



Synthèse de la journée de la population européenne

Thème : Vieillessement

Marlène Lamy

Directrice de l'Institut de démographie
Université Paris 1 – Panthéon-Sorbonne
90 rue de Tolbiac
75634 Paris cedex 13
lamy@univ-paris1.fr

L'Europe vieillit. L'accroissement de l'espérance de vie et la baisse de la fécondité concourent simultanément au vieillissement de sa population. Les générations nombreuses d'après-guerre arrivent à l'âge de la retraite avec une espérance de vie qui ne cesse d'augmenter et les actifs appartiennent aux générations touchées par la baisse de la fécondité. La part des retraités va donc croître et celle des actifs diminuer. Le recul de la mortalité aux âges élevés s'accompagne d'une augmentation de la durée de vie en bonne santé. Cependant au fur et à mesure que les générations du baby boom vont atteindre des âges très élevés, l'Europe va devoir faire face à un accroissement considérable du nombre des personnes dépendantes.

Au plan familial, l'allongement de l'espérance de vie change les rapports entre générations. Les sexagénaires, seulement grands-parents autrefois, sont désormais les enfants de personnes très âgées dont ils doivent s'occuper.

Les États, eux, vont devoir faire face à une double nécessité : financer les retraites et les dépenses liées à la dépendance des personnes âgées, accroître le nombre des actifs nécessaires à l'activité économique.

Les seniors ayant devant eux plus d'années à vivre en bonne santé pourront probablement travailler plus longtemps tout en ayant plus de temps à consacrer à leurs activités de loisirs et de bénévolat. Une prolongation de la vie active implique cependant une adaptation des travailleurs et des postes de travail et le maintien des individus en bonnes conditions physiques et morales suppose qu'ils restent bien intégrés dans la société.

Au cours de la journée européenne, des démographes, des médecins, des épidémiologistes, des économistes ont soulevé ces problèmes posés par le vieillissement de la population.

Voici l'essentiel des interventions. Pour plus de détails, on se reportera d'une part à l'enregistrement de la séance de présentation et des tables rondes, d'autre part au texte sur « la prise en charge des personnes dépendantes en Europe » que nous a transmis Bernd Schulte qui, finalement n'a pu venir.

L'accroissement du nombre des personnes âgées et du nombre des personnes dépendantes.

En Europe, au cours des dix dernières années, l'espérance de vie à la naissance a fortement augmenté, toutefois moins pour les femmes que pour les hommes, et les différences entre pays se sont atténuées. En 2003, l'espérance de vie des hommes variait de 74,2 ans au Portugal à 78 ans en Suède et celle des femmes de 80,1 ans au Danemark à 83,2 ans en France.

L'accroissement de la durée de vie qui a d'abord été lié à la baisse de la mortalité infantile et juvénile, puis à la diminution de la mortalité aux âges adultes est désormais lié au recul de la mortalité aux âges élevés.

Les premières générations du baby boom atteignent l'âge de la retraite avec une espérance de vie qui leur laisse de nombreuses années à vivre, et pour beaucoup de nombreuses années à vivre en bonne santé.

L'espérance de vie à la naissance augmente régulièrement de 3 mois chaque année, mais l'espérance de vie à 65 ans et à 85 ans augmente beaucoup plus vite depuis la fin de la

Seconde guerre mondiale et le nombre des centenaires explose ; on en compte plus de 14 000 en France, plus de 23 000 au Japon. Cette explosion est la conséquence de la baisse de la mortalité avant 100 ans, qui entraîne un accroissement du nombre des personnes atteignant cet âge, mais aussi de l'effondrement de la mortalité au-delà de 100 ans. Il y a 20 ans, au Japon le risque annuel de mortalité des femmes centenaires était de 50 %, actuellement, il n'est plus que de 35 %.

Selon Jean-Marie Robine (Inserm)¹, le suivi des super centenaires (plus de 110 ans) montre que leur probabilité de décéder au cours de l'année ne dépasse pas 50 %. Entre 110 et 115 ans, la mortalité n'augmente plus.

Cependant, en Europe et au Japon, l'augmentation du nombre des personnes très âgées n'est pas homogène. On distingue trois groupes de pays :

- ceux, comme la Suisse, la France et surtout le Japon, où la durée de doublement du nombre de centenaires est de plus en plus courte (aujourd'hui au Japon, il faut 6 à 7 ans pour voir le nombre des centenaires doubler) ;

- les pays tel l'Angleterre où le nombre de centenaires croît de façon exponentielle et double tous les 10 ans ;

- le Danemark et les Pays-Bas, où le taux d'accroissement est linéaire et entraîne un allongement de la durée de doublement des effectifs. Dans ces pays, le temps de doublement des centenaires est aujourd'hui d'environ 30 ans pour les femmes et le nombre de centenaires hommes stagne.

