

LE ROLE SOCIAL DES PERSONNES AGEES AU DEBUT DU XXI^e SIECLE

Carmine Clemente

Assistant Professor of Sociology, University of Bari, Italy

Abstract

European policies for active and healthy aging aims to raise awareness of the contribution of older people to society. Their social role is significantly related to participation, or not, to work and production systems.

Keywords: Active aging, elderly, social role

Résumé

Politiques européennes pour un vieillissement actif et en bonne santé vise à faire prendre conscience de la contribution des personnes âgées à la société. Leur rôle social est significativement liée à la participation, ou non, au travail et les systèmes de production.

Mots Clès: Vieillissement actif, personnes âgées, rôle social

Résumé de l'article

En 2012, l'Union Européenne a inauguré l'Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle.

L'Année européenne vise à sensibiliser l'opinion publique sur la contribution que les personnes âgées apportent à la société. Le but est d'encourager les décideurs et les parties prenantes à entreprendre à tous les niveaux des actions visant à améliorer les conditions de vieillissement tout en restant actifs ainsi que de resserrer la solidarité intergénérationnelle.

L'Union Européenne a abordé ce thème concrètement en lançant le programme « La contribution de l'UE au vieillissement actif et à la solidarité intergénérationnelle » (2012) et le Plan d'Action 2014-2020 « Santé pour la Croissance ». Dans ces documents, cependant, la santé et le vieillissement sont présentés non pas comme des valeurs en soi, mais comme des facteurs - de tout première importance, mais décrits d'une manière assez simpliste - de croissance économique. D'après cette vision, si la promotion du vieillissement actif et en bonne santé était menée de manière plus durable, elle aurait des effets positifs sur la productivité et la compétitivité.

Une enquête sur ce thème sera donc menée à travers une analyse de la documentation des politiques européennes en matière de vieillissement actif et en bonne santé ainsi qu'une analyse sociologique des contenus traçant un nouveau modèle dans lequel le rôle social des personnes âgées est premièrement lié à leur participation - ou à leur non-participation - aux systèmes de production et de travail.

Les politiques pour le vieillissement sain et actif et la santé

Dans le débat publique sur le changement démographique, le vieillissement de la population a été longtemps considéré comme étant seulement un coût pour la société. Cette attitude négative commence lentement à changer, le potentiel des personnes âgées étant de plus en plus mis en exergue tout comme les opportunités offertes par une société vieillissante. La création des conditions de base est nécessaire afin que les aspects positifs du changement démographique se traduisent en mots concrets aussi bien pour les personnes âgées que pour la société tout entière: autrement dit, les personnes âgées doivent pouvoir vieillir dans de bonnes conditions de santé et de sécurité.

Les politiques de santé, notamment les politiques pour le vieillissement actif et en bonne santé, représentent un volet stratégique de Santé 2020, la nouvelle politique de référence proposée par le Bureau Régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Europe en faveur des actions transversales aux gouvernements et aux sociétés pour la santé et le bien-être (WHO Regional Office for Europe, 2012).

L'UE a aussi promu en 2012 « La contribution de l'UE au vieillissement actif et à la solidarité intergénérationnelle » dans le but de sensibiliser l'opinion publique à la contribution que les personnes âgées peuvent apporter à la société et d'encourager les décideurs politiques et les parties prenantes à entreprendre à tous les niveaux des actions visant à améliorer le vieillissement tout en restant actifs et à renforcer la solidarité entre les générations.

L'expression *vieillessement actif* indique un vieillissement en bonne santé, une pleine participation à la vie collective et un sentiment d'épanouissement dans la vie professionnelle. Bref, *vieillessement actif* veut dire autonomie dans la vie quotidienne et engagement dans la société.

Pour la première fois, l'OMS a tracé un programme qui réunit de manière compréhensive les éléments du vieillissement. En donnant les lignes guides et le soutien aux Etats Européens, le plan adopte significativement les critères de contextualisation et de différenciation qui caractérisent aussi la structure interne des Etats membres, par rapport aux niveaux de revenu et aux stades de mise en place des politiques de vieillissement.

Les données sur la population européenne constituent un élément clé qui est à la base des politiques en question et du fonctionnement des systèmes de santé.

La population européenne (WHO, Regional Office for Europe, 2013) affiche l'âge moyen plus élevé au monde et jouit d'une espérance de vie parmi les plus longues au monde; les personnes âgées de plus de 65 ans ne cessent d'augmenter et en 2050 on prévoit qu'elles représenteront 27 % de la population au total. Les mêmes données soulignent l'existence ainsi que la hausse des écarts entre l'espérance de vie moyenne au sein des Pays et parmi les différents Pays de l'Europe.

Dans les Pays de l'Europe de l'Est et dans ceux qui appartiennent à la Communauté des Etats Indépendants (CEI) aussi, le vieillissement démographique est considérable: d'après les projections, l'âge moyen va augmenter de 10 ans d'ici à moins de deux décennies. (Chawla et al., 2007). D'autre part, les différences de genre demeurent significatives dans toute l'Europe, non seulement en ce qui concerne l'espérance de vie, la population âgée - et en particulier la population la plus âgée - étant pour la plupart représentée par les femmes, mais aussi en ce qui concerne les rôles et les expériences de santé et les réponses données par le système sanitaire.

