

Sous la direction de
Bruno Fantino

Comprendre la santé des aînés

**Manuel pratique
de recherche-action
en gérontologie-gériatrie**

Définition et historique



Actualité et évolutions



Cinq cas pratiques détaillés

DUNOD

Merci à Séverine lafrate pour son travail dans la préparation de l'ouvrage.

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2011
ISBN 978-2-10-056949-6

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

À mes maîtres
Gérard Duru et Jean-Paul Auray

Préface

Roselyne BACHELOT-NARQUIN

« *La réalité ne pardonne pas qu'on la méprise* », écrivait Joris-Karl Huysmans. La réalité, au contraire, mérite qu'on la comprenne, qu'on en saisisse les tendances, les évolutions et les perspectives, pour ensuite tenter d'agir sur elle, afin de la modifier et de l'améliorer.

Comprendre et agir : ce sont bien ces deux impératifs que la recherche-action conjugue, dans une remarquable et indispensable alliance. En explorant les conditions du changement, elle nous offre les clés d'une appréhension et d'une transformation du monde dans lequel nous vivons.

Ainsi, dans le domaine de la santé des aînés, il s'agit de partir d'un constat unanimement partagé : notre société présente une nouvelle configuration démographique, et ces mutations à l'œuvre vont encore s'accélérer. Les personnes de plus de 75 ans devraient ainsi passer de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060. Quant aux 85 ans et plus, d'après les estimations récentes, ils seront 5,4 millions, soit quatre fois plus qu'aujourd'hui.

Face à ce constat, nous pouvons, bien sûr, choisir de ne rien faire, c'est-à-dire de ne rien changer à nos pratiques ni à nos politiques. Pourtant, inévitablement, des questions se posent : comment faire face aux défis du vieillissement et à ses répercussions sociales, économiques ou familiales ? Comment bien accompagner nos aînés et leur assurer une prise en charge de qualité, respectueuse de leur dignité ? Comment adapter les transports, l'urbanisme et l'habitat pour leur garantir une participation pleine et entière à la vie sociale ?

Les valeurs de solidarité et de fraternité, au fondement même de notre pacte républicain, requièrent ce questionnement et imposent des réponses.

Ces dernières seront nécessairement transversales. Car apporter les conditions d'un « bien vieillir » implique de prendre en compte la santé de nos aînés, bien sûr, mais aussi leur bien-être, leur degré d'inclusion dans notre société, ou encore le regard que nous leur portons. En un mot, l'« état complet de bien-être physique, mental et social », pour reprendre la définition que donne de la santé, dès 1946, le préambule à la constitution de l'Organisation mondiale de la santé.

Concrètement, qu'est-ce que cela signifie ?

Prendre en compte la santé, c'est mettre l'accent tout à la fois sur la prévention, pour retarder l'apparition de pathologies et la perte d'autonomie, et sur la qualité du suivi médical, en établissement ou à domicile. Porter une attention particulière au bien-être des personnes âgées, c'est accroître la qualité de vie pendant la vieillesse, en favorisant le lien social et la richesse de la vie intérieure. Garantir l'inclusion dans notre société, c'est redonner à nos aînés la place qui leur revient de plein droit. Modifier, enfin, le regard que nous leur portons, c'est en finir avec les représentations négatives de la vieillesse, dans une société où la jeunesse et la performance sont trop souvent érigées en modèles.

Ces considérations ont largement été mises en avant lors du débat national que le Président de la République a souhaité ouvrir sur le thème de la dépendance des personnes âgées. La réforme à laquelle ce débat doit aboutir nous permettra de réellement répondre aux attentes et aux besoins des personnes âgées.

Ce qui est certain, c'est que seule une approche pluridisciplinaire, comme celle adoptée dans cet ouvrage, peut nous aider à y parvenir.

Passionnant par la diversité de ses auteurs et l'originalité de leurs analyses, ce recueil correspond bien à l'idée que nous nous faisons de la rigueur scientifique : une harmonieuse combinaison de considérations épidémiologiques, éthiques, historiques et sociales.

En incitant l'ensemble des professionnels à identifier et à généraliser les bonnes pratiques, je suis certaine qu'il contribuera non seulement à améliorer la santé des aînés, mais aussi à enrichir notre avenir commun.