Les âges au décès sont de plus en plus concentrés et de plus en plus élevés. La courbe de survie se rectangularise. On observe une compression de la mortalité autour d'un âge modal au décès qui croît sans cesse. En Suisse, depuis les années 20, cet âge a régulièrement augmenté de 2 mois par an et est passé d'environ 70 ans à 90 ans pour les femmes et un peu moins de 85 ans pour les hommes.

L'allongement de la durée de vie pose de façon plus aiguë celui du nombre des années vécues en bonne santé. Les espérances de vie à 65 ans ne varient guère d'un pays à l'autre et sont toutes croissantes, mais les espérances de vie sans incapacité diffèrent.

D'après une étude présentée par Carol Jagger (Department of Health Sciences, University of Leicester)², entre 1995 et 2003 l'espérance de vie à 65 ans, sexes réunis, a progressé de façon identique dans les 14 pays européens étudiés, mais les gains en espérance de vie sans incapacité à 65 ans ont été beaucoup plus diversifiés, si bien que l'éventail des espérances de vie sans incapacité est actuellement beaucoup plus large que celui des espérances de vie. Si l'on se réfère à l'espérance de vie sans incapacité des hommes, les pays peuvent être classés en trois catégories :

- ceux qui comme l'Autriche, la Belgique, la Finlande, l'Allemagne, l'Italie et l'Espagne ont vu leur espérance de vie sans incapacité à 65 ans progresser de 5 % ou plus sur la période 1995-2003 ;

- ceux qui, comme le Danemark, la Suède et le Royaume-Uni l'ont vu diminuer de 5 % ou plus ;

- enfin ceux pour lesquels cette espérance de vie sans incapacité n'a pratiquement pas varié, à savoir la France, la Grèce, l'Irlande, les Pays-Bas et le Portugal.

¹ Table ronde numéro 3 : « L'espérance de vie sans incapacité »

² Séance de présentation : « L'espérance de vie sans incapacité »

Sur la même période, dans la plupart des pays la situation des femmes et celle des hommes ont évolué inégalement. Ainsi, les femmes ont vu leur espérance de vie en bonne santé progresser en Italie et en Suède, diminuer en Allemagne, en Grèce, en Irlande, aux Pays-Bas et au Portugal, rester stable en Autriche, en Belgique, au Danemark, en Finlande, en France, en Espagne et au Royaume-Uni. Seule l'Italie a connu une amélioration aussi bien pour les hommes que pour les femmes. En Suède l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans a augmenté pour les femmes, mais a diminué pour les hommes, en Allemagne, l'inverse s'est produit.

On trouve toujours une maladie ou un traumatisme à l'origine du processus d'incapacité. Or la prévalence des maladies n'est pas la même dans tous les pays, ce qui peut expliquer les différences constatées entre espérances de vie sans incapacité. Dans les pays industrialisés, le processus d'incapacité a souvent pour origine une ou des maladies dégénératives qui sont de plus en plus fréquentes parce que certaines causes de décès ont disparu à la suite du développement de la médecine de la mère et de l'enfant, de la médecine de l'âge adulte et de la vieillesse et sous l'effet des politiques de prévention.

Les maladies gériatriques, maladies mentales (démence, dépression), locomotrices (ostéoporose, arthrose) et sensorielles (surdité) n'entraînent pas une augmentation de la mortalité, mais une augmentation des incapacités fonctionnelles. Selon Jean-Pierre Michel (Faculté de médecine et Hôpitaux universitaires de Genève)³, on enregistre un accroissement du taux de démence quand l'âge augmente (25 à 30 % des individus âgés de plus de 90 ans en souffrent) et l'on prévoit 29 millions de sujets déments dans le monde en 2020, 37 millions en 2050. L'ostéoporose et l'ostéopénie (perte de la masse osseuse) entraînent une fragilité osseuse et au fur et à mesure que l'âge avance, on enregistre un nombre croissant de fractures. Entre 1990 et 2050, le taux de fracture devrait être multiplié par 4.

Les troubles de la sensorialité augmentent avec l'âge. Ainsi environ 18 % des Américains de plus de 70 ans souffrent de troubles de la vision, 30 % de troubles de l'audition et un peu moins de 10 % sont atteints à la fois par des troubles de la vision et par des troubles de l'audition.