À présent, pour chaque homme il y a 2,5 femmes âgées de plus de 85 ans et on prévoit qu'en 2050 cet écart va se creuser encore plus (WHO Regional Office for Europe, 2013).

De son côté, l'Italie, sous l'égide du Ministère des Politiques de la Famille et en phase avec la stratégie Europe 2020, a promu l'Année européenne du vieillissement dans le but de:

- favoriser la culture du vieillissement actif, fondée sur l'idée que la société doit être pour tout âge;
- promouvoir la solidarité et la coopération entre les générations.

L'UE s'engage également à encourager les Etats membres à promouvoir le vieillissement actif et à assurer les meilleures conditions de travail dans le secteur que l'on appelle des *white jobs* (services d'assistance, services aux personnes, etc.)

L'Italie a lancé des actions axées sur les thèmes de l'emploi, de l'apprentissage permanent, de la participation à la vie sociale, de la vie autonome et en bonne santé.

Ces thèmes doivent être déclinés dans des interventions visant à:

- soutenir la participation sociale et l'engagement dans le bénévolat afin de transférer les compétences et l'expertise aux jeunes générations.
- soutenir les personnes offrant les services de soin, leur assurer la formation et des périodes de pause lorsqu'elles s'occupent des proches ayant besoin d'assistance;

- assurer des formes de congés aux personnes offrant les services de soin ainsi que des opportunités pour les travailleurs âgés qui peuvent bénéficier de périodes de pause dans leur carrière pour s'occuper de leurs proches.

- promouvoir des modes de vie sains et des politiques de prévention; assurer la stabilité économique des personnes âgées; garantir des logements et des services adéquats à leurs exigences; garantir l'accessibilité et la durabilité économique des transports; créer un environnement, une ville, des biens et des services respectueux de cette partie de la population.

Le fort impact que le vieillissement et les changements de la vie ont sur l'organisation sociale alimente un débat très houleux au niveau international. Les sciences sociales, et tout particulièrement la perspective sociologique, traitent des aspects complémentaires qui caractérisent le processus de vieillissement des sociétés les plus développées:

- l'augmentation considérable enregistrée par les nouvelles âgées qui, de par leurs différences - en termes de santé, d'intégration sociale, de modes de vie - ont marqué (Laslett, 1992) une discontinuité évidente dans ce processus par rapport à la précédente génération âgée.

- la hausse, notamment parmi les personnes âgées de plus de 75, des maladies chroniques et des conditions d'autonomie réduite qui mènent à la dépendance totale dans la vie quotidienne (Grand et al., 2004);

- l'analyse des systèmes de politique sociale et la nécessité de trouver une solution plus adéquate et innovante dans les systèmes socio-sanitaires par rapport aux transformations sociales mentionnées.

Les études menées indiquent que dans les Pays de l'Europe de l'Ouest (Sherlock, 2004), surtout à partir des années 90, il existe une étroite relation entre le changement socio-culturel et la discontinuité des aspects qualitatifs et quantitatifs du vieillissement. En particulier, dans la société italienne, ce phénomène permet de tirer les conclusions qui suivent:

- l'hétérogénéité de la population vieillissante a tendance à augmenter en proportion avec la diminution des différences entre la population adulte et la population qu'on définit conventionnellement "âgée", c'est-à-dire de plus de 65 ans;

- cette hétérogénéité se répand dans toute la population âgée, effaçant progressivement la différence entre les âgées et les vieux;

- le processus de vieillissement se présente de plus en plus comme étant un phénomène extrêmement ambivalent (Lalive et al., 2007) concernant les personnes âgées actives et les personnes les plus âgées et les plus défavorisées à cause de leur état de santé et d'autonomie ainsi que de leur situation socioéconomique et d'intégration sociale.

Cette interprétation offre un point de départ pour analyser le phénomène en se concentrant sur l'idée de base qu'existe un lien entre le

vieillesse en bonne santé et les niveaux de bien-être économique et de protection sociale et qu'à la lumière de l'existence de ce lien, si l'on veut rendre ces deux derniers éléments durables, il est nécessaire d'agir maintenant avec les familles et le bénévolat pour répondre aux exigences spécifiques d'une part de travailleurs toujours plus vieillissants en Europe. Dans les Pays de l'Europe de l'Ouest, nombreux sont les travailleurs âgés et on enregistre une tendance préoccupante dans le rapport entre le taux de dépendance parmi les personnes âgées et la population active (tranche d'âge 15-64 ans). Cette tendance va influencer forcément la stabilité et la durabilité financière des niveaux actuels de protection sociale et sanitaire financés par les fonds publics, et ce, à plus forte raison dans une période de crise fiscale et économique (United Nations, 2010).

