

Le grand âge : un domaine de recherche récent

Christian Lalive d'Épinay, Dario Spini

DANS **GÉRONTOLOGIE ET SOCIÉTÉ** 2007/4 vol. 30 / n° 123 , PAGES 31 À 54
ÉDITIONS **FONDATION NATIONALE DE GÉRONTOLOGIE**

ISSN 0151-0193

DOI 10.3917/g.s.123.0031

Date de mise en ligne : 01/12/2008

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4-page-31?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Fondation Nationale de Gérontologie.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

LE GRAND ÂGE : UN DOMAINE DE RECHERCHE RÉCENT

CHRISTIAN LALIVE D'ÉPINAY * & DARIO SPINI **

* UNIVERSITÉ DE GENÈVE, CENTRE INTERFACULTAIRE DE GÉRONTOLOGIE

** UNIVERSITÉ DE LAUSANNE, CENTRE LÉMANIQUE D'ÉTUDES DES PARCOURS DE VIE

Les auteurs présentent un survol de la recherche pluridisciplinaire sur la grande vieillesse, avec ses tâtonnements, ses élaborations théoriques et ses principaux acquis. Ce domaine de recherche s'est constitué très récemment, dans la seconde moitié des années 1980, avec la prise de conscience de certaines implications de la longévité croissante, en particulier de la forte poussée démographique de la population très âgée. L'« agenda » initial de la recherche focalisait essentiellement les pathologies du grand âge et leurs implications en termes de politique de la vieillesse et de coûts de la santé. Au fil des années, la perspective s'est élargie et enrichie, l'intérêt se tournant également vers le vieillard « robuste », l'interrogation portant sur les différentes formes et trajectoires de vieillissement. Après à peine un quart de siècle, la « géographie » de la grande vieillesse comme l'étude de l'organisation de son déroulement sont assez bien balisés ; la description est solide, mais l'explication demeure balbutiante. Une piste d'avenir pourrait résider dans un examen des trajectoires de vie des vieillards basé sur l'analyse combinée de données génétiques et d'informations biographiques.

ADVANCED OLD AGE: A VERY YOUNG FIELD OF RESEARCH

The authors give an overview of multidisciplinary research on advanced old age, its first hesitant steps, its forays into theory and its main achievements. This is a very young field of research, dating back only to the latter half of the 1980s, when when some of the implications of lengthening life expectancy, particularly the surge in the very old population, became evident. The initial agenda of this research focused essentially on the pathologies of very old age and their repercussions on old-age policy and the costs of health care. As time went by, the scope was broadened and enriched, with attention turning also to the healthy elderly and the various forms and trajectories of ageing. After barely a quarter of a century, both the "geography" of very old age and the way its progression is organised have become fairly clear; the description is well established but the explanation is still in its infancy. One promising avenue for further research could be to examine the life trajectories of the elderly by means of a combined analysis of genetic and biographical data.

LA GRANDE VIEILLESSE AUJOURD'HUI

Atteindre l'âge de 80 ans? Pendant des millénaires, cet exploit semblait réservé à des individus d'exception, tels Platon ou Bouddha. Quand bien même les démographes ont établi que déjà dans l'Antiquité près de 4 à 5% des enfants nés atteignaient cet âge vénérable¹, le grand vieillard n'en était pas moins rare; dans les représentations collectives, il était l'exception; n'était-ce pas d'ailleurs ce qu'enseignait la Bible, source d'autorité dans notre civilisation: « Les jours de nos années s'élèvent à soixante-dix ans, pour les plus robustes, à quatre-vingts. » (Psaume 90, vs. 10).

Ce qui restait vrai jusque vers 1900 s'est radicalement transformé au cours du siècle dernier. En 1900, dans l'ensemble des pays du monde occidental, ceux qui avaient atteint ou dépassé cet âge canonique étaient bien les survivants de cohortes en voie d'extinction. A titre d'exemple, en Suisse de cent hommes nés, huit seulement étaient devenus octogénaires, et de cent femmes, neuf; mais voici que de la cohorte formée entre 1910 et 1914, une femme sur deux et un homme sur trois vont passer ce cap! En un siècle, la vie moyenne s'allonge de deux-tiers environ. Si les nonagénaires d'aujourd'hui s'étonnent d'être toujours en vie, il est dorénavant raisonnable de prévoir que, sauf accident de parcours, on fera l'expérience de la vie au-delà des quatre-vingts ans.

L'allongement remarquable du nombre des années de la vie humaine a pour conséquence logique une très forte augmentation du nombre des personnes du grand âge: c'est aujourd'hui la classe d'âge qui connaît la plus forte croissance démographique².

LA PRISE DE CONSCIENCE SCIENTIFIQUE ET L'ACTE FONDATEUR

Si le grand âge a acquis aujourd'hui une normalité statistique, s'il semble s'imposer à nous avec la force du destin, que savons-nous de ce dernier âge de la vie? A vrai dire, pas grand-chose...

Alertée par les démographes sur les transformations de la structure d'âge des populations, la gérontologie, en tant qu'étude pluridisciplinaire du vieillissement et des personnes âgées, s'est développée depuis les années 1950, mais elle a tardé à reconnaître que la longévité croissante ajoutait à la vie de nouveaux âges et en venait à différencier des vieillesse dans la vieillesse. Prisonnière d'une

1. J. Dupâquier & M. Dupâquier, *Histoire de la démographie. La statistique de la population des origines à 1914*, Paris, Librairie académique Perrin, 1985 (cf. p. 38).

2. De 1900 à 2000, la population totale des Etats-Unis est multipliée par 3,6, celle des personnes de 80 ans et plus par 24; au Canada, ces multiplicateurs sont respectivement 5,5 pour la population totale, et 25 pour les très âgés; en Suisse, de 2 et 17, en France, 1,5 et 6,8.

définition conventionnelle qui fixait à 60 ou 65 ans la frontière *quo* de la population âgée, la recherche travaillait sur des populations ou des échantillons qui gommait la spécificité des vieillards du fait de leur faible poids statistique : le portrait moyen de la personne dite âgée dans les enquêtes épidémiologiques de l'époque étant celui d'une personne approchant les soixante-dix ans.

Pourtant en 1974 déjà, lors d'une conférence donnée à l'Académie américaine des sciences politiques et sociales, Bernice Neugarten proposait de distinguer des personnes de la tranche d'âge 65-74 ans qu'elle baptisait *young old*, personnes âgées sans doute mais pas *vieilles*, les *old old*, les « *vieux vraiment vieux* ». Elle estimait que l'âge de 75 ans marquait alors, du point de vue démographique et épidémiologique, la véritable porte d'entrée dans la vieillesse³. En 1984, soit dix ans après cette conférence, Matilda Riley et Richard Suzman sont chargés par la Société américaine pour l'avancement de la Science d'en organiser la conférence annuelle autour du thème des *oldest old*, les très âgés (« *les plus vieux des vieux* »), un nouveau label scellé en cette occasion pour désigner celles et ceux qui ont franchi la frontière des 85 ans. Cet âge-limite résulte d'un choix que les auteurs eux-mêmes qualifient d'arbitraire, et la première publication tirée de cette réunion est présentée comme exploratoire « du fait du manque actuel d'informations précises sur cette population, les articles publiés ici expriment l'état de travaux en cours »⁴. Sept ans plus tard paraît sous le même titre (*The oldest old*), un second ouvrage dirigé cette fois par Richard Suzman, David Willis, et Kenneth Manton⁵, composé pour une part des articles révisés de la publication de 1985 et pour l'autre, de chapitres originaux.

C'est donc dans la deuxième moitié des années 1980 qu'est mise en exergue la nécessité de s'interroger sur la spécificité des personnes très âgées, des vieillards au sens propre. C'est alors (1985) que le puissant *National Institute of Aging (NIA)* lance aux Etats-Unis le premier programme de recherche focalisé spécifiquement sur les *oldest old*. La conférence de 1984, avec ses deux publications aux répercussions considérables, scelle en Amérique du Nord le passage d'une classification en deux âges vers une autre, en trois âges démographiques : les *young old* (65-74 ans), les *old old* (75-84 ans) ou les vieux en passe de le devenir, et les *oldest old* (85 ans et plus, appelés parfois *very old*), les vieillards proprement dit.

3. B.L. Neugarten, « Age groups in American society and the rise of the young old », *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 415, 1974, pp. 187-198.

4. R. Suzman, & W.M. Riley, « The oldest old », *Millbank Memorial Fund Quarterly Health and Society*, 63, 2, 1985, pp. 177-186.

5. R.M. Suzman, D.P. Willis & K.G. Manton (dir.), *The oldest old*, Oxford University Press, 1992.

6. M. Kohli, M. Rhein, A.-M. Guillemard, & H. van Gusteren (dir.), *Time for retirement. Comparatives studies of early exit from the labor force* Cambridge, Cambridge University Press, 1991.