La maladie et le vieillissement sont deux phénomènes distincts, la première se surajoute aux altérations liées au second. Si le vieillissement biologique est inévitable, deux éléments interviennent dans la forme des individus : la génétique et l'environnemental, les conditions de vie. L'hérédité intervient seulement pour un à deux tiers des manifestations biologiques.

Jean-Pierre Michel a montré dans l'exemple de la pathologie locomotrice qu'il était possible de retarder l'apparition de la maladie. « Avec le grand âge apparaissent fonte musculaire (sarcopénie) et diminution de la masse osseuse (ostéopénie, ostéoporose) attestant la baisse des réserves fonctionnelles ». Mais « un apport protéique adéquat fortifie l'os, améliore la force musculaire » et diminue les chutes ou permet de retrouver plus rapidement sa mobilité. L'ostéoporose reste à l'état latent pendant une longue période et la pathologie se révèle souvent quand se produit une fracture.

Le défi des gériatres du troisième millénaire est d'identifier les facteurs de risques de ces maladies chroniques et de diminuer les incapacités fonctionnelles qui leur sont liées. On sait à présent que la qualité de la dernière période de vie se dessine tout au long de cette vie tant sur le plan de la santé - Piotr Kramarz (Laboratoires Pfizer)⁴ a intitulé son intervention « bien vieillir, construire aujourd'hui sa santé de demain » - que sur le plan émotionnel. Le problème est plutôt de savoir à quel niveau agir (sur le génétique ou

³ Table ronde numéro 3 : « Les maladies dégénératives »

⁴ Table ronde numéro 3 : « Bien vieillir, construire aujourd'hui sa santé de demain »

l'environnemental) et quand. La prévention doit-elle se faire dès l'enfance (voire avant la naissance), au moment de l'adolescence (le pic de la masse osseuse, par exemple, est atteint vers 18 ans ou 20 ans), de l'âge adulte ou de la vieillesse ?

Nous pouvons dès à présent agir pour prévenir deux facteurs qui fragilisent les individus et sont liés à notre style de vie : l'obésité et le tabagisme. Nous pouvons intervenir pour que diminuent les deux fléaux que sont la dépression et le suicide qui frappent particulièrement les plus de 65 ans.

Une des façons de diminuer les dépenses de santé est de prévenir les maladies. Les centenaires actuels qui sont nés à la fin du XIX^{ème} siècle et au début du XX^{ème} n'ont pas toujours profité de bonnes conditions de vie. On peut penser que les générations récentes qui bénéficient des politiques de prévention et devraient profiter de nouvelles découvertes de la science et de meilleures conditions de vie vivront plus longtemps et en meilleure santé. Pourtant la durée de vie augmentant, il restera toujours des années vécues en état de dépendance dont il faudra assurer la prise en charge.

La prise en charge des personnes âgées dépendantes

Une étude réalisée en 1999 par J. Pacolet sur la protection des personnes âgées dépendantes dans les 15 pays de l'Union européenne et en Norvège montrait que, parmi les individus de plus de 65 ans, 3 à 5 % étaient dépendants et chez ceux de plus de 75 ans, 10 % étaient fortement dépendants, 25 % moyennement dépendants. Au total, les personnes hautement dépendantes représentaient 3 % de la population totale des 65 ans et plus, soit 9 millions d'individus dans l'Europe des Quinze.

En France, on estime l'incidence de la maladie d'Alzheimer à 100 000 nouveaux cas chaque année dont les deux tiers concernent des personnes de plus de 80 ans. On évalue actuellement à 800 000 le nombre des personnes atteintes de cette maladie ou de maladies apparentées et les projections dont disposent les pouvoirs publics prévoient un doublement des malades entre 1990 et 2020.

La maladie d'Alzheimer provoque une dégénérescence des cellules nerveuses du cerveau. Le malade a de plus en plus de difficultés à analyser les informations venues de l'extérieur et est progressivement privé de ses facultés de penser, de se souvenir et de prendre des décisions. Ceux que l'on nomme les aidants se retrouvent alors souvent dans une situation morale et financière très difficile. Selon Dominique Beauchamp (Université François Rabelais, Tours)⁵, vivre avec un patient Alzheimer c'est assumer une charge 24h sur 24, 47 % des aidants se disent déprimés, 24 % doivent aménager leur temps de travail, c'est-à-dire travailler à temps partiel ou adopter des horaires qui leur permettent de mieux prendre soin de leur malade et ce sans aucune compensation financière. Les aidants naturels des malades Alzheimer sont essentiellement des femmes (68 %). En fait, d'après Hugues Joublin (Directeur exécutif de Novartis France)⁶, l'aidant principal des personnes dépendantes, c'est-à-dire en perte d'autonomie physique ou intellectuelle (atteintes par les maladies chroniques, Alzheimer, Parkinson), est en général une femme âgée de plus de 60 ans, qui est souvent obligée d'arrêter de travailler pour se consacrer entièrement au malade. L'aide formelle est notoirement insuffisante. Il n'existe actuellement que 4 000 places en hébergement temporaire ou hôpital de jour, 15 000 sont prévues d'ici 2007, mais selon *France Alzheimer* il en faudrait

