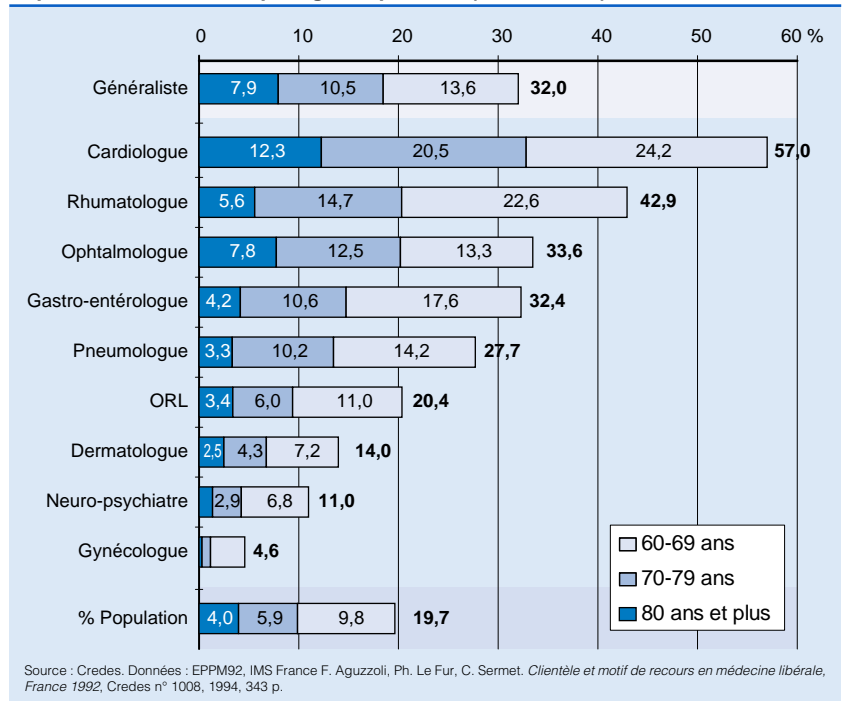
L'hospitalisation augmente fortement avec l'âge. Tant la nature des services fréquentés que les durées de séjour et l'intensité des soins reçus se modifient avec l'âge. Au taux d'hospitalisation plus élevé des personnes âgées s'ajoute une durée de séjour en moyenne plus longue, mais des densités de soins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

► 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

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



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.

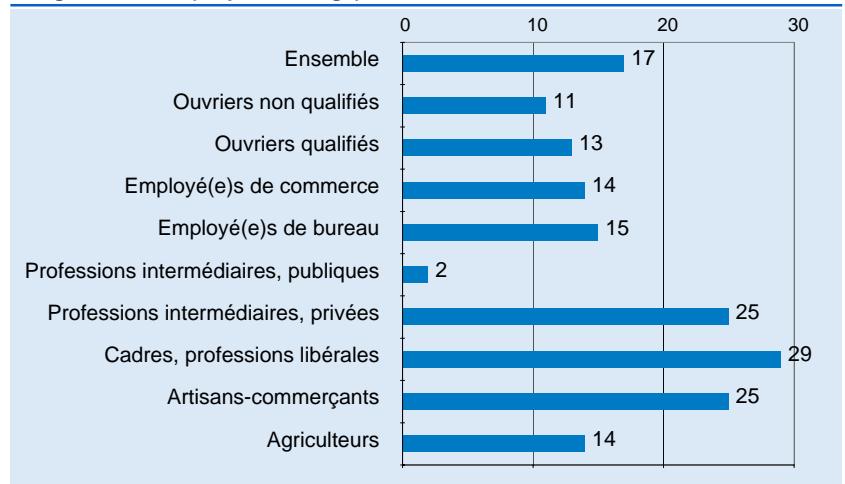
Les retraités de la région parisienne ne sont pas ceux qui ont le plus souvent déménagé au moment de leur retraite comme on pouvait s'y attendre. Il semble que les retraités parisiens récents optent pour de nouveaux comportements : au départ définitif, se substitue progressivement l'attrait d'une double 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

P arler 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 désintéressement 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

Sigle

Cleirppa

Date de création

Juin 1970

Statut

Association loi 1901

Financement

Cotisation des membres

Recettes d'activités

Subventions

Le ministère en charge des Affaires sociales soutient financièrement les activités du Cleirppa depuis 1981.

Effectif

10 personnes

Conseil d'administration

Composé de représentants :

- de la protection sociale complémentaire : Arrco, Agirc, Ocirp, AGRR, Carcept, CPM, Cirse
- du secteur mutualiste : FNMF, UNMI, MSA.
- du milieu associatif sanitaire et social : Uniopss

Fonctions

Président

Paul Hecquet

Vice-Président

Jean Gardin

Trésorier

Gérard Desclerc

Directeur

Jean-Michel Hôte

Coordonnées

23, rue Ganneron

75018 Paris

Téléphone : 01 53 42 13 60

Télécopie : 01 55 30 00 34

Missions

Le Cleirppa est un centre gérontologique national destiné à l'ensemble des intervenants de l'action et de la gérontologie sociales : organismes publics et privés ; financeurs et gestionnaires ; collectivités territoriales ; professionnels ; responsables associatifs ...

Sa vocation est d'être un carrefour d'échanges où se confrontent les expériences afin de mieux appréhender les tendances de demain et de promouvoir des solutions qui répondent aux attentes des personnes âgées et des retraités dans une vision globale de l'action sociale.

Pour répondre à cet objectif général de « *liaison* », un certain nombre de services ont été mis en place.

Affiliations nationale et internationales

- Réseau de consultants en gérontologie (RCG) (réseau national constitué en 1991 autour de la Fondation de France)
- Fédération européenne pour les personnes âgées (Eurag)
- Fédération internationale sur le vieillissement (Ifa)

Services

Documentation

- Une bibliothèque spécialisée : 15 000 ouvrages ; 600 dossiers thématiques
- Une banque de données : 16 000 documents indexés
- Un réseau documentaire réunissant 30 centres nationaux ou régionaux, professionnels ou universitaires. Certains de ces centres d'information relèvent du ministère chargé des Affaires sociales : services de documentation de la Das, de la DGS-DH, du Sesi, de l'Igas.

Information écrite

- Une revue bimestrielle *Années*
- Un bulletin mensuel *Cleirppa-Infos*

• Diffusion des travaux du Cleirppa : rapports de groupes de travail et de journées d'études ; actes de colloques...

Information audiovisuelle

- Une cinémathèque nationale de prêt, financée par les pouvoirs publics, qui dispose

Quelques grands thèmes traités par le Cleirppa

- L'aide aux aidants
- Les petites unités de vie
- Les contributions des retraités à la société
- Les politiques gérontologiques locales
- La coordination
- Les projets de vie en établissement
- L'accueil des adultes handicapés vieillissants
- L'habitat des personnes âgées
- La prise en charge des détériorations psychiques

d'images sur la vieillesse et la retraite.

- Une salle de projection pour des visionnages ou des choix de documents sur place.

Structure

Outre les membres de son Conseil d'administration, le Cleirppa réunit plus de trente organismes membres qui relèvent de secteurs d'intervention diversifiés :

- la retraite de base et complémentaire
- la vie sociale et le volontariat
- l'aide et l'accompagnement à domicile
- l'hébergement et l'habitat
- la formation et la culture
- l'action caritative
- la presse spécialisée « *seniors* »

Études

Pratique des études de type recherche-action ayant pour thèmes divers domaines de

la gérontologie sociale relatifs aux conditions de vie des personnes âgées et retraitées. Ces études sont commanditées par des organismes publics ou privés, français ou étrangers, membres du Cleirppa ou extérieurs à la structure.

Conseils

- Des actions ponctuelles (formation, animation de rencontres, interventions)
- Des actions suivies pour l'accompagne-

ment et l'évaluation des politiques sociales, des projets, des établissements et services.

Observation et recherche en alcoologie

Intérêts et limites de l'épidémiologie

Même si l'alcool et ses conséquences sont un problème majeur de santé publique, alors que de nombreux experts l'ait recommandé, il n'existe pas en France une surveillance épidémiologique coordonnée et pérenne du phénomène. Quelques pistes de réflexion pour pallier ce manque...

A l'heure actuelle, les données disponibles en alcoologie reflètent une hétérogénéité importante en raison du manque de coordination des enquêtes en population générale pour suivre les consommations à partir des mêmes critères, de l'absence d'enquêtes régulières auprès des sujets traités, et de la multiplicité des structures, spécialisées ou pouvant recevoir des alcooliques, en relation directe ou non avec leur dépendance : services d'urgence, hôpitaux psychiatriques, services sociaux...

Des besoins nouveaux sont apparus depuis quelques années au niveau des populations accueillies, notamment avec une précarisation importante, augmentant les difficultés de prise en charge et d'insertion. Par ailleurs, même si la consommation d'alcool est en baisse avec un net recul des vins de table, une augmentation des conduites d'alcoolisation chez les jeunes est signalée avec une évolution des usages de produits comme la bière ou de nouveaux produits, et des modes d'usage, avec l'augmentation des ivresses ou des poly-intoxications.

Depuis l'installation et la coordination nationale des systèmes de soins spécialisés en alcoologie (ou en toxicomanie) dans les années soixante-dix, des équipes de recherche de l'Inserm ou des Universités sont sollicitées par les responsables de santé publique (ou sécurité publique), pour organiser des études sur les populations concernées par les usages d'alcool et/ou leurs conséquences directes ou indirectes^{12, 13}.

Différents producteurs de données ont progressivement constitué des bases d'informations à partir de recueils statistiques ou d'enquêtes à visée sanitaire. Des différentes méthodologies requises, l'épidémiologie se trouve utilisée de façon importante, tant au niveau du raisonnement que des résultats des travaux effectués.

L'épidémiologie, discipline de recherche médicale développée pour connaître la propagation d'une maladie dans une population, a suivi une évolution importante dans ses domaines d'application et ses champs d'investigation. Elle est présente aujourd'hui dans l'ensemble des préoccupations de la santé : depuis les

pathologies jusqu'aux comportements individuels en matière de santé.