Les conséquences de ces transformations sont sans aucun doute liées à certains aspects qui caractérisent la société moderne; une analyse sociologique de ces conséquences peut aider à cerner les effets de ces changements sur les politiques de welfare. En effet:

- en modifiant et élargissant la demande de services d'assistance, ces transformations accentuent les points critiques des politiques aussi bien en termes d'efficacité et de redistribution qu'en termes de durabilité financière;
- elles constituent des contraintes significatives aux programmes et aux processus de réorganisation du système des services, y compris les programmes qui visent à concrétiser la perspective du welfare pluraliste et communautaire.

Aux fins de cette analyse, un autre document à examiner est la proposition de créer le programme « Santé pour la Croissance », le troisième programme d'action pluriannuel de l'UE en matière de santé pour la période 2014-2020 (European Commission, 2011)

La proposition de la Commission européenne met l'accent sur les liens qui existent entre santé et croissance. La santé n'est pas qu'une valeur en soi, mais aussi un important facteur de croissance économique. Seulement une population en bonne santé peut réaliser pleinement son potentiel économique.

La santé joue donc un rôle essentiel dans l'agenda Europe 2020 et la Commission (« Un Bilan pour la Stratégie Europe 2020 », communication du 29 juin 2011) a souligné que la promotion d'une bonne santé fait partie intégrante des objectifs de croissance intelligente et inclusive fixés par la stratégie Europe 2020. Le fait d'aider les Européens à rester actifs et sains le plus long possible a des effets positifs sur la productivité et sur la compétitivité. L'innovation dans les soins médicaux peut contribuer à relever le défi de la durabilité dans ce secteur dans le cadre des changements démographiques en cours.

Les problèmes de santé sont l'une des causes principales d'absentéisme sur le poste de travail ainsi qu'une des premières raisons de pré-retraite. Le fait de prolonger les ans en bonne santé demeure alors indispensable si l'Europe veut gagner le défi d'occuper 75 % de la population âgée de 20 à 64 ans et si elle veut éviter le recours à la pré-retraite pour maladie. En outre, le fait de promouvoir le vieillissement sain et actif de ceux qui sont âgés de plus de 65 ans peut engendrer des bénéfices sur le marché du travail. Au contraire, un mauvais état de santé pourrait influencer négativement le développement du capital humain qui est un incontournable dans une économie fondée sur la connaissance.

En Europe, les maladies chroniques représentent la première cause de mort et de qualité de vie médiocre. Chaque année, dans l'UE, plus de 4 millions de personnes meurent à cause de ces maladies, soit 87 % des morts précoces. Ces maladies comportent un coût considérable pour la société à la lumière du fait qu'elles engendrent la perte de la capacité de travailler dans la période la plus productive du cycle de vie.

Le vieillissement actif et en bonne santé en tant qu'opportunité

Les données mentionnées, les politiques et les transformations sociales tracées synthétiquement, composent une mosaïque de grande incertitude sur l'évolution future des conditions de santé et de l'état fonctionnel des populations européennes vieillissantes.

L'Europe et ses Etats sont, donc, appelés à envisager des interventions de santé publique, d'aides et de protection adéquats pour tous ceux qui souffrent de maladies chroniques ou ceux qui risquent de les contracter et à définir des politiques de santé publique permettant à un plus grand nombre de personnes de rester actifs et de participer à part entière à la société.

L'OMS a capté ces transformations sociales et l'incertitude sur les manières d'y faire face et a commencé à considérer la question du vieillissement comme étant de toute première urgence. Par voie de conséquence, l'OMS a commencé à traiter ce thème comme un aspect positif pour la société, en utilisant les mots *sain* et *actif* et en décrivant le processus de vieillissement comme une transformation qui permet aux individus de réaliser leur plein potentiel pour le bien-être physique, social et mental le long de leur vie, leur permettant de participer à la vie de la société, tout en leur assurant la protection, la sécurité et les soins adéquats lorsqu'ils en ont besoin (WHO, 2002).

Ce changement de paradigme transforme le vieillissement des populations en opportunité (Harper, 2006) et non plus en fardeau pour la société. C'est précisément la vision d'une société où les personnes âgées peuvent rester saines et autonomes, dans une condition de bien-être et de

dignité, sans subir discriminations, disposant des moyens économiques suffisants, dans un monde qui les aide à se sentir protégées, actives, en plein contrôle de leur vie, engagées dans la société ainsi que capables de profiter des services et des aides sanitaires et sociaux de haute qualité conçus expressément pour elles.

En ce sens, avec le terme vieillissement, on fait référence aux changements qui s'avèrent au cours de la vie résultant des mécanismes biologiques, psychologiques et sociaux. Ce concept est en contraste avec la vision traditionnelle partagée par les gérontologues qui le considèrent comme un processus irréversible, soumis à la contrainte du temps, qui engendre la perte progressive des capacités fonctionnelles (Finch, Kirwood, 2000). Ce concept est aussi en contraste avec la vision utilitariste d'une idéologie fortement discriminatoire - définie par les sociologues américains et anglais *ageism*⁸⁷ - qui légitime et soutient l'idée de la vieillesse comme phase caractérisée par un grave déclin intellectuel et productif, une réduction de l'autonomie, l'absence de sexualité et donc comme un processus irréversible de déstructuration (Skinner, Vaughan, 1984).