7. P. Laslett, *A fresh map of life: the emergence of the third age*, London, Weidenfeld and Nicolson, 1989.

8. A. de Ribaupierre, « On the use of longitudinal research in developmental psychology », dans A. de Ribaupierre, *Transition mechanisms in child development: The longitudinal perspective*, New York, Cambridge University Press, 1989, pp. 297-317.

9. Division of aging senior. *Review for longitudinal studies on aging: The Institute of Aging of the Canadian Institutes of Health and Research*, 2002.

10. K.P. Riley, D.A. Snowdon, A.M. Saunders, A.D. Roses, J.A. Mortimer, & N. Nanayakkara, « Cognitive function and apolipoprotein-E in the very old: Findings from the Nun Study », *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B, 2000, pp. S69-S75., D.A. Snowdon, L.H. Greiner, S.J. Kemper, N. Nanayakkara, & J.A. Mortimer, « Linguistic ability in early life and longevity: Findings from the Nun Study », dans J.-M. Robine, B. Forette, B.C. Franceschi & M. Allard (dir.), *The paradoxes of longevity*, Berlin, Springer-Verlag, 1999, pp. 103-113.

En Europe occidentale, le sens commun avait rapidement adopté le terme de 3^e âge pour désigner, plutôt que la vieillesse, la première période de la vie après la retraite, une retraite que les législations fixent le plus souvent à 65 ans mais qui, dès les années 1970 tend à être prise plus tôt⁶. Au cours des années 1980, le terme de 3^e âge en vient à être opposé à un nouveau label, celui de 4^e âge, distinguant ainsi dans les mentalités deux périodes successives de la vie après la retraite, d'abord la vie du retraité pas encore vieux, puis celle du vieillard. En 1989, l'historien britannique Peter Laslett introduit cette notion dans le monde anglophone avec son ouvrage *A fresh map of life, the emergence of the third age* (« L'émergence du 3^e âge : une nouvelle carte de la vie »)⁷. L'auteur trace à 80 ans la frontière entre ces deux âges et pour lui, rejoignant sur ce point Neugarten, la nouveauté ne réside pas tant dans le 4^e âge qui renvoie à l'idée traditionnelle de la vieillesse marquée par la sénescence, mais bien dans le 3^e âge, véritable cadeau de vie offert par les sociétés industrielles avancées de la fin du XX^e siècle ; la vieillesse, quant à elle, serait simplement repoussée plus loin, plus tard dans la vie.

L'accent mis sur la nouveauté historique du 3^e âge est importante, mais il ne faut pas négliger la mutation démographique de la vieillesse : jusqu'à une date récente, la grande majorité mourrait avant d'entrer dans la vieillesse ; aujourd'hui, une majorité toujours plus grande en fait l'expérience. A ce stade, retenons que les usages sémantiques différents aux Etats-Unis et en Europe occidentale renvoient à un découpage conceptuel, là-bas trinaire et ici binaire, de l'avance en âge. Nous reviendrons sur ce point.

Les publications de 1985 et de 1992 font bien plus que désigner les personnes très âgées (*oldest old*) comme nouvel objet de la recherche ; elles en balisent le champ et en construisent le programme. La première partie de l'ouvrage de 1992 circonscrit les enjeux démographiques ; la deuxième, porte sur les questions méthodologiques afférentes à l'étude des très vieux du fait de ce qu'on perçoit comme leurs traits singuliers, à savoir leur état de santé, leurs difficultés fonctionnelles et leur mortalité. La troisième décompose *les dynamiques de devenir oldest old* en quatre volets : l'incapacité, la mortalité, le recours aux institutions de soins de longue durée et la maladie d'Alzheimer. La quatrième partie est la seule à s'intéresser au vieillard comme un être social ; on y trouve même un chapitre consacré au vieillard bien portant (« *robust* »),

qui du coup apparaît comme l'exception. La conclusion traite des implications politiques de la mutation de la vieillesse.

En bref, à la différence des autres âges de la vie qui sont présentés dans la règle en termes de potentiels, la grande vieillesse est construite en objet scientifique à partir de ses pathologies, de ses morbidités et de sa mortalité. La grande vieillesse, un âge pathologique ?

UNE INNOVATION MÉTHODOLOGIQUE : LE PLAN DE RECHERCHE LONGITUDINAL

Depuis, les études sur les vieillards se sont multipliées ; relevons que leur développement va de pair avec la généralisation d'une stratégie de recherche utilisée jusqu'ici avant tout dans le domaine de l'enfance : le plan de recherche longitudinal⁸ ; à savoir le suivi sur plusieurs années, voire des décennies, d'un échantillon de personnes représentant une ou plusieurs cohortes, avec des prélèvements périodiques d'information. Cette stratégie présente l'énorme avantage sur les études transversales (qui procèdent à des collectes d'informations en un temps donné) de permettre de suivre des personnes dans la durée, donc d'en observer le vieillissement en relevant tant les changements et les ruptures que les éléments de continuité et de stabilité individuels. Notons pourtant que les études de ce type, focalisant la grande vieillesse, restent rares. Un recensement de recherches gérontologiques⁹ n'en relèvent que cinq : l'*Octogenarian Twin Studies*, qui porte sur des jumeaux pour analyser l'interaction des facteurs biologiques et environnementaux dans le vieillissement ; la *Nuns Study* qui analyse, depuis 1986, les effets physiologiques et psychologiques du vieillissement et en particulier concernant la maladie d'Alzheimer dans un groupe de nonnes âgées de 75 à 103 ans¹⁰ ; le *Kungsholmen Project*, qui examine les facteurs de démence des personnes de plus de 75 ans dans la région de Stockholm¹¹ ; la *Lund 80+ Study*, une autre étude suédoise, caractérisée par une approche interdisciplinaire et de déclin centrée sur des composantes physiologiques, biologiques et psychologiques du processus de vieillissement, et sur les besoins en soins¹² ; enfin le *Melton Mowbray Ageing Project* mené dans la région de Leicester en Angleterre qui se centre sur la santé et les besoins en soins^{13, 14}.

La grande qualité du plan de recherche longitudinal a été relevée ; son défaut principal en est le coût, en temps d'abord

11. L. Fratiglioni, M. Grut, Y. Forsell, M. Viitanen, M. Grafström, K. Holmen et al., « Prevalence of Alzheimer's disease in an elderly urban population: relationship with sex and education », *Neurology*, 41, 1991, pp. 1886-1891., B.J. Small, H. Basun, & L. Bäckman, « Three-year changes in cognitive performance as a function of apolipoprotein E genotype: Evidence from very old adults without dementia », *Psychology and Aging*, 13, 1998, pp. 80-87.

12. T. Svensson, *Lund 80+. A longitudinal study with sequential design of individual 80 years of age and older*, 1992.

13. A. Arthur, & J. McGarry, « Epidemiology and nursing: the Melton Mowbray ageing project », *Nursing times*, 95, 8, 1999, pp. 56-57., M. Clarke, S. Clarke, A. Odell, & C. Jagger, « The elderly at home: health and social status », *Health Trends*, 16, 1984, pp. 3-7.

14. En France, signalons la recherche PAQUIQ (Personnes âgées, Quid ?), mise en place en 1988 déjà et qui par sa résilience dans la durée est devenue une étude sur le grand âge (cf. par ex. Pérès, K., Helmer, C., Letenneur, L., Jacqmin-Gadda, H. & Barberger-Gateau, P. (2005). Ten-year change in disability prevalence and related factors in two generations of French elderly community dwellers: data from the PAQUID study. *Aging Clinical and Experimental Research*, Jun 17 (3), 229-235). C'est aussi le cas de la recherche de Françoise Cribier, qui à l'origine portait sur les migrations de retraite des Parisiens et qui aujourd'hui permet de scruter les trajectoires de fin de vie ; cf. F. Cribier et A. Kych, Les parcours de fin de vie d'une cohorte de retraités de la région parisienne, *Cahiers de recherche de la MIRE*, 1999/5, pp. 7-11. Mentionnons aussi ICARE (voir plus bas, note 25).

15. T. Romoren, *Last years of long lives, the Larvik study*, London, Routledge, 2003.

puisqu'il se développe sur plusieurs années et donc, en argent. Signalons ici l'étude astucieuse réalisée par un médecin doté d'une formation sociologique. Nommé médecin de la santé dans le port norvégien de Larvik, T. Romoren¹⁵ décide d'assurer un suivi de toutes les personnes de Larvik ayant dépassé l'âge de 80 ans. Elles sont alors 434 et l'ultime d'entre elles décède en 1999, à l'âge de 99 ans. L'étude porte donc sur une population entière suivie dès 1980 et jusqu'à son extinction. Romoren dispose du dossier médical de ces personnes, mais aussi de l'information sur leur suivi institutionnel (soins à domiciles, séjours dans des établissements spécialisés, etc.) ; en plus, à la suite de chaque décès, il a réalisé un entretien avec l'aïdant principal du vieillard. C'est dire que l'analyse permet de retracer avec minutie les *dernières années de (ces) longues vies* du point de vue de leur santé, de leur trajectoire médicale et institutionnelle (services formels), et de l'entourage et de l'aide informelle dont ils bénéficient.