Dans l'étude des comportements, les interrelations entre les trois pôles du schéma médical classique de communication entre un agent (microbe), un hôte (individu) et un contexte (favorisant éventuellement la rencontre entre agent et hôte)¹⁸, apparaissent beaucoup plus complexes. Face à la question générale : y-a-t-il corrélation entre comportements individuels (usages d'alcool, de drogues...) et risque majoré de décès et de maladie, la démarche épidémiologique classique rencontre des difficultés particulières⁷.

Les problèmes de définition des cas demeurent nombreux entre expérimentateurs, usagers récréatifs, réguliers, dépendants.

Des statistiques d'activités (dépistages d'alcoolémie routière) jusqu'aux études cliniques, les informations sont diverses et rarement comparables.

Toutefois, le contexte général des travaux épidémiologiques, malgré les difficultés rencontrées, se situe par rapport à des objectifs de santé publique :

- délimiter les populations concernées,
- connaître leur état de santé et par suite leurs besoins de prise en charge,
- apprécier les modes d'intervention et mener des évaluations comparatives pour

contribuer à la mise en place de réponses différenciées.

La méthodologie générale se décompose en deux axes :

- une surveillance épidémiologique minimale,
- des travaux de recherche en relation avec la clinique du sujet dépendant. Des enquêtes pilotes ont pu être menées pour tester la faisabilité d'enquêtes multicentriques.

Les perspectives des travaux épidémiologiques doivent tenir compte à la fois :

- des exigences de comparabilité des indicateurs sur un plan national et international,
- des soucis d'évaluation d'une politique de soins.

État des connaissances

L'axe descriptif des travaux épidémiologiques est parfaitement établi au plan théorique sur les indices les plus utiles dans l'étude de nombreuses pathologies ; toutefois les applications souffrent d'imprécisions dans l'étude des comportements humains, du fait essentiellement d'un manque de définitions précises des phénomènes étudiés. Que ce soit à partir des classifications psychiatriques internationales (DSM) ou des grilles statistiques de gestion hospitalière (PMSI), les notions de dépendance fluctuent, rendant difficiles les recueils de données et la comparabilité des résultats.

Au niveau du recueil de données, chaque niveau d'étude requiert une organisation particulière et les travaux épidémiologiques ou biostatistiques doivent tenir compte :

- du contexte législatif : produits illicites, réglementation en matière d'alcool...
- du système de soins mis en place dans un cadre de santé publique (centres spécialisés),
- des différentes réponses sociales organisées face aux conséquences des abus (interpellations, incarcérations, injonctions de soins).

Plusieurs enquêtes ont été réalisées

par la direction générale de la Santé, l'Inserm ou l'ANPA pour les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie.

Les méthodologies de ces enquêtes varient d'une période à l'autre, d'un organisme responsable à un autre, rendant les comparaisons difficiles. Un effort remarquable est actuellement réalisé dans plusieurs régions vers la recherche d'une base minimale de données recueillies de façon homogène pour mieux appréhender la population accueillie (avec la participation des ORS). Un groupe d'experts réuni par le ministère des Transports en 1995 pour la Sécurité routière, puis un autre groupe de cliniciens et alcoologues (IDA) en 1997, ont rassemblé des informations en provenance de plusieurs champs, de la production et des ventes jusqu'aux considérations sanitaires. Ils recommandent coordination et permanence des systèmes d'informations pour l'établissement de données minimales comparables pour suivre l'évolution des conduites d'alcoolisation.

Au niveau des résultats établis actuellement, plusieurs ouvrages et articles reflètent les niveaux de consommations en population générale ou traitée et leurs tendances^{2, 3, 8, 20}.

L'axe analytique de l'épidémiologie se heurte aux difficultés classiques de l'expérimentation dans le domaine des comportements humains, d'où l'absence de cohorte pour établir les risques relatifs imputables à des facteurs d'exposition supposés, en termes bio-psycho-sociaux. Toutefois, les études en neurobiologie et génétique sont nombreuses, suscitant parfois discussions et controverses¹⁵.

Les questions scientifiques restent majeures sur les bénéfices et risques sanitaires imputables à des niveaux de consommation d'alcool. Une expertise collective à l'Inserm contribuerait favorablement à établir les connaissances acquises sur ce sujet et à éclairer les directions prioritaires des travaux à entreprendre.

Pour les études épidémiologiques actuelles, au niveau des analyses statistiques, deux niveaux de difficultés sont à souligner :

- la constitution d'échantillons et leur représentativité,

- l'utilisation de méthodes statistiques multifactorielles et la définition de paramètres pour des essais de modélisation.

Au niveau des résultats des études, les interprétations des facteurs de risque sont complexes, mais valablement réduits si on utilise plusieurs indicateurs à la fois pour l'analyse des phénomènes : indicateurs d'activités et indicateurs de population sont recommandés par le Conseil de l'Europe dans l'étude multi-villes sur la toxicomanie et l'abus de psychotropes⁶.

L'axe de l'évaluation en épidémiologie, développé essentiellement dans le cadre des essais thérapeutiques, possède des bases théoriques bien établies. Toutefois dans le champ des interventions plus larges, sociales autant que sanitaires, les difficultés sont plus nombreuses, soulignées par de nombreux chercheurs^{16, 18}.

D'après la définition de l'évaluation des techniques et des stratégies médicales donnée par l'Office of technology assessment (OTA) : « l'évaluation est une démarche spécifique qui permet d'analyser les conséquences à court et à long terme des techniques médicales et peut ainsi devenir la source d'informations nécessaires aux décideurs politiques pour la gestion du système, aux industriels pour développer leurs produits, aux professionnels de la santé pour traiter leurs patients, et aux usagers pour prendre leurs propres décisions concernant leur santé ».

L'évaluation, considérée comme une mesure de la valeur d'une technique ou d'une procédure, intègre divers éléments :

- l'efficacité expérimentale (*efficacy*), mesurée dans des conditions expérimentales, afin de prouver l'efficacité de la technologie mise en œuvre, la méthodologie habituelle étant l'essai randomisé,
- l'efficacité pragmatique (*effectiveness*), mesurée sur le terrain, dans des conditions normales d'exercice du système de soins, prenant en compte les problèmes d'acceptabilité de la technique ou d'observance du traitement,
- l'efficacité (*efficiency*), ou rendement des moyens mis en œuvre pour arriver à un résultat optimum.

Pour les pratiques soignantes, les

méthodes d'évaluation couramment empruntées comportent :

- la revue journalière de dossiers en présence d'équipe,
- l'examen rétrospectif des dossiers du service sur un thème précis,
- l'élaboration de tableaux de bord d'indicateurs synthétiques à partir d'une base de données informatisée, permettant de suivre des évolutions de recrutement de population ou de changement d'attitudes soignantes.

Les chercheurs s'accordent à recommander la prise en compte d'autres paramètres dans l'évaluation des pratiques et des résultats. Ainsi, la mise en place progressive de politiques de régionalisation des soins en France doit se traduire par des critères d'efficacité en fonction des objectifs établis, et de spécificités locales²².

Perspectives pour les travaux épidémiologiques

Pour améliorer la connaissance épidémiologique des sujets concernés par les abus de psychotropes, plusieurs axes de recherche peuvent être développés :

- la mortalité à travers les causes principales ou associées de décès ;
- la morbidité directe au niveau des lieux de soins spécialisés en alcoologie, pour décrire les caractéristiques des sujets dépendants et évaluer leurs besoins de soins et de prise en charge ;
- la morbidité indirecte au niveau des lieux de soins : des études ponctuelles auprès de groupes particuliers marqués par une déviance ou une difficulté entraînant un recours aux soins ou une intervention sociale : suicidants, accidentés de la route... pour rechercher la présence de substances psychotropes en relation avec ces conduites ;
- la morbidité directe repérée au niveau de lieux d'intervention judiciaire (hôtel de police, antenne-alcool en milieu pénitentiaire, sécurité routière) ;
- la typologie des usages d'alcool en population générale pour relativiser les abus et dépendances.

Après l'établissement d'un cadrage

général des données actuelles, l'analyse des résultats est à envisager en fonction d'autres pathologies ou d'autres difficultés sociales en lien avec les conduites d'alcoolisme.

Pour prolonger et approfondir les indicateurs de base, des sous-thèmes de recherche sont à soutenir, en articulation avec le système d'informations de base, notamment sur un plan statistique, par exemple, avec une méthodologie de « greffes d'enquêtes » développée au Credoc⁹.

D'ores et déjà, divers sous-thèmes correspondent à des problématiques actuelles :

- drogue et alcool.
- suicide et alcool.
- travail et alcool.
- famille et alcool.
- grossesse et alcool.

Par ailleurs différentes passerelles sont à construire avec d'autres disciplines d'observation et de recherche : les interactions entre domaine social et domaine médical sont actuellement suffisamment connues, certes de façon incomplète dans le champ des comportements, pour que leur prise en compte soit un préalable à tout système d'informations larges en alcoologie. Encore faut-il que les objectifs de toute étude soient bien identifiés : contrôle administratif, connaissance globale de population, approche clinique.

Projet de réseau d'observation et recherche en alcoologie

Les résultats des études épidémiologiques récentes, leurs interprétations par les professionnels de santé publique et leurs confrontations avec d'autres approches et d'autres interrogations en provenance des décideurs, des politiques ou des personnes directement concernées concourent à proposer un projet de travail, de base épidémiologique.

Un groupe de travail pourrait être constitué, avec des experts en alcoologie et épidémiologie, assurant la représentation des différents champs d'intervention : la santé publique, l'épidémiologie,

la génétique, la psychiatrie, les soins spécialisés, la médecine générale, la prévention et le secteur social, la médecine légale, la justice et la réglementation, la sécurité routière, la production et sa taxation.

Un recensement des données disponibles dans chaque champ peut être effectué, avec analyse des objectifs, nature des données, périodicité et représentativité, intérêt et limites des résultats. Au-delà de l'état des lieux, les possibilités de mise en commun sont à confronter aux objectifs de santé publique. Des analyses statistiques sur les données disponibles devront préciser les niveaux de pertinence et validité des indicateurs, afin d'établir une « plateforme minimale » d'informations régulières à recueillir et suivre dans l'espace et le temps. L'accessibilité des fichiers à d'autres structures sera particulièrement envisagée, pour préparer les autorisations institutionnelles.