Au contraire, dans un sens positif, le changement de perspective mène vers la conceptualisation du développement et du vieillissement comme des processus multidimensionnels et multidirectionnels.

Donc, le développement humain et le vieillissement doivent être considérés dans leur contexte environnemental et culturel de référence, en termes dynamiques, où l'ontogénèse du développement interagit avec le même ensemble de facteurs sociaux et économiques. Le retard dans l'actuation des politiques en matière de vieillissement pourrait se révéler, dans une période d'austérité économique, non seulement plus coûteux sur le long terme, mais aussi contreproductif pour la durabilité des politiques de protection sociale. Voilà pourquoi la question du vieillissement sain et actif a remonté l'agenda politique aux niveaux européen et global.

Ce changement de paradigme se traduit dans une série de lignes guides et d'objectifs généraux parmi lesquels:

- permettre à un plus grand nombre de personnes de vivre en bonne santé plus longtemps;
- permettre à un plus grand nombre de personnes de rester actives plus longtemps et de contrecarrer les inégalités croissantes qui existent dans le troisième âge;
- favoriser l'accès aux services sanitaires et sociaux de bonne qualité;

⁸⁷ Le terme *ageism* a été utilisé pour la première fois en Amérique aux années 60 du siècle dernier surtout par les économistes et les médecins du travail pour définir un comportement stéréotypé et discriminatoire envers la vieillesse.

- améliorer la capacité des personnes âgées, hommes et femmes, de continuer à participer à la société et de vivre dignement, indépendamment de l'état de santé ou d'autonomie (Andrew, 2005) ;

- augmenter la prise de conscience des discriminations et des stéréotypes de tout genre à l'égard des personnes âgées.

Les objectifs susmentionnés se traduisent à leur tour dans trois grands objectifs principaux:

- promouvoir un environnement favorable et lancer des actions de promotion de la santé et de prévention des maladies. Ces actions devraient considérer les facteurs de risque pour les personnes âgées dans une perspective générale de l'existence et en raison des différences de genre;

- renforcer les systèmes sanitaires pour favoriser le vieillissement sain et pour assurer une assistance sanitaire plus équitable et de plus haute qualité;

- renforcer les fondements conceptuels en matière de politiques d'assistance sanitaire et sociale conçues pour les populations européennes vieillissantes.

De plus, les politiques pour le vieillissement sain doivent appliquer certains principes qui ont été décidés par la politique de référence Santé 2020 tels qu'une approche participative (il est fondamental de promouvoir la participation des personnes âgées dans la définition et l'évaluation des politiques), l' *empowerment* individuel et collectif (activités collectives, bénévolat, assistance informelle), l'importance de l'équité pour les groupes de personnes âgées les plus sensibles ou défavorisés (les inégalités se cumulent au cours de la vie), une perspective de genre (les différences entre hommes et femmes, en ce qui concerne les rôles et les expériences, sont importantes), la durabilité et le rapport coût-bénéfices (la durabilité fiscale doit aller de pair avec l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de l'assistance sanitaire), la nécessité d'entreprendre des actions intersectorielles (une approche transversale à la société et au gouvernement se rend nécessaire tout comme la participation d'autres acteurs économiques tels que le secteur privé, la société économique et le bénévolat à tous les niveaux).

Les personnes âgées, qui sont-elles? Le vieillissement, quand commence-t-il?

À ce point, il est opportun de se demander à qui les stratégies pour le vieillissement et ces documents s'adressent.

Une première définition est fournie par le document élaboré par le Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe intitulé « Stratégies et plan d'action pour le vieillissement en bonne santé en Europe 2012-2020 » (2012), document clé pour les stratégies de vieillissement actif et en bonne santé.

D'après l'OMS, à la lumière de la rapidité du vieillissement des travailleurs, phénomène en expansion (Chawla et al, 2007) même dans les Pays Indépendants de l'Europe de l'Est⁸⁸, il est nécessaire d'attacher une toute particulière attention à la santé et au bien-être de ceux qui sont âgées de 50 ans ou plus ou de ceux qui sont à la conclusion de leur vie professionnelle. En outre, on prévoit que, dans nombre de Pays, le taux de dépendance des personnes âgées atteindra des niveaux sans précédents et la préoccupation qui en dérive, concernant la durabilité financière de l'offre de protection sanitaire et sociale financée par les fonds publics, se renforce davantage dans un moment de crise fiscale et économique (United Nations, 2010).

Dans un autre document de l'OMS (2012) intitulé « Renforcement des politiques de lutte contre les maladies non-transmissibles afin de promouvoir le vieillissement actif » qui a été adopté en mai 2012 par la 65^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé, il existe un lien très intéressant entre la prévention des maladies non-transmissibles et le vieillissement sain tout au long de la vie. Plus en général, le document souligne le fait que l'état de santé et l'autonomie pendant la vieillesse ne seraient que le résultat des conditions de vie et des actions qu'un individu a expérimentées le long de sa vie.