L'étude a ses limites ; en particulier, comme le signale joliment l'auteur, les vieillards eux-mêmes « sont muets » ; on ne sait rien de leur vie quotidienne, de leur participation à la régulation des événements qui les affectent, de leur perception des soins reçus, de leur expérience des institutions médico-sociales et plus largement, de leur vécu de l'avance dans la vieillesse et de l'approche de la mort. Cela dit, l'étude apporte une contribution unique à la connaissance du déroulement des dernières années de vie, elle enseigne aussi qu'il est possible, à peu de frais, de construire des bases de données longitudinales solides en vue d'exploitations scientifiques futures.

DU VIEILLISSEMENT PATHOLOGIQUE AU VIEILLISSEMENT « RÉUSSI »

Ce rapide survol des recherches de type longitudinal mises en route au cours des dernières années du siècle passé, montre que le programme de recherche établi sous l'égide de la NIA a été fidèlement appliqué : les travaux, y compris ceux de Romoren, se focalisent sur les maladies du vieillissement, les formes de dépendance et de démence, les besoins d'aide et de soins qui en découlent et les coûts afférents.

Pourtant, si la santé, ou plus précisément les atteintes à la santé et son déclin restent au centre des préoccupations scientifiques, un

doute s'établit qui fait émerger un regard critique à l'égard du préjugé sous-jacent au programme de 1985 : la vieillesse est-elle *a priori* pathologique ? La réaction s'amorce ; dans un premier temps est introduite la distinction entre les maladies associées à l'âge, qui caractérisent le vieillissement dit *pathologique*, et le processus du vieillissement en soi (la sénescence), considéré comme inéluctable, et que l'on qualifie de *normal*. La démographie reprend cette distinction en se proposant de mesurer séparément l'espérance de vie sans incapacité majeure (ou encore l'espérance de vie en santé), de l'espérance de vie totale. La différence entre ces deux mesures donnant le temps de vie affecté par la maladie et l'incapacité ¹⁶. Dans cette perspective, la recherche ne doit pas se limiter à étudier les groupes porteurs d'une morbidité donnée, mais doit s'intéresser à la population très âgée dans son ensemble. Voilà qui ouvre notre « objet » aux études épidémiologiques et à la collaboration entre les sciences médicales et sociales. De manière implicite, la philosophie est la suivante : la vieillesse fait partie de la vie, mais la science et la médecine se doivent d'en combattre les manifestations pathologiques. En 1987, dans un article publié par la prestigieuse revue *Science*, John Rowe et Robert Kahn ¹⁷ font un pas de plus. Tout en reconnaissant l'apport des études basées sur des échantillons de personnes âgées *normales* à la connaissance des divers impacts de l'avance en âge, ces auteurs jugent que l'idée d'une normalité du vieillissement est insatisfaisante, car elle masque les diversités, tant culturelles qu'individuelles, des formes de vieillissement non pathologiques et ainsi laisse croire que le processus dit normal résulterait de la fatalité de l'âge ; selon eux, ce dernier est pour une bonne part le produit des modes de vie et des comportements individuels. Dès lors, Rowe et Kahn font éclater la catégorie de vieillissement *normal* pour y distinguer la forme dite *réussie* de la forme *usuelle*. La seconde est présentée par les personnes affectées par certaines des pertes typiques de l'avance en âge. La première est propre aux individus qui évitent la pente prévisible du vieillissement usuel en ne présentant que peu ou pas de signes de déclin. En conséquence, la recherche devrait s'intéresser autant, sinon plus, au vieillissement réussi qu'aux processus dits usuels (qu'il convient d'écrire au pluriel).

Une décennie après la publication de leur article programmatique, Rowe et Kahn s'estiment à même de présenter une véritable théorie du vieillissement réussi ¹⁸. Selon eux, ce processus comprend trois composantes principales : une faible probabilité de maladies

16. J.P. Michel, J.M. Robine, & L.G. Branch, « Measurement and utilization of healthy life expectancy: conceptual issues », *Bulletin of the World Health Organization*, 70, 6, 1992, pp. 791-800.

17. J.W. Rowe, & R.L. Kahn, « Human aging : usual and successful », *Science*, 237, 4811, 1987, pp. 143-149.

18. J.W. Rowe, & R.L. Kahn, « Successful aging », *The Gerontologist*, 37, 4, 1997, pp. 433-440.
J.W. Rowe, & R.L. Kahn, *Successful aging*, New York, Pantheon Books, 1998.

et d'incapacités découlant de maladies; une capacité cognitive et fonctionnelle maintenue à un niveau élevé; et enfin, une forte implication dans la vie. Les deux premières composantes constituent des potentiels, la troisième en est l'activation individuelle et dès lors, elle a un statut décisif. Elle comprend deux dimensions: la vie relationnelle d'une part et l'engagement dans des activités productives de l'autre, cette dernière notion désignant les activités créatrices de valeur sociale (indépendamment de leur rémunération matérielle). Dans leur ouvrage de 1998, destiné à un large public, les auteurs détaillent les mesures possibles pour réduire les risques de maladie et d'incapacité et pour préserver, voire (pour) augmenter, les capacités cognitives et physiques. Selon eux, les variables environnementales et les choix en matière de style de vie ont une incidence cruciale, bien supérieure aux facteurs héréditaires, sur les chances de réussir son vieillissement.

Les ouvrages pionniers sur la grande vieillesse appelaient à la construction de connaissances sur les pathologies du grand âge en vue de les éradiquer, voici maintenant que l'on cherche à *optimiser* la vieillesse. En focalisant les pathologies de la vieillesse, l'objectif était et reste de les maîtriser ou d'en réduire l'impact; dans la perspective du *successful aging*, en s'intéressant à ces personnes ou à ces populations âgées qui se montrent protégées de certains risques ou épargnées par certaines pathologies, on aspire plus largement à l'élaboration d'une politique médico-sociale du *vieillir en santé*.

Sous une nouvelle forme, on retrouve ici des interrogations et des ambitions déjà présentes chez les gérontologues de l'après-guerre. La théorie du désengagement¹⁹, inspirée par la sociologie structuro-fonctionnaliste de Talcott Parsons, s'intéressait à l'adéquation des réponses apportées tant par la personne que par son entourage et par la société, aux inexorables exigences de la sénescence. La théorie dite de l'activité²⁰ se posait en rivale de la première en ce que, loin de prôner un repli de l'individu, elle l'encourageait à préserver ses activités en les adaptant. Elle se présentait en fait déjà comme une théorie du vieillir en santé, en ce qu'elle postulait que le comportement individuel pouvait avoir de nombreux effets bénéfiques sur le processus du vieillissement. La théorie du désengagement posait le vieillissement comme une fatalité, celle de l'activité ne niait pas cette fatalité, mais cherchait à la repousser plus loin dans l'âge. Rowe et Kahn reprennent ce projet tout en faisant

19. E. Cummings & W.H. Henry, *Growing old: The process of disengagement*, New York, Basic Book, 1961.

20. R. Havighurst & R. Albrecht, *Older people*, New York, Longmans & Green, 1953.

un pas de plus : il s'agit non seulement de repousser la sénescence, mais aussi de réduire autant que faire se peut le temps de vie en incapacité *pre mortem*.

Cette théorie a été critiquée pour la faiblesse de sa validation empirique, pour sa coloration élitiste (absence d'attention aux implications des inégalités sociales), comme aussi pour ses implications politiques (en faisant porter aux individus la responsabilité des formes prises par leur vieillissement)²¹. Par ailleurs, est-il légitime de s'ériger en juge du vieillissement réussi d'autrui? Si l'on applique les critères des auteurs, seule une minorité de personnes réussit son vieillissement. Quand on considère en revanche l'avis des vieillards eux-mêmes c'est alors une moitié environ d'entre eux qui portent un jugement positif sur leur vie et qui expriment un sentiment de bien-être²².