Parallèlement, un réseau d'évaluation avec un groupe de cliniciens aura pour objectif de constituer une base de données permettant d'évaluer les pratiques ; il devra pour cela réunir des données individuelles sur des patients permettant une analyse fine des relations entre pratiques et résultats ; des données communes avec les indicateurs de base devront permettre la relativisation des échantillons cliniques.

Les grands principes de ce réseau sont :

- le volontariat,
- la transmission à un service centralisateur des données,
- l'analyse globale des données remise aux instances de santé publique,
- le retour d'information aux centres, leur permettant de comparer leurs propres résultats à ceux du fichier centralisé.

S'appuyer sur des services volontaires et motivés garantit une qualité de l'information et un complément indispensable aux systèmes d'information actuels. Le réseau d'équipes associées peut aussi apporter sa contribution, dans la mesure où des correspondants sont prêts à collaborer à des programmes de recherche.

Des études d'intervention pourront porter aussi bien sur des thérapeutiques

nouvelles que sur des modes de prise en charge psychosociale.

Différents niveaux d'évaluation sont à prévoir en fonction des demandes des instances administratives et des deux secteurs d'activité, la prévention et les soins.

Un réseau multivilles pourrait être constitué rapidement à partir d'une sélection en fonction de trois densités d'activités médico-sociales, en réponse aux problèmes liés aux consommations d'alcool.

Compte tenu des difficultés régulières rencontrées depuis la disparition du Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme pour organiser un système d'informations en alcoologie, un contexte de recherche publique comme l'Inserm est intéressant pour établir les bases d'une telle entreprise, de par son statut d'indépendance et sa faculté à réunir des experts.

Le nécessaire soutien des instances politiques

Malgré les recommandations faites par différents groupes de travail et commissions *ad hoc*, il n'existe pas encore en France une surveillance épidémiologique coordonnée dans le champ des dépendances, même si un certain nombre de données permettent de caractériser la situation française dans un contexte européen¹².

Au niveau français, de grandes disparités géographiques perdurent, morts violentes et difficultés liées à l'alcoolisme prennent une grande part dans la mortalité générale. Les caractéristiques des accidentés montrent l'influence des substances psychotropes, l'alcool en tout premier lieu^{13,14}.

De tels travaux sur les indicateurs de santé et d'adaptation sociale, de portée régionale ou nationale, ont besoin du soutien des instances politiques de santé publique, dans un contexte de recherche indépendante des services cliniques et des services administratifs, pour faciliter l'observation, l'analyse et les recommandations d'actions.

Au-delà de la surveillance des usages

d'alcool et de leurs conséquences, l'épidémiologie se trouve sollicitée comme méthodologie, pour accompagner les demandes d'évaluation. Face à des dépenses de santé croissantes, la nécessité de mieux apprécier l'impact des réponses sanitaires face aux besoins exprimés implique des études globales.

Par ailleurs, peu de travaux sont menés associant plusieurs équipes cliniques et des chercheurs, dans des études multicentriques où des hypothèses cliniques puissent être testées sur un échantillon suffisamment large avec un protocole de recherche rigoureux, autorisant l'utilisation de méthodes statistiques, contrairement à d'autres pays où l'épidémiologie clinique est pratiquée, comme au Canada¹¹.

Une démarche d'épidémiologie clinique s'avère praticable, encore faudrait-il qu'elle ne soit pas confondue avec la psychométrie seule ou l'évaluation administrative. Elle pourra se développer dans des réseaux de recherche clinique²¹ où différentes méthodes seront envisagées pour tester des hypothèses fortes, avec le temps et la sérénité nécessaires à toute activité de recherche.

Dans un souci de répondre à la fois à des objectifs de surveillance épidémiologique et d'évaluation des pratiques sanitaires et sociales, un réseau d'observation et de recherche en alcoologie, représentatif des domaines concernés et dans un premier temps, issu de plusieurs zones géographiques françaises contrastées, assuré d'un statut d'indépendance et de moyens durables, serait une ressource importante pour les instances de santé publique. ■

Françoise Facy

Directeur de recherche, Inserm U. 302
Le Vésinet

Bibliographie

1. J. Ades, M. Lejoyeux. *Les conduites alcooliques et leurs traitements*. Paris : Doin, 1997.
2. R. Chapuis. *Consultants des CHAA qui êtes-vous ? Rapport 1996*. Paris : ANPA
3. M. Choquet, S. Ledoux. *La santé des adolescents*. Paris : Les Éditions Inserm, La Documentation française, 1994.
4. DGS, Bureau SP3. *Informations issues de l'exploitation du rapport-type sur le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme en 1995*. Paris : ministère du Travail et des Affaires Sociales, 1996.
5. P. Ducimetière, L. Guize, A. Marciniak, M. Milon, J. Richard, P. Refat. *Arteriographically documented coronary artery disease and alcohol consumption in French men : the CORALI study*. Eur. Heart J., 1993, 14 (6) : 727-733.
6. Étude multivilles. *Tendances de l'abus de drogues dans treize villes européennes*. Groupe Pompidou. Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1994, 174 p.
7. F. Facy, C. Le Poulennec. *Séminaire d'évaluation en alcoologie et toxicomanie*. Édition Rite, 1995.
8. N. Guignon. *Les consommations d'alcool, de tabac et de psychotropes en France en 1991-1992. Solidarité santé n° 1 : les Français et leur santé*, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, janvier 1994.
9. L. Haeusler, D. Rösch, F. Facy. *Opinions des Français sur les stupéfiants. Consommations associées d'alcool, tabac et tranquillisants*. Collection des rapports Credoc, 1988.
10. M. Mauffret. *Répondre aux personnes vivant avec un problème d'alcool. Actualité et dossier en santé publique*, n° 4, septembre 1993.
11. M. Jenicek, R. Cleroux. *L'épidémiologie clinique. Clinimétrie*. Ed. Inserm-Maloine, 1985, 254 p.
12. *La santé en France*. Rapport du Haut Comité de la santé publique. Paris : La Documentation Française, 1996.

DESS action g erontologique et ing enierie sociale (Agis)

Université de Provence

Responsable pédagogique
Philippe Pitaud,
professeur associé

Secrétariat
Joëlle Fourle

Renseignements et Inscriptions
Université de Provence
Dentes, Case 75
3, place Victor Hugo
13331 Marseille
Cedex 3
Téléphone
04 91 10 67 90
Télécopie
04 91 10 62 85

Conditions d'accès et public
Les postulants devront fournir un dossier et passeront un entretien.
Formation initiale (10 places)
Maîtrise, doctorat...
Coût : droits d'inscription universitaires en 3  cycle
Formation continue (10 places)
Bac+2 et 5 ans d'expérience professionnelle.
Coût : 25 000 F

Programmation
Date de retrait des dossiers
  partir d'avril
Date limite de dépôt des dossiers
1 r juillet
Date de l'entretien
Vers la mi-juillet
Publication des admissions
Fin juillet
Début des cours
Octobre

Objectifs
Il s'agit d'une formation pour des métiers d'avenir, dans un secteur professionnel en pleine mutation. Cette formation de 3  cycle est organisée en collaboration avec l'Institut de g erontologie sociale. Elle accueille des étudiants issus de toute la France et s'appuie sur des professionnels, des universitaires, des chercheurs impliqués dans le champ g erontologique, aussi bien au plan national qu'  l'étranger.

Ses spécificités

- Une dimension internationale permettant d'inscrire les étudiants dans une perspective européenne (enseignants des Universités de Milan et de Barcelone, mais aussi de Belgique et du Québec).
- La prise en compte d'une démarche pluridisciplinaire.
- La formation de cadres de l'ing enierie sociale au travers d'une formation en alternance.

Sa finalité

- Comprendre les mécanismes du vieillissement comme de ses effets induits, dans leur diversité.
-  tre en capacité d'analyser les situations avec une méthode adaptée, celle de l'ing enierie sociale.
- Agir dans un contexte professionnel de haute qualification.

Modules

Approche psychologique et sociologique de la personne âgée

- Introduction   la g erontologie.
- Psychologie, environnement, formation.

Aspects médical, économique et juridique

- Santé et prévention.
-  conomie, législation.

Analyse des politiques du champ social et pratiques de la recherche

- Les politiques de la vieillesse.
- La prise en charge institutionnelle.
- De la méthode en ing enierie sociale.

Déroulement

La formation s'effectue sur un an (possibilité sur 2 ans pour la formation continue), soit 400 h auxquelles s'ajoutent 160 h minimum d'application en milieu professionnel et de stage. Elle comporte des cours théoriques, des enseignements et

suivis de méthodologie dans le domaine de l'ing enierie sociale (une semaine par mois), en alternance avec une application en milieu professionnel,   raison de trois semaines sur le terrain. Enfin, un stage d'été en France ou   l'étranger.

Les débouchés

Ils concernent les personnes du champ interdisciplinaire de la g erontologie,   savoir :

- Les acteurs des politiques locales : chargés d'action g erontologique dans les municipalités, dont le rôle est de faire évoluer les coordinations des politiques municipales en matière d'aide   domicile ; décideurs en matière d'implantation de structures d'accueil pour personnes âgées, au niveau institutionnel (Drass, CCAS, DISS...) ; gestionnaires des guichets uniques au sein des services municipaux, des coordinations g erontologiques.
- Les formateurs du champ g erontologique : formateurs-animateurs en institutions ; conseillers en formation ; formateurs en écoles spécialisées.
- Les responsables de lieux d'accueil en institutions, les institutions et caisses de retraite : animateurs délocalisés des caisses de retraite et responsables d'ing enierie sociale en institution de prévoyance.

L'émergence de nouveaux problèmes de santé

Hépatites, sida, tuberculose, infections nosocomiales, saturnisme... les dernières années ont vu apparaître ou réapparaître des pathologies auxquelles le système de prévention et de soins doit faire face.

L'évolution des modes de vie et des comportements, les perturbations des écosystèmes, l'aggravation de la pauvreté suscitent l'émergence de nouvelles maladies ainsi que la réemergence de maladies déjà connues, qui prennent plus d'ampleur. C'est le cas de maladies infectieuses, qu'elles soient dues à de nouveaux agents infectieux, tels ceux responsables de l'hépatite C ou de l'encéphalopathie spongiforme bovine, ou qu'elles soient liées au développement de micro-organismes résistants aux antimicrobiens, en particulier dans le cadre d'infections nosocomiales. Outre les maladies infectieuses, d'autres pathologies ont une incidence qui s'accroît de façon notable, comme les maladies allergiques respiratoires, ou dans une moindre mesure le saturnisme infantile, posant de nouveaux problèmes de santé, complexes à traiter, car résultant souvent

d'une origine plurifactorielle. Voici à travers quelques exemples une illustration de ces tendances évolutives.