Roselyne BACHELOT-NARQUIN
Ministre des solidarités et de la cohésion sociale

Sommaire

Préface	VII
Les auteurs	XI
Avant-propos	XIII
Partie 1. La santé des aînés : au carrefour d'une quadruple transition	1
Chapitre 1 La transition démographique	3
Chapitre 2 La transition épidémiologique	43
Chapitre 3 La transition du système de santé	55
Chapitre 4 La transition du travail	113
Partie 2. Qu'est-ce que la recherche-action ?	157
Chapitre 5 Définition et historique de la recherche-action	159
Chapitre 6 Un levier du changement des pratiques professionnelles	173
Chapitre 7 Questions éthiques relatives à la recherche-action en santé publique	197

Partie 3.	La boîte à outils de la recherche-action	215
Chapitre 8	La recherche documentaire : le point de départ essentiel	217
Chapitre 9	Le protocole de recherche	233
Chapitre 10	Déposer le projet auprès des instances réglementaires	261
Chapitre 11	La phase pilote	291
Partie 4.	L'homme vieux dans l'histoire	303
Chapitre 12	De l'Antiquité au XVII ^e siècle	305
Chapitre 13	La vieillesse en France : du XVII ^e siècle à la création de la Sécurité sociale	341
Partie 5.	Cas pratiques en recherche-action	379
Chapitre 14	Vitamine D et chute : un exemple de recherche-action en gériatrie	381
Chapitre 15	Les chutes : PCR4, Evateleg	407
Chapitre 16	Déclin cognitif et personnes âgées	431
Chapitre 17	La iatrogénie médicamenteuse [PIPA]	453
Chapitre 18	La maladie d'Alzheimer : COMAP	471
	Table des matières	489
	Index	497

Les auteurs

CÉDRIC ANNWEILER

Médecin, chef de clinique, service de Gériatologie clinique de l'Hôpital universitaire d'Angers, président de l'Association française des jeunes gériatres hospitaliers.

OLIVIER BEAUCHET

Gérontologue, professeur de médecine, département Médecine interne et gérontologie clinique du CHU d'Angers, membre du Conseil d'administration de la Société de gérontologie de l'Ouest et du Centre (branche régionale de la Société française de gériatrie et de gérontologie, SGOC).

ALAIN COLVEZ

Médecin épidémiologiste, directeur de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) de Montpellier.

CATHERINE COUFFIGNAL-TULPIN

Infirmière de santé publique au Centre d'examen de santé de l'Assurance maladie du Rhône.

NORBERT DEVILLE

Directeur général du CETAF (Centre technique d'appui et de formation), qui coordonne le réseau des Centres d'examen de santé et agit pour le compte de l'Assurance maladie.

BRUNO FANTINO

Médecin, spécialiste en Santé publique, professeur à l'Université d'Angers, titulaire de la chaire de « Santé des aînés dans la société » il est directeur des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie du Rhône et de l'Association pour le développement de l'information médicalisée (ADIM).

PIERRE KROLAK-SALMON

Neuro-gériatre, professeur de médecine, chef du Service de gériatrie de l'Hôpital des Charpennes, Lyon, Centre de mémoire de ressources et de recherche de Lyon (CMRR).

ELSA PAROT-SCHINKEL

Médecin en santé publique et médecine sociale, méthodologiste au Centre de recherche clinique du CHU d'Angers, titulaire d'un master recherche de santé publique (spécialité épidémiologie, université de Paris XI) et doctorante à l'école doctorale Biologie-Santé de Nantes-Angers.

FRANÇOISE PIOT

Infirmière de Santé publique, assistante de Recherche clinique, secrétaire de l'ADIM.

PIERRE RAMON-BALDIÉ

Directeur du département de la Recherche et développement à l'École nationale supérieure de Sécurité sociale (EN3S).

JEAN RIONDET

Diplômé de l'Institut de démographie de l'Université de Paris ; il débute sa carrière à l'Ined et au Cereq, puis il anime avec Gérard Duru du CNRS le développement de la recherche en économie de la santé avec les Hospices Civils de Lyon et l'Université Lyon 1. Acteur de l'action sociale, il a créé un réseau de santé médico-social CORMADOM qui prend en charge des malades dont la complexité les destinerait normalement à vivre en institution.

GÉRARD ROPERT

Directeur général de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France. Expert en conduite du changement. Il a publié de nombreux ouvrages sur le domaine et sur le système de santé en France en collaboration avec Bruno Fantino.

ROLAND SAUSSAC

Professeur d'histoire-géographie en classes préparatoires commerciales au Lycée du Parc (Lyon). Agrégé d'histoire, docteur d'État.

CHRISTIANE VANNIER-NITENBERG

Docteur en médecine, doctorante à l'École Doctorale Interdisciplinaire Sciences Santé (EDISS). Directeur Adjoint des Centres d'exams de santé de l'Assurance maladie du Rhône.

Avant-propos

Olivier BEAUCHET

COMPRENDRE LA SANTÉ DES AÎNÉS... Le titre de cet ouvrage nous conduit vers les horizons nouveaux qui s'ouvrent à la gérontologie et à la gériatrie, mais aussi à bien d'autres disciplines gravitant autour de la personne âgée. Bruno Fantino est avant tout un spécialiste de santé publique et il n'est pas encore d'usage, en France, que ce soit cette spécialité qui dynamise une équipe autour d'un ouvrage traitant du vieillissement. Tout comme il n'est pas habituel qu'un service de gérontologie clinique tel que celui que je dirige au CHU d'Angers étoffe ses compétences par l'apport des sciences humaines et sociales en créant une chaire « Santé des aînés », chaire dont Bruno Fantino est le titulaire.