Dans l'année 1987, qui est celle de la publication dans Science de l'article de Rowe et Kahn, paraît en Allemagne un texte de Margret Baltes dont le titre comprend l'expression de *vieillissement réussi*²³; ce texte sera suivi d'un florilège d'autres sur ce même thème, signés par Margret et/ou Paul Baltes. Le recours au même intitulé ne doit pas cacher la profonde différence dans l'approche du problème. Pour faire court, disons que l'approche de Rowe et Kahn est sous-tendue par une ambition prométhéenne : transformer la vie! Les individus, dans une mesure importante, peuvent décider de leur vieillissement de par les choix qu'ils opèrent. Celle de Margret et Paul Baltes est marquée par une vision plutôt stoïcienne : accepter la vie! Sous une forme ou sous une autre, le vieillissement se poursuivra mais, à l'intérieur de certaines limites précises, il est possible d'en infléchir le cours. En effet, les humains présentent une grande plasticité adaptative devant la vie, une forte capacité à rebondir devant l'adversité – ce qu'on appelle aujourd'hui la résilience – or ces deux aptitudes peuvent être développées. Réussir sa vieillesse ne consiste pas à mourir en bonne santé, mais à savoir donner sens à sa vie en toute situation²⁴. Les Baltes rejoignent Rowe et Kahn en affirmant qu'un style de vie sain réduit le risque de voir se développer certaines des pathologies de l'âge, mais s'ils encouragent à préserver ou à renforcer des aptitudes au moyen des activités adéquates, s'ils appellent à cultiver le réseau familial et social, l'objectif n'est pas de s'épargner les aléas de la vieillesse, mais de se préparer à mieux les affronter. Pour les Baltes, le développement humain implique à tout âge une

21. G.A. Kaplan, & W.J. Strawbridge (dir), *Behavioral and social factors in healthy aging*. New-York, Springer, 1994. E.J. Masoro, « Successful aging - Useful or misleading concept? », *The Gerontologist*, 41, 3, 2001, pp. 415-418.

22. W.J. Strawbridge, M.I. Wallhagen & R.D. Cohen, « Successful aging and well-being : self-rated compared with Rowe and Kahn », *The Gerontologist*, 42, 6, 2002, pp. 727-733.

23. M.M. Baltes, « Erfolgreiches Altern als Ausdruck von Verhaltenskompetenz und Umweltqualität », dans E. Niemitz, *Der Mensch im Zusammenspiel von Anlage und Umwelt*, Frankfurt, Suhrkamp, 1987, pp. 353-377.

24. Voir aussi M.M. Baltes & L.L. Carstensen, « The process of successful ageing », *Ageing and Society*, 16, 4, 1996, pp. 397-422. P.B. Baltes & M.M. Baltes, « Psychological perspectives on successful aging: a model of selective optimization with compensation », dans P.B. Baltes & M.M. Baltes (dir), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, New York, Cambridge University Press, 1990, pp. 1-34.

dialectique entre gains et pertes. Pendant longtemps les gains l'emportent largement sur les pertes, mais avec l'avance en âge le bilan devient de moins en moins positif, jusqu'au moment où il tourne déficitaire. Tel est « le produit inéluçable d'une réduction au cours de l'âge de la marge de capacité de réserve dans le champ cognitif et motivationnel » (*op. cit.*, p. 17). Dès lors, la notion de vieillissement réussi selon les Baltes se fonde dans une « théorie développementaliste de l'adaptation humaine » (*ibid.*, p. 1) dont les auteurs tirent le principe dit de l'optimisation sélective avec compensation (*Selective Optimization with Compensation*). La sélection désigne les choix que doit opérer la personne afin de préserver les activités qu'elle juge prioritaires quand le processus de vieillissement tend à en limiter le champ ; l'optimisation renvoie aux stratégies visant à enrichir certaines réserves (parfois au détriment d'autres) afin de pouvoir accomplir les activités sélectionnées. La *compensation* peut conduire par exemple à renforcer les mécanismes cognitifs d'ordre pragmatique pour compenser les pertes dans le domaine de l'intelligence fluide, ou encore à recourir à des auxiliaires techniques.

En synthèse, l'exemple de ces deux théories contrastées montre que sous l'étiquette du vieillissement réussi se présentent des finalités et des orientations de recherche différentes, associées à des conceptualisations divergentes du processus du vieillissement humain et des possibilités d'en infléchir le cours. Nous avons situé plus haut le modèle de Rowe et Kahn dans le sillage de la théorie gériatologique classique dite de l'activité ; ajoutons maintenant que celui des Baltes, qui se présente comme une théorie de l'adaptation, s'inscrit dans la filiation de la théorie du désengagement puisqu'elle reconnaît la réalité inexorable du vieillissement et ses contraintes, à cette différence près que le vieillissement suscite à chaque étape chez l'individu, non pas un repli passif et réglé par la société, mais un travail de reformulation et de récréation du monde de vie.

Sans qu'on sache toujours très bien ce qu'on entend par là, des études porteuses du label « vieillissement réussi » ont fleuri depuis lors à travers le monde (en France, signalons par exemple la recherche ICARE²⁵). Pour notre part, nous n'apprécions guère cet intitulé volontariste sous-tendu par l'idéologie du succès propre à la culture occidentale moderne ; quand bien même elle serait plus réaliste que celle de Rowe et Kahn, la perspective des Baltes

25. B. Vellas, C. Faisant, S.E. Bousquet *et al.* : ICARE : « une étude sur le vieillissement réussi », *La Revue de Gériatrie*, 199, vol. 24/2, 103-108 ; E. Bousquet, S. Andrieu, K. Amouyal *et al.* : « Le vieillissement réussi : facteurs prédictifs dans la cohorte Icare après six ans de suivi prospectif », *Âge et Nutrition*, 2001, vol. 12/1, 39-46.

n'échappe pas non plus au fait de suggérer que souffrir de maladies dégénératives dans le grand âge serait un échec, ni à la question de savoir qui peut juger telle ou telle situation de vie en terme de succès ou d'échec.

LES ESSAIS DE MODÉLISATION DU DÉROULEMENT DE LA GRANDE VIEILLESSE

Par rapport aux travaux fondateurs sur les *oldest old*, les théories du *vieillissement réussi* ont l'avantage d'attirer l'attention sur la diversité des trajectoires et des situations de vie au cours de l'âge avancé, d'engager la recherche à s'intéresser autant au vieillissement normal, selon ses variantes dites *usuelle* ou *réussie*, qu'aux pathologies du grand âge. Cela dit, l'une et l'autre théorie considèrent l'avancée dans la vieillesse, voire l'entrée dans la grande vieillesse, mais négligent l'analyse de l'organisation de la fin de vie. La première, on l'a vu, se veut optimiste à ce propos, mais cet optimisme semble contesté par les faits empiriques. La seconde propose un modèle d'adaptation réussie, mais semble suggérer que ce modèle n'est pas à la portée des personnes souffrant d'un vieillissement pathologique, et laisse dans l'ombre la question de la succession des formes usuelles du vieillissement. Comment passe-t-on de l'une à l'autre? La vieillesse débouche-t-elle aujourd'hui inexorablement sur des formes pathologiques durables? Dans quelle mesure la recherche sur la vieillesse avancée permet-elle de produire des théories ou des hypothèses majeures sur ces questions?

On s'arrêtera d'abord sur des constructions qui relèvent de la démographie et de l'épidémiologie médicales et qui traitent avant tout du vieillissement des populations. Puis, sur une théorie qui s'inscrit dans le cadre de la psychologie développementale du *life span*, et qui focalise les individus et leurs contextes de vie et enfin, sur l'hypothèse de la fragilisation.

PERSPECTIVES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Quelle est l'incidence sur la fin de la vie d'une longévité en augmentation constante depuis plus d'un siècle? Cette question est au centre d'un débat scientifique ouvert voici une trentaine d'années, dans lequel des thèses contradictoires s'affrontent.

Pour les uns²⁶, le gain de longévité s'accompagnera d'une diffusion croissante des maladies dégénératives et sera de plus en plus

26. A.C. Bebbington, « The expectation of life without disability in England and Wales », *Soc Sci Med*, 27, 1988, pp. 321-326.
E.M. Gruenberg, « The failure of success », *Milbank Memorial Foundation Q/Health Soc.*, 55, 1977, pp. 3-24.

lourdement associé à une augmentation forte de la prévalence des déficiences et des handicaps. C'est là l'hypothèse de *la pandémie des maladies et handicaps*. Ainsi, le prix de l'exceptionnelle longévité offerte par la société moderne résiderait dans la très forte probabilité de voir nos vies s'achever au terme d'une étape ultime et durable de dépendance lourde et d'incapacités marquées.

A cette vision pessimiste répond une argumentation aux conclusions plus optimistes : les avancées de la médecine et de l'hygiène, l'élévation du niveau de vie et l'allègement des conditions d'existence auraient entraîné non seulement un allongement de la vie, mais aussi une amélioration de sa qualité. Dès lors, l'espérance de vie en santé serait la principale bénéficiaire de l'augmentation générale de l'espérance de vie, la santé étant souvent préservée jusqu'à un âge très avancé, la morbidité comprimée sur une période moyenne plus courte, et la mort survenant pour la plupart autour de l'âge moyen au décès. C'est là l'hypothèse de la *compression de la mortalité et de la morbidité*²⁷. Dans cette perspective, la durée de la période de fin de vie affectée d'incapacités lourdes serait fortement *comprimée*, au point même de ne constituer qu'une brève transition vers la mort. Telle serait, selon James Fries (*op. cit.*), la forme d'avenir du vieillissement réussi.