L'hépatite C

Le virus de l'hépatite C (VHC) n'a été identifié qu'à la fin des années quatre-vingt. Les connaissances cliniques, épidémiologiques, thérapeutiques sur l'infection par ce virus sont encore récentes et en pleine évolution. C'est une cause majeure d'hépatite chronique, de cirrhose et de cancer du foie.

L'infection par le VHC est caractérisée par un risque élevé de passage à la chronicité, de l'ordre de 80 %. Parmi les formes chroniques, 20 % évoluent vers une cirrhose, en 15 ans. Annuellement 3 à 5 % des cirrhoses donnent lieu à une complication grave : insuffisance hépatique grave ou cancer ; le risque de développer une maladie grave est doublé chez les sujets alcooliques.

La transmission se fait principalement lors d'un contact direct entre sang contaminé par le VHC et sang du receveur. En France, le dépistage systématique du VHC chez les donneurs de sang a fait chuter le risque de transmission par transfusion sanguine ; l'usage de drogues intraveineuses apparaît encore comme un facteur majeur de contamination, d'autant que les autres modes de transmission sont plus ou moins bien connus, notamment le risque nosocomial (transmission par du matériel médical principalement). Le risque de transmission par voie sexuelle semble très faible mais reste à évaluer.

Selon les estimations du Réseau national de santé publique, en France, 500 000 à 650 000 personnes seraient séropositives pour le VHC, dont 400 000 à 500 000 seraient porteuses chroniques. Toutefois les trois-quarts des personnes séropositives pour le VHC ignorent qu'elles le sont.

En Europe, l'estimation du nombre de personnes infectées par le VHC varie entre 2,4 et 5 millions soit 1,7 à 3 millions de personnes porteuses effectives du virus. La France appartient, avec l'Italie, l'Espagne, la Grèce aux pays de forte prévalence (plus de 1 % de la population générale), alors que le nord de l'Europe se situe en moyenne en dessous de 0,5 %¹. L'OMS, dans son rapport de 1996 sur la santé dans le monde², considère que

l'infection par le VHC revêt aujourd'hui une importance mondiale et avance le chiffre de 100 millions de personnes infectées dans le monde.

Ainsi, à l'heure actuelle, l'épidémie de l'infection par le virus de l'hépatite C a un impact croissant sur la morbidité et la mortalité ; les traitements sont en cours d'évaluation, car leur efficacité semble encore limitée, leur coût est élevé. La prévention apparaît comme une nécessité majeure face à ce problème dont les implications sociales et économiques se feront sentir à court mais également moyen terme. En France, la conférence de consensus organisée en janvier 1997 par l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale sur l'hépatite C a recommandé un dépistage ciblé, de bien meilleur rapport coût/efficacité qu'un dépistage de masse. Rappelant qu'il n'existe pas de vaccin, l'OMS souligne combien la prévention est difficile notamment dans les pays en développement où cette maladie est la plus répandue.

Les infections nosocomiales

Les affections d'origine médicale, infections ou accidents provoqués par des médicaments ou des interventions, dans les établissements de santé ou en médecine de ville sont reconnues comme un problème majeur de santé publique par leur fréquence, leur gravité, leur coût humain et économique sur lequel la Conférence nationale de santé a mis l'accent, dès son rapport de 1996.

Selon une enquête récente³ auprès de 830 établissements, représentant 77 % des lits d'hospitalisation publique ou assimilée et concernant 236 000 patients au sein de 10 200 services, 6,7 % des patients hospitalisés avaient acquis une ou des infection(s) nosocomiale(s) dans l'établissement.

L'enquête a mis en évidence des différences de taux de prévalence selon le type de service. Globalement le taux est plus élevé dans les services de moyen séjour par rapport aux services de long séjour et de court séjour où l'on observe

cependant des variations importantes : ainsi les services de réanimation connaissent des taux très élevés, avec plus d'un patient sur cinq porteur d'une infection nosocomiale. Parmi les facteurs de risque qu'a confirmés l'enquête, l'âge intervient fortement, les patients âgés de plus de 65 ans sont deux fois plus souvent infectés que ceux de moins de 65 ans.

Le taux d'infections nosocomiales observé dans l'étude rejoint celui issu d'autres enquêtes nationales ou internationales, et qui s'échelonne entre 5 % et 12 %.

En revanche il ressort de cette enquête que les phénomènes de résistance aux antibiotiques sont préoccupants, avec des taux plus élevés que dans les pays de l'Europe du Nord (Danemark, Pays-Bas, Allemagne). Au plan international, l'OMS² estime que la résistance microbienne a augmenté de façon spectaculaire au cours de ces dix dernières années et a des répercussions très néfastes sur la lutte contre des maladies comme la tuberculose, le paludisme, ou même certaines pneumonies.

La tuberculose

Maladie ancienne, la tuberculose a diminué en France, comme dans les autres pays industrialisés, depuis les années cinquante, en raison de l'amélioration globale de l'hygiène et des conditions de vie, de l'antibiothérapie, de la vaccination ; toutefois en France et dans plusieurs pays européens, la décroissance s'est infléchie à partir des années quatre-vingt-dix.

On a pu observer en France, une augmentation de 15 % du taux d'incidence entre 1991 et 1993 atteignant 17 cas déclarés pour 100 000 habitants. Depuis lors, le taux d'incidence a décliné à nouveau en 1994 et 1995 ; en 1995, plus de 8 500 cas ont été déclarés en France métropolitaine et environ 260 dans les DOM (source BEH), plus de 750 personnes sont

Une infection est dite nosocomiale si elle était absente à l'admission à l'hôpital. Ces maladies vont de cas bénins à des maladies qui menacent le pronostic vital comme la septicémie. L'enquête a retenu principalement les infections urinaires, les infections respiratoires basses, les septicémies, les infections du site opératoire.

décédées de tuberculose, dont plus de 600 ont un âge supérieur à 65 ans (source Inserm)⁴. Même si pour certains auteurs « on peut s'interroger sur le niveau réel de la recrudescence observée ces dernières années, qui a pu être majorée par la médiatisation du phénomène, dans la mesure où la surveillance de la tuberculose est basée sur la déclaration des médecins (qui est loin d'être exhaustive) ».

Cependant, la tuberculose est redevenue d'actualité pour plusieurs raisons :

- elle s'est développée chez des malades du sida de façon notable ;
- révélatrice des inégalités sociales, elle met en évidence les problèmes de santé des populations précarisées : elle est étroitement associée à la pauvreté, mais aussi à la notion de concentration urbaine. L'étude des disparités géographiques confirme l'impact de ces facteurs de risque : en Île-de-France, région où l'on a enregistré la plus forte augmentation de cas, ce sont les départements de Seine-Saint-Denis, du Val-d'Oise et les quartiers les moins riches de Paris qui sont les plus touchés. On peut noter qu'en Seine-Saint-Denis, on observe un taux de chômage plus élevé que dans les autres départements d'Île-de-France et une augmentation de la proportion de chômeurs de longue durée ; la dégradation des conditions de vie qui s'ensuit favorise à la fois la survenue d'une tuberculose et un retard au diagnostic susceptible d'accroître la gravité de la maladie ;
- elle représente un problème mondial, touchant des pays pauvres ou certains groupes de population dans les pays plus industrialisés ;
- des souches pharmaco-résistantes sont apparues.

Ainsi elle pose de nouveaux problèmes d'adaptation dans des domaines allant de celui de la recherche à celui de l'organisation de la prévention, des soins, et de l'action sociale à mener conjointement, aussi bien en France qu'au plan international.

Le saturnisme infantile

Avec le saturnisme infantile, on aborde les pathologies corrélées aussi bien à des données socio-économiques, qu'à des facteurs d'environnement. En effet on n'ignore plus aujourd'hui le risque d'exposition au plomb, que ce soit l'imprégnation générale de la population (liée par exemple aux retombées de l'essence au plomb, aux conduites d'eau) ou les expositions particulières au plomb, notamment en milieu professionnel.

Plus récemment a été identifié le problème de l'intoxication chronique chez l'enfant, responsable, même dans ses formes modérées, d'altérations de la santé sur le long terme.

Elle est liée à l'ingestion de peintures anciennes, de poussières contaminées par le plomb de ces peintures anciennes dégradées, et plus généralement à la dégradation de l'habitat ancien, d'autant plus que la densité d'occupation de cet habitat est importante, et qu'interviennent d'autres facteurs environnementaux (humidité par exemple).

Ainsi, l'ensemble de ces facteurs conduit à un accroissement du risque dans

les familles socialement et économiquement en difficulté.

Mais le traitement est nécessairement complexe, associant un volet médical et un volet environnement : si pour certains enfants dont la plombémie est particulièrement élevée, un traitement médical s'impose pour éliminer une partie du stock de plomb accumulé dans l'organisme, afin de prévenir notamment les risques d'encéphalopathie, il faut souligner que ces traitements n'ont qu'une efficacité limitée.

La prévention de la poursuite de l'intoxication est en effet l'élément capital de la prise en charge. Au-delà des recommandations d'hygiène simple visant à limiter l'ingestion d'écailles de peinture par les enfants, la mesure essentielle doit consister en la suppression des sources d'exposition au plomb et donc le traitement de l'environnement.

Si, techniquement, la réhabilitation de l'habitat ancien et son entretien sont réalisables, on n'évalue pas actuellement le coût économique et social que ces mesures représentent. En effet on ne dispose pas encore de données mesurant l'ampleur du phénomène dans les grandes agglomérations. On estime que plusieurs dizaines de milliers d'enfants seraient exposés, dont une grande partie en Île-de-France. Les systèmes de surveillance du saturnisme qui se mettent en place permettront de mieux apprécier le problème actuel et les répercussions à moyen terme.

Allergies respiratoires et asthme

Les allergies respiratoires et l'asthme touchent un nombre croissant et important de personnes ; à partir de différentes études, on estime que la prévalence de l'asthme a été multipliée par quatre depuis 1968. Ainsi le taux de prévalence de l'asthme actuel varie

de 2,5 % à 5 % selon les sources, soit 2 à 3 millions de personnes asthmatiques. Il semble que la prévalence de l'allergie respiratoire ait été multipliée par sept depuis 1968, on estime qu'un tiers de la population française présente une rhinite allergique.