⁵ Table ronde numéro 2 : « Vivre avec un patient Alzheimer »

⁶ Table ronde numéro 2 : « La solidarité de proximité »

au moins 100 000 pour répondre aux besoins des aidants. Il est donc indispensable, de favoriser la solidarité de proximité, celle de la famille et celle des proches. D'après l'Inserm, le travail fourni par les familles représente aujourd'hui l'équivalent de 500 000 postes à temps plein. Compte tenu de l'évolution de la pyramide des âges, cette aide informelle sera de plus en plus nécessaire. Il faut donc apporter un soutien psychologique aux aidants, les faire bénéficier de moments de répit, leur apporter une aide financière pour qu'ils puissent se faire secourir. Mais avant tout, il est essentiel de mieux connaître leurs besoins pour les soutenir plus efficacement.

Dans le même temps, les pouvoirs publics seront appelés à prendre en charge de plus en plus de personnes dépendantes. Actuellement, en France, ce sont les départements qui via l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) mise en place en 2001, offrent une aide financière aux personnes âgées dépendantes. L'APA est accordée à la suite d'un bilan effectué par des équipes médico-sociales. D'après Jean-Paul Le Bail (Caisse nationale d'assurance vieillesse)⁷, elle a été attribuée à 873 000 individus, 513 000 en bénéficiant à domicile, 360 000 en institution. La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) assure une répartition équilibrée de cette aide entre départements afin que chaque personne dépendante puisse en bénéficier quel que soit son lieu de résidence. Désormais, l'action de la Caisse nationale d'assurance vieillesse s'adresse donc en priorité aux personnes les moins dépendantes et vise à permettre leur maintien à domicile le plus longtemps possible.

Dans tous les pays, le coût de la dépendance des personnes âgées va augmenter fortement dans les décennies à venir et il sera en grande partie fonction de la répartition entre prise en charge formelle et prise en charge informelle. Adelina Comas-Herrera (London School of Economics and Political Science)⁸ a présenté un modèle (à long terme) des dépenses liées à la seule prise en charge formelle des personnes dépendantes en institution ou au domicile, en indiquant toutefois le surcoût que représenterait une diminution de la prise en charge informelle. Ce modèle n'est pas un modèle prévisionnel, mais a l'avantage de montrer les conséquences de la variation de certains facteurs. Ainsi, la vie à deux diminue la période de prise en charge, l'instabilité des unions, la baisse de la fécondité risquent de l'accroître, l'augmentation des salaires des aidants en augmente le coût. Ce modèle montre que, vu l'évolution des phénomènes démographiques et si la part de l'aide informelle se modifie, la croissance des dépenses absolues sera très différente d'un pays européen à l'autre à l'horizon 2050. Elle devrait par exemple être maximale en Espagne (+ 509 %) où la part des soins informels est aujourd'hui importante.

En effet, en Europe actuellement, le soutien apporté aux personnes âgées dépendantes ou non est le fait de la famille (soutien affectif, pratique) et de l'État (pensions, aide à domicile...). Toutefois, la participation de l'une et de l'autre varie selon le pays et évoluera très certainement de manière significative dans les prochaines décennies.

L'espérance de vie en bonne santé dépend des conditions de vie des personnes âgées. Au-delà du sentiment de sécurité qu'elles éprouvent quand elles peuvent compter sur l'aide de leurs proches si elles sont malades, le sentiment d'appartenir à un réseau familial et social le plus élargi possible est stimulant pour elles. Les relations intergénérationnelles ne sont d'ailleurs pas à sens unique : la proportion de personnes âgées qui apportent une aide à leurs descendants est aussi importante que celle des personnes âgées qui en reçoivent une de ceux-ci.

⁷ Table ronde numéro 3 : « La prise en charge des personnes âgées »

⁸ Table ronde numéro 3 : « Le coût de la prise en charge des personnes âgées »

L'environnement des personnes âgées.