Les résultats des études longitudinales disponibles ne convergent pas de manière suffisamment claire pour qu'il soit possible de trancher entre ces deux thèses²⁸. Les discordances résultent-elles de différences de méthodes ou reflètent-elles des variations nationales ? A ce stade, la question reste ouverte.

En revanche, les résultats des analyses que Kenneth Manton et associés ont opérées sur les données du National Long Terme Care Survey (NLTC) pourraient représenter un tournant²⁹. Le NLTC est une base de données d'enquêtes transversales sur des échantillons représentatifs (à chaque fois plus de 20 000 personnes) de la population âgée des Etats-Unis, effectuées en 1982, 1984, 1989 et 1994. Les analyses permettent de conclure à une diminution significative de la prévalence des personnes présentant des incapacités lourdes et chroniques, et cela dans les trois groupes d'âge distingués, bien que l'amplitude de l'amélioration diminue avec l'âge. Elles montrent également que la moitié environ des vieillards américains de plus de 85 ans ne souffre pas d'incapacité chronique majeure, un résultat qui met en cause l'image d'une grande vieillesse par défi-

27. J.F. Fries, « Aging, natural death, and the compression of morbidity », *The New England Journal of Medicine*, 303, 1980, pp. 130-135.
J.F. Fries, « Medical perspectives upon successful aging », dans P.B. Baltes & M.M. Baltes (dir.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, New York, Cambridge University Press, 1990, pp. 35-49.

28. Voir par exemple : M. Haavisto, K. Mattila & S. Rajala, « Living conditions and health of a population aged 85 years and over : a five-year follow-up study », *Age and Ageing*, 14, 1985, pp. 202-208.

C. Jagger, M. Clarke & S.J. Clarke, « Getting older-feeling younger: The changing health profile of the elderly », *Int J Epidemiol*, 20, 1991, pp. 234-238.

A. Svanborg, « The health of the elderly population: Results from longitudinal studies with age-cohort comparisons », dans *Ciba Found Symposium*, 1988, pp. 3-16. I. Winblad, « Comparison of the prevalence of disability in two birth cohorts at the age of 75 years and over », *J. Clin Epidemiol*, 46, 1993, pp. 303-308.

29. K.G. Manton, *Forecasting the health of elderly populations*, New York ; Berlin etc., Springer-Verl., 1993.
K.G. Manton, L. Corder & E. Stallard, « Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994 », *Proceedings of National Academy of Science USA: Medical Sciences*, 94, 6, 1997, pp. 2593-2598.

dition sinistrée. Du fait de la taille des échantillons, de la fiabilité et de l'exhaustivité de l'information, ces travaux sont appelés à faire référence, cela malgré certains problèmes méthodologiques³⁰.

Ces tendances sont-elles spécifiques aux Etats-Unis ou concernent-elles l'ensemble des pays industrialisés? Dans leur récent survol des études internationales disponibles, Timothy Waidmann et Kenneth Manton³¹ montrent qu'un certain nombre de données semblent autoriser une généralisation: au cours des décennies récentes, à âge égal, la prévalence de vieillards souffrant d'incapacités majeures tend à diminuer, et l'espérance de vie sans incapacité à augmenter en nombre absolu d'années, et aussi en proportion. Mais en même temps, ces auteurs soulignent les problèmes méthodologiques liés à la comparaison d'enquêtes dont les indicateurs et les conditions de prélèvement de l'information varient considérablement d'un cas à l'autre. En Suisse, deux études transversales menées à 15 ans d'écart (1979 et 1994), sur des échantillons d'environ 2 000 personnes chaque fois, ont conduit à constater une forte amélioration de la santé dans la population du 3^e âge, mais les résultats sont moins concluants parmi les plus âgés³²; en Finlande, Matti Haavisto³³ constate même une augmentation de la prévalence de « conditions chroniques débilitantes » parmi les nonagénaires. Dès lors on peut se demander si, plus l'on devient âgé, plus le risque de s'installer dans la dépendance augmente.

Quand bien même la tendance à l'amélioration du bilan de santé des personnes âgées (du moins jusqu'à un certain seuil d'âge) paraît solidement attestée, il convient donc de rester prudent en ce qui concerne l'évolution à moyen terme, tant des tendances contradictoires semblent être à l'œuvre actuellement, comme par exemple l'augmentation de l'espérance de vie des personnes atteintes de maladie chronique ou, dans le sens inverse, l'amélioration de la santé et des comportements de santé des cohortes à venir. Sur la base d'un inventaire de telles tendances opposées, Jean-Marie Robine et Jean-Pierre Michel³⁴ en appellent à la construction d'une nouvelle théorie générale du vieillissement de la population qui devrait être testée sur la base d'informations internationales homogénéisées.

•••
•••

30. E.M. Crimmins, Y. Saito & S.L. Reynolds, « Further Evidence on Recent Trends in the Prevalence and Incidence of Disability Among Older Americans From Two Sources: the LSOA and the NHIS », *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B, 2, 1997, pp. S59-S71.

31. T.A. Waidmann & K.G. Manton. *Measuring trends in availability among the elderly: An international review*. Washington DC: Urban Institute, 2000.

32. C. Lalive d'Épinay, J.-F. Bickel, C. Maystre & N. Vollenwyder, *Vieillesse au fil du temps. 1979-1994: une révolution tranquille*, Lausanne, Réalités sociales, 2000. pp. 137ss.

33. M. Haavisto, K. Mattila & S. Rajala, « Living conditions and health of a population aged 85 years and over: a five-year follow-up study », *Age and Ageing*, 14, 1985, pp. 202-208, *op. cit.*

34. J.-M. Robine & J.-P. Michel, « Looking forward to a general theory on population aging », *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 59A, 2004, pp. M590-M597.

LA PERSPECTIVE DÉVELOPPEMENTALISTE DITE DU « LIFE SPAN »

Dans une série de textes, Paul Baltes et ses associés développent ce qu'ils appellent une *métathéorie* du développement humain dans laquelle ils combinent la perspective ontogénétique et celle de l'évolution de l'espèce humaine³⁵. La thèse de base est qu'à ce stade de celle-ci, l'architecture générale du développement humain demeure incomplète et inachevée, cela des points de vue tant biologique que culturel.

Cette incomplétude résulte d'un triple mécanisme :

a) Tout d'abord, les bénéfices biologiques découlant de la sélection qui s'est opérée au cours de l'évolution diminuent avec l'avance en âge, ce qui implique une perte du potentiel biologique au fil du vieillissement ;

b) Il en découle une demande croissante avec l'âge de recours à des ressources culturelles, la culture étant ici comprise comme « la totalité des ressources psychologiques, sociales, matérielles (environnementales et technologiques) et symboliques (basées dans la connaissance) que les humains ont produites et transmises d'une génération à l'autre » (*op. cit.*, p. 157) ;

c) Dès lors qu'avec l'avance en âge, le potentiel biologique s'affaiblit, la demande de compensation et d'équilibrage d'ordre culturel augmente afin de préserver le niveau de fonctionnement. Mais à partir d'un certain point du parcours de vie, les réponses culturelles perdent de leur efficacité et le niveau d'équilibre atteint se trouve peu à peu remis en question, avec le risque croissant de connaître un point de rupture, avec un rapport de plus en plus défavorable entre gains et pertes.

Nos auteurs soulignent que cette incomplétude humaine doit aussi être comprise comme historiquement inachevée puisque l'évolution biogenico-culturelle se poursuit, et que les déséquilibres associés au grand âge résultent probablement de ce que l'expérience humaine du grand âge est historiquement trop récente pour déboucher sur une optimisation de la coopération entre nature et culture.

Du coup, ces chercheurs adoptent l'idée que la vieillesse aujourd'hui comprend deux phases clairement distinctes, phases que pointeraient adéquatement les termes de 3^e âge et de 4^e âge³⁶.

35. P.B. Baltes, U. Lindenberger & U.M. Staudinger, « Life-span theory in developmental psychology », dans W. Damon & R.M. Lerner (dir.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 1: Theoretical models of human development), New York, Wiley, 1998, pp. 1029-1143. P.B. Baltes & J. Smith, « Multilevel and systemic analyses of old age: theoretical and empirical evidence for a fourth age », dans V.L. Bengtson & K.W. Schaie (dir.), *Handbook of Theories of Aging*, New York, Springer Publishing Company, 1999, pp. 153-173.

36. P.B. Baltes & J. Smith, « New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age », *Gerontology*, 49, 2003, pp. 123-135.