Ce concept a été réaffirmé par l'OMS dans « Santé 2020 » (WHO Regional Office for Europe, 2012) où, en définissant les domaines stratégiques 1 - Investir sur la santé à travers une approche compréhensive tout au long de la vie - et 2 - Relever les défis sanitaires principaux en matière de maladies transmissibles et non-transmissibles- l'Organisation a mis l'accent sur les interventions axées sur ce que l'on appelle le *début de vieillesse*, c'est-à-dire chez les personnes âgées de 50 ans ou plus, et sur la prévention, y compris la prévention secondaire et tertiaire, chez les couches âgées.⁸⁹

Dans le même document, d'autres passages sont intéressants à approfondir:

- dans la section Objectifs: l'objectif est de garantir les services de promotion de la santé et de prévention des maladies pour un vieillissement sain, notamment pour ceux qui sont âgés de 50 ans ou plus;

- dans la section Actions: il faut préparer des lignes guides qui tiennent compte des différences de genre afin de concevoir des paquets de services de promotion de la santé et de prévention, sur la base des données scientifiques, pour les personnes âgées de 50 ans ou plus, qui reposent sur les bonnes

⁸⁸ Le vieillissement caractérise les Pays de l'Europe de l'Est et les Pays de la Communauté des Etats Indépendants où, d'après les prévisions, l'âge moyen va augmenter de 10 ans d'ici à moins de deux décennies.

⁸⁹ Domaine stratégique fortement axé sur l'inclusion des aspects liés au vieillissement dans toutes les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies; amélioration de l'offre et de l'accès aux interventions prioritaires destinées aux personnes âgées.

pratiques des Etats Membres, notamment en matière de maladies non-transmissibles, de maladies qui peuvent être prévenues par vaccination, d'accidents et de maladies mentales;

- dans la section Actions au sein des Etats Membres: il faut considérer les exigences et les risques spécifiques aux personnes âgées de 50 ans ou plus dans l'actuation des engagements pris dans le domaine stratégique "Promotion de la santé e de la prévention des maladies" dans le plan d'action sur les maladies non-transmissibles, en tenant compte des différences de genre.

Pour mieux comprendre qui sont les personnes âgées, on peut se refaire aussi à la Stratégie de Lisbonne (Union Européenne, 2000) qui fournit une définition statistique, d'après laquelle une personne est considérée comme étant âgée si elle a plus de 55 ans. Si l'on considère au contraire la définition qui émerge des politiques, une personne peut être considérée comme âgée si elle possède certaines caractéristiques (non seulement l'âge) qui lui permettent d'accéder à certains services. Là, la définition est extrêmement ineffable. Ainsi, dans certains cas l'âge est laissé de côté (par exemple, dans le cas de la retraite où ce qui est important, ce sont les années de cotisation) et dans d'autres cas l'âge revêt une importance considérable (si on prend le système italien comme exemple, pour certaines typologies de contrat de travail, l'âge minimum pour partir à la retraite est de 50 ans - *i.e.* les contrats de professionnalisation - alors que pour d'autres, comme les contrats de travail sur l'appel, l'âge minimum fixé est de 45 ans).

La définition du concept de *personne âgée* est importante dans le marché du travail et se présente comme particulièrement ineffable en raison de la grande hétérogénéité des situations qui caractérisent l'occupation des personnes âgées et la difficulté que l'on rencontre lorsqu'on essaie d'établir une relation univoque entre l'âge des travailleurs, le rendement, la productivité et les performances professionnelles.

Sur le marché du travail, deux tendances opposées se mélangent avec un impact considérable sur le travail des personnes âgées. D'une part, les tendances démographiques poussent en avant l'horloge biologique et donc retardent le moment où l'individu n'est plus physiquement à même de compléter ses mansiones. D'autre part, le prolongement de l'espérance de vie génère des pressions sur le welfare où surgissent des difficultés dans le financement et qui déterminent la nécessité d'agir afin d'éviter que la pré-retraite soit utilisée comme solution aux criticités du marché du travail (Isfol, 2011).

Un autre concept qui est utilisé dans la littérature internationale pour définir les personnes âgées et le marché du travail est le *travailleur mûr*, c'est-à-dire un travailleur qui, faute de mise à jour de ses compétences technologiques nouvelles, devient obsolète et se voit considéré comme étant

âgé et à risque d'expulsion (Fouarge, Schils, 2009). D'habitude, il s'avère donc que ces travailleurs, tachés de travailleurs mûrs (Ghosheh, 2008) sont considérées comme étant moins adaptables au changement avec un coût plus élevé, même s'ils ont une bonne capacité relationnelle et une bonne expérience, et ce, surtout dans les systèmes où le mécanisme de *seniority* est bien enraciné (Jensen, 2006).