Il est préoccupant de constater que malgré les progrès thérapeutiques, la gravité de l'asthme augmente, provoquant un recours croissant à l'hospitalisation et des répercussions non négligeables sur la qualité de vie. On peut observer une augmentation du nombre de décès dû à l'asthme de 36 % entre 1980 et 1995 ; depuis 1990 il se stabilise autour de 2 000 décès par an, soit un taux de décès de 3,5 pour 100 000. En cinq ans l'incidence de l'asthme, reconnu en tant qu'affection de longue durée, a augmenté de 4,4 % en moyenne. Enfin en matière d'hospitalisation, le CreDES, dans une enquête nationale réalisée auprès d'un échantillon représentatif en 1991-1992, fait état du chiffre de quatre personnes sur 100 000 présentes en hospitalisation pour asthme un jour moyen, soit sur l'année entière 840 000 journées d'hospitalisation dues à l'asthme en tant que maladie principale. Un quart des séjours concerne les enfants de moins de cinq ans.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que l'évolution est comparable dans les autres pays européens, où l'on observe également une augmentation considérable de la prévalence de l'asthme. L'évolution parmi les enfants paraît particulièrement grave car c'est chez eux que l'on observe une forte croissance du nombre de cas (en France une étude menée sur les établissements scolaires à Paris évalue à 6 % les enfants de CE2 souffrant d'asthme et 10 % ceux qui ont des facteurs évocateurs d'asthme³) ; il ne semble pas que cette augmentation soit liée à une modification des critères diagnostiques car les études récentes qui tiennent compte de ces changements tendent à conclure qu'il y a eu une hausse réelle du nombre de cas.

Même si les facteurs génétiques ne sont pas négligeables, de même que les changements du mode de vie, les détériorations de l'environnement jouent

Chez l'enfant, 50 % du plomb ingéré est absorbé au niveau du tube digestif (10 % chez l'adulte). Sa présence dans l'organisme perturbe le développement du système nerveux central, la croissance, et dans les formes les plus graves peut conduire à une encéphalopathie avec risques de séquelles invalidantes. Mais des intoxications chroniques de faible dose sont également susceptibles d'entraîner une diminution des capacités d'apprentissage et du développement intellectuel dont on évalue mal la réversibilité.

certainement un rôle prépondérant dans le développement et l'aggravation de l'asthme, maladie multifactorielle où se retrouve presque toujours une composante allergique. Cependant, les relations entre asthme, allergie et environnement sont complexes et restent encore mal connues : les facteurs incriminés sont aussi bien des polluants chimiques que des allergènes biologiques (acariens, phanères animaux, pollen, etc.) ou des virus, à l'intérieur des habitats ou à l'extérieur.

La complexité des déterminants, leurs interactions nombreuses, font de ces pathologies nouvellement émergentes des problèmes de santé publique nécessitant des recherches poussées sur les approches préventives immédiates et prospectives à long terme. ■

Bibliographie

1. *European survey on hepatitis C*. RNSP.
2. *Rapport sur la santé dans le monde*. OMS, 1996.
3. Rapport DGS-DH. Comité technique national des infections nosocomiales, juin 1997.
4. B. Havry, R. Demeulemeester. *La phthisie, au pas... ou au galop ?* Santé Publique, 1995, n° 3.
5. I. Momas. *BEH*, n° 31/1996.

Claudine Parayre

Médecin inspecteur de santé publique, chargée de mission au Sesi

Prix de gérontologie

Trois prix multidisciplinaires

Regroupant 15 sociétés régionales, la Société française de gérontologie qui a le rôle scientifique des sociétés savantes, rassemble aujourd'hui plus de 3 000 membres, gérontologues, issus d'horizons différents (médecine, sciences humaines, etc.). Depuis 1982, un jury pluridisciplinaire désigné par cette société, décerne, chaque année, deux prix de gérontologie récompensant les auteurs d'un travail original et de niveau national portant sur un sujet de gérontologie. Ces prix dont le montant actuel est de 30 000 F sont attribués grâce à une subvention du ministère de la Santé ; ils sont remis aux lauréats par le ministre ou son représentant : tel fut le cas, pour les prix de gérontologie 1996 remis à trois personnes au ministère, le 25 novembre 1997.

Premier prix

- Le premier prix a été attribué à Madame Anne Schmuck pour son mémoire de doctorat de spécialité des sciences de la vie et de la santé, à Grenoble. Ce travail de recherche fondamentale concernait le rôle des radicaux libres dans le vieillissement humain, son titre : « Risque oxydatif chez le sujet âgé en institution ». Deux communications internationales ont suivi ce travail.

Deuxième prix ex-aequo

- Madame le docteur Danielle Noblot-Peltier pour sa thèse de médecine de Nancy, intitulée « Maintien à domicile des personnes âgées en milieu rural — rôle du médecin généraliste ». Il s'agit d'un exposé détaillé, un vrai guide du médecin de famille dont le rôle est fondamental dans cet objectif.
- Madame Marie-Line Brossard, soignante à Nantes pour son mémoire du diplôme universitaire de gérontologie « La présence d'animaux familiers auprès des personnes âgées en institution : un bien-être pour le corps et l'esprit ». Un très beau travail de gérontologie sociale, appliquée à l'institution, rigoureux et très bien rédigé.

En 1997, trois lauréats ont fait l'objet de cette distinction dont il sera possible de vous faire part ultérieurement selon l'agrément du ministère de la Santé.

Neuropsychologie et neurobiologie Inserm Unité 324 du vieillissement cérébral

Date de création
1998

Directeur
François Boller

Chercheurs
Paolo Bartolomeo
Gianfranco Dalla Barba
Jocelyne De Rotrou
Anne-Marie Ergis
Françoise Forette
Marie-Claire Goldblum
Pierre Marcie
Jean-Luc Michot
Jean-Luc Picq
Victor Rosenthal
Michel Roudier
Latchezar Traykov
Catherine Tzortzis

Collaborations nationales
U 289 (physiopathologie des comportements)
U 330 (épidémiologie, santé publique et développement)
Participation au réseau de recherche Inserm « exploitation des données du programme Paquid ».
U 230, U 320, U 334

Collaborations internationales
Alzheimer Disease Research Center (ADRC) de Pittsburgh
National Institutes of Health (NIH/NINDS)
Universités italiennes (Milan, Naples, Padoue)
Union européenne

Coordonnées
Centre Paul Broca
2 ter, rue d'Alésia
75014 Paris
Téléphone
01 45 81 44 21
Télécopie
01 45 89 68 48
U324@broca.inserm.fr

Objectif
L'objectif principal des recherches de l'unité 324 reste l'étude, particulièrement au cours de ses phases débütantes et tardives, de la Maladie d'Alzheimer (MA), et des autres maladies dégénératives du système nerveux central chez le sujet âgé. Ce thème général recouvre plusieurs composantes: la première, clinique, vise à élaborer des critères diagnostiques de la MA et

des démences qui s'en rapprochent. La deuxième concerne l'étude neuropsychologique de la désintégration des fonctions cognitives dans la MA. Sont étudiés en particulier les troubles du langage et de la mémoire. D'un point de vue méthodologique, ces travaux sont poursuivis selon trois approches: une étude longitudinale comparant des malades atteints de MA probable

à un groupe de témoins normaux, des études transversales chez des groupes restreints de patients, et enfin l'étude de cas présentant une symptomatologie particulière. Les malades proviennent principalement de l'Hôpital Broca (Pr Françoise Forette) et de l'Hôpital Charles-Richet (Dr Michel Roudier).

Thèmes
Les travaux de recherche s'organisent autour de quatre thèmes confiés chacun à une équipe.

Aspects cliniques de la maladie d'Alzheimer
Responsables: Jean-Luc Michot, Françoise Forette
Problème du diagnostic et de l'évolution de la maladie d'Alzheimer, essais thérapeutiques de nouvelles molécules prescrites aux malades, réhabilitation fonctionnelle des sujets déments

Étude neuropsychologique des troubles cognitifs de la maladie d'Alzheimer
Responsables: Marie-Claire Goldblum, Gianfranco Dalla Barba, Catherine Tzortzis
Études des fonctions cognitives et de la détérioration dans la maladie d'Alzheimer.

Imagerie fonctionnelle et maladie d'Alzheimer
Responsables: François Boller et Jean-Luc Michot
Travaux sur un modèle animal (microcebus murinus, lému-riens) du vieillissement et de la neurodégénération.

Troubles psychiatriques et troubles cognitifs dans la maladie d'Alzheimer
Responsable: François Boller, Gianfranco Dalla Barba
Recherches sur les émotions et la communication dans la démence.

Formation

- Responsables du module « neuropsychologie et neurobiologie de la sénescence et de la plasticité »
- Participation au DEA national de neuropsychologie (Université Claude Bernard, Lyon)
- Participation aux DEA « psychopathologie et neurobiologie des comportements », « neurosciences », « biologie du vieillissement ».
- Accueil d'étudiants de DEA ou en thèse


Bibliographie sommaire

- F. Boller, G. Dalla Barba, P. Marcie, L. Traykov. La neuropsychologie de la maladie d'Alzheimer et autres démences. In: *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement*. M. I. Botez, (Ed.), p. 549-592. Paris, Montréal, Masson & Presse de l'Université de Montréal, 1996.
- F. Boller, C. Duyckaerts. Alzheimer's disease: Clinical and anatomical aspects. In: *Behavioral Neurology and neuropsychology*. T. Feinberg, M. Farah (Eds), p. 521-569. New York, McGraw Hill, 1997.
- F. Boller, P. Marcie, L. Traykov. La neuropsychologie du vieillissement normal. In: *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement*. M. I. Botez, (Ed.), p. 527-548. Paris and Montreal, Masson & Presse de l'Université de Montréal, 1996.
- F. Boller, J. Orgogozo. Tacrine, Alzheimer's disease and the cholinergic theory. A critical review and results of a new therapy. *Neurologia*, **10**, 194-199, 1995.
- F. Boller, L. Traykov (sous presse) Classification and diagnosis of dementias. In: *Dementias: Biological basis and clinical approach to the treatment*. Govoni, S. and Trabucchi, M. (Eds).