La génération contemporaine située dans le 3^e âge (qui selon les auteurs correspond aux *young old* de la terminologie anglophone) présente de substantiels gains de santé physique et mentale par comparaison avec les cohortes précédentes, si bien qu'elle dispose d'un fort potentiel physique et cognitif, qu'elle maîtrise des stratégies qui lui permettent de faire face aux pertes et connaît aussi un haut niveau de bien-être. En revanche, les *oldest old* du 4^e âge (survivants de cohortes antérieures) ont subi des pertes cognitives importantes qui affectent leur capacité à apprendre, ils tendent à présenter le syndrome du stress chronique ; la prévalence de démence augmente et ils souffrent de niveaux élevés de fragilité, de morbidité multiple et de mortalité psychologique (perte d'identité et d'autonomie psychologique).

Dès lors, l'analyse de ces auteurs débouche sur une interrogation déjà énoncée dans ce texte : le 3^e âge d'aujourd'hui se verra-t-il plus fréquemment qu'hier épargner les aléas du 4^e âge ? Ou sera-ce le contraire si les investissements majeurs et continus en vue de prolonger la vie au cours du 4^e âge ne conduisent pas à réduire les possibilités de vivre et de mourir dignement ?

LA PERSPECTIVE DE LA FRAGILITÉ

A l'exemple des travaux de Manton et de ses associés, les études épidémiologiques s'intéressent avant tout à l'évolution de la prévalence des vieillards affectés d'incapacités lourdes et chroniques, puisque ces derniers constituent une population demandant des soins particuliers qui ont une forte incidence sur les coûts de la santé. Ces vieillards-là sont considérés comme les véritables *oldest old*, qui se trouvent ainsi l'objet d'une définition substantielle basée sur la santé et les besoins afférents, plutôt que d'une définition indexée sur l'âge chronologique. Du coup, l'on constate que même dans le grand âge une proportion notable de vieillards n'est pas frappée de dépendance lourde. Cela dit, si l'absence d'incapacité lourde et chronique permet de circonscrire la population des vieillards qui préservent une marge d'autonomie et d'indépendance, ce critère ne dit pas grand chose de leur état de santé réel ; il n'exclut en aucun cas la présence dans cette population de déficiences, de troubles, de gênes ou de maladies. Dès lors, comment cerner les trajectoires qui conduisent aux diverses formes de dépendance chronique, et peut-être aussi celles qui, par contraste, se concluent par le décès sans traverser une étape de dépendance chronique ?

L'hypothèse de la compression de la mortalité et de la morbidité alimente le rêve que l'on pourrait à la fois vivre très vieux et mourir pour ainsi dire en santé. Mais rêve et raison ne font pas souvent bon ménage. La perspective développementale enseigne de son côté que dans le grand âge, inexorablement, le potentiel biologique de l'être humain montre ses limites et s'affaiblit. La sénescence se traduit alors dans diverses formes de *fragilité*. C'est autour de cette notion qu'intervient un ensemble de travaux qui se développent depuis une vingtaine d'année³⁷.

37. Pour un état de la question, cf. D. Spini, P. Guisletta, E. Guilley, C. Laiive d'Épinay, « Frail elderly », in J. Birren (Ed.) *Encyclopedia of Gerontology* (2^e édition), San Diego, Elsevier, Academic Press, 2007, p. 572-579. Voir aussi E. Guilley, P. Ghisletta, F. Armi *et al.* « Dynamics of frailty and ADL dependence in a five-year longitudinal study of octogenarians », *Research on Aging*, 2008 (sous presse).

La fragilité désigne une réduction des réserves au sein de divers systèmes physiologiques et psychologiques de l'individu, diminution associée à l'âge et qui rend la personne moins apte à assumer les tâches de la vie quotidienne et plus vulnérable devant les défis de l'environnement. Sur le plan conceptuel, la notion de fragilité apparaît comme la face complémentaire de celle de sénescence, cette dernière désigne le processus neurophysiologique de vieillissement, la première en relève les implications pratiques, fonctionnelles. Avec la notion de fragilité, dont les manifestations sont multiples et très diverses selon les individus, l'analyse évolutive de la grande vieillesse comme un processus complexe fait intervenir un troisième terme qui rompt la dualité de l'opposition entre un troisième âge d'or et un quatrième de plomb. Nous rejoignons ici l'idée d'Outre-Atlantique selon laquelle entre les *young old* (ou les retraités en santé) et les *oldest old* (les vieillards proprement dit), il y aurait bien ces *old old*, ces aînés qui de l'âge portent le poids tout en se montrant à même de le supporter et de préserver l'essentiel de leur autonomie. Mais ici, ce schéma tripartite n'est pas lié à des seuils d'âge chronologique (utiles en démographie mais nuls sur le plan des individus) ; il est associé à des seuils ou niveaux d'état de santé. Selon ce paradigme, la *fragilisation* (sous l'une ou l'autre de ses formes) est l'attribut du grand âge. Subsiste la question de sa relation avec la dépendance chronique : la fragilité y conduit-elle nécessairement ? Dans ce cas, elle constituerait une étape de transition. Ou peut-on concevoir la fragilisation comme quasiment inexorable quand on bénéficie d'une très longue vie, mais sans pour autant qu'elle débouche nécessairement sur des formes chroniques d'incapacités lourdes et de *mort psychologique* (pour reprendre l'expression de Baltes & Smith) ?

Très rares sont les études sur le déroulement des fins de vie. Signalons cependant la concordance de résultats entre deux

recherches menées dans des lieux éloignés et avec des méthodes différentes. La première est celle de Romoren, citée plus haut, la seconde est la recherche SWILSOO (*Swiss interdisciplinary longitudinal study on the oldest-old*) du Centre interfacultaire de gérontologie de l'Université de Genève, qui porte sur deux cohortes d'octogénaires suivies l'une pendant dix ans (1994-2004) et l'autre pendant cinq ans (1999-2004)³⁸. En Norvège, comme en Suisse, il apparaît qu'une majorité de vieillards décèdent sans être passé par une étape durable de dépendance chronique. Cela dit, selon les deux études, d'une part le risque de voir la fragilisation déboucher sur la dépendance chronique augmente plus l'on avance dans le grand âge, de l'autre il est plus élevé pour les femmes que pour les hommes, ce qui étaye le « paradoxe du genre » : les femmes vivent plus longtemps, mais à âge égal sont en moins bonne santé. Selon l'étude suisse, le risque est également supérieur dans les classes populaires et manuelles que dans les classes moyennes et supérieures.

La dépendance chronique, comme ultime étape d'une longue vie, est un risque majeur mais pas un destin fatal. Reste cependant cette *terra incognita* : pourquoi certains se trouvent-ils précipiter dans des formes lourdes de dépendance alors que d'autres en sont préservés, et pourquoi ce risque se trouve-t-il très inégalement distribué selon le genre et le milieu social ? Voilà des questions qui devraient être prioritaires dans la recherche actuelle sur le grand âge.

LES PERSONNES DU GRAND ÂGE ET LEURS « MONDES DE VIE »

En à peine plus de vingt ans (depuis la conférence de 1984), les travaux sur la grande vieillesse se sont multipliés, la perspective s'est élargie et enrichie. Sans doute, les programmes sur les maladies dégénératives sont-ils les plus généreusement dotés, mais la recherche s'intéresse aujourd'hui également au vieillissement usuel et aux vieillards « robustes », ces derniers pouvant détenir la clé d'une grande vieillesse en santé, vécue de manière autonome. Le grand âge n'est plus nécessairement associé à une pathologie, c'est au contraire la diversité des situations de santé que présente la population très âgée qui retient maintenant l'attention. Le vieillard n'est plus seulement ni nécessairement représenté en victime de maladie et donc conçu comme un *objet* de soins, mais en

38. Cf. C. Lalive d'Epinay et D. Spini (et coll.) : *Les Années fragiles. La vie au-delà des quatre-vingts ans* ; Québec, Presses de l'Université Laval, 2007.
Sur la question posée, cf. C. Lalive d'Epinay et E. Guilley : « Les dernières années de longue vie », *Gérontologie et Société* n° 110, septembre 2004, pp. 121-130.

acteur à même d'infléchir, dans certaines limites, le cours et la qualité de sa vieillesse.

Pourtant, comme le montre l'inventaire dressé jusqu'ici, quelle que soit la population étudiée, c'est en premier et parfois exclusivement sa santé que focalise la recherche. Est-ce légitime? Oui et non. Etayons ce qui peut paraître une réponse de Normand.

Oui, il est légitime que toute recherche sur les personnes âgées consacre une place névralgique à la santé, puisque la fragilisation est consubstantielle du grand âge. Quand bien même ce processus affecte la vie quotidienne des personnes à des âges très variés selon les individus, sa marche inexorable constitue le défi de la vieillesse. Aux autres âges de la vie, pour la plupart la santé est vécue comme allant de soi, et la maladie apparaît une parenthèse appelée à se refermer. Mais plus l'on avance dans le grand âge, plus la (bonne) santé paraît frappée du sceau de l'incertitude et de l'éphémère, et plus la vie se transforme en un combat quotidien avec ce corps et cet esprit qui se fragilisent. Dans son œuvre aujourd'hui classique E.H. Erikson énonçait le défi de la vieillesse sous la forme de l'opposition entre intégrité et désespoir³⁹. Comment accepter les inexorables menaces à son intégrité sans sombrer dans le désespoir? Dès lors, le défi nous paraît être celui de la préservation de l'autonomie dans la négociation des limitations qu'impose le processus de fragilisation. Ce processus (et donc la santé) constitue nécessairement la pierre angulaire de toute recherche sur le grand âge.