Remercions nos gouvernants qui ont permis ce type d'initiative grâce à la loi de réforme des universités de 2007 : nous n'avons pas tardé, au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, et en partenariat avec l'École Nationale Supérieure de Sécurité Sociale et l'université Lyon I à saisir les opportunités qui s'offraient à nous avec cette liberté nouvelle. Remercions également notre Doyen et notre Président qui nous ont soutenus dans cette création.

Aujourd'hui, ce livre se veut un témoignage et peut-être une route à suivre pour tous ceux qui voudraient s'engager davantage sur le champ du vieillissement. À l'heure où le débat sur la dépendance est lancé à travers le pays et où ce risque spécifique, bien identifié, nécessite des mesures organisationnelles et financières à la hauteur des enjeux, chacun comprend mieux désormais la nécessité d'associer toutes les expertises autour des problématiques du vieillissement. Qu'il s'agisse du bien-vieillir (avec en particulier l'analyse des trajectoires de vie empreintes d'inégalités sociales de santé dont on connaît l'importance et la pertinence), de la perte d'autonomie, du fardeau des aidants, du lien social, du maintien à domicile ou de l'institutionnalisation, les solutions pérennes pour mieux vivre ensemble ne peuvent venir que de la mutualisation des compétences.

Ces solutions viendront également du terrain, issues d'expérimentations fondées sur la recherche-action. Ce concept est quelque peu étranger au monde médical qui ne raisonne bien souvent que par essais d'intervention ou cohorte épidémiologique ; c'est le mérite du Professeur Bruno Fantino que de nous l'avoir fait redécouvrir

en conceptualisant largement toutes les études mises en place entre le Centre d'Examens de Santé de l'Assurance Maladie du Rhône et le CHU d'Angers. Si l'approche est novatrice, elle date maintenant de plus de cinq ans, durée de cette collaboration pendant laquelle le gériatre s'est enrichi des connaissances issues de la Santé publique tandis que l'expert en Santé publique devenait un peu gériatre.

Je voudrais remercier donc Bruno Fantino du dynamisme qu'il a apporté grâce à l'interdisciplinarité et aussi tous les co-auteurs dont le lecteur pourra mesurer le professionnalisme et l'expertise à travers chacune de leurs contributions.

Encore une fois, le champ du vieillissement ne peut être appréhendé que dans la multidisciplinarité avec des experts dont la pratique professionnelle rend l'expression légitime sur le sujet.

Gérard Ropert nous a paru le plus à même de développer ses idées sur les conditions d'un vieillissement réussi au travail, transition longue et difficile qui façonne durablement les années après le retrait de la vie active. Directeur général de la CRAMIF, il a su marier l'expertise acquise dans la GRH avec les missions confiées à l'organisme qu'il dirige sur la santé au travail. Nul ne s'étonnera qu'il s'engage en faveur d'un travail durable, partie intégrante d'un développement durable.

L'homme vieux à travers l'Histoire nous est conté par Roland Saussac comme une mise en intrigue, aurait dit Paul Ricœur, des plus passionnantes. On trouvera dans cette quatrième partie de l'ouvrage les racines expliquant à maints égards le regard porté aujourd'hui sur nos aînés. Son approche se veut tant historique qu'anthropologique et nous guide sur les chemins de la compréhension des relations entre jeunes et aînés de nos jours.

Jean Riondet est un démographe, mais aussi un sociologue de terrain, qui de longue date a su bâtir des expérimentations innovantes autour des personnes âgées en perte d'autonomie. Sa connaissance se veut pragmatique et ses éclairages indispensables à la compréhension de phénomènes qui agissent comme une lame de fond et dont nous ne voyons bien souvent que l'écume.

Alain Colvez a, quant à lui, su nous expliquer de manière concise les conséquences que la transition épidémiologique entraîne sur notre système de soins, qui devra s'adapter autant qualitativement que quantitativement dans les toutes prochaines années.

Je voudrais citer les autres contributeurs à cet ouvrage parce qu'ils expriment l'interdisciplinarité que Bruno Fantino a su mettre en œuvre. Françoise Piot et Catherine Couffignal-Tulpin nous délivrent un message que nos amis québécois ont depuis longtemps mis en pratique avec l'Université des Sciences Infirmières : celui de soignantes, au plus près des malades, qui pensent leur métier et en améliorent les dimensions et les concepts afférents à leur pratique. Norbert Deville et Pierre Ramon-Baldié apportent une expertise toute particulière sur la conduite du changement, l'un comme directeur du CETAF, l'autre comme directeur de la Recherche et du développement à l'EN3S, mais tous deux avec une forte appartenance à l'Assurance maladie et ses valeurs qu'ils savent nous rappeler au travers de leurs lignes.