Livres reçus

 ce pictogramme signale les ouvrages qui font l'objet d'une note.


ALCOOL

 **L'ALCOOL, VOILÀ L'ENNEMI**
L'absinthe hier, la publicité aujourd'hui
Thierry Fillaut
Rennes : ENSP, coll.
Contrechamp, 1997, 100 p., 130 F

CANCER

LA MORTALITÉ PAR CANCER EN ÎLE-DE-FRANCE 1993 - 1994
Étude réalisée par Philippe Pépin
Paris : ORS Île-de-France, coll. Mortalité par cancer, 1997, 136 p.

DÉPENDANCE

 **LE JEU PATHOLOGIQUE**
Marc Valleur, Christian Bucher
Paris : Presses Universitaires de France, coll. Que sais-je ?, 1997, 127 p., 40 F

ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ EN UN CLIC DE SOURIS
Éco-Santé France, Éco-Santé Régional, Éco-Santé OCDE (600F l'unité)
Paris : Credes, coll. Éco-santé, 1997, 600 F


ENVIRONNEMENT

L'AMIANTE DANS L'ENVIRONNEMENT DE L'HOMME
Ses conséquences et son avenir (rapport)
Jean-Yves Le Déaut, Henri Révol
Paris : Assemblée nationale et Sénat, 1997, 190 p., 40 F

ÉTHIQUE

ESPACE ÉTHIQUE
Éléments pour un débat : travaux 1995-1996
sous la direction d'Emmanuel Hirsch
Paris : Doin Éditeurs, coll. Les dossiers de l'AP-HP, 1997, 541 p., 230 F

INFECTION NOSOCOMIALE

 **INFECTIONS NOSOCOMIALES**
40 questions sur les responsabilités encourues
Isabelle Lucas-Baloup
Paris : Éditions Scrof, 1997, 509 p., 280 F


PERSONNE ÂGÉE

 **PROTÉGER LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES**
Des politiques en mutation
OCDE, coll. Études des politiques sociales n° 19, 1996, 344 p, 250 F

Par C. Messina

REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES
Le vieillissement comme processus
Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, n° hors série, 1997, 51^e édition, 343 p., 97 F

PLANIFICATION SANITAIRE

 **PLANIFICATION SANITAIRE**
Méthodes et enjeux
Bernard Basset, Alain Lopez
Rennes : ENSP, 1997, 183 p., 130 F


POLITIQUE DE SANTÉ

 **HÉPATITES VIRALES**
Dépistage, prévention, traitement
Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 1997, 265 p., 120 F


POLITIQUE SOCIALE


 **SÉCURITÉ SOCIALE ET POLITIQUES SOCIALES**
Gilles Huteau, Éric Le Bont
Paris : Armand Colin, coll. Concours droit, 1997, 2^e édition, 480 p., 220 F

PRÉVENTION SANTÉ

 **PRÉVENIR LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES**
Gérard Dubois, Emilio La Rosa
Paris : Hermann Éditeurs des sciences et des arts, coll. Ouverture médicale, 1997, 128 p., 59 F

PROFESSION DE SANTÉ

 **L'INFORMATISATION DES CABINETS MÉDICAUX**
Syndicat national de l'Industrie pharmaceutique
Montrouge : John Libbey Eurotext, coll. Congrès et colloques, 1997, 82 p., 120 F

 **LE MÉDECIN ET LA RECHERCHE BIOMÉDICALE**
Syndicat national de l'industrie pharmaceutique, Association française pour la recherche thérapeutique
Montrouge : John Libbey Eurotext, coll. Congrès et colloques, 1997, 191 p., 140 F

SIDA

L'INFECTION À VIH EN ÎLE-DE-FRANCE

Volume 1 : les cas de sida déclarés et la séropositivité

Paris : ORS Île-de-France, coll. *Le sida*, 1997, 137 p.

SYSTÈME DE SANTÉ

LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS 1880 - 1995

L'aide-mémoire

Thierry Fillaut
Rennes : ENSP, 1997, 78 p., 85 F

DÉPENDANCE

LE JEU PATHOLOGIQUE

Marc Valleur, Christian Bucher

Paris : Presses Universitaires de France, coll. *Que sais-je ?*, 1997, 127 p., 40 F

Le jeu pathologique, défini comme la pratique des jeux d'argent et de hasard devenue passion dévorante, obsédante, envahissante au détriment de tous les investissements affectifs et sociaux, est considéré depuis 1980 comme une maladie psychiatrique et inscrite à ce titre dans le DSM-III (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). Près de 3 % de la population française sont touchés par ce trouble du contrôle des impulsions.

La prise en charge de ce trouble n'est pas unique, il peut prendre l'aspect d'une abstention à visée thérapeutique, d'une psychothérapie individuelle ou d'une thérapie comportementale ou cognitive. Ce livre fait également le point sur les mesures judiciaires ou administratives de protection des biens et d'interdiction de l'accès aux salles de jeux.

INFECTION NOSOCOMIALE

INFECTIONS NOSOCOMIALES 40 questions sur les responsabilités encourues

Isabelle Lucas-Baloup
Paris : Éditions Scrof, 1997, 509 p., 280 F

6,7 % des patients hospitalisés sont porteurs d'une infection nosocomiale. À l'hôpital, dans les établissements de santé privés comme dans les cabinets médicaux, la responsabilité civile, administrative et pénale de ceux qui ont été défaillants dans la prévention

et/ou le traitement des infections est impliquée, la faute professionnelle étant le plus souvent présumée par les tribunaux.

Isabelle Lucas-Baloup, avocat à la Cour de Paris, fait le point, en 40 questions-réponses, sur la réglementation en vigueur et une jurisprudence plutôt « convulsive et protéiforme ». Le rôle des CME, des CLIN, des C-CLIN, du CTIN et des unités d'hygiène, la responsabilité personnelle des soignants, infirmiers, pharmaciens, médecins libéraux et chirurgiens-dentistes en ville, des agents techniques et des fabricants de dispositifs médicaux, la capacité du directeur d'établissement à déléguer, l'information du patient sur le risque d'infection, le sort du soignant contaminé et celui du soignant contaminant, des déchets hospitaliers, les procédures disciplinaires, mais aussi le rôle des experts, de l'Anaes, des procédures d'évaluation et d'accréditation sont évoqués avec un très sérieux complément de documentation qui enrichit des commentaires inédits sur un médico-légal en voie de développement.

ALCOOL

L'ALCOOL, VOILÀ L'ENNEMI L'absinthe hier, la publicité aujourd'hui

Thierry Fillaut
Rennes : Ensp, coll. *Contrechamp*, 1997, 100 p., 130 F

Il est fort difficile d'évaluer aujourd'hui à sa juste mesure l'intérêt, sinon l'impact, de la prohibition de l'absinthe. Cette boisson méritait-elle la réputation qui lui fut faite ? L'enjeu du débat n'était-il pas ailleurs ? Chacun à l'aide des documents ici réunis par Thierry Fillaut, pourra se faire une idée, se forger un avis : ils indiquent le déroulement des faits (Genèse d'une prohibi-

tion), présentent les arguments des uns et des autres (L'absinthe au banc des accusés) et visent à situer ceux-ci dans leur contexte (De la fée verte au péril vert).

À près d'un siècle de distance, établir un parallèle entre le débat qui agite depuis quelques années le milieu de la santé publique autour du problème de la publicité (Loi Evin) et l'interdiction de l'absinthe ne paraît pas inutile. Si les enjeux ont changé et les moyens d'action ont évolué, les débats et stratégies d'aujourd'hui rappellent, par certains aspects, ceux d'hier.

Et l'on ne peut que s'interroger : quatre-vingt ans après l'interdiction de l'absinthe, la logique de conflit serait-elle l'unique voie capable de faire plier les groupes de pression alcooliers et de prévenir l'alcoolisation excessive de la population ? C'est là une question essentielle qu'un regard sur le passé ne devrait pas manquer de faire surgir, à défaut d'y apporter une réponse simple et définitive.

PLANIFICATION SANITAIRE

PLANIFICATION SANITAIRE

Méthodes et enjeux

Bernard Basset, Alain Lopez
Rennes : ENSP, 1997, 183 p., 130 F

La réduction des déficits de l'assurance maladie est en France le souci immédiat. Diminuer les dépenses, augmenter les recettes : quelles que soient les options retenues, des choix doivent être faits, des priorités établies, sur quels critères, avec quelles options ?

Les auteurs de cet ouvrage, médecins inspecteurs de santé publique, s'efforcent de répondre à ces questions. Ils tirent les leçons de la réalisation des premiers Sros, analysant les

méthodes, précisant les enjeux et proposant des repères utiles à tous les acteurs, et ce, à la veille de l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) dits de seconde génération.

POLITIQUE DE SANTÉ

HÉPATITES VIRALES Dépistage, prévention, traitement

Paris : Inserm, coll.
Expertise collective, 1997,
265 p., 120 F

Cet ouvrage présente les travaux d'un groupe d'experts réunis par l'Inserm pour répondre aux questions posées par la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN) sur les stratégies de vaccination des hépatites virales.

Le groupe a appuyé sa réflexion sur l'analyse de la littérature mondiale sur le sujet (environ 1 000 articles) à partir d'une grille de questions : quelle est l'ampleur épidémiologique du problème des hépatites virales A, B, C et autres ? quelle est leur gravité ? comment mieux cerner les populations à risque ? quelles sont les possibilités thérapeutiques ? comment optimiser les armes vaccinales disponibles ? quelles perspectives pour un vaccin contre l'hépatite C ? quels moyens de prévention faut-il promouvoir ?

Il met en évidence l'importance des hépatites en santé publique, les difficultés de leur prévention et le coût de leur prise en charge. Il constate la nécessité d'intégrer l'analyse de facteurs psycho-sociologiques pour expliquer les réticences vis-à-vis de la vaccination contre le virus de l'hépatite B et souligne l'intérêt de la mise en place d'une « vaccino-vigilance ». La recherche d'un vaccin contre le virus de l'hépatite C conserve toute son importance. Enfin, des projets de recherches sont à développer pour toutes les hépatites.