Le réseau relationnel des individus est plus ou moins développé selon leur passé familial et social. Emily Grundy (London School of Hygiene and Tropical Medicine)⁹ a distingué différents facteurs d'évolution de ce réseau :

- des facteurs démographiques. Les changements dans la structure par âge induisent des modifications du réseau familial. Une étude britannique qui s'est penchée sur le nombre d'ascendants ou de descendants vivants des Anglais a montré qu'à 20 ans 80 % ont au moins un grand-parent vivant et qu'à 50 ans, 1 sur 2 a encore au moins un parent vivant. Par ailleurs, tandis que la proportion des femmes de 80 ans qui n'ont jamais eu d'enfant baisse, la proportion de celles qui, à cet âge, ont encore un enfant vivant, augmente régulièrement. Or avoir un enfant vivant diminue fortement le risque d'entrer en maison de retraite, ce risque étant minimal lorsque l'on a deux enfants ;

- des facteurs socioculturels. En règle générale, les individus qui ont un niveau d'éducation et un statut social élevés, de même que les enfants de parents divorcés, fréquentent moins souvent leurs parents ou grands-parents. Mais, on observe des comportements très différents en Europe du Sud et en Europe du Nord. Ainsi, la co-résidence intergénérationnelle est bien plus fréquente en Italie qu'au Royaume-Uni.

La solidarité entre les générations, l'existence d'un réseau familial sont indispensables au maintien en bonne santé des personnes âgées, mais un réseau relationnel plus large, plus diversifié, leur permet de se sentir mieux intégrées dans la société et les incitent à avoir des activités, bénéfiques pour elles et utiles à la société (participation à des associations, bénévolat par exemple).

Jenny De Jong Gierveld (Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute)¹⁰, dont l'équipe de recherche a établi une échelle de solitude utilisée dans plusieurs pays, définit la solitude comme « l'expérience déplaisante qui se produit quand le réseau social de la personne est déficient de manière quantitative ou qualitative ». Elle retient comme déterminants majeurs de la solitude :

- l'état matrimonial. Ceux qui vivent en couple, mariés ou non, sont en moyenne plus heureux et mieux protégés de la solitude que ceux qui vivent seuls. Ceux qui se retrouvent seuls après un divorce ou le décès de leur compagnon sont particulièrement exposés à l'isolement ;

- les relations avec la famille. Les enfants sont les premières personnes présentes lorsque leur parent âgé a besoin d'aide ;

- les relations avec les autres personnes, voisins, amis, collègues. Ces relations extra-familiales aident à maintenir l'hétérogénéité du réseau social et l'ouverture aux autres ;

- la taille et la composition du réseau social. Être inséré dans un réseau de connaissances plus ou moins proches, comprenant des personnes de tous âges, des hommes aussi bien que des femmes, et avoir des liens de soutien plus ou moins forts est stimulant pour les personnes âgées.

Malheureusement, toutes les personnes âgées ne bénéficient pas d'un réseau de relations sociales diversifiées, car toutes n'ont pas eu ou n'ont pas les mêmes conditions de vie. Certaines ont bénéficié à la fois d'une bonne éducation, d'un travail intéressant et de revenus

⁹ Table ronde numéro 2 : « Les échanges intergénérationnels en Europe »

¹⁰ Table ronde numéro 2 : « L'intégration sociale des personnes âgées »

conséquents, tandis que d'autres cumulent les désavantages et sont privées des éléments qui pourraient leur permettre de « bien vieillir ».

Selon les pays, les régimes sociaux apportent ou non une compensation à certaines inégalités, en particulier aux revenus insuffisants. Une étude comparative entre le Royaume-Uni et les Pays-Bas a permis de mettre en lumière l'impact de ces politiques. On a ainsi constaté, en utilisant l'échelle d'intensité de la solitude mise au point par Jenny Gierveld, que les personnes âgées se sentaient beaucoup plus isolées au sein des villes de Birmingham, Liverpool et Londres qu'aux Pays-Bas. Pourtant d'après cette étude, le lien entre statut marital, âge et sexe d'une part, solitude d'autre part est totalement comparable dans les deux pays. Dans les deux pays, ne pas avoir de partenaire influence considérablement la solitude, dans les deux pays, il existe une relation forte entre l'appréciation de la qualité de vie du quartier et le sentiment de solitude : ce dernier se trouve renforcé quand les individus vivent dans un quartier qui leur paraît désagréable. Par contre, les habitants des quartiers défavorisés au Royaume-Uni ont des revenus plus faibles qu'aux Pays-Bas où les politiques sociales compensent plus fortement les faibles ressources des individus et cette différence expliquerait l'impression plus grande de solitude au Royaume-Uni.