Enfin, l'expertise technique et scientifique fonde, il faut le souligner, la démarche de la recherche-action qui ne pourra se développer et acquérir ses lettres de noblesse que par un haut niveau d'exigence. La rigueur méthodologique développée par Elsa Parot-Schinkel, le chemin intellectuel de recherches telles que celles conduites par Cédric Annweiler, Christiane Vannier-Nitenberg, ou Pierre Krolak-Salmon illustrent fort à propos dans la dernière partie de l'ouvrage les contraintes, mais aussi les ambitions, qui sont celles de la recherche-action. Gageons que ce livre qui se veut un manuel pratique de recherche-action fera de nombreux adeptes de cette démarche. Celle-ci se veut novatrice, permettant avec relativement peu de moyens supplémentaires de s'interroger et d'améliorer les pratiques professionnelles susceptibles d'optimiser la qualité de prise en charge de nos aînés. Ce collectif d'auteurs a, sous la direction de Bruno Fantino, apporté des éclairages particuliers fondés sur des exercices quotidiens dans des dimensions différentes du champ du vieillissement : on trouvera là une véritable praxie empreinte tout à la fois d'éthique, de qualité des soins au sens large et de compréhension scientifique des phénomènes observés.

De tout cela naît un livre original, utile, pragmatique, agréable à consulter car racontant une histoire, celle de femmes et d'hommes portant les valeurs du partage des savoirs, animés par l'ambition d'une destinée meilleure pour nos aînés, profondément marqués par la nécessité éthique du mieux vivre ensemble, avec et grâce à nos vulnérabilités.



Partie 1

**La santé des aînés :
au carrefour d'une
quadruple transition**

Chapitre 1	La transition démographique.....	3
Chapitre 2	La transition épidémiologique.....	43
Chapitre 3	La transition du système de santé.....	55
Chapitre 4	La transition du travail.....	113

A thick pink line starts as a horizontal bar at the top right, then turns 90 degrees downward to run vertically along the right edge of the page.

Chapitre 1

La transition démographique

Jean RIONDET

PLAN DU CHAPITRE

1.	La magie des nombres	5
2.	L'objet de la démographie : la vie et la mort	9
3.	La transition démographique dans son histoire	13
4.	Peut-on parler de transition démographique aujourd'hui ?	16
5.	Données démographiques	17
6.	La population de la France depuis un demi-siècle	19
7.	Les outils de la démographie	21
8.	La mesure de la mortalité	24
9.	La reproduction	30
10.	La famille, les « ménages »	35
11.	Le croisement de la mortalité et de la fécondité	37
12.	Le vieillissement de la population	39
13.	Bibliographie	41

L'OBJET DE CE CHAPITRE est d'apporter aux utilisateurs des données démographiques des clés de compréhension des concepts en usage dans cette discipline et des sources utilisables. Rares sont les circonstances où, sur un projet d'action en santé publique, il est possible de réunir une information démographique originale. Par contre, la démographie fait partie des disciplines toujours mobilisées pour les programmations sanitaires ou sociales.

Ce chapitre sera structuré autour d'une réflexion sur la notion de transition démographique, puis sur l'objet de la démographie et quelques-uns de ses résultats, enfin sur le vieillissement des populations qui nous intéresse plus particulièrement.

1. LA MAGIE DES NOMBRES

La société française du XXI^e siècle bruisse de la folie des chiffres. Pas un journal télévisé n'omet de donner des valeurs, *a minima* celles de la météo, mais aussi des sondages d'opinion, en sus des reportages qui sont censés nous donner une image d'un « réel » version médiatique. La cote de popularité du président, la valeur moyenne de la retraite des Français, le nombre des chômeurs... mais à quoi servent ces chiffres ?

Leur fluctuation d'un point, d'une dizaine, voire plus, changent-ils notre analyse, notre réflexion, notre jugement de valeur, notre regard sur l'événement, sur le monde ? Ou alors ne sont-ils qu'une manière de dire ? Les grandes personnes exprimeraient leurs sentiments avec des chiffres... alors que les jeunes générations utiliseraient des mots « c'est super, c'est hype, c'est trop, c'est trash »... ?

Ce n'est pas le nombre qui importe mais le sens, l'interprétation associée. Jamais l'énonciation d'une valeur démographique n'a engendré une politique sociale. La connaissance des chiffres est un des éléments d'une argumentation, elle est mobilisée pour dimensionner des projets d'action.

L'émergence des politiques sociales

Ce n'est pas le nombre des personnes âgées qui engendre des politiques en leur direction, mais la prise de conscience que la pauvreté, la solitude, l'abandon social peuvent les concerner plus que d'autres.