POLITIQUE SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE ET POLITIQUES SOCIALES

Gilles Huteau, Éric Le Bont
Paris : Armand Colin, coll.
Concours droit, 1997, 2^e
édition, 480 p., 220 F

Cet ouvrage présente de façon active et synthétique la sécurité sociale et les politiques sociales. Il a l'avantage d'être à jour mais surtout d'annoncer les évolutions probables de la réglementation et des politiques sociales à travers les enjeux et les problèmes actuels de la sécurité sociale. Ce qui permet au lecteur de rechercher les actualisations en cours à travers la presse spécialisée.

On retrouve tous les grands problèmes : maîtrise des dépenses de santé, avenir du système de retraite, lutte contre l'exclusion. La réglementation est traitée de façon dynamique selon un plan didactique et très bien illustré : exemples, graphiques et tableaux.

Jean Viñas

PRÉVENTION SANTÉ

PRÉVENIR LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

Gérard Dubois, Emilio La Rosa
Paris : Hermann Éditeurs
des sciences et des arts,
coll. *Ouverture médicale*,
1997, 128 p., 59 F

Premières causes de mortalité en France, les maladies cardio-vasculaires : hypertension, infarctus, artérite, etc, s'expriment de façons très diverses. Silencieuses ou douloureuses, sournoises ou brutales, elles sont parfois mortelles sans sommation.

De nombreux facteurs peuvent les favoriser, tels le tabac, l'hypercholestérolémie, l'hyper-

tension, qui influent plus ou moins en fonction de la maladie concernée et sont plus ou moins faciles à modifier.

Ce livre clair, précis, permet de classer des notions complexes et disparates afin d'aider à la préservation de la santé. Une bonne information et un effort d'attention peuvent souvent diminuer les risques encourus.

PROFESSION DE SANTÉ

L'INFORMATISATION DES CABINETS MÉDICAUX

Syndicat national de l'industrie pharmaceutique
Montrouge : John Libbey
Eurotext, coll. *Congrès et colloques*, 1997, 82 p.,
120 F

Cet ouvrage présente une enquête, conduite par le Centre de sociologie et de démographie médicales et soutenue par le Syndicat national de l'industrie pharmaceutique, auprès de 1 720 médecins généralistes.

L'enquête a été conduite par voie postale auprès de 4 400 généralistes libéraux, par sondage probabiliste. Plus de 1 700 d'entre eux ont accepté de répondre.

Deux biais sont apparus au cours de l'enquête et ont dû être « redressés » : les médecins non équipés d'ordinateurs répondent moins que leurs confrères équipés (34 %) ; les femmes, fort peu informatisées, répondent moins que les hommes.

Parmi les avantages dus à l'informatisation des cabinets, les généralistes citent par ordre décroissant : la rationalisation des dépenses ; l'amélioration de la prescription ; le développement de la formation médicale continue ; l'amélioration du diagnostic ; le développement des filières de soins.

Parmi les inconvénients redoutés, la perte de confidentialité ; l'altération de la relation

PROTÉGER LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES Des politiques en mutation

OCDE, coll. *Études des politiques sociales n° 19*,
1996, 344 p., 250 F

Depuis quelques années, l'OCDE s'attache à mettre en lumière l'évolution des politiques sociales de nombreux pays membres en matière d'aide aux personnes âgées dépendantes. Les études figurant dans le rapport de l'OCDE, *Protéger les personnes âgées dépendantes, Des politiques en mutation*, mettent en avant la complexité d'une situation qui, loin d'être dramatique, nécessite une réflexion globale et approfondie à court et à long termes. Vieillesse des populations, allongement de l'espérance de vie, mutations des structures familiales, travail des femmes, contraintes budgétaires et fragilité des États-providences, tous ces facteurs concourent à alimenter les interrogations sur l'efficacité et la qualité des structures et des

lité ; l'altération de la relation médecin/malade ; le fichage des médecins.

LE MÉDECIN ET LA RECHERCHE BIOMÉDICALE

Syndicat national de l'industrie pharmaceutique, Association française pour la recherche thérapeutique
Montrouge : John Libbey
Eurotext, coll. *Congrès et colloques*, 1997, 191 p.,
140 F

Il s'agit des actes d'un colloque

procédures d'aide aux personnes âgées dépendantes.

La diversité des politiques mises en place par les États membres, fruit de la diversité première des modèles de protection tour à tour béveridgien, bismarkien, scandinave... ne permet pas de dégager une réponse unique aux problèmes liés à la dépendance.

Toutefois les difficultés que les États rencontrent en matière de dépendance ne cessent d'augmenter. A législa-tions inchangées, les finances publiques autant que les budgets des familles en charge des personnes dépendantes seront rapidement confrontés à de sérieux problèmes de gestion. Il s'agit donc de repenser l'ensemble des procédures de financement. Pour les aidants familiaux, le coût en temps, en énergie et, dans certains pays, les dépenses sont très élevés.

Pour la collectivité la mise en place de soins de qualité à un nombre croissant de personnes dépendantes commence à grever les budgets

sociaux et sanitaires. Quelle solution financière adopter qui permette d'articuler les logiques publiques et privées, de maîtriser les dépenses sans réduire la qualité des soins ni l'équité : socialiser le risque comme en Allemagne, comme cela a été fait au moment de la mise en place de la prestation dépendance, mettre en place des critères de sélection de l'attribution de l'aide publique comme aux États-Unis d'Amérique ?

La question financière ne doit pas occulter les questions liées à la restructuration de l'offre des soins.

L'offre des soins est très fortement fragmentée ce qui crée un important gaspillage des ressources. Dans la majorité des États, la multiplicité des structures d'accueil, des centres de décision mais aussi de financement est d'une telle complexité qu'il est souvent difficile aux personnes âgées comme aux familles de pouvoir bénéficier de toute l'aide dont elles pourraient avoir besoin. L'expérience française est à ce niveau très représen-

tative. Au Danemark il en va différemment et la définition précise du rôle de chacun semble donner certaines satisfactions tant au niveau financier qu'au niveau de la gestion de l'offre. La mise en place de véritables réseaux, la gestion par cas peuvent permettre de résoudre une partie des difficultés rencontrées.

La progression du nombre de personnes âgées pose enfin des questions d'ordre éthique. Comment garantir les meilleurs soins et la meilleure qualité de vie possible à domicile aussi bien qu'en établissement, compte tenu des contraintes qui pèsent sur les acteurs professionnels (nécessité de rééquilibrer l'offre entre le maintien à domicile et l'hébergement collectif, nécessité de respecter les identités, l'intimité propre à chacun et le besoin de relations sociales, nécessité de s'adapter aux évolutions de la dépendance et à la croissance des troubles d'origine psychique).

Des déséquilibres importants existent dans les services offerts du fait d'une inadapta-

tion à des besoins hétérogènes en matière de dépendance : besoins de professionnels de la gériatrie, d'établissements médicalisés protégeant la dignité des personnes, prise en compte des aidants dont le soutien moral et affectif peut être essentiel...

La dépendance des personnes âgées est un sujet complexe, appréhendé comme tel depuis quelques années par les États membres de l'OCDE. Pour preuve l'utilisation des méthodes d'évaluation des politiques déjà en place. Le rapport montre très bien la volonté des acteurs du système de posséder une vision globale du problème. Chaque étude analyse avec lucidité l'état d'avancement de la réflexion des différents gouvernements. Malheureusement les réformes qui voient actuellement le jour, sont encore très sporadiques.

C. Messina
Legos

organisé en décembre 1996, par l'Association française pour la recherche thérapeutique et placé sous la présidence du Sénateur Claude Huriet.

Ce colloque avait pour ambition de faire le point sur l'environnement légal et réglementaire de la recherche biomédicale et de centrer plus particulièrement les réflexions sur le rôle du médecin soit en tant que promoteur (c'est-à-dire celui qui initie une recherche) soit en tant qu'investigateur (c'est-à-dire celui qui dirige et surveille).

La loi du 20 décembre 1988 relative à la protection des per-

sonnes qui se prêtent à des recherches biomédicales redéfinit le rôle exact du médecin et ses obligations, en tant qu'acteur essentiel dans l'organisation et la mise en œuvre d'une recherche biomédicale.

Elle est complétée par la loi de bioéthique du 1er juillet 1994, relative au traitement des données dans le domaine de la santé, qui concerne la protection juridique des personnes, le secret médical et celui de la vie privée.

Citons également l'article L. 365.1 du code de la Santé publique, qui soumet les travaux de recherches entre promoteurs, in-

dustriels et investigateurs, médecins au contrôle déontologique du Conseil de l'Ordre des médecins.

Ce colloque a été organisé autour de cinq sessions :

- la recherche biomédicale et le métier d'investigateur
- les divers aspects de la responsabilité de l'investigateur
- secret médical et collecte, validation et exploitation des données
- les relations promoteurs-investigateurs-patients
- problèmes pratiques en matière de recherche biomédicale.

Il a pour ambition de fournir aux médecins les informations

dont ils peuvent avoir besoin dans le cadre de leurs interventions dans les recherches biomédicales et soulever les questions qui peuvent encore se poser.

Lucie Degail, Claudine Le Grand, Patricia Siwek et Marie-Josèphe Strbak ont rédigé ces notes.

Textes

JEUNE ADULTE

- **Organisation des visites médicales concernant les jeunes âgés de seize à vingt-cinq ans bénéficiaires d'actions de formation**

Circulaire DGS-SP2 n° 97-736 du 17 novembre 1997, BO 97/49

CONFÉRENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

- **Conférences régionales de santé et programmes régionaux de santé**

Circulaire DGS-SP1 n° 97-731 du 20 novembre 1997, BO 97/49

Voir résumé ci-contre

MIGRANT

- **Modalités de réalisation de suivi social des personnes admises au séjour dans le cadre de la circulaire du 24 juin 1997 (relative au réexamen de certains étrangers en situation irrégulière)**

Circulaire DPM n° 97-686 du 21 octobre 1997, BO 97/46

BIOÉTHIQUE

- **Protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales et modifiant le code de la Santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État)**

décret n° 97-888 du 1^{er} octobre 1997, JO du 2 octobre 1997

Circulaire relative aux conférences régionales et aux programmes régionaux de santé

La conférence régionale de santé

Lieu public de débat et de proposition pour une politique régionale, les conférences régionales de santé (CRS) sont aussi une source pour la Conférence nationale de santé (examen des données sanitaires et sociales, définition des priorités et appréciation des actions entreprises).