Mais en même temps, quand nous constatons que l'essentiel de la recherche se limite à la santé et à ses implications immédiates (les risques, les pertes, les besoins d'aide, les coûts, etc), notre réponse est : non ! Les personnes très âgées constituent la classe d'âge qui connaît la plus forte croissance démographique, le grand âge est, avons-nous vu, en passe de devenir un âge normal de l'existence, un âge dont le plus grand nombre fera l'expérience ; pourtant, très rares sont les monographies dont les auteurs proposeraient une analyse descriptive et compréhensive des diverses facettes et réalités de la vie au grand âge. Comment vit-on cet âge de la fragilité? Où sont donc les travaux d'ordre anthropologique, sociologique ou ethnographique sur le grand âge et les vieillards? Tous les autres âges de la vie, des petits enfants aux retraités, ont fait l'objet de multiples et remarquables recherches, cer-

39. *Integrity versus Dispair*; cf. E.H. Erikson : *Life Cycle*, in : D.L. Sills (ed), *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 1968, p. 286-292.

taines remarquables, et il en va de même des minorités comme des majorités. A ce jour cependant, les vieillards n'ont guère retenu l'attention des sociologues et autres ethnologues et pourtant, de par le défi spécifique qu'elle affronte, qui est de donner du sens à la vie quand celle-ci devient fragile et que la mort se fait voisine, cette « tribu » n'est-elle pas fascinante ?

Nuançons le propos : l'hospice, la maison de retraite, l'hôpital aussi, ont fait l'objet de plusieurs monographies, souvent inspirés par les travaux d'E. Gofman ou d'A. Strauss⁴⁰. La friche en sciences sociales concerne avant tout les vieillards « en milieu naturel », ceux qui vivent chez eux, dans l'environnement qu'ils fréquentent depuis des années, voir des décennies, et que maintenant ils voient selon ce regard nouveau que donne l'expérience de la fragilisation.

Signalons quelques rares exceptions. Tout d'abord cette étude pionnière, puisque publiée en 1992, de deux chercheurs de l'Université de Londres, Michael Bury et Anthea Holme, intitulée « *La vie au-delà des quatre-vingt-dix ans* »⁴¹. Le recherche porte sur près de deux cents vieillards qui ont fait l'objet d'un entretien combinant quelques batteries de questions standardisées avec un guide ouvert. L'objet est de cerner la vie actuelle de ces personnes dans ses aspects objectifs et aussi selon le regard qu'elles portent sur elles-mêmes. Au centre de l'analyse se trouve la notion de qualité de vie. Une hypothèse importante est que sur le plan subjectif celle-ci dépend de la capacité de donner du sens à sa vie en articulant sa vie passée (l'histoire de sa vie) et sa situation présente. Sans qu'elle soit citée ici, cela évoque la notion d'identité narrative de P. Ricœur. Une limite de cette recherche tient dans le caractère transversal de la récolte des entretiens ; chaque vieillard n'a été rencontré qu'une fois, ce qui rend impossible l'étude *in vivo* de la manière dont ces personnes font face aux événements et changements typiques de leur âge.

De son côté, Ritta-Liisa Heikkinen a participé à une étude au cours de laquelle 262 octogénaires vivants à Jyväskylä (Finlande) ont été suivis pendant 10 ans⁴². Elle-même en a dirigé le volet qualitatif pour lequel elle a réalisé des entretiens en profondeur avec 20 de ces octogénaires au départ, puis avec les 17 survivants cinq ans plus tard, et les 10 qui, au terme de l'étude, ont passé le cap des 90 ans. En s'inspirant de la phénoménologie et en particulier de

40. Sans prétendre à l'exhaustivité, mentionnons selon l'ordre de parution : P. Townsend, *The last refuge*, Routledge and Kaegan, 1962 ; A.R. Hochschild, *The unexpected community*, University of California Press, Berkeley, 1973 ; S. Tobin & M. Lieberman, *Last home for the aged*, Jossey Bass, San Francisco, 1976 ; J.F. Gubrium, *Speaking of life: horizons of meaning for nursing home residents*, Aldine de Gruyter, New York, 1993 ; C. Badey-Rodriguez, *Les personnes âgées en institution: vie ou survie ?* Ed. Seli Arslan, Paris, 1997 ; I. Mallon, *Vivre en maison de retraite : le dernier chez-soi*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes, 2004.

41. A. Bury et A. Holme, *Life after Ninety*, Routledge, London and New York, 1991.

42. R.L. Heikkinen, « The experience of ageing and advanced old age: a ten-year follow-up » ; *Ageing and Society* 24, p. 567-582, 2004 ; cf. aussi *Experienced aging as elucidated by narratives* ; in J.E. Birren, G. Kenyon, J.E. Ruth, J.F. Schroots & T. Svenson (eds), *Ageing and biography, Explorations in adult development*, Springer, N.Y., 1996.

Merleau-Ponty, l'auteure tire de ces récits une « histoire de l'expérience du vieillissement ». Donnons-en quelques éléments : au premier entretien la plupart ne se considéraient pas comme vieux ; au second, les survivants disent avoir franchi la ligne ; lors des deux premiers entretiens, les personnes proposaient une lecture descriptive et critique des changements survenus dans le monde pendant leur vie ; dans le troisième, les survivants semblent au-delà des bruits du monde et au-delà même de leur « mission de vivre une vie ». Cette recherche illustre le travail de production de sens qui accompagne l'expérience du vieillissement, elle met aussi en évidence l'émergence d'une conscience de la limite de la vie et d'une attitude de détachement. On regrettera ici l'absence d'articulation explicite entre ce dossier qualitatif et l'échantillon général. Si les 20 partagent le destin de cohorte des 262, comment, en termes sociologiques, se situent-ils au sein de celle-ci ? Que la moitié des vingt octogénaires de départ vivent encore dix ans plus tard et en plus soient à même de soutenir un entretien et de développer un récit articulé laisse penser qu'il s'agit là d'un sous-ensemble très particulier.

43. C.L. Johnson & B.M. Barer, *Life beyond 85 Years. The aura of survivorship*, New-York, Springer, 1997 ; citons aussi *Aging and Human Development*, 1994, Vol. 38/1, qui est totalement consacré à la présentation de résultats de cette étude.

A San Francisco, Colleen Johnson et Barbara Barer⁴³ ont répondu à l'appel lancé en 1985 par le NIA avec son premier programme sur les *oldest old* (voir plus haut dans cet article), en proposant une étude dont l'objectif est de comprendre quelles sont les ressources et les compétences qui permettent de continuer à vivre chez soi, dans un milieu urbain, à un âge où le corps manifeste de plus en plus ses lourdeurs, et cela tout en préservant un sentiment réel de bien-être ? Cette interrogation sur la capacité d'adaptation des vieillards conduit nos chercheurs à vouloir « explorer les expériences objectives et subjectives de la vie quotidienne » (*op. cit.*, p. 5-6). Les choix méthodologiques de base ont été d'adopter une perspective anthropologique privilégiant l'entretien en profondeur et d'effectuer un suivi longitudinal sur six années, avec des entretiens tous les 14 à 16 mois. L'approche qualitative est complétée par un questionnaire standardisé recueillant des informations concernant en particulier l'état de santé, les ressources sociales et familiales, et les aptitudes psychologiques. L'échantillon comprend au départ 150 personnes de plus de 85 ans habitant à San Francisco ; elles ne sont plus que 48 au terme des six ans. Ce livre est une invitation anthropologique à participer à la vie des vieillards avec ses défis. En plus de sa grande richesse descriptive et de la présentation nuancée de cas et de trajectoires indivi-

duelles, l'étude débouche sur quelques thèses générales concernant la spécificité de la grande vieillesse, thèses qui constituent autant de pistes à suivre pour la recherche. Mentionnons-en trois. La première est qu'à cet âge, il ne faut pas donner pour acquis la présence et la disponibilité d'un proche parent; dans leur échantillon le quart des vieillards n'ont pas de relations directes avec des membres de leur famille. La seconde consiste dans une réappréciation de la notion de désengagement; si la thèse de l'activité et de la participation sociale est pertinente pour les *young old*, le processus de fragilisation lié au grand âge, avec l'émergence et le développement de diverses formes d'incapacités, demande à celui qui le vit de reconsidérer ses engagements et sa vie sociale, et de procéder à des réaménagements successifs importants de sa vie quotidienne. La préservation du bien-être appelle des formes de détachement, tant pratiques que relationnelles ou affectives. Les résultats de cette étude confortent sur ce point les considérations développées par Paul et Margret Baltes. La troisième met en question la thèse de la préservation et de la continuité du soi comme condition du bien vieillir. Au contraire, avancent nos auteurs, s'engager de plus en plus profondément dans l'univers des *survivants*, et négocier les pertes d'ordre multiple que cela implique, suppose la capacité de procéder à des révisions en profondeur de l'image de soi, des relations à autrui, de sa conception du temps, de la vie comme de la mort. L'observation paradoxale de vieillards capables d'affronter une vie de plus en plus marquée par les pertes tout en préservant un sentiment de bien-être élevé éveille chez ces auteurs l'intuition d'une aura spécifique aux survivants – une idée rendue dans le sous-titre de l'ouvrage: *The aura of survivorship* – à savoir quelque chose comme une dimension nouvelle de leur identité qui découle du fait de continuer à vivre bien au-delà de la durée de vie qui leur était assignée.