Par exemple, le point de départ souvent retenu pour la politique dite « personnes âgées » en France fait suite au rapport Laroque¹ de 1962 : le constat est alors

1. Pierre Laroque, participa à la mise en place des assurances sociales à partir de 1928, puis prépara dans la Résistance le régime général de la Sécurité sociale dont il devint le premier directeur général. Contre la tradition française des corps de métiers, Pierre

celui de la pauvreté qui touche encore particulièrement les personnes âgées. Nous sommes en période de croissance économique ce qui rend réalisable des objectifs tels que la réduction des inégalités face à la santé et à la retraite, le développement d'équipements collectifs (crise du logement issue des lois d'entre-deux-guerres sur le gel des loyers qui engendra un gel des investissements privés, archaïsme des hôpitaux, système scolaire sous-équipé, autoroutes inexistantes...)

Quelques années plus tard, le premier chapitre du rapport des commissions préparatoires du 6^e plan de 1971 présidées par Pierre Laroque est une analyse consacrée aux conséquences de l'évolution démographique et aux perspectives du vieillissement de la population pour 1980. Sont évoqués les thèmes de l'isolement des personnes âgées, mais également celui de la pauvreté et de la nécessaire revalorisation des pensions qui conduit à repenser l'équilibre financier des régimes de retraites, alors qu'il n'est pas encore question de la retraite à 60 ans ni de crise économique.

« Les évaluations prévisionnelles effectuées à l'occasion des travaux du 6^e plan... font apparaître que les prestations vieillesse connaîtront, entre 1971 et 1975, une croissance supérieure à celle qu'avait prévue la programmation et plus encore la projection concernant le plan précédant. Cette modification de la tendance traduit un effort global en faveur de ces prestations dont la croissance serait appelée à dépasser légèrement celle de l'ensemble des prestations sociales, mais à demeurer très notablement plus faible que celle des prestations "maladies".

Un effort relatif en faveur des prestations de vieillesse, dont les résultats sont, on le verra, très modérés sur le plan individuel – suffira à provoquer, selon les mêmes prévisions, un déséquilibre financier des régimes de retraite.

Les perspectives qui viennent d'être indiquées montrent la précarité de la situation actuelle. Une progression modérée des prestations, dont le retard au regard de l'évolution générale a été maintes fois souligné, suffira à introduire un déséquilibre financier sérieux dans notre système institutionnel de retraites. C'est-à-dire qu'une réflexion sur les fins et les moyens de notre système de prestations sociales "vieillesse" apparaît aujourd'hui tout à fait nécessaire¹. »

Cet ouvrage est intéressant pour notre propos, car il fait largement référence aux données démographiques, mais celles-ci sont toujours associées à d'autres domaines économiques ou juridiques pour construire une réflexion politique. Il faut d'ores et déjà retenir que le choix des indicateurs est corrélatif des objectifs poursuivis en termes d'actions collectives.

Laroque ne concevait pas de système de protection sociale qui ne puisse être généraliste. Son approche s'est révélée visionnaire.

1. Rapports des commissions du 6^e plan « Personnes âgées » 1971-1975, La Documentation française, 1971.

Des outils d'une discipline aux indicateurs d'une politique sociale

En d'autres termes, lorsque l'on utilise la démographie pour traiter d'une question sociale, il faut bien distinguer ce qui relève des outils permettant une analyse démographique de ce qui relève de son objet, la population. Distinguer ce qui fonde l'observation, les outils, les méthodes, les présupposés, les hypothèses, les résultats... de ce qui fonde le cadre d'une action collective, de sa définition, de son rapport aux autres types d'interventions sociales en direction de groupes sociaux identifiés selon des critères simples, univoques, aisés à observer et à mesurer.

Dès l'origine de cette science, au XVIII^e siècle, ses fondateurs visaient à confronter leur problématique « politique » à la science des nombres « pour décrire, analyser et comprendre les mécanismes qui commandent à la composition et à l'évolution d'une population » (Vallin, 1992, p. 5). Aujourd'hui on y ajoute pour préciser l'évolution de la population son état de handicap, d'autonomie ou de maladie.

D'une manière générale, les populations ne peuvent que croître, l'inverse conduit inexorablement à leur disparition et nous ne serions pas là pour en parler. Encore que, ici ou là, sur des territoires éloignés des grands centres urbains, nous pouvons observer des groupes humains en diminution numérique avec des mécanismes bien spécifiques de mouvements migratoires qui affectent les catégories d'âges, posant par là même des questions quant aux services mutuels rendus entre classe d'âges, aux besoins à couvrir par des professionnels, aux réponses institutionnelles à trouver.

Démographie et autres sciences sociales

Déjà, par cette simple remarque les nombres et leurs rapports entre eux nous emmènent vers les interprétations que nous en donnerons. La démographie ici utilisée le sera moins pour ses méthodes que par les connaissances, les présupposés en matière d'interprétations sociales ou politiques et *in fine* d'intervention que ses résultats nous suggèrent.