Les membres des CRS sont des représentants des services de l'État, des professionnels de santé exerçant à titre libéral, des institutions et établissements de santé publics et privés et d'associations de familles, de malades, d'usagers et de consommateurs. Parmi ces membres est désigné un jury représentatif des différents groupes et qui rend ses conclusions sous une première forme le jour même de la conférence.

Un comité permanent présidé par la Drass et comportant l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) sera chargé de la coordination des priorités de santé et des programmes régionaux. La Drass assure également le secrétariat de la conférence en associant l'échelon départemental.

Les programmes régionaux de santé (PRS)

Ils sont une matérialisation des priorités émises par la conférence : ils sont pluriannuels et complètent les schémas régionaux d'organisation sanitaire en structurant les activités de promotion de la santé, de prévention, de soins

et de réinsertion. Le comité permanent de la CRS joue le rôle de comité de pilotage des programmes régionaux.

La méthode de programmation stratégique préconisée pour leur élaboration s'acquiert dans les formations-actions qui durent un an et sont dispensées en partenariat avec la direction générale de la Santé, l'École nationale de santé publique, les pôles universitaires de formation en santé publique et les Drass. La mise en œuvre s'étend sur quatre à cinq ans et comporte plusieurs projets opérationnels dont les activités et les financements sont mis à jour chaque année.

Les programmes sont financés par la réorientation des ressources existantes et les ressources supplémentaires pouvant être apportées par des crédits de l'État et le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires de la Cnam après demande au plus tard le 30 avril de chaque année.

Des rencontres nationales permettront de faire le bilan des programmes régionaux de santé avec l'appui d'ateliers d'aide personnalisée.

Santé des enfants, santé des jeunes

À paraître dans la collection *Avis et rapports* du HCSP, ce travail représente la première partie du rapport remis par le Haut Comité de la santé publique à la Conférence nationale de santé 1997 et transmis au Parlement dans le cadre de la préparation de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1998.

La santé des enfants et des jeunes peut être aujourd'hui considérée comme un thème essentiel de société aussi bien qu'un domaine important de la santé publique. Dans quel autre champ de la santé voit-on le « sanitaire » (somatique et mental) aussi fortement intriqué avec le « social » ? Comment ne pas voir l'interaction permanente de la sphère privée (famille...) et de la sphère publique (école...) dans la détermination de nombreux aspects de la santé des jeunes et donc, en grande partie de celle des adultes de demain ? Les recommandations du Haut Comité s'inscrivent dans une politique globale en faveur de la santé des jeunes dans notre pays et visent à :

- améliorer le processus de développement harmonieux de l'enfant en privilégiant le rôle naturel de la famille et en institutionnalisant l'éducation pour la santé par les maîtres de l'école,
- permettre de reconnaître les enfants et les adolescents en difficulté pour les prendre en charge en ayant soin d'éviter leur stigmatisation,
- permettre la formation des intervenants agissant auprès des jeunes et tout particulièrement le personnel de l'éducation nationale, les professionnels de santé et les travailleurs sociaux,
- permettre d'améliorer les connaissances sur l'état de santé des jeunes et de mettre en place les instruments pour mesurer l'impact des interventions entreprises.

Haut Comité de la santé publique.
Santé des enfants. santé des jeunes

Sommaire

- Avant propos
- Introduction
- Les outils de la connaissance
 - Les concepts
 - Sources de données épidémiologiques et statistiques
- L'état de santé des enfants et des jeunes en France
 - La mortalité
 - La morbidité
 - Les comportements
 - Synthèse des données statistiques et épidémiologiques
- Rôle de l'environnement dans la santé des enfants et des jeunes
 - L'environnement familial et social
 - Analyse critique du dispositif institutionnel de prise en charge de l'enfant et de l'adolescent
- Conclusions et recommandations
 - Améliorer le processus de développement harmonieux de l'enfant
 - Détecter et prendre en charge les enfants et adolescents en difficulté
 - Former les intervenants agissant auprès des jeunes
 - Améliorer les connaissances sur l'état de santé des enfants et des jeunes
 - Assurer les conditions de la définition et de la mise en œuvre d'une politique globale à l'échelon local et national
- Annexes
 - Composition du groupe de travail et personnes auditionnées en séance plénière
 - L'état de santé des enfants et des jeunes en France
 - Répertoire des dispositifs de santé destinés aux enfants et aux jeunes de 0 à 25 ans
 - Bibliographie

Saisine « Santé mentale »

Par saisine ministérielle de mai 1997, le Haut Comité de la santé publique a été chargé de redéfinir les axes d'une politique de santé mentale et de proposer des aménagements aux missions de la psychiatrie publique, qu'il semble indispensable de promouvoir en France.

Dans cette perspective, les différents concepts de base — santé mentale, souffrance psychique et pathologie psychiatrique — seront clarifiés et les notions de prévention, soin et réadaptation en psychiatrie, ainsi que leur spécificité éventuelle par rapport aux autres champs de la santé, devront être précisées.

Le Haut Comité devra remettre un premier état de ses conclusions au ministre de la Santé à la fin du deuxième trimestre 1998.

22

mars 1998

Actualité et dossier *en* santé publique

Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique

À paraître en mars 1998

dossier
**Usages de
drogues et
toxicomanies**

ISSN 1243-275X



L'équipe de
rédaction
d'Actualité et
dossier en santé
publique vous
présente ses
meilleurs vœux
pour l'année
1998



Paris
Le 24 janvier 1998
Douleur

Rencontres pratiques
organisées en collaboration
avec *Le Généraliste*
Renseignements
LEN Médical
15, rue des Sablons
75116 Paris
Téléphone : 01 47 55 06 06

Paris
Les 30 et 31 janvier 1998
Idéologies, pratiques psychiatriques et santé publique

Journées scientifiques
annuelles de l'Association
française de psychiatrie
Renseignements
AFP
23, rue Pradier
92410 Ville d'Avray
Téléphone : 01 47 09 11 77

Paris
Le 7 mars 1998
Les notions de crise de l'adolescent : pour le médecin généraliste et pour le psychanalyste

Journée organisée par la Société psychanalytique de Paris et la Société de formation thérapeutique du généraliste
Renseignements
SFTG
1, rue de la Butte aux Cailles
75013 Paris
Téléphone : 01 45 81 09 63

Lille
Du 9 au 11 mars 1998
De la prise en charge des enfants maltraités, jeux et enjeux

Congrès national de l'Association française d'information et de recherche sur l'enfance maltraitée
Renseignements
Comité d'organisation du Congrès
Afirem, IRTS
Rue A. Paré
BP 71
59373 Loos Cedex
Téléphone : 03 20 62 53 68

Paris
Le 16 avril 1998
Éducation pour la santé des patients

Colloque organisé par le Comité français d'éducation pour la santé dans le cadre de la Biennale de l'éducation et de la formation qui se déroulera du 15 au 18 avril
Renseignements
INJEPP/Biennale
9/11 rue Paul Leplat
78160 Marly-Le Roy
Téléphone : 01 39 17 26 50

Paris
Du 22 au 24 avril 1998
Allocation de ressources et géographie des soins

Journées organisées par le Centre de Recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (une traduction simultanée sera assurée)
Renseignements
Credes
1, rue Paul Cézanne
75008 Paris
Téléphone : 01 53 93 43 02
Télécopie : 01 53 93 43 50

Paris
Du 18 au 20 mai 1998
Longévité et qualité de vie. Une révolution mondiale : opportunités, défis et réponses

Congrès international organisé par le Conseil international pour un progrès global de la santé
Renseignements
Régine Boutrais, Virginie Tournoud
CIPGS
Hôpital Paul Brousse
94804 Villejuif Cedex
Téléphone : 01 45 59 36 77

Lorquin
Du 10 au 12 juin 1998
Santé mentale et santé publique

Festival international Ciné-Vidéo-psy organisé par l'Association Festival Psy
Renseignements
Roxane Ferratto
Secrétariat du festival
Centre hospitalier
57790 Lorquin
Téléphone : 03 87 23 14 12

Toulouse
Samedi 6 ou 13 juin 1998
Les courants en alcoologie

Réunion organisée par la Société française d'alcoologie
Renseignements
Secrétariat général de la Société française d'alcoologie
Rédaction de la revue
Alcoologie
Pr Jean-Dominique Favre
101, avenue Henri Barbusse
92141 Clamart Cedex
Téléphone /télécopie : 01 41 46 69 51

Grenoble
Du 29 juin au 3 juillet 1998
Santé publique : du quartier à l'Europe

Congrès organisé par la Société française de santé publique
Renseignements
SFSP
BP 7
54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
Téléphone : 03 83 44 87 47

Le calendrier est réalisé avec la collaboration du

Comité français d'éducation pour la santé

21

décembre
1997

Actualité et dossier en santé publique

e
r
i
a
m
m
o
s

- 1 **Éditorial**, *Geneviève Laroque*
- 2 **Actualité**
La santé des enfants, la santé scolaire.
Une réponse et un dispositif appropriés ?,
Anne Tursz, Marie-Claude Romano
Fonds d'intervention en santé publique.
Appel à projets régionalisé 1996,
Sophie Schapman
- 13 **International**
Le système de santé suisse. Une période
de mutation, *Jean Martin*
- 19 **Organisme**
Centre de liaison, d'étude, d'information et
de recherche sur les problèmes des
personnes âgées
- 20 **Alcoologie**
Observation et recherche en alcoologie.
Intérêts et limites de l'épidémiologie,
Françoise Facy
- 24 **Formation**
DESS action gérontologique et ingénierie
sociale (Agis)
- 25 **Études**
L'émergence de nouveaux problèmes de
santé, *Claudine Parayre*
- 29 **Recherche**
Neuropsychologie et neurobiologie
du vieillissement cérébral, Inserm U. 324
- 30 **Documentation**
- 34 **Législation & réglementation**
- 35 **L'actualité du Haut Comité**
Le rapport *Santé des enfants, santé des
jeunes*
Saisine « Santé mentale »
- 37 **Calendrier**

dossier

Vieillessement, âge & santé

Dossier coordonné par **Jean-Claude Henrard**

- II **Regards démographiques sur le vieillissement**
- IV **Vieillessement 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**



**Haut Comité de la
Santé Publique**

8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP

télécopie 01 40 56 79 49