Dans certaines circonstances les personnes âgées peuvent se sentir rejetées. C'est le cas lorsque tous les médias mettent l'accent sur le coût des retraites et des systèmes de santé. Elles peuvent aussi avoir peur de l'avenir quand elles entendent que les systèmes actuels de retraite et de santé sont remis en cause. La conjoncture économique a donc un retentissement sur leur bien-être.

Pour que les personnes âgées puissent bénéficier de revenus décents qui leur permettent d'être bien intégrées dans la société, il est nécessaire que l'activité économique soit soutenue, donc que la main d'œuvre soit suffisante. Or au début du XXIème siècle, le ratio actifs/inactifs peut être très différent d'un pays à l'autre. En effet, si tous doivent faire face à un vieillissement important de leur population, l'ampleur de ce vieillissement n'est pas partout identique, tout comme la situation actuelle des plus âgés sur le marché du travail.

L'activité des seniors : activité rémunérée, activité bénévole.

Selon Martine Durand (OCDE) ¹¹, au sein de l'UE, le ratio de dépendance des personnes âgées, rapport entre les personnes âgées de 65 ans et plus et les personnes en âge de travailler (15-64 ans) devrait doubler à l'horizon 2050. Si rien n'est fait, le vieillissement entraînera un recul de la population active, une réduction de la croissance économique et d'importantes pénuries de main-d'œuvre. En France, on pourrait voir une diminution de la population active dès 2012 ; au Japon, elle a déjà commencé.

Pourtant la situation des plus de 50 ans n'est pas partout la même et les taux d'activité atteints par certains pays européens montrent l'existence d'une large marge de manœuvre pour les autres. En effet, si le taux d'activité des 50-64 ans est en moyenne inférieur à 60 % en Europe, près de 80 % des Suédois de ce groupe d'âge travaillent, contre moins de 50 % des Français, guère plus de 40 % des Belges. Ces taux sont à comparer avec ceux de l'Islande : environ 90 % à 50-64 ans, presque 60 % à 65-69 ans.

Dans de nombreux pays européens, la faiblesse des taux d'activité au-delà de 50 ans est le résultat des politiques sociales adoptées au cours des trente dernières années.

¹¹ Table ronde numéro 1 : « L'activité des seniors »

Au début des années 70, les taux d'activité des seniors étaient comparables en Europe, au Japon et aux États-Unis. Ils ont fortement diminué dans les pays européens et en particulier en France durant la période 1970-2003. La baisse a touché essentiellement les 60-64 ans, elle a été plus réduite pour les 50-59 ans et pour eux, s'est concentrée au début des années 80. Cette tendance à la baisse apparaît beaucoup plus marquée pour les hommes que pour les femmes car, pour elles, la diminution de l'activité à ces âges est en partie masquée par l'accroissement de l'activité au fil des générations. Au cours de cette période 1970-2003, les écarts entre l'Union européenne, la France, le Japon et les États-Unis se sont accrus. En 1970, 60 % des hommes de 60-64 ans étaient actifs en France contre 80 % au Japon. En 2003, dans cette tranche d'âges, à peine 20 % des Français sont actifs pour 65 % des Japonais. En France, une personne qui perd son emploi après 55 ans n'a pratiquement aucune chance d'en retrouver un.

Beaucoup de pays européens, pour faciliter l'emploi des jeunes, ont mis en place des politiques favorisant un retrait anticipé de la vie active grâce à l'attribution de revenus de substitution (chômage indemnisé sans recherche d'emploi, préretraite, pensions d'invalidité ou absences pour longue maladie). L'intention était bonne, mais cette politique n'a pas amélioré la situation des jeunes, parce qu'en fait les taux d'activité dépendent de la vitalité du marché de l'emploi. Les taux d'activité des jeunes ne croissent pas parce que les plus âgés quittent le marché de l'emploi. Les taux sont élevés et la corrélation entre le taux d'activité des 15-24 ans et celui des 50-54 ans est positive quand le marché est dynamique.

Le niveau d'emploi est le résultat de la confrontation d'une offre et d'une demande de travail, les deux se renforçant l'une l'autre. Au cours des 30 dernières années, leur faiblesse à toutes deux s'est trouvée renforcée par les politiques sociales.