La quantification est d'autant plus recherchée qu'elle permet plus aisément d'aller des faits aux idées plutôt que des idées aux faits comme le suggère Durkheim dans « les règles de la méthode sociologique » (Durkheim, 1894) pour s'éloigner d'une approche « idéologique » où les faits retenus sont ceux qui confortent les idées reçues, les « prénotions¹ ».

1. Chamboredon J.-C., Bourdieu P., Passeron J.-C., dans *Le Métier de sociologue*, reprennent un thème développé par Durkheim dans *Les Règles de la méthode sociologique*. Les prénotions sont des « représentations schématiques et sommaires [...] formées par la pratique et pour elle » qui tiennent leur évidence et leur autorité des fonctions sociales qu'elles remplissent ».

Ce qui n'exclut pas la subjectivité du chercheur, mais celle-ci sera contrôlée par la mise à la question de ses présupposés, de ses hypothèses. Durkheim et Max Weber, fondateurs de la sociologie dès la fin du XIX^e siècle plaidaient pour une objectivation des faits sociaux, pour une mise à distance des faits de la subjectivité de l'observateur ; Max Weber argumentait, quant à lui, sur la « neutralité axiologique ». Cette distanciation, si souhaitable fût-elle, est davantage un horizon car la participation de l'observateur à la chose observée est constante. Le fait même d'observer modifie les comportements des acteurs.

Aussi, Pierre Bourdieu concède :

« J'ai dit que, contre l'orthodoxie méthodologique qui s'abrite sous l'autorité de Max Weber et de son principe de "neutralité axiologique" (*Wertfreiheit*), je crois profondément que le chercheur peut et doit mobiliser son expérience [...] dans tous ses actes de recherche. Mais qu'il n'est en droit de le faire qu'à condition de soumettre tous ces retours du passé à un examen critique rigoureux. [...] Seule une véritable socioanalyse de ce rapport, profondément obscur à lui-même, peut permettre d'accéder à cette sorte de réconciliation du chercheur avec lui-même, et avec ses propriétés sociales, que produit une anamnèse libératrice¹. »

L'approche des faits sociaux par le biais des nombres participe de leur objectivation par le chercheur, mais sa subjectivité, son expérience, ses intuitions seront à l'œuvre dans la construction des nomenclatures, dans le choix des catégories d'âges, dans le choix des variables. Ce que nous voyons simplement par le choix des catégories d'âge définissant la catégorie des jeunes, celle des adultes, de la vieillesse, du grand âge...

La démographie et le politique

Le choix du promoteur d'un projet d'intervention, d'une structure ou d'une collectivité de répondre de telle ou telle manière à un problème social identifié et construit pour en apporter une réponse socialement acceptable s'appuiera sur les divers leviers d'action disponibles ; ce seront tout autant les règles d'urbanismes, celles en matière de logement, de technologies de l'information et de la communication, que celles spécifiques du Code de l'action sociale, ou de la Sécurité sociale. Sachant que malgré un cadre strict de champ de compétences défini par la loi, les collectivités peuvent se donner des marges de manœuvres propres en inventant des modalités d'interaction entre les cadres disponibles...

Globalement les politiques sociales locales reflètent l'entrecroisement perçu et mobilisé par les acteurs locaux de l'offre des politiques nationales du logement, des revenus, de lutte contre l'exclusion et de leurs propres initiatives.

1. Bourdieu P., Chamboredon J.-C., Passeron J.-C., Krais B., 2005.

Elles sont aussi le fruit de ce que Michel Foucault appelait la biopolitique¹, dont « l'objet est la population conçue comme problème scientifique et politique. La biopolitique porte sur des phénomènes collectifs ayant des effets politiques dans la durée et s'efforce de réguler ces phénomènes. Il s'agit d'installer des mécanismes de sécurité autour de cet aléatoire inhérent à une population d'êtres vivants ».

Les sociétés modernes abandonnent peu à peu un pouvoir de vie ou de mort direct sur leurs sujets, même si l'histoire du nazisme ou de l'arme atomique nous rappelle la permanence de ce risque ; elles développent un pouvoir de gestion de la vie, au-delà de la seule force de travail, de gestion du bien-être ou de la santé. Pour comprendre le passage pointé par M. Foucault, la discipline des corps maîtrise l'individu (dans *La Volonté de savoir*), alors que la biopolitique permet une gestion de la masse, d'une population (dans *Il faut défendre la société*).

Cette référence à Foucault permet de comprendre en quoi les approches démographiques et au-delà de santé publique participent de la construction du pouvoir sous sa forme contemporaine. Le pouvoir joue sur la définition de qui a droit à la vie, de qui est voué à la mort ; il joue également sur la manière dont l'attention se focalise sur telle ou telle catégorie de population en termes de gestion des risques, de prévention, d'accès aux soins. À notre sens, c'est l'indigence de ce type de réflexion aujourd'hui qui permet l'émergence de débats éthiques à propos de tout et qui se substitue à une approche politique des faits sociaux.