Enfin, autorisons-nous à citer notre ouvrage *Les Années fragiles*⁴⁴, qui rend compte des principaux résultats des cinq premières années du suivi longitudinal de 340 octogénaires de la cohorte formée entre 1910 et 1914. Ces personnes font l'objet d'une visite chaque 12 à 18 mois. Au terme des cinq ans, 172 participent toujours à l'étude (90 sont décédées) et un total de 1 225 questionnaires ont été réunis auxquels s'ajoutent une quarantaine d'entretiens en profondeur. La première partie porte sur l'architecture de la grande vieillesse, avec les principales trajectoires de vie et de santé. Le constat est que ces contemporains sont bien loin de

44. C. Lalive d'Epinay et D. Spini (et coll.): *Les Années fragiles. La vie au-delà des quatre-vingts ans*; Québec, Presses de l'Université Laval, 2008.

constituer une population homogène du point de vue de la santé ; au contraire s’y côtoient des personnes en bonne santé relative avec d’autres présentant diverses formes de fragilisation et d’autres enfin, affectées de formes aiguës de dépendance, physique et psychique. Dès lors, l’hypothèse autour de laquelle est organisée la seconde partie est que selon leur statut de santé, ces vieillards habitent des « mondes de vie » (A. Schütz⁴⁵) bien distincts les uns des autres, que ce soit du point de vue de son horizon temporel et des risques qui menacent leur vie, des espaces de déambulation quotidienne, des activités dont ils le meublent, comme aussi de leur vie relationnelle et affective.

45. A. Schütz & T. Luckmann, *Strukturen der Lebenswelt*, Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1979.
Pour une introduction en français : N. Zaccai-Reyners, *Le monde de la vie*, 2 Schütz et Mead, Paris, Editions du Cerf, 1996.

Si la gérontologie, entendue comme l’étude interdisciplinaire du processus de vieillissement et des personnes âgées, se constitue dès le milieu du XX^e siècle, il faut attendre la fin des années 1980 pour que la recherche prenne acte des spécificités nouvelles du grand âge.

Dans un premier temps, la recherche sur le grand âge est thématifiée à partir des pathologies de la vieillesse (maladies dégénératives, morbidités, mortalité), des besoins en soins afférents et des coûts qui en découlent.

La grande vieillesse, une pathologie ? Une réaction s’amorce d’abord avec la distinction entre deux formes de vieillissement : pathologique *versus* « normal ». La catégorie dite « normale » est ensuite subdivisée entre la forme « usuelle » (non pathologique mais affectée par diverses déficiences typique de l’âge) et la forme « réussie » (relativement épargnée par les manifestations courantes de déclin).

Deux théories du « vieillissement réussi » prennent corps à l’approche de 1990. L’une (Rowe et Kahn) porte l’ambition non seulement de prolonger la phase de la vieillesse en santé, mais aussi de réduire substantiellement la phase de vie frappée d’invalidité ; l’autre (Baltes et Baltes) partage avec la précédente le premier objectif, mais pose la sénescence comme consubstantielle du grand âge. Réussir sa vieillesse consiste non pas dans la négation de celle-ci, mais dans l’aptitude à y faire face et à lui donner sens.

Ces deux théories concurrentes posent implicitement la question de savoir si le revers de la médaille d'une longue vie est de la voir se terminer par une ultime étape affectée d'incapacités lourdes et marquée par la dépendance. Les travaux de démographie de la santé (basés sur des enquêtes transversales itératives) montrent que, du moins dans les pays de l'Atlantique Nord et au Japon, à âge égal, comparées aux cohortes anciennes, les cohortes récentes présentent un bilan de santé meilleur, avec un taux déclinant de personnes frappées d'incapacités lourdes. Par ailleurs, les quelques travaux disponibles sur les trajectoires de fin de vie, basés sur des études longitudinales, concluent qu'une majorité de vieillards décèdent sans être passé par une étape durable de dépendance, cependant ce risque croît avec l'avance dans le grand âge, et il est plus élevé pour les femmes que pour les hommes.

Les travaux nord-américains en sont venus à distinguer dans la vieillesse trois âges ou étapes : celles des *young old*, des *old old* et des *oldest old* ; en Europe, latine surtout mais pas uniquement (par ex. : P. Laslett en Angleterre, P. et M. Baltes en Allemagne), on propose le diptyque du 3^e et du 4^e âge. Dans la plupart des cas, ces âges sont indexés selon l'âge chronologique et donc présentés comme des étapes qui se suivent selon un ordre nécessaire. Depuis deux décennies un ensemble de recherches prend appui sur la notion de fragilité ; celle-ci résulte de la diminution des réserves dans les divers systèmes physiologiques et psychologiques de l'individu, ce qui rend ce dernier plus vulnérable devant les défis de son environnement. Selon ces travaux, ce processus se déclenche inexorablement avec les années, mais il prend des formes multiples et se manifeste à des âges très différents selon les individus. Cette perspective conduit à modéliser l'organisation du parcours de vie dans la vieillesse selon un schéma tripartite : étape d'indépendance en santé relative, étape d'indépendance avec le défi de la fragilité, étape de dépendance. Cette tripartition diffère dans sa substance du schéma nord-américain :

a) au marquage statistique basé sur l'âge chronologique est substitué ici un marquage individuel à partir d'indicateurs de santé ;
b) les données de recherche montrent que si la fragilisation affecte inexorablement la vie au grand âge (au-delà de 70 ans), très rares sont les personnes qui décèdent sans avoir présenté des symptômes de fragilisation, en revanche ceux-ci peuvent se manifester à des âges très différents selon les individus, et sous des formes multiples ;

c) elles enseignent aussi que la dépendance chronique, comme étape terminale de la vie, n'est pas la conséquence inexorable de la fragilité : si presque tous les vieillards dépendants transitent par l'étape de la fragilité, une petite moitié seulement des vieillards fragiles ont basculé dans la dépendance.

Si la « géographie », l'organisation du déroulement de la grande vieillesse sont aujourd'hui assez solidement établies, reste à savoir pourquoi il en va ainsi ? Le repérage des faits est bien avancé, leur explication reste balbutiante. Par exemple, pourquoi certains vieillards sont-ils affectés par des formes chroniques lourdes d'incapacité psychique ou physique alors que celles-ci sont épargnées à d'autres tout aussi âgés, sinon plus ? Quelles sont les formes de fragilité les plus susceptibles d'entraîner la dépendance et comment les prévenir ? Comment, plus généralement, devient-on le vieillard que l'on est ? Des études combinant des données génétiques et des informations biographiques devraient permettre de lever en partie le voile de l'ignorance qui recouvre la grande vieillesse.

Ainsi, ce qui caractérise la population âgée n'est pas tant une stratification allant des moins âgés aux plus vieux, mais bien plutôt la coexistence, au même âge et jusqu'au plus grand âge, de personnes présentant des statuts de santé très diversifiés et dont l'éventail va d'un extrême à l'autre. A leur tour, ces statuts de santé conditionnent des « mondes de vie » bien distincts les uns des autres, que ce soit par l'horizon temporel qui leur est associé, l'espace qu'ils délimitent, les risques qui les habitent, les activités et les sociabilités qui les animent.

La diversité des conditions de santé qui caractérise la population âgée, avec ses implications sur l'organisation de la vie, justifie que la santé soit constituée comme un des axes organisateurs (et peut-être même l'axe principal) de la recherche sur la vieillesse. A condition cependant que la gérontologie sociale ne néglige pas l'approche globale qui relève de sa vocation propre : l'étude anthropologique et sociologique d'une population qui, du point de vue quantitatif, constitue la classe d'âge à la plus forte croissance démographique et qui, du point de vue existentiel, s'installe dans une étape de vie qui lui impose le défi de sa fragilisation psychique et physique et du voisinage de la mort.