Le dernier point de réflexion est donné par les résultats d'une enquête menée en 2011 par l'UE sur la perception et la définition de personne âgée (Special Eurobarometer n.378, Active Ageing, 2012).⁹⁰

Au sein des 27 Pays membres, l'âge moyen indiqué comme *vieillesse* est de 63,9 ans. D'après des différences géographiques, dans l'Europe à 15, l'âge moyen est de 64,5 ans alors qu'il est de 61,4 ans dans les 12 nouveaux membres. L'opinion sur le moment où on se sent âgé varie sensiblement parmi les Pays sondés (Tab.1, Graphique 1). Par exemple, pour les sondés des Pays Bas, la vieillesse arrive avec les 70,4 ans alors que pour les Slovaques elle arrive avec les 57,7 ans.

D'autres données (Tab.2, Graphique 1) mettent en évidence comment l'âge des interviewés influence la perception du moment où on peut se considérer âgés. En outre, les femmes en général retardent de quelques ans le début de vieillesse par rapport aux hommes (65,0 ans contre 62,7 ans).

Tab. 1.					
QB2. À votre avis, quel est l'âge où on commence à se sentir vieux?					
	Moyenne		Moyenne		Moyenne
EU 27	63,9	IT	67,6	RO	60,5
BE	67,9	CY	68,5	SI	66,4
BG	63,8	LV	61,5	SK	57,7
CZ	59,5	LT	65,3	FI	65,2
DK	64,3	LU	63,7	SE	66,6
DE	60,1	HU	58,0	UK	61,9
EE	62,4	MT	65,2	HR	62,9
IE	64,2	NL	70,4	TR	58,4
EL	65,7	AT	61,9	MK	61,0
ES	65,5	PL	62,8	IS	64,8
FR	65,9	PT	76,9	NO	64,8

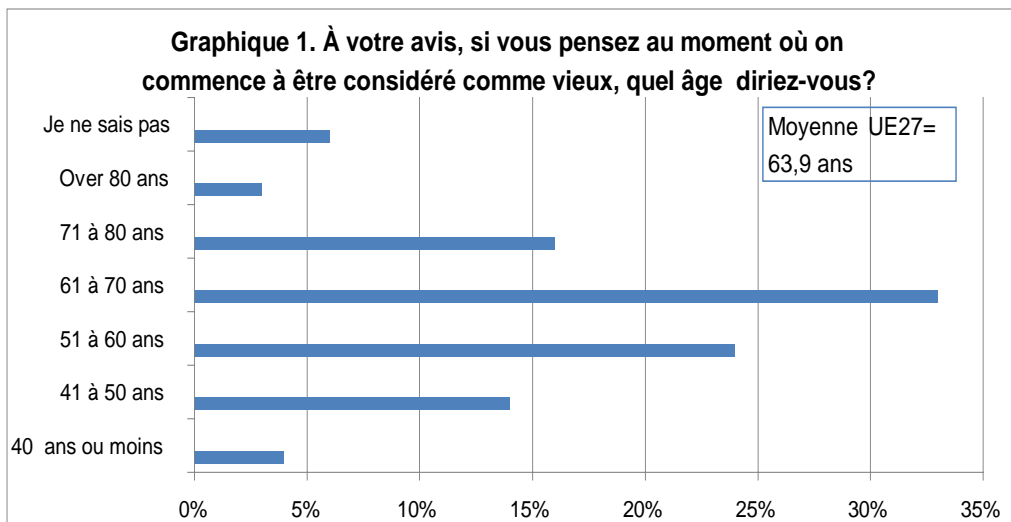
Base: tous les sondés en EU à 27 : 26.723; Autres Pays : 4.557

Tab. 2.	
QB2. À votre avis, quel est l'âge où on commence à se sentir vieux?	
	Moyenne
EU 27	63,9
Sexe	
Homme	62,7
Femme	65,0
Age	
15-24	59,1
25-39	62,3
40-54	63,7
55+	67,1

Base : tous les sondés en EU à 27 : 26.723

⁹⁰ Cette enquête a été lancée par la Direction Générale pour l'Emploi, les Affaires Sociales et l'Inclusion de la Commission Européenne afin de comprendre les comportements et les attitudes des citoyens européens à l'égard des personnes âgées, de la contribution que ces personnes peuvent apporter à la société et sur le marché du travail et pour voir comment promouvoir la participation active de ces personnes dans la société. Le rapport couvre les 27 Pays membres et 5 Pays non-membres (Croatie, Islande, République de Macédoine, Norvège et Turquie). Les résultats sont présentés de façon collective, excluant les 5 Pays non membres. L'analyse sociodémographique se concentre premièrement sur l'âge, le sexe, l'emploi et l'affluence relative.

Donc, l’opinion des sondés sur l’âge précis lorsque la vieillesse commencerait varie sensiblement au sein des différents Pays.



Personnes âgées, vieillissement actif et en bonne santé et le travail

Dans le cadre des stratégies européennes, en matière de politiques pour le vieillissement sain et actif pour la croissance, il est opportun de souligner des points critiques.