La biopolitique porte sur ce qui entoure la naissance, la fin de vie, la vieillesse, les maladies en ce qu'elles réduisent les capacités productrices ou créatrices de la société. Ses corollaires concernent l'importance accordée aux mécanismes d'assurance individuels et au développement de la protection sociale.

Sans cette mise en perspective, la construction sociale des problèmes sociaux est incompréhensible. Comment des évolutions démographiques connues et prévisibles peuvent-elles engendrer des politiques sanitaires ou sociales aussi attentistes ? La réponse à cette question est contenue dans la question elle-même. Ce n'est pas la démographie qui produit la réponse mais la manière dont le politique, les acteurs des questions sociales vont s'en saisir pour en faire un enjeu de pouvoir.

2. L'OBJET DE LA DÉMOGRAPHIE : LA VIE ET LA MORT

Jacques Vallin présente la démographie comme une science posant deux questions qui nous intéressent au plus haut point.

Son premier objet est « l'arithmétique de la vie et de la mort : la dynamique des populations ». Thème important pour tout acteur social, de quelles dynamiques

1. Genel K. « Le biopouvoir chez Foucault et Agamben », <http://methodos.revues.org/131>.

dispose-t-on sur le territoire de l'action ? La dynamique démographique importe en tout premier lieu, celle également des qualifications disponibles pour répondre aux besoins de l'offre de soins en ce qui concerne le thème de cet ouvrage, celle de l'économie pour solvabiliser ces besoins...

Le second objet qui attire son attention est la transition démographique. Fait unique dans l'histoire de l'humanité, mis en route il y a deux siècles et dont les conséquences nous heurtent de plein fouet aujourd'hui et pour longtemps encore. Ce mot est devenu dans les écrits des démographes un concept, un opérateur intellectuel, qui permet de désigner un mécanisme très précis mettant en jeu conjointement la fécondité et la mortalité et produisant des effets, à très long terme et sur la longue durée, sur le volume et la structure par âge de la population.

De la mort à la vie

Durant des millénaires, fécondité et mortalité se compensaient, la population évoluait très lentement du fait des ravages de la malnutrition, des maladies...

Il aura fallu près de 500 000 ans pour que de l'*Homo Sapiens* (homme de Néandertal) à aujourd'hui, l'humanité atteigne les 2,5 milliards d'habitants en 1950, il lui faudra quarante années pour doubler (1987) et treize pour en gagner 2 milliards supplémentaires. Autrement dit, alors qu'une génération seulement fut nécessaire pour voir doubler la population mondiale au lendemain de la Seconde Guerre, aujourd'hui il suffit de voir grandir un enfant (Vallin, 1992).

10

À quoi est due cette accélération de l'histoire ?

Au déséquilibre qui apparaît entre les niveaux de la mortalité et de la fécondité. Pour des raisons d'évolution des connaissances et de pratiques sociales de la gouvernance de la vie, la mortalité recule. Les savoirs en agronomie par exemple furent le premier des facteurs de recul de la mort et parmi les plus connus. Moins bien mesurées quant à leur efficacité, les pratiques anciennes des séparations du propre et du sale, des eaux usées et des eaux claires, des malades et des bien portants, de l'organisation des quarantaines en cas d'épidémie, qui ont jalonné l'histoire du gouvernement des populations.

Le XVIII^e siècle marque un tournant, les progrès de l'agronomie, les échanges entre régions permettent des améliorations sensibles de l'alimentation. La mortalité chute, mais dans le même temps, si les enfants meurent moins, le nombre des naissances ne diminue pas pour autant, ces années de vie gagnées sur la mort sont autant d'habitants supplémentaires. Les populations augmentent et la vitesse de cette croissance, appelée dynamique des populations, si elle n'est pas tempérée par une réduction de la fécondité semble rapidement exponentielle.

En fait toutes les populations connaissent la même histoire, après un recul de la mortalité, la fécondité aussi se met à décliner. À un terme plus ou moins long, la croissance de la population devient très faible, voire même la décroissance se met en place.

Après une phase de croissance très lente appelée « prétransition démographique », puis la phase elle-même de transition démographique, on appelle le stade suivant de stagnation « post-transition ».

Le travail des démographes, notamment ceux de l'ONU qui observent la croissance de la population mondiale, porte en particulier sur l'analyse de la transition démographique. Les modèles utilisés vont mettre en relation l'évolution des niveaux de la fécondité et de la mortalité en regard des calendriers d'évolution de ces deux variables.