Selon Didier Blanchet¹², les politiques qui permettent aux travailleurs âgés de quitter prématurément le marché du travail ont des effets pervers. Elles encouragent les employeurs à licencier en priorité les travailleurs les plus âgés : les départs en pré-retraite leur permettent de se séparer d'employés qui, même s'ils ne sont pas moins productifs que les jeunes, coûtent plus cher parce que les salaires sont souvent liés à l'ancienneté.

Ces politiques démotivent les travailleurs, et renforcent les stéréotypes existant à leurs égards.

En 1981, la réduction à 60 ans de l'âge à la retraite, n'a pas endigué les départs en préretraite en France, il a simplement fait avancer l'âge de ces départs. L'âge effectif moyen de départ à la retraite est resté très inférieur à l'âge légal. Et c'est le cas dans beaucoup de pays européens. Sur la période 1995-2000, alors qu'au Japon, l'âge légal à la fin d'activité pour les hommes était de 60 ans, l'âge effectif atteignait 70 ans, en Belgique, le premier était fixé à 65 ans, le second ne dépassait pas 58 ans.

De nombreux facteurs poussent les seniors à ne pas rester sur le marché du travail.

Un système de retraite comme le système français avant 2003 ne favorise pas la présence des travailleurs plus âgés, contrairement au système américain. Les droits à la retraite commencent plus tôt en France (60 ans contre 62 ans aux États-Unis) et ils sont plus généreux à tout âge. En outre, alors qu'aux États-Unis le taux de remplacement des revenus augmente progressivement avec l'âge : 30 % à 62 ans et 50 % à 69 ans, en France ce taux est stable à 50 % quel que soit l'âge où l'on prend sa retraite, ce qui explique la concentration des départs à la retraite à 60 ans. Avant 2003, le travailleur français n'avait aucun intérêt à continuer à être actif au-delà de l'âge légal à la retraite puisqu'il cotisait plus longtemps sans augmenter ses droits à pension.

¹² Séance de présentation : « L'activité des seniors »

Mais depuis quelques années, des politiques visant à favoriser l'allongement de la vie active ont été mises en place dans l'ensemble des pays de l'OCDE. La plupart ont réformé leur système de retraite. Selon le tableau présenté par Martine Durand, beaucoup de pays ont réduit les possibilités de retraites anticipées : l'Italie, la Finlande, l'Espagne, la Norvège et la France. Dans certains, l'âge légal de départ à la retraite a été augmenté progressivement : c'est le cas aux États-Unis, en Autriche, Corée, Suisse et Belgique, l'augmentation trouvant en partie sa justification dans l'allongement de l'espérance de vie (on vit de plus en plus longtemps et en meilleure santé). Dans certains pays, un barème progressif a été mis en place : c'est le cas en France où le taux de remplacement de 50 % dès 60 ans, qui restait identique quel que soit l'âge de départ en retraite avant la réforme de 2003, n'est désormais atteint qu'à 65 ans. Certains pays ont encouragé le travail au-delà de l'âge de la retraite : l'Espagne, le Japon, l'Australie, le Danemark, le Royaume-Uni et la France (avec la surcote) ; certains ont adopté une neutralité actuarielle - plus l'âge de départ à la retraite est tardif, plus élevé est le niveau de la pension - pour tenter d'allonger le calendrier des départs : France, Suède, Italie et Pays-Bas. Une autre méthode a visé à prendre en compte l'espérance de vie dans le calcul du montant de la pension. C'est le cas en Suède, Allemagne, Finlande, France et Italie. Certains pays encore ont encouragé la retraite progressive, la Finlande et la France, ou le cumul emploi-retraite, les Pays-Bas.

Pourtant, ce n'est pas parce que le recul de l'âge à la retraite est voté que les individus pourront rester plus longtemps sur le marché de l'emploi. Il faut à la fois qu'il y ait des emplois et que ceux-ci puissent être occupés par les seniors. Or actuellement on se trouve face à ce qu'Annie Jolivet¹³ a appelé un conflit arithmétique. D'une part, le nombre des travailleurs âgés augmente sous l'effet du vieillissement de la population et du relèvement de l'âge de départ à la retraite, d'autre part, le nombre de postes permettant de réaffecter les travailleurs âgés dans des emplois moins pénibles diminuent (externalisation de certains emplois).

Il faut donc aménager les conditions de travail des seniors, car on ne travaille pas de la même façon à tous les âges. Il faut les aider à trouver le bon geste qui les fatiguera moins, initier les formations dans l'entreprise, permettre un départ progressif à la retraite. Mais il faut aussi faire bénéficier les plus jeunes de meilleures conditions de travail, car si les seniors occupent plus longtemps les postes moins pénibles, les jeunes risquent de rester plus longtemps dans des emplois pénibles et par suite de subir une usure prématurée.