A) Vieillissement actif et en bonne santé:

- 1) le vieillissement sain tout au long de la vie;
- 2) un environnement favorable à la santé;
- 3) des systèmes sanitaires et d’assistance à long terme axés sur la personne et adaptés aux populations vieillissantes;
- 4) renforcement du secteur de la recherche et des bases factuelles.

Ces objectifs ne sont pas supportés par les nécessaires analyses de contexte. Il n’y a pas en effet une identification approfondie des facteurs qui peuvent influencer le processus et surtout il n’y a pas de claire identification des acteurs concernés et de leur degré d’intérêt et de puissance par rapport à la politique proposée. Ce qui fait défaut, donc, c’est une claire référence aux parties intéressées (secteur tertiaire, bénévolat, société civile) qui sont appelées à jouer leur rôle central dans la création de programmes inclusifs et participés⁹¹, ainsi qu’une référence théorique aux manières pour amorcer le

⁹¹ Ce qui fait défaut aussi, c’est la référence aux acteurs puissants et alignés seulement en principe et pas concrètement afin d’augmenter les probabilités de succès de la stratégie en suscitant leur intérêt tout comme de nombreux décideurs politiques qui réorientent leurs politiques seulement lorsqu’ils s’aperçoivent de l’extension de la part d’électeurs “âgés”. Ou, vice versa, afin de cerner ceux qui ne sont pas intéressés et qu’il serait mieux de ne pas

changement, y compris à comment les acteurs concernés devraient changer leurs comportements pour appliquer la stratégie proposée et aux temps physiologiques pour engendrer ce changement.

En fait, d'une part, la stratégie établit que les citoyens doivent être traités comme des agents responsables et donc que l'une des tâches d'un welfare bien structuré dans des formes civiles n'est pas que d'assurer les biens et services, mais aussi de promouvoir toute action ayant des effets publics; d'autre part, cette stratégie n'indique et ne valorise pas le rôle et la coparticipation de la société civile en tant qu'acteur incontournable.

Un autre élément qui fait défaut est l'inattention face à la prise en charge globale et multidimensionnelle des exigences complexes de la population, dans une logique d'intervention qui inclut un parcours d'assistance sociale et sanitaire s'appuyant sur une équipe multi-professionnelle. Très rares sont enfin les références aux systèmes de monitoring et d'évaluation des stratégies afin de les corriger en temps réel à travers le développement de la capacité d'apprentissage: cela se traduit dans l'impossibilité d'évaluer les progrès dans la mise en œuvre de la stratégie ainsi que son efficacité afin d'en tirer profit dans le futur.

B) Santé pour la croissance.

La proposition de la Commission met l'accent sur la corrélation entre santé et croissance, entre assistance sanitaire, y compris sa qualité et sa force novatrice, et respect des contraintes du bilan. Cependant, la santé ne peut pas se réduire seulement à ces facteurs.

Avant d'être un volet économique, ou un thème important pour l'équilibre des comptes du système de protection sociale, la santé est un état; et si le but est d'améliorer la durabilité des systèmes sanitaires qui interviennent lorsque la maladie est déjà en cours, alors le premier objectif à atteindre est de ne pas tomber malade, en protégeant la bonne santé de la population.

L'un des obstacles qui jusqu'à présent a bloqué toute décision sur les priorités dans le soin médical a à voir avec la relation particulière qui existe encore entre les disciplines économiques, les sciences médicales et les sciences sociales.

L'incommunicabilité qui sépare ces branches d'étude a rendu presque impossible de trouver un compromis avec lequel faire face à ce problème. En outre, les priorités ne pourront jamais être définies par une seule de ces trois disciplines. Si on imagine l'économie (comme il ressort clairement du

intéresser vu que, en vertu de leur puissance, ils pourraient se révéler des adversaires redoutables, à moins qu'ils ne modifient leur position. C'est le cas, par exemple, des organismes de pension ou des fonds de retraite qui voient dans la personne âgée une entrée passive dans leurs bilans.

programme « Santé pour la Croissance ») comme une des manières – mais pas la seule - d’approfondir notre compréhension des faits sociaux et de contribuer au changement de certaines structures sociales qui ne fonctionnent pas bien, telle que le welfare, l’économiste alors ne peut pas limiter sa marge de manœuvre à des mères questions d’efficience. Les choix ou les priorités politiques contenus dans le programme « Santé pour la Croissance » n’indiquent pas de manière exhaustive les critères qui sont à la base de ces choix.

À cette fin, il est nécessaire d’adopter une vision globale des exigences de l’être humain et de les inclure dans chaque politique. Le principe de la santé mise au cœur de toute action politique (approche HIAP, Health in All Policies) devrait être appliqué toujours. Cependant, le programme ne contient pas de normes spécifiques à ce propos.

Le vieillissement en bonne santé doit être préparé en avance et nécessite d’une prise de conscience qui, à partir de 50 ans, doit se renforcer de plus en plus à travers l’exercice physique, le régime alimentaire adapté aux exigences de l’âge, l’organisation des conditions de travail et des horaires.