La transition démographique

La régulation démographique a ressemblé, jusqu'à l'époque moderne, à celle des populations d'animaux ou d'insectes, le volume de la population s'ajustant au niveau alimentaire disponible. Lorsque les ressources alimentaires deviennent durablement abondantes, la population augmente. Mais, phénomène important, à la différence des comportements du règne animal dans le même temps les conditions de production, les conditions de vie, les mœurs, les représentations évoluent et la fécondité est elle aussi affectée. La population maîtrisant son devenir alimentaire se met à maîtriser sa descendance. Ce sont les décalages de calendrier entre ces variables qui impulsent la dynamique des populations.

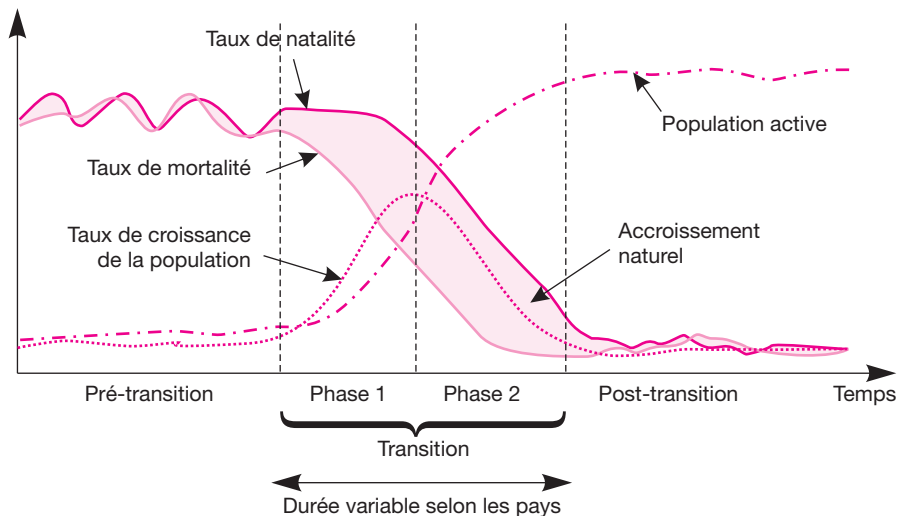


Figure 1.1. Éléments composant la transition démographique

Extrait de Wikipédia.

Cette transition démographique, pour ce que l'on en connaît, est une histoire qui débute en Europe vers le XVIII^e siècle.

Aujourd'hui, dans cette même Europe, mortalité et fécondité sont à des niveaux extrêmement bas. Mais le passage d'un régime à fécondité élevée et à mortalité élevée à un régime où fécondité et mortalité sont faibles ne s'est pas fait au même rythme partout.

Pour la France l'évolution de ces deux variables démographiques fut quasiment parallèle et démarre au milieu du XVIII^e siècle. En Angleterre ou en Allemagne, la mortalité chute à la même période par contre la fécondité suivra le mouvement près d'un siècle plus tard.

Cette particularité française fut observée grâce au dépouillement de l'état civil ancien (registre des baptêmes), travaux de démographie historique initiés par Louis Henry à l'INED à l'orée des années 1960. Il établit les premières tables de fécondité dans une population qui ne limite pas ses naissances. Il en ressort que la fécondité évolue parallèlement avec l'âge. Au fur et à mesure que la population entre dans la maîtrise de sa descendance, les courbes de fécondité n'évoluent plus selon l'âge de la femme, mais selon l'âge au mariage. Il observe qu'en France, dès le milieu du XVIII^e siècle, la population française développe des pratiques de limitation des naissances. Alors que l'Angleterre ou l'Allemagne entreront progressivement dans un régime de fécondité contrôlé bien plus tardivement.

La transition démographique : des différences de calendrier

12

La dynamique démographique de ces deux nations sera beaucoup plus forte qu'en France. Celle-ci, premier pays d'Europe par sa population au XVIII^e siècle, sera rejointe au cours du XIX^e siècle par l'Angleterre et même dépassée par l'Allemagne.

D'un régime où fécondité et mortalité s'équilibraient à un niveau très élevé, l'équilibre entre mortalité et fécondité se produit aujourd'hui à nouveau mais à un niveau très bas. Cette « transition » s'accompagne de calendriers différents entre mortalité et fécondité qui expliquent les niveaux d'effectifs atteints par chacune des populations.

Avant la période de transition, on parle de prétransition où mortalité et fécondité oscillent peu ; puis se situe la période de transition où les calendriers de décroissance font l'objet d'études attentives car ils déterminent les dynamiques des populations en « transition démographique » ; puis la phase de post-transition où fécondité et mortalité sont à des niveaux faibles, la population entrant dans une phase de stagnation, voire de décroissance.

Ce raisonnement ignore la variable « migrations », qui masque actuellement dans les pays européens et nord-américains la situation de déclin démographique. Selon les théoriciens ces mouvements migratoires au niveau international influent plus ou moins la phase de transition, elle l'accélérerait dans les pays de départ et la ralentirait dans les pays d'arrivée.