Les seniors souffrent de discrimination du fait de leur âge (âgisme), mais les jeunes aussi. L'enquête européenne Eurobaromètre de 2003 a révélé que l'âge est le motif de discrimination le plus souvent cité par les Européens. La non-discrimination selon l'âge est inscrite dans le traité d'Amsterdam et la politique contre la discrimination à l'emploi selon l'âge repose sur les directives 2000/43/EC (mettant en œuvre le principe d'égalité de traitement entre les personnes), 2000/78/EC (définissant un cadre général pour l'égalité de traitement dans l'emploi) et 2000/750/EC (établissant un programme d'action communautaire pour combattre la discrimination). Pourtant tous les États membres n'ont pas la même politique car tous n'ont pas la même interprétation de ces textes. Selon Anne Sophie Parent¹⁴, AGE, la plateforme européenne des personnes âgées, réclame, en accord avec le Forum des jeunes, que l'interprétation soit unique afin que tous, jeunes et vieux ne souffrent pas de discrimination du fait de leur âge.

En dehors de leur travail rémunéré, ou quand ils sont retraités, les seniors et les personnes plus âgées peuvent apporter, grâce au bénévolat, une aide aux autres tout en

¹³ Table ronde numéro 1 : « L'aménagement des conditions de travail des personnes âgées »

¹⁴ Table ronde numéro 1 : « La discrimination selon l'âge »

profitant d'un réseau relationnel actif, qui est favorable à leur maintien en bonne santé. Marie-Françoise Fuchs¹⁵ a dit combien les seniors sont des gens dynamiques, capables d'adaptation, et combien la génération « grands-parents » tient à apporter sa participation à la société.

L'enquête, effectuée auprès de 23 000 individus âgés de 50 ans et plus, interrogés dans 11 pays européens, montre que 20 % des Européens de 50 ans et plus ont une activité bénévole. Presque la moitié (47 %) de ceux qui exercent une telle activité le font au moins une fois par semaine, 18 %, une fois par jour. Pour 70 %, il s'agit de se rendre utiles et 61 % sont bénévoles pour la joie qu'ils en tirent.

Mais en Europe, le bénévolat n'est pas uniformément pratiqué. D'après Anette Reil-Held¹⁶, on peut classer les pays en trois groupes :

- ceux à « faible participation » des seniors dans les activités bénévoles : Espagne, Grèce (2 à 3 %) et Italie (7 %) ;
- ceux à « participation moyenne » (9 à 14 %) : Allemagne, France, Suisse et Autriche ;
- et ceux à « forte participation » (17 à 21 %) : Suède, Danemark et Pays-Bas.

Cette participation bénévole est plus importante dans les pays de l'Europe du Nord que dans ceux de l'Europe du Sud, le bénévolat dépendant avant tout de l'environnement social. Toutefois, la garde des petits-enfants par leurs grands-parents n'a pas été recensée comme une activité bénévole par l'enquête SHARE, or elle est très fréquente dans un pays comme l'Italie. On peut donc supposer qu'une partie des différences enregistrées peut être due à la définition du bénévolat ici utilisée.

L'Europe vieillit. Le coût des retraites, celui de la dépendance des personnes âgées impliquent un recul de l'âge de la retraite. Celui-ci paraît cependant insuffisant pour résoudre les problèmes des pensions de retraite et ceux de la main d'œuvre nécessaire à l'activité économique. Toutefois les interventions des participants ont montré :

- qu'avant même que soit reculé l'âge légal de cessation d'activité, une marge de manœuvre existe pour accroître le nombre des actifs puisque les taux d'activité des seniors sont faibles dans beaucoup de pays ;
- qu'en travaillant autrement, on pourrait travailler plus longtemps ;
- que les politiques de prévention devraient permettre d'accroître le nombre des années vécues en bonne santé donc de réduire le coût des dépenses de santé ;
- que les seniors sont des gens dynamiques, capables d'adaptation ; qu'au-delà de leur période d'activité, ils peuvent encore se rendre utiles.

Au cours des séances de la journée européenne consacrées au vieillissement de la population, démographes, médecins, épidémiologistes, économistes, acteurs de la société civile, qui sont intervenus, ont donné des éclairages différents de ce vieillissement, tempérant ainsi la vision souvent uniquement pessimiste qu'on en a actuellement.

¹⁵ Table ronde numéro 1 : « La génération « grands -parents »

¹⁶ Séance de présentation : « Les premiers résultats de l'enquête SHARE »