Conclusion:

Dans une vision plus orientée vers le marché du travail et le développement économique, la santé est jugée selon une approche qui pourrait être définie *efficientiste*, mais déséquilibrée, car ce serait en termes d’efficience productive, et ce, au détriment d’une vision plus ample d’efficience psychologique, sociale, esthétique, pour laquelle la santé est fonctionnelle (tout d’abord comme valeur en soi) à la vie productive, familiale et sociale.⁹²

Si l’universalité des soins médicaux des années 50 du XX siècle représente la conquête des droits de citoyenneté sociale, maintenant la voie semble nous faire procéder vers l’utilitarisme benthamien.

Une direction dont la faiblesse la plus forte, toutefois, demeure dans son incapacité de donner un sens au mot *droit* n’est que le fruit d’une vision étroite que l’utilitarisme attribue à la personne. «*Essentiellement* - écrivent Sen et Williams (1984: 9) - *l’utilitarisme entend les personnes comme localisations de leurs utilités. [...] Une fois que l’utilité de la personne a été considérée, l’utilitarisme n’a pas d’autre intérêt à recevoir information sur cette personne*».

⁹² Dans la médecine sociale, on parle d’*orientation olistique* (du grec: *holos* = tout) qui considère le patient comme un tout, aussi du point de vue médical, plutôt qu’une somme de symptômes des parties ou des tissus du corps humain.

Cependant, la mère somme des profits qu'une personne peut engendrer pour le système ignore et efface complètement l'identité et l'unicité des individus, deux aspects fondamentaux lorsqu'on essaie d'attribuer et garantir des droits. Cette lacune du système utilitariste a une puissance manifestement dévastatrice dans le domaine de la santé où l'identité et l'unicité des personnes sont précisément les mots clés.

Le risque concret de cette vision se cache dans le rôle et dans l'identité sociale reconnus à une grande portion de la population, c'est-à-dire la population âgée qui, lorsqu'elle n'est plus à même de contribuer activement à la croissance économique, pourrait être placée aux marges de la société et dépourvue de la dignité que chaque être humain, indépendamment de son état de santé, mérite.

References:

- Andrew, Melissa K., Le capital social et la santé des personnes âgées, *Retraite et société*, n. 46, pp. 129-143, 2005.
- Chawla, Mukesh, Betcherman, Gordon, Banerji, Arup, From red to grey. The third transition of aging populations in Eastern Europe and the former Soviet Union, Washington DC, World Bank, 2007.
- Eurobarometer, Active ageing, n. 378, 2012.
http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm
- European Commission, Programme Santé pour la Croissance, Troisième Programme d'action pluriannuel de l'UE en matière de santé pour la période 2014-2020, Bruxelles, 2011.
- Finch, Caleb Ellicott, Kirkwood, Thomas Burton Loram, Chance, lo sviluppo e l'invecchiamento, Oxford, Oxford University Press, pp. 6-8, 2000.
- Fourage, Didier, Schils, Trudie, The Effect of Early Retirement Incentives on the Training Participation of Older Workers, in: *Labour*, vol. 23/2009.
- Ghosheh, Naj, Age discrimination and older workers: Theory and legislation in comparative context, *Condition of Work and Employment Series*, n. 20, Ilo, 2008.
- Grand, Alain, Bocquet, Hélène, Andrieu, Sandrine, (eds.), « Vieillesse et dépendance », *Problèmes politiques et sociaux*, n°903, La Documentation Française, Paris, pp.5-10, 2004.
- Isfol, Le azioni locali a supporto del prolungamento della vita attiva, 2011.
- Jensen, Per, Invertire la tendenza da un'uscita anticipata a un'uscita ritardata dal mercato del lavoro: i fattori push, pull e jump nel contesto danese, *Quaderni europei sul nuovo welfare - svecchiamento e società*, n. 3/2006.
- Harper, Sarah, Ageing societies: myths, challenges and opportunities, London, Hodder Arnold, 2006.
- Lalivè D'epinay, Christian, Spini, Dario, Le grand âge: un domaine de recherche récent, *Gérontologie et société*, n. 123/2007.

- Laslett, Peter, *Una nuova mappa della vita*, Bologna, il Mulino, 1992.
- Sen, Amartya, Williams, Bernard, *Utilitarismo e oltre*, Milano, Il Saggiatore, 1984, p. 9.
- Sherlock, Peter Lloyd, *Living longer ageing development and social protection*, London, Zed Books, 2004.
- Skinner, Frederic B., Vaughan, Margaret E., *Vivere bene la terza età*, Milano, Sperling & Kupfer, Milano, 1984.
- United Nations, *World population ageing 2009*, New York, 2010.
www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009-report.pdf
- World Health Organisation, *Active ageing: a policy framework*, Geneva, 2002.
- World Health Organisation, *International Plan of Action on Ageing: Report on implementation*, Geneva, 2005.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_19-en.pdf
- Who Regional Office For Europe, *La contribution de l'UE au vieillissement actif et à la solidarité intergénérationnelle*, Copenhagen, 2012.
- Who Regional Office For Europe, *Strategia e piano d'azione per l'invecchiamento sano in Europa, 2012-2020*, Copenhagen, 2012.